

Université de Montréal

Une souffrance silencieuse : analyse critique des représentations gouvernementales
institutionnelles de la souffrance psychique au Québec (1989-2015)

par Marianne Larivière

École de travail social
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise
en service social

Septembre, 2020

© Marianne Larivière, 2020

Université de Montréal
École de travail social, Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé

**Une souffrance silencieuse : analyse critique des représentations gouvernementales
institutionnelles de la souffrance psychique au Québec (1989-2015)**

Présenté par

Marianne Larivière

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Marie-Laurence Poirel

Directrice de recherche

Patrick Cloos

Membre du jury

Marie-Chantal Doucet

Membre du jury

Résumé

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les conceptions sociales de la maladie mentale et des interinfluences entre la société et la construction des problèmes de santé mentale. Dans une perspective critique, la présente étude exploratoire qualitative porte sur les représentations de la souffrance associée aux problèmes de santé mentale au sein d'un corpus institutionnel, soit la *Politique de santé mentale de 1989* et les plans d'action en santé mentale de 1998, 2005 et 2015 du gouvernement du Québec. Au terme d'une analyse de discours thématique, nos résultats s'organisent en deux grands axes : la façon dont la souffrance est appréhendée et présentée au sein du corpus et la façon dont on prévoit y répondre. L'analyse transversale du corpus met en évidence l'influence croissante de perspectives normalisantes et médicalisantes et un prisme de valeurs néolibérales (notamment gestionnaires et économiques). Une responsabilisation de l'individu par une évacuation des dimensions sociales des problèmes de santé mentale est aussi observable.

Mots-clés : souffrance, santé mentale, représentation sociale, politique et plan d'action en santé mentale, néolibéralisme, norme, médicalisation

Abstract

Several authors have worked on social conceptions of mental illness and the inter-influences between society and the construction of mental health problems. In a critic perspective, the present qualitative exploratory study concerns the representations of suffering related to mental health issues, in an institutional corpus, namely the *Politique de santé mentale de 1989* and the three mental health policies of 1998, 2005 and 2015, of Quebec government. At the end of a thematic discourse analysis, our results are organized in two areas: the way suffering is comprehended and presented in the corpus and the way they outlook to response to it. The cross-sectional analysis of the corpus shows the growing influence of some normalizing, medicalizing and neoliberalism (in particular, managing and economics) perspectives. An accountability of the individual, by an evacuation of social dimensions of mental health problems is also observable.

Keywords: suffering, mental health, social representation, mental health policy, neoliberalism, norm, medicalization

Table des matières

Résumé	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des sigles et abréviations.....	vii
Remerciements.....	ix
Avant-propos	1
INTRODUCTION	2
CHAPITRE I : RECENSION DES ÉCRITS ET PROBLÉMATIQUE	4
1.1 La souffrance : deux approches pour faire le pont entre souffrance et problème de santé mentale.....	5
1.1.1 Souffrance sous l’angle phénoménologique; perspective subjective	5
1.1.2 Souffrance sociale.....	11
1.2 La santé mentale et les troubles mentaux : définitions	12
1.2.1 Santé mentale.....	13
1.2.2 Maladie mentale.....	17
1.2.3 Critiques et pont entre santé et maladie	21
1.3 Société et problèmes de santé mentale : des perspectives critiques	23
1.3.1 Le trouble mental : indissociable de sa société	23
1.3.2 Étiquetage ou la classification des problèmes de santé mentale	31
1.3.3 Stigmatisation	34
1.3.4 Intolérance face à la souffrance ou la folie	37
1.4 Prise en charge de la souffrance	40
1.4.1 Rétablissement.....	40
1.4.2 Subjectivité : un élément rare dans la montée de la standardisation	43
1.5 Question de recherche, objectifs et hypothèses de travail	46
1.5.1 Question de recherche et objectifs.....	47
1.5.2 Hypothèse de recherche	47

1.5.3 Pertinence scientifique et sociale de la recherche	48
CHAPITRE II : PERSPECTIVES CONCEPTUELLES	50
2.1 Constructivisme social.....	50
2.2 Théorie des représentations sociales.....	51
2.2.1 Bref historique	52
2.2.2 Caractéristiques des représentations	54
2.2.3 Représentations de la folie	56
2.3 Normativité sociale, norme et normalité.....	58
2.3.1 Définition de la norme	58
2.3.2 Norme et Folie.....	59
2.3.3 L'imposition de la normalité sur « l'anormal » dans la prise en charge.....	61
2.3.4 Les « Nouvelles Normes »	62
2.4 La Médicalisation du social	65
2.4.1 Bref historique de la médicalisation (de la souffrance)	66
2.4.2 De médicalisation à « santéisation » et sanitarisation.....	69
2.4.3 Médicalisation : mécanisme de pouvoir et de contrôle social.....	72
2.4.4 Les instances contribuant à cette médicalisation de la souffrance	75
2.4.5 Le contrôle médicalisant pour une quête de normativité	76
2.5 Néolibéralisme dans le champ du social.....	77
2.5.1 Trois éléments structurants du néolibéralisme	78
2.5.2 Deux effets des perspectives néolibérales.....	79
2.6 Retour sur la question et les hypothèses	81
CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE	83
3.1 Pourquoi le discours institutionnel? Pourquoi le présent corpus?.....	83
3.1.1 Justification d'utiliser le discours institutionnel.....	83
3.1.2 Justification du présent corpus	84
3.2 Présentation du corpus.....	85
3.2.1 <i>Politique de santé mentale de 1989</i>	85
3.2.2 <i>Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale de 1998 (PASM de 1998)</i>	87

3.2.3 <i>Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens (PASM 2005-2010)</i>	88
3.2.4 <i>Faire ensemble et autrement-Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (PASM 2015-2020)</i>	90
3.2.5 Constats généraux à retenir	92
3.3 Théories entourant la démarche méthodologique	93
3.3.1 Analyse de discours	93
3.3.2 Pont entre représentation sociale et analyse de contenu	94
3.3.3 Analyse thématique	96
3.4 Notre démarche	97
3.4.1 Premier temps : repérage	97
3.4.2 Deuxième temps : catégorisation	97
3.4.3 Troisième temps : tentative d'exhaustivité	98
3.4 Forces et limites de la recherche	100
CHAPITRE IV : ANALYSE	102
4.1 Présentation des problèmes de santé mentale et de ceux qui en souffrent	103
4.1.1 Présentation des principaux termes du corpus : la façon dont on présente les problèmes de santé mentale	103
4.1.2 À qui on s'adresse : la façon dont on présente les personnes	113
4.1.3 La place de la subjectivité dans le corpus	115
4.1.4 Focus économique : enjeu en expansion au fil du corpus	119
4.1.5 Promotion de la santé publique et prévention des troubles mentaux	120
4.2 L'intervention sur la souffrance psychique	128
4.2.1 Philosophies d'intervention	128
4.2.2 Types d'intervention	134
4.2.3 Instances et acteurs qui interviennent : les médecins et les intervenants	146
CHAPITRE V : DISCUSSION	152
5.1 Moi et l'Autre : séparation du « normal » et du pathologique	153
5.1.1 La souffrance en relation avec « la » norme : les références au « normal » dans le corpus	154
5.1.2 Une séparation implicite et explicite entre « eux » et « nous »	155

5.1.3 La normalisation qui passe par l'intégration et l'uniformisation	158
5.2 Une représentation médicalisée et santéisée des problèmes de santé mentale (souffrance)	164
5.2.1 Une représentation médicalisée des problèmes de santé mentale: le modèle biomédical sous-entendu et en expansion au fil du corpus.....	164
5.2.2 Une représentation santéisée des problèmes de santé mentale.....	170
5.3 Le prisme du néolibéralisme pour observer les problèmes de santé mentale (souffrance)	177
5.3.1 Une représentation gestionnaire des problèmes de santé mentale: la lourdeur organisationnelle en expansion dans le corpus	178
5.3.2 Une représentation des problèmes de santé mentale mise en relation à l'économie et au travail rémunéré : une fonctionnalité productive comme finalité pour l'individu	181
5.4 Les conséquences du prisme : les silences au sein du corpus.....	186
5.4.1 L'évincement des influences sociales au sein du corpus	187
5.4.2 Évacuation de la subjectivité : l'invisibilisation de la souffrance	191
5.5 Synthèse et retour sur la question de recherche	196
CONCLUSION.....	199
BIBLIOGRAPHIE	201

Liste des sigles et abréviations

CSSS: Centre de santé et de services sociaux

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PASM : Plan d'action en santé mentale

RRASMQ : Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

*« Suffering begins to dissolve when we can question the belief or the hope that there's
anywhere to hide. » -Pema Chödrön-*

« Et puis - qui donc de nos jours a la parfaite certitude de ne pas être névrosé? » -Carl Jung-

*« L'expérience de la "maladie mentale" n'est jamais un fait « brut » ou une réalité objective;
elle est construite dans un contexte personnel, social et situationnel particulier. »
(Rodriguez, 2005, p. 241)*

Remerciements

Je remercie d'abord ma directrice Marie-Laurence Poirel, pour son support et son humanité au travers de la totalité de ma maîtrise. Un grand merci aux membres du jury également.

Merci à mon meilleur ami, mon confident, mon pilier, merci pour TOUT, pour l'inspiration et pour la correction, merci Pascal. À mon cher Hugo pour tout le support et la patience que tu m'as apportés durant mes quatre années de maîtrise; tu n'aurais pas pu faire plus. Et merci pour l'Arbre. Merci à Ali pour tes commentaires incontournables, pour ta compréhension; merci pour ton intelligence. Merci à Olivier pour la motivation que tu m'as insufflée cette année; et merci pour le triangle. Merci ma belle Véronique, à notre cheminement commun, à ton amour et à ta bonté. Mille mercis à Jessica, à tous les niveaux; merci pour ton empathie inconditionnelle. Merci à Emmanuelle : ton aide m'a permis de mener ce projet à terme et dépasse grandement la portée de ce travail. Merci à Andréanne pour tes conseils précieux et ton recadrage.

À mes amis; merci d'être les magnifiques personnes que vous êtes. Merci à mon soleil, ma sœur cosmique, Julie. Merci à Carl d'avoir compris et merci à Marc-Antoine pour tous tes mots. Merci à tous les autres qui ont été à mes côtés et ont su me changer les idées à merveille durant les moments difficiles.

À ma famille si précieuse pour moi, qui arrive toujours à me faire sourire; à tous nos rires, merci. Un merci spécial à ma belle-sœur d'amour, Corinne, pour l'été 2019, pour ta chaleur, ta présence, pour Toi.

Sans vous tous, je n'aurais pas pu y arriver. Par votre aide inestimable, vous m'avez tous épaulée et contribué à ce mémoire. Et à mon cheminement au travers celui-ci.

Et finalement, merci à moi de m'être permise de persévérer jusqu'au bout, malgré les embûches, et de réussir une tâche qui m'apparaissait insurmontable. J'aurai beaucoup appris sur moi au travers de ce défi.

Avant-propos

Dans ce mémoire, nous observons la souffrance psychique présente pour les personnes vivant avec ce qu'on appelle un « problème de santé mentale ». En guise de précisions terminologiques pour l'ensemble du présent travail, nous utiliserons ici les termes « maladie mentale », « trouble mental », « problème de santé mentale » souvent de manière confondue pour faire référence à la même réalité et aux personnes en faisant l'expérience. Le terme « maladie mentale » sera parfois privilégié pour mettre de l'avant les contrastes entre « maladie » et « santé ». Quant au terme « folie », souvent utilisé dans les écrits, notamment par Michel Foucault ou Marcelo Otero, nous l'utiliserons aussi parfois pour parler de la même réalité et faire davantage justice à ces dits écrits utilisant le terme. Le terme « folie » est ici utilisé sans la connotation péjorative pouvant parfois lui être associée et sans nécessairement le lier aux « problèmes graves et persistants » plus qu'aux « troubles courants »¹. À supposer qu'il existe une ligne entre la « souffrance psychique » expérimentée par tous et toutes et le « trouble mental » duquel émane de la souffrance, nous partons de la prémisse selon laquelle cette ligne est brouillée, changeante, construite et potentiellement impossible à poser. Pour l'auteure, la souffrance psychique est intrinsèquement liée à la condition humaine, et ces manifestations en « folie » ou « problème de santé mentale » une construction sociale conceptualisable différemment d'une culture ou d'une perspective à l'autre et selon des continuums. Sans nier la détresse, parfois particulièrement intense, d'une personne par rapport à une autre, dans un moment ou un espace donné ou non, l'inclusion et le primat que « nous sommes tous fous », tel que Carl Jung l'a souligné,² soutient la trame du présent mémoire. Nous souhaitons ainsi nous distancer des connotations négatives indépendamment de la terminologie utilisée ici et mettre de côté momentanément la scission entre « eux » et « nous ». Nous tenterons toutefois de privilégier le terme de « problème de santé mentale » puisque reconnu, à l'époque actuelle, par certains mouvements alternatifs, comme le plus représentatif et non stigmatisant. Tout étant à critiquer, nous pourrions tout de même questionner l'utilisation du terme « problème » (dépendant du sens qu'on lui attribue) et l'utilisation du terme « santé » pour décrire cette détresse de l'âme. En somme, nous utiliserons souvent le terme « personne », tout simplement.

¹ Encore une fois, nous utilisons les termes « troubles graves et persistants », « psychoses » et « troubles courants » ou « névroses » pour illustrer certaines réalités construites dont nous saisissons une partie de la réalité.

² Voir citation de la page v sur la névrose universelle.

INTRODUCTION

Selon des données conservatrices, 25% de la population mondiale sera affectée par un problème de santé mentale dans sa vie (Yeager, 2017). Ces problèmes affecteront des gens de tous âges, sexes, cultures ou revenus, sur une période de temps plus ou moins longue. Les problèmes de santé mentale sont le fruit d'interactions complexes entre des influences: physiques, psychologiques, sociales, culturelles et héréditaires (*Loc.cit.*). Pour ne prendre qu'un de ces troubles comme exemple, « au Canada, la dépression se classe troisième au chapitre des motifs de consultations médicales avec un total de huit millions de consultations par année », derrière l'hypertension et le diabète (Otero, 2013, section 2). Au pays, l'antidépresseur est le médicament le « plus délivré par les pharmacies avec 34 millions d'ordonnances exécutées annuellement » et prescrit aussi pour des troubles anxieux, de l'adaptation, de conduites alimentaires, du déficit de l'attention, de la bipolarité et de la fibromyalgie (IMS Brogan, 2011 et Conseil du médicament du Québec, 2008 cité par Otero, 2013, section 2). En 1987, aux États-Unis, 37,3% des personnes avec un diagnostic de dépression prenaient des antidépresseurs, contre 74,5% dix ans plus tard (Olfson et al. (2002) cité par Moreau et Vinit, 2007, p. 41). Ces imposantes statistiques ne sont qu'une mince esquisse de la grande importance que prend la souffrance psychique et sa prise en charge dans nos sociétés contemporaines.

Sous une perspective sociale et critique, ce mémoire tente de décortiquer les représentations actuelles institutionnelles gouvernementales québécoises de cette détresse de l'âme abordée en termes de troubles mentaux. Nous observons la maladie mentale dans son essence même, soit la souffrance. Tel que mis en lumière dès la première page du livre *Penser les liens entre santé mentale et société Les voies de la recherche en sciences sociales*, Doucet & Moreau (2014) rappellent l'importance des recherches critiques entourant les représentations sociales de la folie, mettant de l'avant les liens indissociables entre la société et les problèmes de santé mentale.

La question n'est plus de se convaincre des liens devenus évidents entre santé mentale et société; elle concerne plutôt la nature de ceux-ci. En effet, le champ de la santé mentale a pris des proportions telles qu'il est devenu nécessaire d'en saisir les diverses appréhensions dans la production de connaissances. [...] La santé mentale devient un sujet d'intérêt public dans la

mesure où chacun peut se voir, pour un temps ou de manière définitive, revêtir les habits de celui que l'on appelait autrefois le « fou »³ (p. 1-2).

Dans ce travail de recherche, nous ferons dialoguer certaines conceptions sociales de la maladie mentale avec la *Politique de santé mentale de 1989* et les trois plans d'action en santé mentale subséquents du gouvernement du Québec. Nous partons de la prémisse selon laquelle les plans d'action représentent un certain miroir sociétal et qu'en analysant la place de la souffrance dans ceux-ci, on peut en tirer une partie de la représentation institutionnelle gouvernementale de l'objet qui nous intéresse.

De manière plus détaillée, ce mémoire se divise en cinq chapitres. Dans un premier chapitre, nous décortiquons le concept de souffrance psychique humaine, par le biais de certaines définitions et auteurs, avec comme prisme principal une perspective sociale, tout en reconnaissant la place incontournable de la subjectivité lorsqu'il est question de détresse psychologique. Le tout nous amenant à la présentation de notre objectif de recherche et question de recherche, soit d'observer la façon dont le discours gouvernemental québécois se représente la souffrance et la maladie mentale, à la fin du 20^e siècle et au 21^e siècle, et ce sous deux dimensions : la façon d'appréhender et de présenter la souffrance, ainsi que la prise en charge des problèmes. Nos hypothèses de recherche sont principalement que la représentation de ce discours repose sur des perspectives normalisantes, de médicalisation de la souffrance, empreinte d'une logique néolibérale, où l'individu se retrouve seul responsable de sa détresse. Au deuxième chapitre, nous présentons nos cinq repères conceptuels, soit le constructivisme social, la théorie des représentations sociales, la normativité sociale, la médicalisation et le néolibéralisme dans le champ du social. Le chapitre III rend compte de notre méthodologie, comprenant la présentation du corpus et notre démarche d'analyse. Le chapitre IV présente l'analyse de nos résultats. Le chapitre V poursuit cette analyse dans une perspective transversale tout en faisant dialoguer nos conclusions avec la littérature.

³ Ces propos font écho à ceux amenés en avant-propos de ce travail et soutenant le positionnement de l'auteure.

CHAPITRE I : RECENSION DES ÉCRITS ET PROBLÉMATIQUE

Notre recension des écrits tente de dresser un portrait général de certains enjeux entourant la conceptualisation de la souffrance, associée aux problèmes de santé mentale, et ce dans une perspective critique. Notre argumentaire repose ici sur la prémisse de l'importance des perspectives sociales et moins médicalisantes/individualisantes quant à la conceptualisation des problèmes de santé mentale dans nos sociétés. La dimension individuelle n'est toutefois pas écartée, mais bien complètement imbriquée dans cette présentation. Nous souhaitons démontrer par les écrits l'influence du social sur la souffrance personnelle; cette souffrance étant vécue dans un espace social qui la modèle aussi. En effet, bien que les approches présentées ici soient essentiellement sociales, la souffrance présente au cœur des problèmes de santé mentale est vécue personnellement et subjectivement par la personne, en plus de collectivement dans l'espace de la société qui interagit avec cette souffrance. Toutefois, excepté pour un bref aparté sur l'approche phénoménologique, précieuse pour décortiquer les tranchées de l'expérience de la souffrance, nous nous concentrons sur des approches davantage sociales. La visée du présent mémoire étant de décortiquer le discours institutionnel, donc social, et non des récits de vie ou des observations individuelles, la dimension de l'expérience prend ici moins d'espace. Rappelons cependant simplement l'importance d'examiner les rouages sociaux entourant cette souffrance, socialisée en maladie mentale, pour saisir la pleine mesure des multidimensions de cette douleur ressentie individuellement, mais influencée par nos sociétés⁴.

Dans cette première section, nous tentons de brosser un portrait de la souffrance en prenant celle-ci sous diverses facettes. Nous faisons rapidement le pont entre « souffrance » et « problème de santé mentale » puisque notre objet de recherche est la souffrance psychique présente dans les problèmes de santé mentale. Cette souffrance, écartée du discours

⁴ L'auteure part de la prémisse que la présence de souffrance chez l'individu, manifestée sous ce qu'on appelle « problème de santé mentale », émerge principalement de l'environnement (familial et social). Au sein même de cet environnement familial, ces acteurs sont eux-mêmes partie intégrante d'une société qui influence constamment notre façon de vivre et d'agir le monde.

institutionnel gouvernemental québécois, est plutôt présentée d'emblée sous l'angle des troubles mentaux dans le présent corpus; il est donc incontournable d'aborder les problèmes de santé mentale dans cette recension des écrits. À noter que lorsque nous faisons référence au discours ou au corpus « institutionnel » ou « étatique » dans le présent mémoire, nous parlons plus spécifiquement du discours institutionnel gouvernemental québécois, et le plus souvent dans le contexte de la santé mentale, produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux. En effet, dans le présent mémoire, nous analyserons un corpus de quatre textes comprenant la *Politique de santé mentale de 1989* et les trois plans d'action en santé mentale subséquents.

Nous séparons ce premier chapitre en cinq parties. La première section présente deux approches pour conceptualiser la souffrance. La deuxième, plusieurs définitions, dont celles gouvernementales, de la santé mentale et de la maladie mentale. La troisième partie présente certains liens et enjeux entre la société et la « folie ». La quatrième partie de cette recension des écrits aborde brièvement la prise en charge de la détresse psychique à notre époque contemporaine occidentale. Finalement, en cinquième partie, nous proposons une synthèse ainsi que la problématique de recherche, incluant notre question de recherche, nos objectifs et hypothèses.

1.1 La souffrance : deux approches pour faire le pont entre souffrance et problème de santé mentale

Dans cette première section, nous tentons un travail sommaire de conceptualisation de la souffrance sous deux angles différents, un plus subjectif et un plus social. Nous retrouvons ainsi, en premier lieu, la souffrance présentée sous l'angle phénoménologique et en deuxième partie la souffrance sociale.

1.1.1 Souffrance sous l'angle phénoménologique; perspective subjective

Une des façons d'aborder la souffrance est l'angle de l'expérience des personnes et de la mise en lumière de l'importance du récit pour celles vivant avec un problème de santé mentale. Une des façons d'aborder cet angle est par la perspective phénoménologique et en analysant les « signes du souffrir ». Pour ce faire, nous utilisons le texte *La souffrance n'est pas*

la douleur de Paul Ricoeur repris dans le livre *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur* de Marin et Zaccari-Reyners (2013). On parle ici de souffrance dans une visée de « souffrance comme expérience totale » (Marin, 2013, p. 50) qui vient bouleverser, pour la personne, « sa relation au monde, au temps, aux autres et à soi » (*ibid*, p. 51). Dans son texte, Ricoeur arrive à « redonner vie au sujet » par l'émergence de l'importance de la « mise en récit de [la] souffrance [comme] mode de réappropriation et de réaffirmation de soi » (*ibid*, p. 58).

Tel que nous le ferons dans le présent mémoire, mais du point de vue des représentations institutionnelles, Marin (2013) insiste sur l'importance de se pencher sur les « représentations de la souffrance » et d'analyser « son imagination de la souffrance », « dans les moments où ce travail est possible, quand la souffrance s'éloigne et s'apaise » (p. 59). On assiste ici au niveau plus « micro » des représentations de la souffrance. Il est intéressant de noter que dans ce travail, nous nous penchons sur ces représentations, mais de façon plus large. Un retour à ce « micro » est ici pertinent pour éventuellement en faire émerger les contrastes avec le « macro » des textes institutionnels.

Il est important de souligner que dans ce texte, Paul Ricoeur n'aborde pas la souffrance en lien avec la maladie mentale spécifiquement (pour la majorité de son texte), mais bien dans un sens plus large, et ici en l'opposant à la douleur. Ainsi, il établit d'abord la séparation entre « douleur » et « souffrance » en renvoyant la douleur davantage au corps et la souffrance davantage à l'âme (Marin, 2013, p. 49). La douleur étant ici définie comme les ressentis davantage localisés dans des organes ciblés ou dans le corps au complet, en opposition à la souffrance qui serait liée à la « réflexivité, au langage, au rapport à soi, aux autres, au sens [et] au questionnement » (Ricoeur, 2013, p. 14)⁵. Ricoeur (2013) divise son regard phénoménologique de la souffrance en deux axes principaux. Le premier est l'axe « soi-autrui », caractérisé par l'altération du rapport à soi et aux autres, et le deuxième l'axe « agir-pâtir », où l'on explique l'absence de la puissance d'agir.

⁵ Paul Ricoeur rend compte du chevauchement quasi inévitable de la douleur et de la souffrance. Il mentionne comme très rares les cas de douleur purement physique (on peut supposer qu'il fait référence à certains cas de torture) ou de souffrance psychique qui ne s'accompagnerait pas de somatisation quelconque (Ricoeur, 2013, p. 14-15).

1.1.1.1 Axe soi-autrui

Même si l'objectif de notre mémoire est de rendre compte des représentations de la souffrance, Ricoeur (2013) insiste sur le repli sur soi lié à la souffrance et souligne que ce repli est « amplifié par le suspens de la dimension représentative ». Pour lui, on souffre, point. C'est comme si la « représentation de » n'avait plus sa place dans l'expérience du souffrant et qu'il ne restait plus que la personne, sans l'autre; ou sans la possibilité d'un rapport avec l'autre (p. 17). Ce passage est intéressant puisqu'il renvoie à une dénaturation de la souffrance d'emblée lorsqu'on tente une représentation de celle-ci. Le but du présent mémoire étant d'analyser les représentations de cette souffrance, nous pouvons prendre ce passage en guise de nuances pour nos conclusions finales.

Plus précisément, Ricoeur met en contradiction dans son texte ce « soi rejeté sur lui-même » avec le rapport particulier que la personne souffrante va entretenir avec autrui. Pour lui, le rapport avec l'autre dans la souffrance passe par la séparation (Ricoeur, 2013, p. 17). Ricoeur met de l'avant quatre dimensions de « séparation » pour lesquelles le souffrant se représente l'autre de manière altérée⁶ (*ibid*, p. 18). La première dimension suggère que la personne souffrante, souffre seule. C'est son expérience à elle et l'autre ne peut pas la prendre à sa place (*ibid*, p. 17). La deuxième est le caractère « incommunicable » de cette souffrance : l'autre ne peut pas comprendre ni aider; du point de vue du souffrant. La troisième dimension, qui va encore plus loin, propose que l'autre représente la cause de la souffrance. L'autre est en fait la blessure originelle de la personne qui souffre, ou du moins sa représentation⁷. La dernière dimension est l'apogée de la séparation entre celui qui souffre et les autres. Cette dimension est nommée par Ricoeur comme le « sentiment fantasmé d'être élu pour la souffrance ». Il donne en exemple le fait de se demander « pourquoi moi? », comme s'il s'agissait d'une malédiction dirigée intentionnellement sur soi. L'autre, ici, représente une sorte de puissance supérieure qui représenterait la raison du souffrir (*ibid*, p. 18).

⁶ C'est-à-dire que ces quatre dimensions représentent un manquement de l'autre; une sphère où l'autre n'arrive pas à être, à aider, à avoir un rapport positif à la personne souffrante.

⁷ À la dimension trois, d'un point de vue psychologique, on pourrait ici penser à des notions de projection ou de transfert, par exemple.

Ces quatre dimensions sont en rapport avec « l'autre »⁸. Le paradoxe réside dans le fait que l'expérience de la souffrance en est une extrêmement personnelle, qui part entièrement du rapport à soi. Pourtant, la souffrance semble être décuplée quand on la met en rapport avec l'autre. Ce qui fait qu'on souffre tellement, c'est de souffrir sans l'autre, de souffrir sans pouvoir le faire comprendre à l'autre, de souffrir à cause de l'autre⁹ et finalement, de souffrir en croyant que l'Autre nous a ciblés comme bouc émissaire. « L'autre », représenté dans une perspective davantage sociétale dans le présent mémoire, a donc une influence à plusieurs niveaux sur la souffrance subjective vécue par l'individu. Nous reviendrons sur certaines de ces dimensions sociales dans nos prochaines sections.

Bien que nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin, sans être un parallèle exact, ce passage fait écho au concept de retrait positif¹⁰ dégagé par Ellen Corin dans le contexte d'une étude qualitative s'interrogeant sur la signification de la notion de « rétablissement » du point de vue de personnes ayant vécu une crise psychotique¹¹. Un des constats de l'étude démontre que les personnes ayant un projet normatif se retrouvaient davantage hospitalisées en opposition aux personnes s'étant construit un cadre de référence propre à eux (Corin, 2002). Cette distance à la normativité peut être amalgamée à une sorte de distance à l'autre; l'autre étant ici pris au sens de « société ». Le fait de souffrir en soi peut être amplifié par la stigmatisation que l'autre et nous-même nous renvoie sur notre propre détresse.

⁸ L'autre peut ici être entendu de manière individuelle et/ou sociétale.

⁹ On peut penser ici faire le parallèle avec des enjeux de stigmatisation qui contribuent grandement à la souffrance psychique des personnes (voir section 1.3.3).

¹⁰ *Retrait positif* est ici entendu comme permettant à l'individu de se placer en marge des obligations de rôle que la société lui renvoie, mais de façon choisie. Cette marge deviendra sa nouvelle norme. Ce retrait positif permettra une diminution de la souffrance; celle liée à la honte et à la culpabilité de ne pas arriver à être comme les autres (Corin, 2002).

¹¹ On y revoit les résultats de deux recherches. On observe la « réintégration sociale », ainsi que la place et la signification des ressources alternatives en santé mentale du point de vue des personnes utilisatrices. « Les récits font ressortir que, plus qu'un retour à une situation d'avant, le rétablissement s'organise selon plusieurs axes qui s'entrecroisent : trouver des mots pour dire l'expérience, apprivoiser le quotidien, retrouver un contrôle sur sa vie, rouvrir un mouvement perçu comme bloqué, pouvoir dire et faire reconnaître le caractère exceptionnel de l'expérience. Le rétablissement implique à la fois la possibilité d'élaborer un espace intérieur significatif et celle de réaménager les rapports aux autres et au monde, selon un mouvement propre à chacun » (Corin, 2002, p. 65).

1.1.1.2 Axe agir-pâtir

Dans un deuxième temps, Ricoeur (2013) conçoit la diminution du pouvoir d'agir comme critère primordial pour la description de la souffrance (p. 19). Il énumère quatre niveaux de ce pouvoir, pouvant être affecté par des blessures, soit la parole, le faire, la narration et l'imputation morale (s'estimer soi-même comme agent moral).

Le premier niveau du non-pouvoir d'agir chez la personne est l'*impuissance à dire*. Cette impuissance se traduit par des signes comme les expressions faciales, les cris, les larmes (*ibid*, p. 20). Le deuxième niveau est l'*impuissance à faire* qui représente l'écart entre « vouloir » et « pouvoir »¹² (*Loc.cit.*). Il mentionne que la personne perd son pouvoir d'agir « sur » et donc se referme sur elle-même. Elle se retrouve « livrée à l'autre » et se « sent victime de... »¹³ (*ibid*, p. 21). Ce sentiment souffrant de victime est amplifié par la violence physique ou « symbolique » (nous ajouterions psychologique et sociale), réelle ou fantasmée, venant de l'extérieur (*Loc.cit.*). Le troisième niveau en lien avec le pouvoir d'agir est l'*impuissance à se raconter*. Ce point est central et part de la prémisse de l'importance du récit dans la « constitution de l'identité personnelle » (*Loc.cit.*). Le pouvoir d'être capable de raconter son récit de manière assez cohérente pour s'y retrouver soi-même et le faire comprendre à l'autre, combiné au fait d'y trouver un sens pour soi, peut ici être gage de guérison. Pour reprendre les propos de Marin et Zaccà-Reyners (2013), l'importance de se raconter est de mise pour tous, mais surtout celui qui souffre¹⁴ (p. 10). Enfin, le quatrième niveau de l'axe agir-pâtir est l'*impuissance à s'estimer soi-même*. Ricoeur vient lier l'impuissance à s'aimer soi-même à la quatrième dimension de l'axe « soit-autrui ». Il rappelle ainsi le rapport à autrui altéré par une impression de persécution et du sentiment de culpabilité qui peut amener un individu à se dire « je dois bien être punie de quelque chose » (Ricoeur, 2013, p. 24).

¹² Ricoeur précise ici le sens ancien du mot souffrir qui veut dire « endurer » et incorpore donc un minimum d'agir dans la « passivité » du sujet.

¹³ Cela fait le pont avec les dimensions trois et quatre du premier axe.

¹⁴ Ricoeur poursuit l'analyse de l'« impuissance à raconter » en parlant de la « confusion mentale » qui peut venir affecter la temporalité, où le passé et le futur seraient confus pour la personne souffrante et amèneraient ainsi une situation « inénarrable » (Ricoeur, 2013, p. 22-23). Ces propos de Ricoeur font échos aux propos du cours « Santé mentale et intervention » où il a été question du rapport particulier au temps des personnes vivant avec un problème de santé mentale (Rodriguez, 2018). Il est intéressant de faire le pont entre ce rapport altéré au temps, l'ineffable que cela peut apporter au récit et la souffrance provenant et découlant de cet « inracontable ».

1.1.1.3 Souffrance et sens

Dans la troisième partie de son texte, Ricoeur aborde les « enseignements » de la souffrance, sans tomber dans un dogme de la valeur morale de la douleur et d'y « ériger la souffrance en sacrifice » pour lequel il y a « mérite » (Ricoeur, 2013, p. 29). Il est intéressant de souligner que Ricoeur affirme qu'on peut choisir cette façon de « faire du sens » pour soi-même (ce que la souffrance nous apporte de « bon »), mais qu'on ne peut l'enseigner (*ibid*, p. 30). Il soutient tout de même, en citant les tragiques Grecs, que la souffrance « enseigne ».

Ici, c'est la question du sens qui ressort. Ricoeur parle donc dans un premier temps de la réflexion sur soi que peut amener la souffrance, du fait qu'elle nous amène à nous interroger. D'abord en voulant connaître le pourquoi, le jusqu'à quand; la justification derrière cette souffrance. Pour Ricoeur, le « pourquoi » derrière la souffrance prend toute la place, car la souffrance est par son essence même *en excès*. « Souffrir, c'est souffrir trop » (*ibid*, p. 31). Ici, on peut faire un aparté sur l'importance possible de la « cause » lors de la mise en récit pour les problèmes de santé mentale. Dans une visée phénoménologique, la « cause » devient en fait celle à laquelle on arrive par la mise en récit; celle qui « fait du sens » pour soi. On fait ici le pont avec le troisième niveau de l'impuissance d'agir de Ricoeur et l'importance de redonner le pouvoir de la narration pour le souffrant. Dans une visée individuelle ou sociétale, les questions étiologiques occupent l'espace.

En traitant de la crise psychotique, Corin (2002) a aussi mis de l'avant l'importance de « faire du sens » et parle de la crise comme d'un révélateur d'un mal-être remontant à plus loin (le « avant » la crise n'apparaît pas ici comme exempt de souffrance). Ce passage fait écho à l'importance des « événements » tel qu'amené par Michel Tousignant (1992) que nous aborderons dans les pages suivantes.

Finalement, ce texte de Ricoeur nous rappelle l'importance de saisir l'expérience subjective des personnes¹⁵. Un danger de « subjectivité fragilisée » est présent chez l'individu

¹⁵ Cet aspect sera pris en considération notamment dans la définition de la santé mentale du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ).

qui souffre. Si l'on accepte la prémisse que la subjectivité passe en partie par la mise en récit dans le but de « faire du sens », on peut comprendre pourquoi la souffrance amène une fragilisation du récit et empêche sa construction, nuisant à celui qui souffre (Marin, 2013, p. 53).

1.1.2 Souffrance sociale

Brièvement, nous introduisons à présent la « souffrance sociale », tel qu'entendu par des auteurs comme Arthur Kleinman, Veena Das et Margaret Lock dans l'ouvrage *Social Suffering* (1997) (ici selon la lecture qu'en propose Paul Jacques (2004)) et Emmanuel Renault (2008). Cette souffrance est ici présentée comme ressentie individuellement, mais aussi collectivement; l'individu et le groupe la portent. Certains enjeux apparentés à cette souffrance sociale seront discutés plus spécifiquement dans la présente recension des écrits.

Sans entrer dans la décortication du terme comme l'a fait Emmanuel Renault (2008) dans son livre *Souffrances sociales*, mentionnons seulement que « l'idée de souffrance sociale implique la connexion d'une réalité psychologique, la souffrance, et d'un élément social » (Renault, 2008, p. 40). Pour Jacques (2004), la souffrance psychique représente « l'articulation du psychique, du somatique, et du social, c'est-à-dire la manière dont les inégalités sociales s'inscrivent jusque dans le corps des personnes exclues » (p. 25). Cette conception de la souffrance met de l'avant la dimension sociale de cette dernière. Sans occulter complètement l'aspect plus individuel, elle insiste cependant sur l'importance des enjeux sociaux lorsqu'on aborde la question.

En France, on vient de le voir avec D. Fassin, la souffrance sociale désigne une souffrance que la société inflige à ses membres les plus vulnérables et se réfère aux politiques de l'emploi, du logement, de l'immigration, de la solidarité. Elle résulte de rapports de forces et de l'abus de pouvoir. Par contre, pour le courant de l'anthropologie médicale anglo-saxonne, représenté par A. Kleinman, [...], elle résulte de violences extrêmes comme l'apartheid et le génocide. La souffrance est liée à l'état du monde (Jacques, 2004, p. 27).

Emmanuel Renault met en lumière le double impact que des situations sociales injustes ou violentes peuvent avoir sur les individus. D'une part, des événements sociaux peuvent créer de la souffrance psychique subjective individuelle. D'autre part, « la dynamique de la souffrance

peut conduire à transformer en violence contre le groupe la violence sociale et la détresse endurée par les individus » (Renault, 2008, p. 25).

Un autre aspect intéressant entourant le concept de souffrance sociale, et méritant d'être développé davantage, est le paradoxe entre l'invisibilisation de la souffrance (de la pauvreté, par exemple), mis en contraste avec son hyperreprésentation dans nos sociétés (médias, photographies, publicités, descriptions universitaires, etc.) (Jacques, 2004, p. 27; Renault, 2008, p. 30). Renault (2008) cite les travaux de Nancy Sheper-Hugues qui souligne que « l'exhibition spectaculaire produit une sorte de neutralisation affective et une apparence de fatalité [...] » (p. 30). En effet, une part de nous est de plus en plus habituée à la violence nous entourant.

Dans le présent mémoire, nous nous concentrerons beaucoup sur les dimensions sociales influençant la construction de la souffrance, plus particulièrement des problèmes de santé mentale. Nous ne pousserons cependant pas la réflexion par rapport au concept de souffrance sociale faisant référence à des phénomènes sociaux provoquant une souffrance individuelle et parfois collective.

1.2 La santé mentale et les troubles mentaux : définitions

De souffrance, nous faisons maintenant le pont avec les problèmes de santé mentale. Le but du présent mémoire étant d'observer les représentations de la souffrance d'un point de vue institutionnel, nous devons d'entrée de jeu faire le saut aux problèmes de santé mentale. En effet, le corpus institutionnel analysé dans ce travail appréhende d'emblée la souffrance par le biais du trouble mental.

Pour cette deuxième section de notre recension des écrits, nous posons plusieurs définitions émergeant de certaines organisations sociales, et de certains auteurs, pour amorcer un portrait de la façon dont on se représente ces concepts principaux, en Occident, à l'époque actuelle. Notons que les définitions gouvernementales reflètent davantage des visées portées sur la responsabilisation individuelle, et évacuent les dimensions plus subjectives, sociales et collectives.

Plus précisément, nous posons d’abord les définitions reliées à la santé mentale, puis celles liées à son apparent contraire, la maladie mentale, puis nous ferons le pont entre ces deux concepts par le biais de certaines critiques complémentaires venant principalement du texte d’Ellen Corin et Gilles Lauzon (1986).

1.2.1 Santé mentale

Sous l’œil de plusieurs perspectives, la question de la santé mentale est maintenant indissociable de celle des troubles mentaux. L’appellation « problèmes de santé mentale », maintenant couramment utilisée, en témoigne par elle-même. Nous verrons dans cette sous-section l’omniprésence du concept de « santé mentale » prenant parfois même la place de la « maladie »¹⁶. En effet, la montée des préoccupations des enjeux de santé publique et de promotion de la santé (dont mentale) rend presque indissociable la question de la santé mentale à celle de ses problèmes. Nous reviendrons sur ces enjeux de sanitarisation tout au long du présent mémoire, et plus en profondeur notamment à la section 2.4.2 du chapitre II.

De façon plus détaillée, nous présentons d’abord la définition du gouvernement du Québec, puis celle du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), et finalement deux définitions plus subjectives tirées de la littérature.

1.2.1.1 Définition du gouvernement du Québec (et OMS)

Par le biais de la définition de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS), le gouvernement du Québec définit la santé mentale par :

un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d’accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté. (Gouvernement du Québec, 2020)¹⁷

Bien qu’ayant sa pertinence et son utilité, nous déconstruisons ici cette définition institutionnelle qui met dans un étau le concept de santé mentale. Il est d’abord primordial de

¹⁶ Par exemple, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) présente une définition de la santé mentale sur son site Internet, mais aucune de la maladie mentale. Ce regroupement inscrit dans le courant alternatif en santé mentale présente une « vision positive et non pathologique de la santé mentale » (RRASMQ, s.d.).

¹⁷ La définition se trouve sur la page Internet faisant référence à la maladie mentale. En effet, la page réservée à la « santé mentale » est presque vide.

noter le caractère implicitement individualisant de cette définition où l'on remet la responsabilité de sa souffrance à l'individu en occultant la possibilité que d'autres instances puissent avoir un rôle à y jouer.

En plus de cette responsabilisation de l'individu, la définition utilisée par le gouvernement du Québec est empreinte de stéréotypes, exempte de relativisme et mise sur la normalisation pour une « intégration maximale à la vie sociale » (Corin et Lauzon, 1986, p. 49). La mention du « travail productif et fructueux » de cette définition fait appel à une logique capitaliste, propre aux normes néolibérales¹⁸ de nos sociétés contemporaines occidentales, où la productivité et le travail occupent une place centrale. On sent une uniformisation du concept de santé mentale en ne prenant pas en considération, notamment, le relativisme culturel. L'amalgame entre « santé mentale » et « travail » est en effet sujet à débat, surtout quand on prend en compte la souffrance supplémentaire que peut amener la pression de devoir correspondre au modèle « 9 à 5 » de nos sociétés. Les souffrances de masse du 21^e siècle, comme la dépression, et leurs dimensions sociales (manifestation de l'envers des exigences de performance sociale contemporaines (Otero, 2005, p. 77) sont aussi occultées de cette définition. Brièvement, on remarque aussi un lien entre la définition du gouvernement québécois et la « force productive des individus », tel qu'amené par Michel Foucault. L'utilisation de l'humain, autant par son corps que son esprit devient « une réalité bio-politique; [et] la médecine [...] une stratégie bio-politique [...] le corps humain [...] reconnu politiquement et socialement comme une force de travail » (Foucault, 2001, p. 210). Nous reviendrons sur les liens entre les forces de pouvoir et la maladie mentale à la section 2.4.3 du chapitre II.

Finalement, les influences jouant sur cette santé mentale ne sont pas abordées dans la définition du gouvernement du Québec. À la section 1.2.1.3, nous reviendrons sur les aspects introduits ici à l'aide des travaux de Corin et Lauzon (1986) pour supporter notre critique de la définition.

¹⁸ Nous reviendrons aux logiques néolibérales à la section 2.5 du Chapitre II sur les perspectives conceptuelles.

1.2.1.2 Définition du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)

Il est intéressant d'opposer la définition du gouvernement du Québec à celle du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ). Le RRASMQ présente une vision qu'il qualifie de « positive et dynamique » de la santé mentale :

La santé mentale est un état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, qui se caractérise par un niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. La santé mentale est influencée par les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels et des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne. La santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement (RRASMQ, s.d.).

Dans la définition du RRASMQ, le fait d'incorporer le terme « subjectif » pour parler du bien-être est d'emblée un pas important dans l'affirmation d'une position subjective qui considère les expériences des personnes pour la prise en charge en santé mentale. Le terme « moment donné » est aussi important et lourd de sens dans cette définition, puisqu'il souligne le caractère mouvant et non statique de cet « état » de bien-être, en comparaison avec la définition du gouvernement du Québec, plus statique, qui met de côté toute notion de subjectivité et de relativisme. Au contraire de la définition du gouvernement qui n'aborde pas ces enjeux, le RRASMQ fait ressortir plusieurs dimensions influençant la santé mentale, en nommant celles de la sphère sociale en premier. La responsabilité partagée est également soulignée.

1.2.1.3 Définitions plus subjectives de la santé mentale provenant de la littérature

François Laplantine, anthropologue français, se sert de quatre critères pour définir la santé mentale « normale » d'un point de vue psychologique, mais avec des notions davantage transposables dans toutes les sociétés. Ceux-ci sont « 1) aptitude à la communication; 2) solidarité de la culture avec les intérêts du Moi, plutôt qu'avec les pulsions du Ça et les intérêts du Surmoi¹⁹; 3) aptitude à s'aimer suffisamment soi-même, à préférer vivre plutôt que mourir;

¹⁹ On fait ici référence à la deuxième théorie de l'inconscient de Sigmund Freud (1923).

4) reconnaissance d'un monde extérieur distinct de soi » (Laplantine, 1988, p. 96-97 cité par Otero, 2005, p. 75).

Cette définition se défait ainsi des impératifs néolibéraux amenés dans la définition du gouvernement du Québec, mais n'aborde toujours pas les influences plus sociales modulant la santé mentale.

Dans le livre *Penser les liens entre santé mentale et société*, au chapitre 14, *Le "passage obligé" La folie selon Michel Foucault et Erving Goffman*, Katharine Larose-Hébert pose la « santé » dans une perspective imbriquant parfaitement le subjectif et le social.

La « santé » est un état possédant une composante hautement subjective; elle implique une évaluation personnelle du fonctionnement quotidien et du bien-être. Ainsi, les critères du bien-être individuel ne peuvent être pensés comme des données homogènes et universelles; ils sont personnels, intimes. Cela dit, ils ont également une dimension sociale, car ils émergent inévitablement d'un contexte particulier. Ils se forgent à même le parcours, s'alignant sur les courbes de l'expérience. Le bien-être se crée à même l'interaction entre le soi et l'environnement, il est à la fois privé et public. Il est donc investi par la politique. [...] Par conséquent, la santé et le bien-être sont des notions « frontière » entre moi et l'autre, l'intériorité et l'extériorité, l'individuel et le collectif. Le désir public d'une « santé » uniforme et régulée, politiquement et médicalement balisée, entre donc régulièrement en confrontation, voire en contradiction avec le regard sur soi. Le fait de se sentir « en santé » n'équivaut pas nécessairement à l'être d'un point de vue médical (tout comme à l'inverse d'ailleurs). Ainsi, l'affirmation ou la constatation de « santé » se loge dans un contexte précis, dans un mouvement de va-et-vient entre l'individu et la société dans laquelle il est inséré. La notion générale de santé n'est donc ni fixe ni stable; elle épouse des normes en constante transformation (Larose-Hébert, 2014, p. 311).

Cet extrait décrit parfaitement les ponts et les allées retour inévitables et profondément nécessaires entre les dimensions individuelles et collectives de la conception de la santé mentale. Bien que grandement subjectif, cet état de « santé » se trouve à l'intersection entre moi et l'autre, entre le privé et le public, entre l'individu et la société. Cette société qui contribue à la construction de cette souffrance ressentie individuellement²⁰. Cette définition rend en soi bien compte de notre façon de conceptualiser la santé; on pourrait d'ailleurs transposer cette définition en remplaçant « santé » par « souffrance ».

²⁰ Tel que mentionné à la section 1.1.2 sur la souffrance sociale, cette souffrance individuelle en vient souvent à une souffrance de masse qui s'actualise et se traduit par des soulèvements sociaux, par exemple. Ces répercussions sociales pourront à leur tour créer des souffrances chez l'individu et le cycle recommence.

1.2.2 Maladie mentale

L'histoire de la folie peut être abordée tel que Foucault l'a fait dans *Histoire de la folie* (1961), en décortiquant d'abord les balbutiements artistiques et littéraires de cette dernière. On peut aussi décortiquer ses grands moments historiques dans l'histoire européenne, en mentionnant, par exemple, toujours selon Foucault, la période du Grand Renfermement, et éventuellement la création des asiles et l'évolution entourant l'histoire de la prise en charge des fous. Nous nous intéressons davantage ici à la représentation de la folie au 20^e et 21^e siècle, dans une perspective davantage constructiviste qu'historique.

À l'instar de la sous-section précédente où nous avons repris les définitions de certaines instances pour tenter de conceptualiser en partie la notion de santé mentale, nous ferons de même pour la maladie mentale.

Plus précisément, nous présentons d'abord la définition du gouvernement du Québec, puis celle du RRASMQ et finalement nous reprendrons les propos de Marcelo Otero, sociologue critique ayant beaucoup écrit sur la construction sociale des troubles mentaux.

1.2.2.1 Définition du gouvernement du Québec (et OMS)

Le gouvernement du Québec définit la maladie mentale « par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance ». Cette dernière se manifesterait par « des signes de changement, que l'entourage peut observer dans le comportement de la personne atteinte ; des symptômes, que ressent la personne elle-même » (Gouvernement du Québec, 2020).

Selon cette définition, on peut se demander qui échappera à ces changements affectant l'humeur et la pensée tout au long de sa vie. On peut aussi noter le terme « changements » en début de définition qui présuppose un avant et un après. Le terme « symptôme » est aussi à souligner étant donné sa connotation médicale importante. On note encore une fois le caractère individualisant de cette définition où les perspectives sociales sont complètement absentes. Contrairement à la santé mentale définie sur le site du Gouvernement par une reprise de la définition de l'OMS, celle pour la maladie mentale ne reprend pas une définition de l'OMS.

Par souci d'uniformité avec la sous-section précédente, nous faisons donc aussi ressortir la définition de l'OMS des troubles mentaux. Ceux-ci comprennent « un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent [...] ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux ». À titre d'exemple, ils comprennent « la schizophrénie, la dépression, l'arriération mentale et les troubles dus à l'abus de drogues ». L'OMS précise aussi que « la plupart de ces troubles se traitent » (OMS, 2020).

Pour aller un peu plus loin, dans le *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020* de l'OMS, le syntagme « troubles mentaux » réfère à :

[un] ensemble de troubles mentaux et de troubles du comportement répertoriés dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (Dixième Révision, CIM-10). Ils comprennent les troubles entraînant une charge de morbidité élevée comme la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie, les troubles anxieux, la démence, les troubles liés à l'utilisation de substances, les déficiences intellectuelles, et les troubles du développement et du comportement qui apparaissent habituellement durant l'enfance et l'adolescence, y compris l'autisme (OMS, 2013, p. 6).

Cette définition est intégralement empreinte d'une logique médicale où la subjectivité occupe peu de place.

1.2.2.2 Définition du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)

Du côté du RRASMQ, leur Manifeste explique leur réticence à se décrire par des définitions statiques, étant donné leurs caractères souvent « réductrices », « emprisonnantes » et pouvant potentiellement mener à de l'exclusion (RRASMQ, 2009, p. 1). En privilégiant ainsi des définitions pouvant se renouveler sans cesse²¹, le site Internet du RRASMQ présente sa définition de la santé mentale exposée plus tôt, mais pourtant aucune de la maladie mentale.

²¹ Une des lignes directrices des ressources alternatives repose sur le souci de se questionner sur elles-mêmes, sur leurs pratiques et philosophies; au même titre, par exemple, que de se questionner sur soi-même dans une démarche thérapeutique (Corin, Poirel et Rodriguez, 2011, p. 92). On peut se demander si le discours institutionnel procède au même autoquestionnement.

Certains éléments décrivant l'Alternative²² par la suite sont tout de même pertinents pour brosser un portrait de la vision du RRASMQ par rapport aux problèmes de santé mentale. Parmi ces éléments, on fait mention « d'un autre regard porté sur la santé mentale et sur les personnes qui vivent ou qui ont vécu des problèmes de santé mentale » ainsi que de « l'histoire », de la « réalité » des personnes et une « vision positive et non pathologique de la santé mentale ». L'Alternative fait ressortir des valeurs de solidarité, de participation communautaire et « croit également que toute communauté possède un potentiel actualisant pour les personnes ». Le regroupement « remet en question la culture biomédicale de la santé mentale, qui considère surtout la maladie plutôt que la santé. Elle demeure critique face aux savoirs médicaux, aux modèles de réadaptation et aux traitements utilisés en psychiatrie. » L'Alternative remet aussi en question « la culture sociale qui met l'emphase sur la performance et la productivité des individus » (RRASMQ, s.d.). Dans sa section définissant la santé mentale, on retrouve aussi une petite portion qualifiant les « états de détresse et de déséquilibres » comme « normaux » et faisant « partie de l'existence humaine. Les moments de vulnérabilité et de souffrance sont perçus comme des expériences d'enrichissement à travers lesquelles la personne peut se développer et grandir » (RRASMQ, s.d.).

La différence entre la conception des problèmes de santé mentale du gouvernement versus du RRASMQ est frappante. En faisant le choix de ne pas définir la maladie mentale, le RRASMQ prend d'emblée position. Les définitions du RRASMQ dénoncent la culture biomédicale et certaines valeurs néolibérales, comme la performance et la productivité. On retrouve aussi la dimension inclusive en rappelant le caractère « normal » pour un être humain de vivre des états de souffrance, tout en rappelant le rôle de la communauté. On s'éloigne ainsi d'une logique de responsabilisation reposant uniquement sur l'individu.

1.2.2.3 Définitions provenant de la littérature

En se concentrant plus spécifiquement sur la souffrance psychique et la dépression, Marcelo Otero (2013) met de l'avant la dimension sociale de la souffrance, ainsi que son

²² L'Alternative fait référence à une philosophie portant un regard « autre » sur la santé mentale. Elle représente le mouvement alternatif en santé mentale représenté par le RRASMQ.

expansion dans nos sociétés qui semble apparaître comme « un consensus parmi les divers professionnels et intellectuels » en Occident. Il la décortique comme le mélange d'une dimension « psychique et singulière, parce que ressentie "intimement" et "intérieurement" par des individus particuliers dans des circonstances particulières », ainsi que « sociale et commune, parce que distribuée et partagée avec une générosité et une régularité inédites chez de nombreux groupes, classes et communautés hétérogènes » (Otero, 2013, section 4²³).

Ce passage fait écho à la définition de la santé mentale présentée en section 1.2.1.3 par Larose-Hébert. On y retrouve les dimensions individuelles (la souffrance ressentie individuellement) et sociales (car elle devient une réalité commune et partagée). Ce passage témoigne de l'étendue de la souffrance dans nos sociétés occidentales contemporaines. On pourrait aussi rajouter l'influence de la société sur cette souffrance (nous reviendrons sur cet aspect ci-dessous, en reprenant, en outre, les travaux d'Otero).

Dans une autre perspective, Tousignant (1992) réfléchit de façon assez exhaustive sur les facteurs sociaux à l'origine des troubles « psychologiques ». Étant donné que la folie intéresse un grand nombre de disciplines différentes, nous retrouvons « une variété de modèles d'explication de l'étiologie sociale et culturelle » de celle-ci (Tousignant, 1992, p. 15). Le but de ce mémoire n'est pas de détailler les causes possibles des troubles de santé mentale, même s'il pourrait être pertinent de faire ressortir certaines pistes de réflexion sur leurs origines sociales. En effet, travailler sur ces causes de souffrance est en lien avec la représentation que les textes institutionnels se font de celle-ci. Tousignant amène notamment la question de « l'événement » comme précurseur de folie; événement étant ici entendu comme « toute expérience de vie qui exige une adaptation ou entraîne un changement important [...] une discontinuité » (Tousignant, 1992, p. 45). On peut penser à plusieurs de ces événements ou même à des conditions de vie se répercutant de façon étendue sur un individu. Le principe de « discontinuité » pourrait ici être questionné de par la notion de temps (avant/après), par exemple. Tousignant (1992) souligne d'ailleurs l'ampleur qu'a prise « la part de

²³ Aussi à la page 11 du livre *L'Ombre portée L'individualité à l'épreuve de la dépression* d'Otero (2012).

l'environnement dans l'explication du comportement » depuis les avancées du behaviorisme dans la deuxième moitié du 20^e siècle (p. 44-45).

1.2.3 Critiques et pont entre santé et maladie

Tel que mentionné en introduction de la section 1.2, nous utilisons ici les travaux de Corin et Lauzon (1986) pour fournir plusieurs critiques venant remettre en question le discours dominant entourant la question des problèmes de santé mentale au Québec. Dans leur article, Corin et Lauzon (1986) soulèvent et critiquent trois prémisses entourant cette question.

La première est la banalisation des problèmes de santé mentale en tentant de les mettre sur le même pied que des problèmes de santé physique, par des discours tels que « la maladie mentale est une maladie comme les autres » (Corin et Lauzon, 1986, p. 47). Même si le but premier d'un tel discours est sans doute de normaliser le phénomène dans le but de « déstigmatiser » les personnes (p. 47) et d'encourager les gens à aller chercher de l'aide, cette banalisation contribue à analyser les problèmes de santé mentale de façon mécanique, superficielle, et à les éloigner de la subjectivité de l'individu. L'introduction du concept de « santé » pour remplacer celui de « maladie » est un phénomène non sans conséquences du point de vue des définitions et de la façon dont on parle de la folie dans nos sociétés.

La valorisation générale de la santé a sans doute été renforcée par sa rencontre avec le courant de la psychologie humaniste et existentielle, avec son insistance sur les idées de potentialité et de positivité. À ce niveau donc, la banalisation opère par une « minimisation du caractère négatif des problèmes » (Corin et Lauzon, 1986, p. 48).

La « minimisation du caractère négatif » dont il est question ici pourrait également être critiquée en s'interrogeant sur cette « négativité » propre aux problèmes de santé mentale qui ont pourtant pu être perçus différemment à certains moments de l'histoire comme, par exemple, « un pouvoir de révélation » et comprenant une « profondeur » qui seront « anéantis par l'internement ». « La folie n'est [en effet] devenue objet de science que dans la mesure où elle a été déçue de ses antiques pouvoirs [...] » (Foucault, 2001, p. 197). La peur de la souffrance et de la folie seront traitées sommairement à la section 1.3.4. Nous abondons toutefois dans le

sens des auteurs quant aux dangers de banaliser la souffrance, de l'amalgamer aux maladies physiques et de l'occulter par la santé à tout prix.²⁴

La deuxième prémisse posée par Corin et Lauzon (1986) est le désir sociétal de normalisation (entendue dans le sens fonctionnaliste) des personnes présentant un trouble de santé mentale. Celle-ci ressort de façon évidente dans la définition de l'OMS de la santé mentale, en promouvant la contribution optimale à la société. « Ceci implique que les actions devraient être essentiellement pragmatiques et orientées vers des buts concrets » (Corin et Lauzon, 1986, p. 49). Ces visées de fonctionnalité et d'optimisation rappellent une fois de plus les perspectives néolibérales de nos sociétés contemporaines.

Finalement, la troisième prémisse avancée par les auteurs est l'homogénéisation de la façon de concevoir et d'intervenir auprès des personnes en souffrance, avec comme « opérateur principal » la notion de « besoin » et comme outil pour l'objectiver : les « grilles standardisées » (Corin et Lauzon, 1986, p. 52). « Nous avons du mal à agir ou à penser la diversité, quitte à changer par ailleurs régulièrement de modèle de référence » (*Loc.cit.*). Ce dernier point est crucial dans une perspective de « rétablissement » et les travaux d'Ellen Corin, Marie-Laurence Poirel et Lourdes Rodriguez (2011) serviront à approfondir davantage certains glissements possibles par ce désir d'uniformisation. Un aperçu de ceux-ci sera présenté dans la section « Rétablissement » ci-dessous.

Pour conclure cette section de notre recension des écrits, et ainsi faire le pont entre les concepts de « santé mentale » et de « maladie mentale », nous introduisons la difficulté à définir un de ces deux concepts sans l'autre. En effet, pour Alain Ehrenberg (2005), sociopsychologue français, le champ de la santé mentale est indéterminé et confus. Définir ces concepts est un exercice périlleux. Il choisit d'aborder le tout en examinant « la relation normal-pathologique ». Ce faisant, Ehrenberg ne souhaite toutefois pas procéder en posant la frontière entre les deux,

²⁴ On peut toutefois nuancer en revenant sur le RRASMQ qui ne définit que la « santé mentale » et non la « maladie ». Le RRASMQ semble prendre cette position dans le but de sortir d'une logique stigmatisante et biomédicale, et pour miser sur les atouts des personnes, et non pour occulter la souffrance ou l'aborder en termes réducteurs.

afin de ne pas en faire deux entités distinctes. Dans une approche relationnelle, pour arriver à définir la santé mentale, nous devons nous attarder par le fait même à la maladie mentale.

L'approche relationnelle consiste à décrire comment la relation normal-pathologique se modifie, car ces deux pôles ne se définissent *que l'un par rapport à l'autre*, ils sont relatifs l'un vis-à-vis de l'autre. Ce n'est pas seulement la maladie et la pathologie qui changent, mais aussi la santé et la normalité. C'est en effet toujours la *totalité relationnelle* qui se modifie (Ehrenberg, 2005, p. 20).

Nous pourrions ainsi nous questionner si l'un peut *exister* sans l'autre. Ces notions de relations normatives seront abordées plus en profondeur dans la section 2.3 du Chapitre II sur la norme.

1.3 Société et problèmes de santé mentale : des perspectives critiques

Tel que présenté précédemment, nous souhaitons ici présenter les imbrications entre cette souffrance vécue intimement et les dimensions sociales participant à la façon dont on vit cette souffrance et la manière dont celle-ci est construite en un « problème de santé mentale ».

Dans cette troisième section, nous présentons d'abord certains auteurs s'étant penchés sur cette influence du social pour la construction des troubles mentaux. En deuxième et troisième parties, nous évoquons les concepts d'étiquetage par le biais de la classification des troubles mentaux, ainsi que le phénomène social de stigmatisation. Nous finissons cette section 1.3 par une introduction à l'intolérance vis-à-vis de la souffrance dans nos sociétés. À noter que les enjeux de pouvoir seront explorés davantage au chapitre II.

1.3.1 Le trouble mental : indissociable de sa société

Plusieurs auteurs se sont penchés ou ont invoqué l'indissociabilité de la conception de la maladie mentale en lien avec la société dans laquelle elle gravite. Nous abordons certains de ces enjeux ici, notamment par le biais des travaux critiques de Marcelo Otero.

Nous présentons en premier lieu, de façon générale, des preuves démontrant la difficulté à définir les troubles mentaux en eux-mêmes, sans considérer la société dans laquelle ils

gravitent. Ensuite, nous abordons les travaux d'Otero qui décortique les frontières entre la « maladie psychique » et le problème social. Toujours par le biais des écrits d'Otero, nous introduisons certaines contradictions que le DSM comporte en lui-même. Finalement, nous concluons cette sous-section par un rappel des conséquences d'un discours purement psychiatrique.

1.3.1.1 Aperçu : le « trouble mental » : modulable selon sa société²⁵

Jusqu'à présent, on remarque aisément que les définitions des problèmes de santé mentale ne semblent pas consensuelles ni unidimensionnelles. En effet, l'exercice de conceptualisation du phénomène est ardu et arriver à une unanimité en la matière est presque impossible à atteindre. Nous détaillons dans cette section l'influence de la société en ce qui a trait à cet enjeu.

En reprenant les idées de Didier Fassin, Paul Jacques met de l'avant l'aspect mouvant des définitions entourant les problèmes de santé mentale, en fonction de l'époque et de l'endroit. Il nomme aussi très clairement la « construction sociale » dont fait l'objet ces problèmes.

Dans la perspective d'une anthropologie politique de la santé, la définition et l'interprétation d'un « problème de santé » varient d'une époque à l'autre, d'un pays à l'autre, d'un groupe à l'autre. Elles sont le fruit de constructions sociales. Le jeune d'une banlieue n'est plus un « inadapté » comme dans les années 80, mais il souffre d'un « mal-être » (Jacques, 2004, p. 23).

La folie n'est donc pas un concept statique. Le fou d'hier n'est pas celui de demain et le malade d'Orient n'est pas pris en charge de la même manière en Occident. En effet, « chaque culture [...] a la folie qu'elle mérite » (Foucault, 2001, p. 197) et l'appréhende de manière très différente. Ce passage de Foucault symbolise la responsabilité sociétale au niveau des problèmes de santé mentale. La façon de réagir à cette folie aura, de plus, un impact sur la souffrance même de la personne, tel que mentionné à la section 1.3.3 traitant de stigmatisation. Cette stigmatisation reliée à cette sortie de la norme n'est donc pas uniforme d'une société à l'autre. Par exemple, au Sri Lanka, des traits dépressifs peuvent être appréhendés par les autres membres

²⁵ On fait ici référence à une société ou groupe donné, à une époque donnée (l'époque et la culture peuvent, entre autres, venir moduler l'objet dont il est question).

de la société de façon positive, car ceux-ci les raccrochent avec certains rituels bouddhistes. « Le modèle culturel de l'ascète pourrait permettre en Inde, d'élaborer culturellement une position de retrait positif²⁶, alors qu'elle demeure difficilement assimilable dans nos sociétés » (Corin, 2002, p. 78). Les exemples de conception et de « prise en charge » différentes des « problèmes mentaux » selon les cultures sont nombreux et pourraient faire l'objet d'un travail en soi²⁷.

Dans le livre *Le mouvement de l'être* de Corin, Poirel et Rodriguez (2011), les auteures soulignent que les problèmes de santé mentale ne se « développent pas en vase clos » et font des liens entre ceux-ci, le langage et la culture. Elles soutiennent que ces problèmes sont « inséparables d'un malaise social plus général ». En effet, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont le « reflet magnifié » de ses malaises sociaux : comme si on y posait une loupe (p. 13).

1.3.1.2 Otero et les frontières entre « mental pathologique » et « social problématique »

Marcelo Otero (2005) parle de la définition des problèmes de santé mentale comme un « processus social, culturel et médical complexe ». Nous utilisons ici les travaux très contemporains de ce sociologue pour pousser la réflexion sur la plasticité et le caractère non statique des troubles mentaux, tout en faisant ressortir certaines distinctions entre la souffrance et le dysfonctionnement; entre la maladie et le problème social.

Pour Otero (2012), il convient d'abord de nuancer que bien que la dimension sociale ne peut être exclue pour comprendre toute l'épaisseur du « problème de santé mentale »; la « déviance de la norme » ne suffit pas en soi pour rendre compte du problème.

On n'insistera jamais trop sur l'idée que le statut ontologique des problèmes de santé mentale de masse ne peut être saisi exclusivement par la sociologie (et l'anthropologie) ou par la psychologie (et la psychiatrie), car le psychisme et la société sont inséparables et irréductibles. S'il est vrai que les problèmes de santé mentale de masse ne peuvent pas être compris sans référence à la normativité qui a cours, ils ne se réduisent pas à la seule déviance de la norme (p. 334).

²⁶ Voir note en bas de page #10 à la page 8 pour l'explication du retrait positif.

²⁷ Pensons notamment aux travaux d'Arthur Kleinman sur les liens entre culture et dépression (*Culture and Depression*, 1985, d'Arthur Kleinman et Byron Good) ou de façon plus large au champ de l'ethnopsychiatrie.

Les enjeux entourant la norme seront revus à la section 2.3 du Chapitre II. Ce passage réitère toutefois notre ligne directrice rappelant le caractère impensable d'évacuer la dimension psychique soutenue par le récit, et vécue subjectivement, de la dimension sociale influençant cette dernière.

Otero opère toutefois un glissement direct vers la « pathologie » pour rendre compte d'une partie de la dimension du problème. Nous nous attardons ici sur un aspect récurrent dans ces travaux, soit la décortication des fines frontières et des chevauchements entre le « mental pathologique » et un « social problématique »; le moment où la « pathologie » individuelle est maniée dans un espace social et ainsi transformée ou du moins appréhendée comme un problème social, ou l'inverse²⁸. En écho à la sous-section précédente, le trouble mental modulable selon sa société doit aussi être observé sous l'angle du « problème » qu'il représente selon la société dans laquelle il se trouve. La société peut ainsi venir à se représenter comme un problème tel comportement ou à construire un problème à partir d'un comportement.

Otero (2015) fait ainsi le pont entre le caractère modulable de ce que représente la « maladie » selon l'époque et la culture et le « comportement » hors-norme. « Il est évident que les correspondances, chevauchements et cloisonnements entre comportements non conformes et maladies mentales sont nombreux, discutables et variables en fonction des époques » (p. 23). Cette plasticité selon les époques est ici mise en lumière en fonction de la ligne séparant la maladie du comportement déviant. Otero se demande « pourquoi [un] tel comportement est-il défini comme problème de santé mentale dans certains groupes sociaux ou même certaines cultures mais pas dans d'autres, et, de ce fait, pourquoi les réactions sociales vis-à-vis du même comportement problématique [...] varient-elles en fonction de la position sociale ou de l'horizon

²⁸ Par exemple, au 18^e siècle, on assiste à l'inverse : on a pris la folie en tentant de la « transformer » en maladie mentale, en classifiant, étudiant, validant la folie (Otero, 2015, p. 22-23).

culturel considéré? » (p. 24). Cette question est centrale et représente à elle seule les difficultés à définir un objet qui est construit selon une série de facteurs sociaux (époque, lieu, etc.).²⁹

À titre d'exemple pour examiner la relation entre le « mental pathologique » et le « social problématique », dans plusieurs de ses écrits, Otero distingue les « psychoses » des « névroses » et souligne la prévalence stable dans le temps des premières par rapport à l'ampleur et la variabilité des deuxièmes. Il fait référence au « mental pathologique » pour décrire les premières (troubles sévères et persistants³⁰), en comparaison aux deuxièmes : les « problèmes psychologiques » (troubles courants³¹). Otero soutient que les névroses sont « historiquement volatiles » et donne l'exemple de l'hystérie très endémique dans le passé, remplacé aujourd'hui par la dépression. Il parle aussi du caractère flou de ces dernières et de la difficulté à poser un diagnostic. Les névroses³² posséderaient donc une plasticité plus importante en fonction des époques et des cultures par rapport aux psychoses. Finalement, à l'instar des propos de Corin, Poirel et Rodriguez (2011) énoncés ci-dessus, il considère que les névroses sont des « révélateurs des manquements aux impératifs sociaux » (Otero, 2005, p. 76-77).

1.3.1.3 Le DSM en conflit interne : incohérences

Nous avons montré dans les sous-sections précédentes le caractère non statique de l'objet qu'on appelle « trouble mental ». Nous montrons ici que même le DSM, qui représente un

²⁹ À l'instar de la fin de la section 1.2 où on concluait en posant la question si le problème existe en soi, indépendamment de la norme, on peut encore se questionner à savoir si l'objet en soi, le problème de santé mentale, *existe* en dehors de sa société.

³⁰ Dans ses écrits, Otero semble faire référence à la « folie » pour désigner ce « mental pathologique » propre aux psychoses, distinct, selon lui, des névroses. Le terme « folie » aurait été utilisé de façon générale par le passé, puis de manière plus spécifique par la suite, pour maintenant faire référence aux troubles mentaux graves et persistants (Otero, 2012).

³¹ Otero détaille l'influence des normativités sociétales propres à notre époque actuelle pour expliquer les « pandémies » de dépression (et de troubles anxieux) de nos sociétés contemporaines. Voir notamment : *L'Ombre portée L'individualité à l'épreuve de la dépression* (Otero, 2012) au sujet de la question de la possible augmentation de ces troubles. Bien que cette possible expansion de ceux-ci (dépression, anxiété, trouble du déficit de l'attention, etc.) et ses causes (normes différentes, augmentation des diagnostics, amélioration des conditions de vie libérant de l'espace pour autre chose qu'uniquement la « survie », etc.) constituent un sujet intéressant et vaste en soi, rappelons qu'il n'est pas l'objet du présent mémoire.

³² En note en bas de page, Otero explique comment les névroses étaient mises de côté par les pionniers de l'aliénation psychiatrique « à cause de leur sémiologie ambiguë et de leurs liens avec les revers courants de la vie qui ne sont pas forcément pathologiques. ». Otero abonde dans ce sens en soulignant les « proportions massives » qu'ont prises les troubles courants, « au point d'agiter le soupçon sociologique quant à la justesse de leur statut véritablement psychopathologique et médical plutôt que culturel et social ». (Otero, 2015, p. 22-23).

discours dominant sur la conception des problèmes de santé mentale, a de la difficulté à circonscrire l'objet duquel il prône pourtant des lignes directrices à n'en plus finir. Toujours en nous servant des propos d'Otero, nous démontrons ici le manque de consensus entourant la définition des problèmes de santé mentale, même de la part du DSM. À noter que nous reviendrons sur la classification des problèmes de santé mentale dans la section 1.3.2 sur l'étiquetage.

Sans faire ressortir ici les définitions présentes dans le DSM tel que l'a fait Otero dans son livre *Les Fous dans la cité. Sociologie de la folie contemporaine*³³ (2015) pour illustrer le manque de consensus entourant la maladie mentale, nous rapportons tout de même ici les propos de l'auteur quant à ses conclusions. Otero (2015) met de l'avant « l'impossibilité de parvenir à une définition consensuelle de la notion de "trouble mental" », et ce, même de la part de la « principale autorité en la matière, c'est-à-dire les auteurs du DSM, [qui] évoque[nt] ouvertement les difficultés extraordinaires que pose la définition du concept de "trouble mental" » (p. 21).

[Malgré tout], on a quand même choisi le terme trouble mental comme étant le plus adéquat en dépit du fait que le qualificatif mental est anachronique, que le concept ne peut être délimité, qu'aucune définition n'est opérationnelle ni cohérente pour l'ensemble des phénomènes visés, et, enfin, que les critères de sa justification demeurent fort variés et de nature différente. Ces mises en garde quant à la validité, ou plutôt à l'invalidité, du concept de trouble mental n'empêche pas les auteurs de définir de manière pragmatique environ 350 troubles mentaux d'affilée. Il est cependant clair que toute définition épistémologiquement cohérente, voire consensuelle, des phénomènes composant l'univers du mental pathologique, même dans le champ spécifique de la psychiatrie contemporaine, reste une tâche improbable (Otero, 2015, p. 21).

Nous n'entrons pas ici dans une revue chronologique de l'évolution des définitions dans les éditions du DSM, ni de l'analyse qu'en fait Otero. Sommairement, on peut toutefois mettre en lumière le caractère changeant de ces définitions au fil des années qui prouve le caractère non seulement non consensuel, mais aussi non fondamentalement naturel de ce qu'on appelle les troubles mentaux³⁴.

³³ Dans son livre Otero décortique, entre autres, les frontières entre la folie comme « mental pathologique » et « social problématique ».

³⁴ L'exemple le plus classique est la présence de l'homosexualité jusqu'au DSM-III.

L'exemple suivant fait le pont entre les notions entourant les frontières entre problème « mental » et problème « social » de la sous-section précédente, avec ici les définitions du DSM. Otero (2015) relève l'incapacité du DSM III de fournir des éléments pour différencier le « trouble mental » de la « déviance sociale » alors même que le DSM prévient de ne pas les confondre (p. 25). Otero reprend un des passages de cette édition où l'on peut lire explicitement « que les limites entre les troubles de même que les limites entre la présence et l'absence de troubles mentaux sont floues » (p. 26). Otero affirme que les éditions du DSM qui suivront « s'adaptent très bien au flou entre trouble mental et conflit individu-société en l'escamotant à l'intérieur même des définitions des catégories nosographiques répertoriées » (p. 25-26)³⁵.

Otero (2015) illustre ces propos par un exemple démontrant une fois de plus le caractère indissociable entre les troubles mentaux et la société en abordant les troubles de conduite³⁶ de l'enfance et les troubles psychosexuels chez les adultes. En faisant référence à des types de troubles de comportement comprenant les mots « mal socialisé » et des dysfonctions sexuelles les mots « inhibition du désir », il se demande ainsi « [...] comment concevoir un enfant mal socialisé ou des inhibitions sexuelles sans se référer aux exigences générales de l'enfance et de la sexualité ordinaires qui ne se trouvent qu'à l'échelle du social? » (Otero, 2015, p. 26). Otero explique que le DSM contourne la question à l'intérieur même de sa définition, ici sur les troubles de conduite. L'enfant « atteint » est ainsi « [...] dysfonctionnel à certains degrés et dans certains contextes (école, famille, activités entre pairs), [ou] souffre de sa condition » (*Loc.cit.*). On remarque ici les deux options rejoignant les deux entités étudiées ici, soit le dysfonctionnement (problème social, comportement déviant) ou la souffrance. Le

³⁵ De façon plus contemporaine, on fait référence à la « fonctionnalité » comme paramètre potentiellement perturbée. À titre d'exemple, Otero (2015) fait ressortir la définition du DSM-IV-TR en prenant la référence de l'APA (2000): « chaque trouble mental est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (p. ex., symptôme de souffrance), à un handicap (p. ex., altération d'un ou plusieurs domaines du fonctionnement) ou à un risque significatif élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté » (p. 25).

³⁶ Le premier article repris par Collin et Suissa (2007) porte sur les troubles de comportements chez les enfants et les adolescents. Il critique l'absence de référence aux dimensions sociales et culturelles dans la façon d'appréhender les troubles de comportement. Il est ici mis en lumière les différences de point de vue entre les Français et les Américains; les premiers étant encore empreints d'une logique psychanalytique.

dysfonctionnement de l'enfant ou de l'adulte devient en fait un problème en rapport à la norme sociale; la dimension de la souffrance est évacuée, et la « maladie » reviendrait à accepter qu'en étant dysfonctionnel, on est malade. « Ainsi, cet enfant et cet adulte ont un handicap par rapport à ce qui est normalement attendu d'eux en tant qu'individus dans les domaines concrets qui les concernent [...] cette attente normative est l'angle mort de la psychiatrie » (*Loc.cit.*).

1.3.1.4 Un discours psychiatrique dominant, au détriment du social

L'utilisation du discours psychiatrique, par exemple de façon implicite et explicite du DSM en Amérique du Nord, pour concevoir et agir les problèmes de santé mentale n'est plus à prouver. « Depuis que la psychiatrie s'est constituée en Occident comme monologue de la raison sur la folie, celle-ci est devenue une simple maladie mentale coupée de son contexte social, culturel et relationnel » (Otero, 2015, p. 11). Le terme « monologue » dans cet extrait est frappant et bien que des formes alternatives de discours semblent émerger pour parler de la maladie mentale (comme l'Alternatif), le tout est encore empreint du discours psychiatrique. On peut le constater aisément par l'emploi quasi systématique de la classification du DSM-V constituant toujours la bible en matière de maladie mentale et venant poser les bases du discours, ce qui n'est pas sans conséquence pour les personnes. En effet, le fait d'appréhender la folie dans son ensemble est indispensable pour ensuite aborder celle-ci de la manière la plus juste et humaine possible.

Les dangers de considérer uniquement une perspective biomédicale pour appréhender les problèmes de santé mentale ont été repris à plusieurs endroits dans la littérature. Nous reviendrons, par exemple, sur les enjeux de pouvoir en lien avec les normes médicales dans le chapitre suivant. Brièvement, Jean-Louis Feys (2017) reprend Foucault en expliquant que ce dernier « dénonce l'illusion de scientificité du discours psychiatrique, ainsi que les dérives des positions de pouvoir qui en découlent. [...] Il n'y a pas d'invariant transhistorique de la folie. Il n'y a pas de folie prédiscursive. Elle n'est ni naturelle, ni universelle » (Feys, 2017, p. 460)³⁷.

³⁷ La construction sociale entourant les problèmes de santé mentale est aussi étudiée dans cet article de Feys (2017) *Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie*. L'auteur cite Ian Hacking (2008) s'étant intéressé à la construction sociale de la folie en nommant diverses pathologies étant *apparues* au cours du temps (p. 460).

Ici, on met de l'avant le poids du langage et des représentations et son lien avec la construction de la folie; d'où la pertinence d'étudier la façon dont les institutions abordent cette question. La maladie mentale est ici présentée comme un « construit », en partie par les pouvoirs régissant nos sociétés. « La folie ne peut se trouver à l'état sauvage. La folie n'existe que dans une société, elle n'existe pas en dehors des formes de sensibilité qui l'isole et des formes de répulsion qui l'excluent ou la capturent. » (Foucault, 2001, p. 197). Ces propos de Foucault font bien état de cette folie, produit de sa société, qui ne peut être pris hors de son contexte social dans le but d'en « faire du sens » d'un point de vue global. Ses propos rejoignent aussi le caractère indissociable de la folie en lien avec la norme; la folie est folie, car elle s'éloigne de la norme sociale³⁸. Ce passage d'Otero démontre très explicitement ce pont entre cette folie indissociable de sa société et son lien avec la norme :

la folie et les fous n'existent que dans une société qui leur sert d'instance liminaire où se nouent et se dénouent empiriquement le normal et le pathologique, mais qui est également la condition rendant possible de les penser. Bref, il est aussi absurde de penser un individu sans corps (y compris son cerveau) que de penser un individu (y compris son corps) fou ou sain d'esprit sans société (Otero, 2015, p. 13).

Le tout peut une fois de plus nous amener à nous questionner sur l'existence même de la nature des « problèmes de santé mentale ». Par exemple, du point de vue de David Cooper (1970), un des pionniers de l'antipsychiatrie, la schizophrénie ne devrait pas être prise comme une « entité réelle », mais bien comme l'invalidation de l'expérience d'une personne (Feys, 2017, p. 461). Le fait de concevoir la « maladie mentale » comme objet à part entière devient ainsi interrogeable³⁹.

1.3.2 Étiquetage ou la classification des problèmes de santé mentale

Le phénomène de médicalisation passe par la façon dont on classe maintenant les problèmes de santé mentale, principalement par le biais du DSM, en Amérique du Nord. Comme nous le verrons en Chapitre IV, cette classification teinte les plans d'action en santé mentale, de manière implicite et explicite. Nous abordons ici le phénomène d'étiquetage qui s'applique dans

³⁸ Nous reviendrons sur la norme dans la section 2.3 du Chapitre II.

³⁹ À ce propos, Roy (2013) affirme que « la notion de "maladie mentale" témoigne de l'intolérance sociale entourant la différence » (p. 233).

une perspective plus contextuelle que globale, en comparaison au phénomène de stigmatisation présenté à la section suivante.

Nombreux sont les auteurs qui se sont penchés sur l'impact d'une telle classification sur le discours, sur les personnes, sur la représentation de la maladie mentale dans nos sociétés. Bien que « L'expérience de la "maladie mentale" ne soit jamais un fait "brut" ou une réalité objective; elle est construite dans un contexte personnel, social et situationnel particulier » (Rodriguez, 2005, p. 241). Nous détaillons davantage sur cet aspect de *construction* notamment à la section 2.2 portant sur les représentations. Pourtant, « la psychiatrie biomédicale a développé un idiome de l'univers intérieur et de la souffrance personnelle par le biais des classifications complexes des symptômes et des troubles » (Rodriguez, 2005, p. 237). Ce dernier extrait souligne l'indissociabilité de la folie et de sa représentation par le biais des étiquettes.

Cette représentation par l'étiquette passe, en grande partie, par le DSM, dans nos sociétés. Johanne Collin et Amnon Suissa (2007) reprennent trois articles pour illustrer l'impact et l'influence de cet étiquetage sur les phénomènes. Cette remise en question nosographique où la « normativité contemporaine » est mise en lien avec « la codification des déviances selon certaines catégories du DSM » touche plusieurs enjeux explorés dans ce mémoire. « C'est en effet sur la définition même des catégories nosographiques et de leurs contours que se fonde la différenciation entre le normal et le pathologique et que prend ancrage le processus de médicalisation » (Collin et Suissa, 2007, p. 29). On voit ici les interinfluences de la codification sur des mécanismes comme la médicalisation⁴⁰ et la stigmatisation.

Pour faire le pont avec la section suivante portant sur la stigmatisation, on doit souligner que le choix des mots pour décrire des individus a un impact en soi sur les processus de stigmatisation. À titre d'exemple, dans leur recherche sur l'impact des étiquettes sur les personnes ayant un vécu psychiatrique, Carole Poulin et Maurice Lévesque (1995) ont réalisé 255 entrevues à domicile avec des Montréalais. Ils étudient la perception des participants en lien avec leur utilisation du langage (mots choisis pour décrire les personnes psychiatisées). Les

⁴⁰ Nous reviendrons sur le processus de médicalisation plus en détail en section 2.4.

auteurs en viennent à la conclusion que l'étiquette utilisée pour décrire la personne « atteinte » a un rôle à jouer sur la représentation que les individus se font de cette personne (p. 133); et donc fort probablement sur leurs interactions avec celles-ci. Cet article permet de se pencher sur la portée de la sémantique en ce qui a trait aux problématiques entourant la santé mentale, ainsi qu'à l'impact qu'une étiquette peut avoir sur la perception des autres (et éventuellement de soi-même) par rapport à un individu donné.

1.3.2.1 Les effets du diagnostic

Pour revenir à Otero et faire le pont entre étiquette et diagnostic, le sociologue décrit le diagnostic comme « une technique de réduction de la complexité brute exprimée par la plainte foisonnante et ambiguë du patient à partir du repérage de certains signes observés par le clinicien, et de certains symptômes rapportés par le patient » (Otero, 2012, p. 229). Le terme « réduction » dans cet extrait rend bien compte d'un des dangers potentiels du diagnostic, soit de cloisonner sous une série de critères une souffrance subjective complexe⁴¹.

On peut toutefois aussi faire ressortir une dimension plus positive du diagnostic à savoir le sens ainsi posé sur la maladie; une explication parfois salvatrice pour les personnes. Dans ces entretiens qualitatifs⁴² des récits de personnes ayant reçu un diagnostic de dépression majeure, Otero (2012) met en lumière les côtés positifs du diagnostic (ici de dépression majeure); soit de « [...] mettre fin à une longue et usante incertitude vis-à-vis des symptômes ambigus qu'on ressent [...] (soulagement, délivrance) » (p. 230). Ce dernier souligne aussi la « distance "officielle" entre soi (volonté, personnalité, etc.) et l'agent "externe" à l'origine de la dépression (maladie, neurochimie débalancée, etc.) auquel on peut faire porter momentanément la responsabilité » (Otero, 2012, p. 230). Ce deuxième point peut aussi faire office d'aspect positif

⁴¹ Roy (2013) met de l'avant le paradoxe du fait qu'on fera appel aux propos des personnes « malades » pour poser un diagnostic en santé mentale (donc on considère ces propos valides), pour ensuite questionner ou mettre de côté la voix et le jugement de ces personnes (p. 230). En reprenant Ehrenberg (2005) et Hall (2007), elle en rend compte en expliquant qu'« Une fois diagnostiqué, l'individu doit adopter le rôle de malade, faute de quoi il perdra son logement social et ses allocations ou il sera institutionnalisé. Par ailleurs, le refus de prendre des médicaments étant interprété comme une preuve supplémentaire de folie, la personne n'ose pas de ce fait s'opposer à la médication (Ehrenberg, 2005; Hall, 2007). Il est certes intéressant de noter que le malade n'est jugé stable et apte au consentement que lorsqu'il accepte les soins (Ehrenberg, 2005) » (p. 232-233).

⁴² Provenant du livre *L'ombre portée L'individualité à l'épreuve de la dépression*, ces entretiens sont réalisés entre 2005 et 2008, auprès de 40 femmes et 20 hommes, pour la plupart scolarisés et à l'emploi.

associé au diagnostic, soit de poser une distance entre soi et la cause. Le discours en émergence de « la maladie mentale est une maladie comme les autres » participe probablement à cette mise à distance. Il peut être soulageant pour la personne de constater que la responsabilité de la détresse retombe ainsi sur la neurochimie du cerveau; perspective conceptualisable plus facilement, et potentiellement moins confrontante, que de décortiquer les retranchements sociaux et environnementaux pouvant être source du mal-être.

Les impacts de ces diagnostics et des étiquettes qui les accompagnent sont un enjeu multidimensionnel. Les raisons entourant tel ou tel choix d'étiquette peuvent aussi être étudiées. À titre d'exemple, Otero (2015) se questionne sur les troubles de l'attention de plus en plus diagnostiqués à notre époque.

Les diagnostics de plus en plus fréquents de troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité chez les enfants, sont-ils, par exemple, une tentative de médicalisation de la sous-performance scolaire (différences normales entre les individus) et de l'indiscipline en classe (problème d'organisation et de méthode de gestion)? Ou bien, au contraire, un moyen de ne pas responsabiliser indument les élèves qui ont des réelles difficultés d'apprentissage en évitant de les affubler d'étiquettes morales dénigrantes comme par le passé? Ou encore, s'agit-il tout simplement d'un renouvellement de la nature de l'étiquetage autrefois moral (enfant turbulent, travailleur paresseux) et aujourd'hui médical (enfant hyperactif, travailleur déprimé)? (p. 28-29).⁴³

Ces questions font écho à plusieurs aspects explorés dans le présent mémoire, à savoir la médicalisation de certaines réalités, la responsabilisation, la stigmatisation, et le passage d'une norme davantage axée sur la morale à une axée sur la médecine.

1.3.3 Stigmatisation

Nous abordons ici l'expérience du stigma, davantage vécue comme une certaine position sociale dans un sens plus large et global et une perspective plus long terme que le concept d'étiquette plus contextualisé de la section précédente.

⁴³ Otero donne ensuite l'exemple des « troubles du spectre de l'autisme » (TSA) et « du droit à la différence cognitive et affective » revendiqué par les parents. Encore une fois la question de frontières est sur la table. Où trace-t-on la ligne?

Dans le cadre d'une enquête réalisée auprès de 36 travailleurs de retour au travail à la suite d'un arrêt maladie en raison d'un « trouble courant » et en réponse à la question : « Qu'est-ce que la stigmatisation pour vous ? », Normand répond :

C'est quand ça fait une cicatrice, une cassure sur le quotidien, sur la vie, la vie de tous. Tout ce qui nous entoure en fait. Un moment donné, on arrive devant un mur. Ce mur-là est vraiment difficile à percer et c'est impossible de se débarrasser de ça [...] Quand je suis revenu de mon congé de maladie pour trouble d'adaptation, il y a eu comme une cassure. Pour tous ces profs-là, c'était comme si j'étais un étranger. Ça faisait vingt ans que je travaillais là (Kirouac et Dorvil, 2014, p. 64)⁴⁴.

L'Association canadienne pour la santé mentale décrit la stigmatisation comme « une attitude ou une croyance négative persistante envers un groupe de personnes [comprenant] à la fois des attitudes et des comportements négatifs » vis-à-vis des personnes vivant avec un problème de santé mentale (CMHA National, (s.d.)).

L'effet pervers du stigma lorsqu'elle est projetée sur la personne « malade » est un aspect important lorsqu'on parle de la souffrance psychique des individus. Le stigma fait en sorte que la personne ne sera plus vue comme un tout, mais seulement pour le trait stigmatisant. Les interactions de cette personne seront ensuite modulées autour de la conscience de la présence du stigma (Lloyd, 2013, p. 85). Charlie Lloyd (2013) cite Erving Goffman (1963) qui décrit la personne stigmatisée comme discréditée (p. 85). Bien que l'article de Lloyd (2013) ait comme sujet la stigmatisation des consommateurs de drogue, les points amenés sur le concept de stigmatisation sont pertinents ici. Le stigma découle ainsi d'un rapport entre individus et non de la nature même du trait stigmatisant, ici la « maladie mentale ». La place du stigma en ce qui a trait à la souffrance des individus semble assez importante pour qu'on s'interroge sur la responsabilité de la société vis-à-vis cette souffrance individuelle des personnes. Une fois de plus, comment pourrait-on écarter la dimension sociale liée à la maladie mentale et à sa souffrance?

⁴⁴ Parmi les « résultats partiels du programme de recherche *La stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux dans les domaines du logement, de l'emploi et des médias de masse*, dirigé par H. Dorvil, P. Morin et G. Dupuis, CRSH 2009-2012 numéro 410-2009-1712 ».

En utilisant une approche interactionniste, et en effectuant une recension des écrits sur les questions de déviance, stigmatisation et étiquetage, Jacqueline C. Massé et Marie-Marthe T.-Brault (1979) rendent compte des mécanismes entourant la stigmatisation. Ces dernières introduisent le concept de déviance en le mettant en relation avec les définitions de « malade mental » et sa connotation directe à la marginalité. Pour les auteures, la déviance est un élément charnière dans la construction du processus de stigmatisation des « malades mentaux » (p. 74). Massé et Brault (1979) introduisent dans leur article la pensée des pionniers s'étant penchés sur le phénomène de déviance et d'étiquetage tels que « Becker, Goffman, Erikson, Lemert et Schur » (Massé et Brault, 1979, p. 75). Ces dernières rendent compte de la déviance (ici, la maladie mentale) comme un phénomène dépassant la portée individuelle. La maladie mentale en tant que telle se retrouve à être modulée par la réaction de l'autre aux comportements déviants de la maladie. S'ensuit une focalisation sur le comportement déviant et une mise de côté de l'entité restante de l'individu dit « déviant » (et de ses forces) (Massé et Brault, 1979, p. 75-76).

Souvent, la souffrance résultant de la stigmatisation est décrite comme plus importante que la souffrance « de base » en soi. La stigmatisation liée « aux attitudes négatives, stéréotypes et préjugés à l'égard de la maladie mentale » « est si présente et ses effets si dévastateurs, du point de vue des personnes qui en font l'objet, que plusieurs la décrivent comme plus difficile à vivre que les symptômes de la maladie eux-mêmes » (Kirouac et Dorvil, 2014, p. 51 citant Schulze et Angermeyer, 2003; Stuart, 2003; Deegan, 1993).⁴⁵

La société en elle-même et le désir des personnes souffrantes de s'assimiler à celle-ci sont en soi des facteurs contribuant à augmenter la souffrance vécue par les individus vivant avec un trouble de santé mentale. Pour reprendre la notion de « retrait positif » amené plus tôt

⁴⁵ À titre d'exemple observable dans nos sociétés, les « burn-out » ou les dépressions s'accompagnent souvent d'un sentiment de culpabilité de ne pas avoir été à la hauteur des attentes sociales de productivité. La personne est fatiguée de travailler, mais elle continue jusqu'à l'épuisement en réaction à la pression sociale, par peur du jugement des autres et du stigma associé à la dépression. La personne souhaiterait ralentir, mais elle s'en sent coupable et cela accentue la déprime, peut-être présente à la base. *Ces pressions sociales qui vont à l'encontre du ralentissement sont parfois tellement intériorisées qu'elles se mélangent avec les véritables envies de la personne.* On voit ici les parallèles à faire entre la stigmatisation et les valeurs normatives dans nos sociétés. Ainsi la stigmatisation entourant la dépression peut s'expliquer, en partie, par les valeurs normatives d'autonomie et de productivité très présentes dans nos sociétés (cette réflexion est soutenue par les écrits d'Otero, notamment).

dans le texte, un exemple concret, mentionné brièvement dans une des sections ci-dessus, ressort du texte de Corin (2002) qui reprend un article de Corin et Lauzon (1988) où ils comparent divers groupes de patients ayant vécu un épisode de crise psychotique et ayant été ou non réhospitalisé. Les récits des patients du groupe ayant été souvent réhospitalisés témoignent d'un « désir de plus de contacts et de rôles sociaux : comme si les personnes continuaient à adhérer à des valeurs sociales normatives tout en se sentant irrémédiablement exclues du monde que ces valeurs organisent » (p. 68). Ce passage suggère que de vouloir correspondre aux « gens normaux » comme la finalité à atteindre à tout prix peut en soi causer un sentiment d'inadéquation chez ces personnes et augmenter la souffrance qu'elles ressentent. Ceci nous amène au retrait positif. Le deuxième groupe, celui des patients non réhospitalisés, met en effet de l'avant une position en marge de la société, mais cette fois vécue comme un choix personnel s'accompagnant d'une « attitude intérieure de détachement par rapport au champ social et au monde régi par le " sens commun " » (*Loc.cit.*)⁴⁶. Cet extrait propose l'hypothèse qu'en enlevant la pression que la personne reçoit de la société et d'elle-même pour correspondre au moule normatif auquel nous sommes habitués, la personne vivant avec un trouble de santé mentale arrive à diminuer une partie de ses souffrances; celles causées par le regard jugeant des autres désirant que la personne soit « comme tout le monde ».

En somme, la stigmatisation en soi peut être cause de souffrance; et parfois même davantage que la souffrance de base elle-même. Dans la question de la souffrance associée aux problèmes de santé mentale, une partie de cette détresse est ainsi liée à la stigmatisation. Encore une fois, la souffrance vécue individuellement est indissociable et émerge d'un mécanisme social, ici la stigmatisation.

1.3.4 Intolérance face à la souffrance ou la folie

À la suite de la définition de l'OMS utilisée par le gouvernement du Québec, on peut se demander en quoi la détresse et la souffrance d'un individu peuvent être amalgamées à la « maladie ». Lucie Biron (2006) en rend compte de façon très éloquente dans son essai *La souffrance des intervenants : perte d'idéal collectif et confusion sur le plan des valeurs*. Biron

⁴⁶ On fait ici référence au principe de « retrait positif » expliqué à la section 1.1.1.

note que dans nos sociétés contemporaines « la souffrance est interprétée comme un problème à solutionner pour une bonne adaptation à une société qui n'a d'autre visée qu'un fonctionnement efficace » (Biron, 2006, p. 213). Ce passage fait écho à la définition adoptée par le gouvernement du Québec concernant la contribution par le travail à la vie sociale. De plus, dans son texte, Lucie Biron introduit le nouvel impératif du bonheur et la diminution de la légitimité de la souffrance.

Depuis toujours les humains cherchent à être heureux, mais ce qui est nouveau et qui caractérise l'Occident depuis les Révolutions française et américaine, affirme Bruckner (2000), c'est la volonté de bonheur comme idéologie qui amène à tout jauger sous l'angle de l'agrément. Il dénonce ce dérapage qui nous enfermerait dans une illusion douloureuse en déniaient la souffrance inhérente à la condition humaine. Ainsi, l'homme d'aujourd'hui souffrirait de ne pas vouloir souffrir (Biron, 2006, p. 214).

On assiste ici à une aliénation de la souffrance humaine comme le mal à éradiquer et à combattre. En acceptant ce postulat, on peut s'interroger encore davantage sur la définition de la maladie mentale proposée par l'OMS qui associe maladie mentale et personne souffrant à cause de cette maladie. Cet amalgame entre souffrance et maladie mentale est un raccourci et un choix de mots qu'il est intéressant de peser et de décortiquer.

Pour aller encore plus loin, Franco Basaglia (psychiatre du courant antipsychiatrique) dénonce la rationalisation de la folie par le diagnostic, mais ne nie pas le phénomène de folie :

La folie existe et elle est présente comme l'est la raison. De fait, la société, pour se dire civile, devrait accepter aussi bien la raison que la folie. Au lieu de cela, cette société accepte la folie comme une partie de la raison et donc la fait devenir raison à travers une science qui se charge de l'éliminer. La raison d'être de l'asile tient au fait qu'il rend rationnel l'irrationnel (...) Quand quelqu'un est fou et entre à *l'asile*, il cesse d'être fou pour se transformer en malade. Il devient rationnel en tant que malade (Basaglia, 2007, p. 52 tiré de Feys, 2017, p. 461).

Cet extrait explicite encore à quel point la société est indissociable de la « maladie » entourant la question de souffrance et de santé mentale. En effet, il souligne l'impact de l'étiquette chapeauté par le pouvoir en parlant de « rationaliser l'irrationnel », de diagnostiquer, de normaliser et donc d'éradiquer cette folie et cette souffrance. Par pouvoir, on peut entendre les instances médicales, psychiatriques et gouvernementales ayant pris en charge la folie, la souffrance, et ce qu'ils ont fini par concevoir comme la déviance et/ou la maladie, dans nos sociétés.

L'intolérance à la souffrance se reflète aussi dans l'évolution des moyens de prise en charge des problèmes de santé mentale dans nos sociétés :

La transformation des catégories psychiatriques du DSM au cours des dernières décennies et l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes comme démarche thérapeutique privilégiée témoignent de façon éloquente d'une réduction du seuil de tolérance, dans nos sociétés occidentales, aux dysfonctionnements sociaux et à la souffrance psychique (Collin et Suissa, 2007, p. 28).

On pourrait aussi aborder l'intolérance par rapport à ce qui s'écarte de la « norme » reposant sur les préceptes néolibéraux.

L'intolérance à la souffrance peut aussi être mise en parallèle avec les impératifs d'éradiquer la maladie et de quête de santé à tout prix. Le tout rejoint une quête de « perfection » et certains enjeux d'autonomie et de performance sur lesquels nous reviendrons dans les pages suivantes. Nicolas Moreau et Florence Vinit (2007) illustrent de façon juste ces enjeux dans l'extrait suivant.

La santé telle qu'elle est définie par l'OMS (1946), c'est-à-dire comme "un état complet de bien-être physique, mental et social [...]" a fait de nous des "êtres brouillons", dont le corps et la psyché sont constamment susceptibles d'être travaillés et améliorés. Nous sommes devenus des êtres potentiellement malades; c'est pourquoi chacun de nos actes quotidiens, de nos temps morts, doit être utilisé pour améliorer notre "bien-être". Une santé conçue de plus en plus de manière totale et totalisante nous amène à penser l'ensemble des actes quotidiens dans un rapport coût-bénéfice pour notre santé, l'inflation du terme de "thérapeutique" venant témoigner de cette quête de santé parfaite (p. 42).

La santéisation des sociétés sera aussi abordée à la section 2.4.2.

En guise de conclusion, reprenons les propos de Sébastien Blois tirés d'une revue de presse du RRASMQ (2013) se référant à Otero qui avance « que de vouloir faire disparaître les problèmes de santé mentale est un leurre et qu'aucune société ne peut être parfaitement heureuse, les problèmes font aussi partie de la vie et de la normalité. "Ça serait de la folie que de vouloir évacuer la folie de la vie des gens. La personne qui ne pense qu'à la santé mentale, à l'élimination de la folie et de la souffrance est la plus folle de toute !" » (p. 5).

1.4 Prise en charge de la souffrance

Finalement, nous abordons comme dernier enjeu de notre recension des écrits, la prise en charge des problèmes de santé mentale dans nos sociétés. Le corpus institutionnel que nous analysons dans ce mémoire a pour principale fonction d'aborder ces problèmes.

Nous posons en premier lieu certaines bases quant à la philosophie du rétablissement; perspective omniprésente à l'heure actuelle dans la prise en charge en santé mentale. Ensuite, par le biais d'une perspective subjective, nous mettons en garde contre les dangers d'une standardisation des pratiques. Cette section remet de l'avant une perspective plus individuelle puisqu'elle fait davantage référence à l'expérience subjective des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. Toutefois, comme tout au long de notre recension des écrits, certains mécanismes sociaux (comme la marginalisation) ou pratiques organisationnelles (comme la standardisation) influençant cette expérience individuelle viendront faire le lien entre l'expérience vécue personnellement et l'influence incontournable du social sur ce vécu.

1.4.1 Rétablissement

Par le biais du texte d'Hélène L. Provencher (2002) faisant état des perspectives théoriques du discours entourant le rétablissement jusqu'au début des années 2000, nous abordons la philosophie du rétablissement. Celle-ci étant en expansion au Québec depuis le début des années 2000 en ce qui a trait à la prise en charge en santé mentale.

Dans les années 80, surtout aux États-Unis, les balbutiements des écrits sur le rétablissement consistent en des témoignages de personnes utilisant les services. Ces récits sont axés sur la subjectivité de l'expérience du rétablissement. La mise en place de services structurés et dirigés par les personnes, ainsi que l'implantation de groupes de recherche par celles-ci, sont partie prenante de la philosophie du rétablissement. Dans les années 90, l'État et les professionnels de la santé se sont inspirés du travail des personnes de la décennie précédente pour orienter, à leur tour, des modèles d'intervention s'inspirant du processus de rétablissement. Au Québec, au début des années 2000, l'intervention étatique orientée vers le rétablissement est encore peu présente. On retrouve toutefois une composante importante du rétablissement, le

pouvoir d'agir, comme « cible prioritaire d'intervention » (Provencher, 2002, p. 35 à 37). Dans l'article de Provencher (2002), l'auteure reprend la définition amenée par les personnes utilisatrices de services tirée de Mead et Copeland (2000) du rétablissement :

toute démarche de rétablissement implique l'élargissement de son pouvoir d'agir sur ses conditions de vie, l'élaboration et l'implantation de projets de vie basés sur l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales, et la promotion d'un état de bien-être et d'équilibre en harmonie avec ses forces et limites et celles de son environnement. Contrastant avec ces définitions, les personnes ont insisté sur le fait que l'objectif ultime de l'expérience du rétablissement n'est pas nécessairement de recouvrer la santé en termes de rémission complète des symptômes et du retour au fonctionnement prémorbide (p. 38).

Cette définition montre la responsabilité davantage individuelle qui découle du principe du rétablissement, tout en intégrant l'environnement comme contributeur de ressources potentielles pour « aller mieux ». La nuance apportée en deuxième partie, soit que le but ultime n'est pas nécessairement un retour à « avant » ou de faire complètement disparaître les symptômes, est importante.

Dans l'article de Provencher (2002), cette dernière fait ressortir la définition du terme « recovery », duquel provient le terme « rétablissement ». Nous utilisons ici la définition française du Petit Robert pour la mettre en parallèle avec la définition provenant des personnes, mentionnée ci-dessus. Le Petit Robert (2001) définit donc le rétablissement comme la « remise en fonction ou en vigueur », le « retour à la santé » ou « l'effort pour se reprendre, pour retrouver son équilibre ». Par cette définition, on présume que la position de départ est celle souhaitable et que l'état de la personne était meilleur avant. Cette prémisse est d'emblée interrogeable, surtout en contraste de la précision importante amenée par les personnes dans la deuxième partie de la définition qui soulignait la non-nécessité de revenir au « fonctionnement prémorbide ». Par exemple, on ne peut écarter l'hypothèse que les épisodes de maladie mentale soient en fait le symptôme d'un mal-être remontant au « avant » en question. Quand on examine les récits des personnes, « de manière générale, les problèmes de santé mentale paraissent n'être qu'une des formes dans lesquelles se cristallisent des difficultés qui remontent à bien plus loin et qui

dominant souvent les récits [...] » (Corin, 2002, p. 71-72)⁴⁷. Le mot « rétablissement » est déjà porteur d'un sens qui peut ici être erroné et potentiellement utilisé à des fins se détournant de la définition des personnes utilisatrices de services elles-mêmes.

Loïse Forest⁴⁸ (2008) dans une chronique du bulletin *Le Partenaire de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale* met d'ailleurs de l'avant ces enjeux entourant la potentialité de l'accessoirisation de l'expérience du rétablissement en une prise en charge standardisante et déconnectée des principes fondamentaux de cette expérience.

Dans son texte, elle soulève des questions quant à la nécessité que d'autres définissent le rétablissement pour que les personnes elles-mêmes puissent le vivre. Elle donne aussi des exemples concrets de pratiques venant « bafoue[r] » le principe, comme l'utilisation de grilles standardisées par les intervenants contenant certains types de questions à poser d'emblée. L'auteure rappelle une définition qui « fait du sens » pour plusieurs des personnes vivant avec un problème de santé mentale, soit :

réapprendre à vivre avec un certain bien-être, être libre de nos choix en disposant de l'information nécessaire pour pouvoir choisir de manière libre et éclairée. C'est la reprise de notre pouvoir d'agir, la notion que l'espoir existe, non pas d'une guérison complète, mais d'une participation pleine et entière à une société qui nous marginalise, en nous définissant comme étant notre diagnostic plutôt qu'une personne à part entière. C'est la participation obligatoire et de tous les moments aux décisions qui nous concernent. C'est apprendre des leçons de survie que la maladie nous a enseignées, s'en servir pour continuer. C'est pouvoir s'entraider, partager avec nos pairs et devenir des pairs-aidants reconnus et indispensables. C'est petit pas par petit pas se réapproprier notre existence, plutôt que d'être constamment pris en charge par un système infantilisant, condescendant, qui nous enlève toute liberté de parole et le droit d'agir indépendamment. C'est un chemin éminemment personnel, plein d'embûches, comme la plupart

⁴⁷ Pour aller un peu plus loin, dans leur livre *Le mouvement de l'être*, Corin, Poirel et Rodriguez (2011) recueillent plusieurs témoignages d'usagers, d'intervenants et de responsable de ressources alternatives en santé mentale. Un des aspects ressortant des récits est l'idée de souffrance et du travail sur celle-ci comme un processus continu et profond. Une responsable dit : « La souffrance, c'est comme un gros oignon [...] on va enlever des pelures, mais on ne peut pas dire qu'on va arriver au cœur. » D'ailleurs, « le travail sur soi, c'est l'affaire de toute une vie » (resp. ress. F) (p. 106). Les auteures soulignent que ces propos viennent contraster les définitions institutionnelles qui en font un « objet tangible, fini/circonscrit dans le temps et dans l'espace ». « Même chose pour la "santé mentale" qu'on peut aussi appeler le "travail sur soi". Il n'y a pas de santé mentale en tant que telle. C'est le processus personnel, culturel, sociétal, spirituel d'une vie » (p. 105).

⁴⁸ Loïse Forest est paire-aidante, grandement impliquée dans l'alternatif en santé mentale, notamment sur les conseils d'administration. Elle a aussi codirigé un projet de recherche uniquement mené par des pairs sur l'entraide mutuelle et les pairs-aidants, dont le rapport se trouve sur le site de la Commission de la santé mentale du Canada.

des itinéraires de vie, où l'on nous donne le droit de trébucher, pour nous relever avec plus de force, apprendre de nos erreurs et continuer de grandir comme tout autre être humain (p. 3).

Cette définition reprend l'importance de ne pas viser une « guérison complète » et met de l'avant plusieurs enjeux comme la marginalisation et l'importance de la participation des personnes pour tous les aspects les concernant. On souligne aussi le « chemin personnel », parsemé d'embûches du processus, à l'instar de « la plupart des itinéraires de vie » où les erreurs nous font grandir « comme tout autre être humain ». Cette mise en lien avec les parcours non linéaires de la plupart des gens est intéressante dans une vue de démarginalisation des personnes. Dans sa chronique, Loïse Forest pose d'ailleurs la question « Qui sait si "Vous" ne serez pas "Nous" un jour? » (*Loc.cit.*).

L'auteure met aussi de l'avant le caractère non linéaire de la démarche du rétablissement où les pas de recul font partie du chemin. Elle souligne aussi les dangers d'une approche « purement biomédicale » qui, souvent, « ne nous permet pas de refaire ce pas en avant [et] [...] fait fi de notre spiritualité, de notre expertise, de notre personnalité, et se base plus souvent qu'autrement sur le paraître médical plutôt que sur l'être » (*Loc.cit.*).

1.4.2 Subjectivité : un élément rare dans la montée de la standardisation

Pour ne prendre que le système de santé québécois et ses partenaires en exemple, les dernières décennies ont été marquées par une culture organisationnelle⁴⁹, davantage qu'une axée sur les pratiques, de plus en plus forte de laquelle découle plusieurs enjeux, dont la standardisation des pratiques.

Le désir institutionnel de standardisation des pratiques de « rétablissement » au Québec est une volonté qui peut devenir perverse pour plusieurs raisons. La première est le danger d'écarter toute la notion de subjectivité de l'individu. Poirel et Corin (2011) en rendent bien compte dans l'article *Revisiter la notion de traitement à partir de récits de personnes usagères*,

⁴⁹ On peut penser aux multiples réformes structurales des dernières décennies qui, au final, touchent peu aux questions de fond et laisse de côté les vécus des personnes au profit du dédale administratif des structures. La réforme Barrette et la loi 10 en marque l'apogée.

d'intervenants et de responsables de ressources alternatives en santé mentale : la question de la subjectivité. Pour elles, le caractère difficilement mesurable et généralisable de la souffrance en fait une « entité » subjective et personnelle en soi. Pour les auteurs, la souffrance subjective de l'individu devrait être considérée comme la réelle cible du traitement en opposition avec des déficiences ou des symptômes. Les auteurs reprennent les propos de Pierre Fédida (2001) et mettent en garde contre la « mise à l'écart des dimensions tragiques de l'expérience humaine et une tendance à privilégier des traitements réducteurs, de plus en plus ciblés dans leurs visées [...] » (Poirel et Corin, 2011, p. 124).

Reprenons ici Ricoeur qui souligne l'importance des mots pour donner un sens à la souffrance des personnes. Il transcende aussi ceux-ci pour miser sur le non verbal des individus, comme le visage. « Se référer au visage souffrant, c'est en effet aborder le sujet souffrant dans son identité et dans son histoire personnelle, c'est partir d'un individu singulier et non pas d'un corps anonyme, comme c'est trop souvent le cas dans l'approche clinique » (Marin, 2013, p. 48). Ces propos rappellent l'importance de parfois dépasser le médium de la parole pour accéder au vécu des personnes; que ce soit par l'art, le corps, la présence, etc. « Cette attention au langage de la souffrance chez le patient est éminemment souhaitable dans la relation thérapeutique, elle continue sans doute à manquer dans la pratique médicale » (Marin, 2013, p.49). L'utilisation du mot « langage » dépasse ici le niveau des « mots » pour accéder au « vécu subjectif » des personnes. Ce passage est intéressant puisque la visée du mémoire est l'analyse de « mots » qui, d'une perspective institutionnelle, sont probablement le seul langage utilisé pour se représenter cette souffrance en société.

Dans la même optique, un deuxième danger propre à la standardisation des pratiques est le risque de prendre l'humain et de le transformer en objet. Poirel et Corin (2011) parlent d'approches visant des « mécanismes dérangés » et des risques de s'adresser à des symptômes plutôt qu'à des personnes. Ils reprennent les propos de Jaspers (1956) disant que « l'homme cesse d'être lui-même dès qu'il est pris pour objet ». Un danger de dépersonnalisation et, éventuellement, de passer à côté d'un « rétablissement » qui « fonctionne » est une possibilité. Le fait de croire qu'une même solution peut correspondre au rétablissement d'un ensemble hétérogène d'individus simplifie la complexité de l'humain ainsi que son histoire personnelle et

unique de souffrance. La position défendue ici est l'importance de s'attarder à la subjectivité et l'individualité des personnes par le biais de l'écoute des histoires de celles-ci. Le tout faisant écho à certaines dimensions mises de l'avant dans le texte de Paul Ricoeur *La souffrance n'est pas la douleur* (2013) analysé dans les pages précédentes. La création de conditions propices à cette écoute est défendue comme un incontournable pour faire avancer la personne dans sa démarche de « rétablissement ».

Les conditions présentes dans le système de santé en pleine crise (diminution de personnel, de temps alloué au patient, parachutage des patients d'un professionnel à l'autre, etc.) rendent ardue la possibilité pour une personne de maximiser ses chances de trouver cet espace précieux propice aux confidences et à l'avancement thérapeutique. À ce propos, Provencher (2002) met de l'avant l'étude de Rodriguez, Corin et Guay (2000) qui « consistait à articuler le vécu de personnes fréquentant des ressources alternatives en santé mentale avec la perception de l'aide qu'elles y recevaient » (p. 37). Ce qui ressort de l'étude de Rodriguez, Corin et Guay (2000) comme incontournables pour donner un sens aux expériences de souffrance des personnes est l'écoute, la souplesse et le rythme pour une transformation du rapport à soi et aux autres (Provencher, 2002, p. 37). Dans son texte, Provencher (2002) prend aussi comme repère du rétablissement quatre dimensions amenées par Davidson et Strauss (1992) : la re-définition du soi, la relation à l'espace temporel, le pouvoir d'agir et la relation aux autres (p. 40-41). Ces dimensions font d'ailleurs écho à plusieurs éléments du texte de Ricoeur (2013). Corin (2002) souligne aussi l'importance de la position d'écoute du thérapeute et de l'espace pour entrer en relation avec l'autre et l'aider à donner un sens à ce qu'il vit⁵⁰. On parle ici du processus de rétablissement comme d'une quête et d'une exploration; en opposition à la logique de rendement de la rigidité du système institutionnel (Corin, 2002; Poirel et Corin, 2011). Il peut être intéressant de comparer cette perspective de prise en charge des problèmes de santé mentale (basée sur la subjectivité et le récit des personnes) en comparaison au discours institutionnel potentiellement plus fermé et visant la standardisation.

⁵⁰ Le tout fait écho à l'importance de la relation thérapeutique en soi comme facteur de réussite pour « l'aller-mieux » des personnes.

D'un point de vue plus large et faisant écho à la souffrance sociale présentée ci-dessus, Didier Fassin présente comme « solution aux blessures de l'âme résultant des violences sociales [...] la reconstruction ou la préservation des identités et des communautés et [...] la reconnaissance sociale des blessures subies » (Jacques, 2004, p. 28).

En bref, le désir de standardisation et les coûts liés à la restructuration sont des éléments potentiellement désastreux dans une perspective du rétablissement. Les propos de Franco Basaglia (2007), disant qu'il faut mettre de côté « la question de la définition et de la classification » des maladies mentales (par exemple, par le biais du DSM-V et le désir de vouloir catégoriser les services par le biais de ce dernier), « pour [plutôt] entrer en relation avec les patients » (Feys, 2017, p. 461), prennent ici tout son sens. De vouloir « traiter » les personnes, en les catégorisant d'abord, est également un enjeu.

1.5 Question de recherche, objectifs et hypothèses de travail

À la lumière de notre recension des écrits, nous pouvons affirmer que nous adhérons à une vision polysémique et polyconstruite de la souffrance, entourant la question des « problèmes de santé mentale ». En plus d'être ressentie individuellement et de façon subjective par les personnes, la souffrance doit être comprise en tenant en compte des dimensions individuelles, mais aussi sociales. En effet, la présente recension des écrits démontre l'importance de mettre en lumière plusieurs phénomènes sociaux pour comprendre comment sont perçus, compris et construits les problèmes de santé mentale et la souffrance y étant associée.

Déjà au terme de ce survol de la littérature, nous pouvons affirmer que la façon de se représenter la souffrance en lien avec la maladie mentale est mouvante, construite, et tributaire des instances dont elle émerge. Par le biais de plusieurs définitions institutionnelles et de certains auteurs les faisant dialoguer, nous avons pu observer certaines représentations semblant émerger du discours étatique. En effet, on peut ici se questionner sur des éléments néolibéraux ressortant de ces discours et venant possiblement teinter le discours institutionnel gouvernemental qui prend en charge les problèmes de santé mentale. Plus précisément, on peut se questionner à savoir la place de certaines valeurs sociales « normales », ainsi que de la place que prend la « maladie » dans nos conceptions contemporaines institutionnelles entourant la souffrance.

Souffrance, qui, par le fait même, a peut-être une tendance à être invisibilisée au profit de la maladie et où la subjectivité risque de perdre sa place au profit de la standardisation des pratiques.

1.5.1 Question de recherche et objectifs

Le tout nous amène à la question de recherche suivante : « De nos jours, quelles représentations institutionnelles gouvernementales entourent la souffrance psychique au Québec? ».

Notre objectif principal est donc de :

- Faire ressortir du discours institutionnel étatique québécois contemporain certaines de ces représentations de la souffrance psychique en lien avec les problèmes de santé mentale.

Pour ce faire, nous ferons appel à deux axes de questionnement soit :

- la façon dont le discours institutionnel décrit la souffrance et
- la façon dont elle est prise en charge.

Ces deux axes nous permettent de poser deux objectifs secondaires, soit :

- Faire ressortir les représentations institutionnelles de la souffrance à partir de la façon dont on décrit cette dernière, en lien avec les problèmes de santé mentale, par le biais de ces définitions, personnes ciblées et enjeux; tout en considérant le contenant et le contenu de ces représentations.
- Faire ressortir les représentations institutionnelles de la souffrance à partir de la façon dont on y répond, en lien avec les problèmes de santé mentale, par le biais des philosophies, types d'intervention et instances privilégiées pour y répondre.

1.5.2 Hypothèse de recherche

À la lumière de notre recension des écrits et en vue de répondre à nos objectifs de recherche, soutenus par nos axes de questionnement, nous émettons les hypothèses suivantes quant à la représentation institutionnelle gouvernementale de la souffrance au Québec.

- Nous supposons une représentation de la souffrance soutenue par des perspectives normalisantes.
- Nous supposons une représentation médicalisante de la souffrance.
- Nous supposons une représentation soutenue par un prisme de valeurs néolibérales.
- Finalement, imbriqués aux trois points précédents, nous supposons une représentation encourageant la responsabilisation de l'individu et la mise à l'écart des dimensions sociales entourant la compréhension de la souffrance et la façon d'y répondre.

Nous émettons ces hypothèses en mettant en parallèle notre recension des écrits précédente qui soulève des enjeux peu touchés par les définitions étatiques présentées en section 1.2.

1.5.3 Pertinence scientifique et sociale de la recherche

Il est important de s'attarder au discours institutionnel et à la représentation de la souffrance en lien avec les troubles mentaux, car ces textes sont les fondements sur lesquels s'appuie l'intervention en santé mentale au Québec. Il est important de connaître la position théorique officielle québécoise dans le but éventuel de voir comment les représentations institutionnelles influencent les pratiques. Il a été démontré dans la recension des écrits ci-dessus l'importance de la dimension subjective et particulièrement personnelle de l'expérience de la souffrance. Nous avons aussi montré maintes manifestations des écrits démontrant l'influence de plusieurs facteurs sociaux dans la construction de la souffrance en lien avec les problèmes de santé mentale. Il est important de voir si le discours institutionnel est en cohérence avec cette imbrication personnelle et sociale et si la responsabilité sociétale liée à la souffrance est mise de l'avant. L'intervention en santé mentale au Québec est grandement teintée par ces représentations issues du discours institutionnel. Même si elles sont « spontanées et situées en écart du savoir savant », les représentations des troubles mentaux ne sont pas construites arbitrairement ni dans « le vide social » (Jodelet, 1989a, p. 34). Denise Jodelet (1989a) soutient la « pertinence vitale » de l'objet qu'est le trouble mental dans nos interactions sociales.

[Ces représentations] ont une base sociale, une portée pratique et présentent les propriétés d'une véritable connaissance qui dit quelque chose sur l'état de notre monde environnant et guide notre action sur lui. Il faut donc les étudier comme des connaissances sociales et rendre compte de leur liaison aux comportements des individus et des groupes (Jodelet, 1989a, p. 34).

Dans le présent mémoire, nous étudions ces représentations, mais nous ne les lions pas aux comportements. Le tout pourrait faire l'objet d'un prochain travail.

CHAPITRE II : PERSPECTIVES CONCEPTUELLES

Dans une perspective constructiviste critique large, pour soutenir le présent mémoire, nous faisons appel à certains repères conceptuels sur lesquels repose notre analyse du corpus dans le but de répondre à notre question de recherche. Après une brève présentation du constructivisme social, nous posons certaines bases quant à la théorie des représentations sociales et à sa pertinence dans le contexte du présent mémoire où nous observons certaines représentations de la maladie mentale d'un point de vue institutionnel. Pour soutenir notre analyse du corpus, nous présentons également ici certains angles conceptuels par rapport aux questions de référence à la norme, ainsi qu'un aperçu de la médicalisation du social et du néolibéralisme.

2.1 Constructivisme social

Non pas une théorie, mais bien un paradigme, le constructivisme veut qu'une « entité, qu'elle soit matérielle ou sociale, est toujours construite par les croyances et les actes des acteurs sociaux » (Feys, 2017, p. 458). Nous n'aurons pas la prétention ici de retracer un historique exhaustif du constructivisme, en parlant, par exemple, du scepticisme de l'antiquité. Bien qu'il tire son origine du domaine de la philosophie des mathématiques et du domaine artistique dans les années 1920, le constructivisme « social » a été grandement influencé par Kant (18^e siècle) ayant mis de l'avant la différence entre apparence et réalité (Keucheyan, 2007, p. 33; Coavoux, 2008). Soulignons également le lien entre constructivisme et nietzschéisme (19^e siècle) pour leur méfiance envers « tout ce qui échappe à l'analyse historique ». En effet, « dire d'une entité qu'elle est « construite » revient à affirmer qu'elle a une histoire, [...] que nulle substance atemporelle ne se trouve à son fondement » (Keucheyan, 2007, p. 53). Mentionnons ici certains des philosophes ayant eu leur importance dans l'essor du constructivisme, tels que Husserl, fondateur de la phénoménologie, et son disciple Schütz, grands philosophes du 20^e siècle. Ce dernier deviendra le professeur « et l'un des principaux inspirateurs » de Peter Berger et Thomas Luckmann, les auteurs de l'ouvrage pionnier marquant le « commencement » du constructivisme des sciences sociales *La construction sociale de la réalité* (1966) (Keucheyan, 2007, p. 38). Tel qu'Husserl l'expliquait déjà à la fin du 20^e siècle, « l'objet et la conscience de l'objet sont inextricablement mêlés, de sorte que la seconde n'est jamais conçue

indépendamment du premier. [...] La suspension du jugement concernant la réalité de l'objet donne accès à son essence » (Keucheyan, 2007, p. 38-39).

Cette citation introduit bien la philosophie sous-tendant le concept du constructivisme; ce courant de pensée cherchant à déconstruire ce qu'on a toujours eu l'habitude de tenir pour acquis. Ce n'est cependant que dans les années 1980-1990 que « le constructivisme profite[ra] de la crise du marxisme et du structuralisme pour s'imposer comme paradigme des sciences sociales. » (Feys, 2017, p. 458). Pour Feys (2017), « un des principes communs à tous les courants qui se revendiquent du constructivisme se résume à l'affirmation suivante : si les phénomènes n'existent pas "par essence" mais sont socialement construits, leur existence n'est ni nécessaire ni déterminée » (p. 459).

Dans la même veine, un autre important penseur, le philosophe Michel Foucault, s'est penché sur les normes sociales et les mécanismes de pouvoir.

Selon lui, la vérité ne désigne pas une adéquation entre les faits et les énoncés, mais un ensemble de procédures et de normes soutenu par un dispositif de pouvoir. On ne peut donc pas séparer l'objet de notre connaissance des cadres formels à travers lesquels nous le connaissons (Feys, 2017, p. 459).

Un de ces cadres formels, pouvant être perçu comme dispositif de pouvoir, est le discours institutionnel. Finalement, Ian Hacking, auteur ayant abordé de façon approfondie le courant constructiviste dans son livre *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi?* (2008), affirme que le constructivisme fait appel à la déconstruction d'un « objet-idée » où l'idée serait construite et non l'objet comme tel. Par « idée », on semble entendre les préconceptions qu'un objet X pourrait porter avec lui (Coavoux, 2008). Le présent mémoire vise une exploration de l'objet qu'est la souffrance, dans une perspective constructiviste, par le biais de l'analyse de documents gouvernementaux qui contribuent à la construction de la sphère des problèmes de santé mentale. Nous ferons ressortir du corpus certaines représentations façonnant vraisemblablement la construction des problèmes de santé mentale au Québec.

2.2 Théorie des représentations sociales

Bien qu'elle suive la section présentant le constructivisme, le concept de représentation devrait, de façon idéale, transcender les « clivages disciplinaires » (comme par exemple le

positivisme) et créer des ponts entre ces lignes de pensée (Schurmans, 1988, p. 13). Nous abordons ici la théorie des représentations sociales, car le présent travail vise à décortiquer un corpus institutionnel pour en faire ressortir certaines représentations entourant le concept de souffrance. Dany (2016), reprenant les propos de Denise Jodelet (1989⁵¹), décrit ainsi les représentations qui « circulent dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et images médiatiques, cristallisées dans les conduites et les agencements matériels ou spatiaux » (p. 3 (Dany) ou p. 45 (Jodelet)). Nous aurions pu examiner les représentations de la souffrance et de la maladie mentale sous plusieurs angles différents, à partir de plusieurs sortes de discours ou de pratique, par exemple l'espace médiatique mentionné ci-dessus, mais nous avons ici choisi de le faire sous l'axe des représentations issues des textes institutionnels seulement. Nous reviendrons d'ailleurs sur la pertinence d'utiliser le discours institutionnel dans le Chapitre III. Nous allons voir dans la présente section les interinfluences entre les discours et les pratiques, et les représentations issues de ces deux entités; le tout interdépendant. Le présent mémoire ne nous permettra cependant pas d'analyser ces interinfluences et ne consistera qu'en une sortie non exhaustive des représentations entourant la souffrance, et en fait, la maladie mentale, dans une perspective constructiviste et sous trois angles conceptuels en particulier (norme, médicalisation et néolibéralisme).

2.2.1 Bref historique

Depuis le début des années 80, dans toutes les sphères des sciences humaines, l'importance de la représentation n'est plus à prouver (Jodelet, 1989a, p. 35). Sans entrer dans les détails historiques précis des balbutiements de la représentation ou de la naissance de la théorie des représentations sociales, dressons-en tout de même un bref portrait.

Larose-Hébert (2014) dans le chapitre *Le "passage obligé" La folie selon Michel Foucault et Erving Goffman* met de l'avant l'importance du langage en ce qui a trait aux représentations. L'auteur résume les idées de Foucault qui soutient le caractère « étroitement lié » des mots et des choses pendant la Renaissance. À partir du 17^e siècle, une « rupture

⁵¹ Ici, on fait référence à : Jodelet, D. (1989). Représentations sociales : un domaine en expansion. In D. Jodelet (Ed.). *Les représentations sociales* (pp. 47-78). Paris : Presses Universitaires de France.

profonde » a lieu et l'on entre dans « l'âge de la représentation », là où « les mots se séparent des choses » et les représentent. À la fin du 18^e siècle, on note une nouvelle rupture où la connaissance ne s'étudie plus seulement dans le « visible », mais aussi dans les « structures cachées ». « L'homme devient sujet : il est sujet et objet de sa propre connaissance. » (Larose-Hébert, 2014, p. 316). Pour Foucault, le langage vient déterminer l'homme en partie (*Loc.cit.*). Plus loin, on rappelle l'idée de Foucault voulant que la façon dont on agit sur un objet donné crée l'objet en question. « Le sujet n'est pas maître de son discours, étant inévitablement lié au contexte duquel il émerge » (*ibid*, p. 317).

Les origines théoriques de la théorie des représentations sociales émergent à la fin du XIX^e siècle par le biais du concept des représentations collectives émis par le sociologue français, Émile Durkheim. Pour Durkheim (2006), les représentations sont « des réalités partiellement autonomes »; elles deviennent autonomes de ce qu'elles représentent (Schurmans, 1988, p. 12). L'image du totem amené par Durkheim illustre bien cette proposition. Dans la thèse *Les représentations sociales de la maladie mentale : une étude de sociologie de la connaissance*, les propos de Serge Moscovici, issu de la psychologie sociale, sont repris pour expliquer que les totems finissent par dépasser ce qu'ils représentent et se cristallisent. Chez Durkheim, le totem n'est pas un objet réel comme un animal, mais une « "force" autonome possédant une fonction motivatrice pour le jugement et pour l'action, partagée par une société et transmissible, indépendamment des volontés individuelles » (*ibid*, p. 11).

De façon plus contemporaine, c'est ensuite Moscovici qui développe l'étude des représentations sociales au début des années 60 (Jodelet, 1989a, p. 33). Moscovici considère les « représentations comme des catégories cognitives élaborées par un sujet collectif et, en même temps, apparentées aux phénomènes de la réalité puisque, comme ceux-ci, elles sont autonomes par rapport aux consciences individuelles » (Schurmans, 1988, p.11). Dans le chapitre 1 du livre *Le scandale de la pensée sociale*, Moscovici souligne la pertinence des représentations (collectives ou sociales) dans le domaine de l'étude des phénomènes sociaux pour distinguer ces derniers de ceux « objectifs, biologiques ou économiques ». La nuance entre ces deux types de phénomènes et la particularité de cette notion de représentation est l'impossibilité de séparer l'aspect « réel » de l'aspect « mental ou symbolique » du

phénomène social. Cette représentation partagée (par un groupe ou une institution, par exemple) « exprime ainsi son identité d'une manière plus fondamentale que ses manifestations physiques et son organisation » (Moscovici, 2013, p. 41). Moscovici (2013) soutient que « dans la plupart des institutions (états, églises et universités en constituent de bons exemples), les représentations sociales ont une portée bien plus significative que leur statut ou leurs manifestations physiques » (p. 41). Elles répondent à plusieurs fonctions comme définir « le domaine d'activité », informer les individus formant le groupe X de « leurs droits et devoirs », amener un sentiment d'appartenance et expliquer le lien entre les personnes au sein de ce groupe et les mécanismes faisant qu'ils agissent d'une même voie (*Loc.cit.*).

Dans les années 80, la théorie des représentations sociales trouvera des « canaux de diffusion importants », principalement par le biais des travaux fondamentaux de Denise Jodelet (Kalampalakis, 2013, p. 13). Cette dernière affirme l'importance reconnue de la représentation dans toutes les sphères des sciences humaines à partir du début des années 80 (Jodelet, 1989a, p. 35). En 1990, on assiste ainsi à une institutionnalisation de la théorie (*Loc.cit.*).

2.2.2 Caractéristiques des représentations

Bien qu'il existe une panoplie de sens du mot « représentation » et des notions semblables comme « symboles, images mentales, idéologies, mémoire sociale, mémoire culturelle collective, habitus » (Schurmans, 1988, p. 9), tentons ici quelques précisions supplémentaires quant à la façon de caractériser la « représentation sociale ». Nous avons déjà abordé la relation au langage et l'importance des mots en lien avec les représentations, ainsi que leur caractère autonome de l'objet qu'elles représentent.

Comme mentionné dans la section ci-dessus, lorsqu'on sort du champ de la science pure où des objets donnés ont, de façon plus ou moins consensuelle et vérifiée empiriquement, une nature physique propre et objective, la représentation entre en jeu. Pour tous ces objets sociaux étudiés et vécus, « la représentation, loin d'être une reproduction du réel, doit donc être comprise comme une production mentale sociale c'est-à-dire comme la reconstruction, socialement élaborée, d'une réalité consensuelle ». (Schurmans, 1988, p. 14). Ce passage définit clairement une des assises sur laquelle repose la caractérisation de la représentation sociale, soit la

construction mentale, devenant sociale, d'une réalité commune. Jodelet (1989b) définit cette entité mouvante et plastique comme une « forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. » (p. 12). L'auteure la distingue aussi de la « connaissance scientifique » pour la désigner comme un « savoir de sens commun » ou encore « savoir naïf », « naturel » (*Loc.cit.*). Elle précise toutefois la légitimité équivalente de la représentation à la connaissance scientifique « en raison de son importance dans la vie sociale, de l'éclairage qu'elle apporte sur les processus cognitifs et les interactions sociales » (*Loc.cit.*). Le tout nous amène à préciser les « fonctions » de la représentation.

Dans un souci de préciser notre portrait de la « représentation sociale », il est en effet pertinent de mettre de l'avant certaines utilités de cette dernière, de manière plus explicite. Les deux fonctions présentées ici sont plus aisément concevables lorsqu'abordées en une entité interdépendante. Cette première (et deuxième) utilité de la représentation, reprenant les propos du paragraphe précédent, est sa participation à la construction d'une réalité X, tout en décrivant cette dite réalité par le fait même. Cette description de la réalité issue de la représentation participe ainsi à sa construction. On assiste ici à cette interdépendance et interinfluence annoncée en introduction de la section 2.2.

Ainsi, la représentation est utile d'abord comme forme de savoir ou de connaissance, en plus que d'influencer les interactions et les processus sociaux dans les sociétés. Marie-Laurence Poirel et Benjamin Weiss (2014) reprennent en d'autres mots cette double utilité :

En effet, la représentation, en plus de rendre compte et d'éclairer les processus et les mécanismes de marginalisation et d'exclusion sociale ainsi que les résistances à ces processus et mécanismes, interagit avec des dimensions matérielles, interactionnelles, institutionnelles et structurelles, et, en ce sens, elle peut elle-même influencer sur certains processus et mécanismes de marginalisation et d'exclusion (p. 162).

Jodelet (1989a) qualifie la représentation par le biais de sa première fonction, la *contribution au savoir*, comme « une notion clé dans l'explication du fonctionnement psychique et social, de l'action individuelle et collective » (p. 35). Sa deuxième fonction, celle-ci *pratique*,

vient rappeler la pertinence et l'efficacité de la représentation « dans le processus d'élaboration des conduites » (*Loc.cit.*) et « leur pouvoir et leur immense potentiel dans la création de l'être, du croire et de l'agir communs » (Kalampalikis, 2013, p. 17). Nous nous concentrerons principalement sur la première fonction dans le présent mémoire, tout en mettant de côté les dimensions issues de la psychologie cognitive qui viendrait étoffer encore davantage la caractérisation des fonctionnalités des représentations sociales.

2.2.3 Représentations de la folie

Tel qu'amené par Schurmans (1988), l'énoncé, construit socialement, « maladie mentale » s'est transformé dans nos espaces sociaux, en :

une unité verbale opérationnelle, c'est-à-dire un syntagme qui renvoie à une catégorie du lexique mentale dans lequel plonge un acteur social pour interpréter des événements, pour justifier des pratiques, pour rassembler une pluralité d'informations disparates, bref, pour réaliser les opérations de classement indispensables à la fois à son orientation dans un contexte matériel, idéal et social et à la communication avec autrui (p. 4).

Tel que présenté à la section 2.2.2., la représentation a d'abord une fonction d'accès à la connaissance. Le passage suivant articule clairement cette fonction de savoir social propre aux représentations dans le cas de la maladie mentale. Jodelet (2006) indique comment Moscovici (1976) avait démontré la façon dont « les catégories de la théorie psychanalytique circulant dans la société fournissent à l'individu une grammaire pour interpréter son expérience psychologique propre et la décrypter chez les autres ». L'auteure poursuit en soulignant que « cette expérience n'accède à l'existence que pour autant qu'elle est reconnue, partagée, confirmée par les autres. *Ainsi l'expérience sociale est-elle marquée par les cadres de son énonciation et de sa communication.* En ce point également elle se prête à une rencontre avec l'approche des représentations sociales » (p. 15).

Pour faire écho aux différences présentées entre la représentation et l'objet dit « scientifique », Jodelet décrit la connaissance entourant la maladie mentale (nature, causes, conséquences, etc.) comme dépourvue « de positions homogènes dans le domaine scientifique et médical », de « noyau dur » (1989a, p. 34).

Penser, statuer, opiner sur elle, renvoie donc souvent à une construction sociale autonome où le savoir savant et légitime n'a pas grand mots à dire, malgré les emprunts qu'ont favorisés, depuis le XIX^e siècle, la médicalisation et l'institutionnalisation de la folie (Jodelet, 1989a, p. 34).

Ce passage est incontournable pour démontrer la pertinence du présent mémoire où l'on tente de déconstruire les représentations institutionnelles pour tenter d'éviter ces glissements vers une conception « naturelle » ou homogène de la maladie mentale.

Marie-Noëlle Schurmans (1988) met en effet en garde contre ces glissements potentiels de considérer des syntagmes faisant référence à la maladie mentale et ses représentations comme des « éléments d'une réalité donnée » plutôt que « consensuelle » qui n'auraient pas été opérationnalisés à la base (p. 4).

Autrement dit, le consensus social, progressivement élaboré sur le classement et sur l'étiquette, qui aboutit à la construction d'un objet tel que celui de "maladie mentale", suscite l'attribution progressive à l'objet d'une apparente nature naturelle qui en dissimule la nature sociale. L'objet construit socialement se donne pour un objet naturel (Schurmans, 1988, p. 4).

On peut aussi transposer la deuxième fonction de la représentation, celle d'influencer les pratiques, dans le contexte de la maladie mentale. Pour Jodelet (1989a), la manière dont les « malades mentaux » sont pris en charge et la construction de ces derniers comme étant « autre » peuvent être comprises par le biais de l'étude des représentations sociales (p. 32). Historiquement, les représentations de cette folie sont depuis longtemps intrinsèquement imbriquées avec « les traitements que la société destine aux fous » (Jodelet, 1989a, p. 32 se référant à Bastide, 1965 et Foucault, 1961). Dans les années 80, des recherches « montrent la cohérence des systèmes de représentation de la maladie mentale, à travers des cultures ou des sous-cultures différentes, comme leur articulation aux pratiques développées dans la vie quotidienne ou dans un cadre professionnel » (Bellelli, 1987) (Jodelet, 1989a, p. 32). La démarche de Jodelet entourant les représentations de la folie s'inscrit dans les travaux de Moscovici, soit :

sa recherche sur la représentation de la psychanalyse, centrée sur la façon dont les représentations sociales, en tant que "théories", socialement créées et opérantes, ont affaire avec la construction de la réalité quotidienne, les conduites et communications qui s'y développent, comme avec la vie et l'expression des groupes au sein desquels elles sont élaborées (Jodelet, 1989a, p. 33)

Nous concluons cette section abordant les représentations par une ouverture au concept d'altérité, utile pour l'analyse du corpus. Faisant le lien entre altérité et représentation dans son texte *Formes et figures de l'altérité* (2005), Jodelet explique que « l'altérité est le produit d'un double processus de construction et d'exclusion sociale qui, indissolublement liées comme les deux faces d'une même feuille, tiennent ensemble par un système de représentations » (p. 10). Les représentations sont intimement liées aux « pratiques dans la construction d'une altérité radicale » (*ibid*, p. 23). Nous aurions aussi pu développer sur les imbrications entre l'expérience et « le processus de formation des représentations » (Jodelet, 2006).

2.3 Normativité sociale, norme et normalité

Otero (2012) souligne l'apport de la sociologie et met en évidence la nécessité de se pencher sur la normativité sociale pour comprendre les situations : « il n'existe pas de société sans malheur, sans folie, sans crime, sans suicide, et [...] ces phénomènes gagnent à être mis en rapport avec la normativité sociale de leur temps pour être compris » (p. 20). La nécessité de se pencher sur le concept de norme est d'autant plus pertinente étant donné l'objet de notre analyse, soit d'examiner les représentations de la souffrance, ici la maladie mentale, du discours institutionnel québécois. Ces discours, comme le discours psychiatrique ou médical, sont des lieux de formation de normes, tels qu'étudiés par Michel Foucault (Della Faille et Rizkallah, 2013, p. 7). Le concept de « norme » pourrait être l'objet d'un travail en soi. Nous présentons ici de brèves définitions de ce qu'est la norme et lierons ensuite ce concept à la souffrance, ou en fait, aux « problèmes de santé mentale ».

2.3.1 Définition de la norme

Otero (2012) fait ressortir l'étymologie du mot norme qui « désigne l'équerre, ce qui ne penche ni à droite ni à gauche, donc ce qui se tient dans un juste milieu » (Otero, 2012, p. 34-35). Deux sens différents ont dérivé de cette racine, le deuxième, « au sens le plus usuel du mot peut-être, "[est normal] ce qui se rencontre dans la majorité des cas d'une espèce déterminée ou ce qui constitue soit la moyenne soit le module d'un caractère mesurable" » (Otero, 2003, p. 76-77 citant G. Canguilhem (1950) dans *Le normal et le pathologique*, faisant lui-même allusion à la conception de Ribot).

Dans son livre *Les règles de l'individualité contemporaine Santé mentale et société*, Otero (2003) explique qu'on ne se réfère pas à une nature propre d'un objet donné (ici la folie) pour statuer de ce qui est normal ou anormal. En fait, on ne peut pas considérer quelque chose comme « anormal » sans d'abord se référer à la norme en soi. Le sociologue reprend les propos de François Ewald voulant que :

[...] la norme désigne toujours une mesure servant à apprécier ce qui est conforme à la règle, mais celle-ci n'est plus liée à l'idée de rectitude : sa référence n'est plus l'équerre mais la moyenne et la norme prend sa valeur du jeu des oppositions du normal et de l'anormal ou du normal et du pathologique (p. 77).

Il n'y a rien ici qui « renvoie à la différence de nature »; l'anormal se retrouvant ainsi « dans la norme ». Toujours en reprenant Ewald, Otero (2003) affirme que l'exception ne confirme donc pas la règle, mais que l'exception est dans la règle (p. 77). Otero mentionne que la norme ne fait pas partie « d'un mécanisme d'exclusion », mais plutôt de « communication » et toujours reprenant les propos d'Ewald que la norme permet à la société de « communiquer avec elle-même⁵² » (p. 77).

2.3.2 Norme et Folie

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les références à la norme en lien avec la maladie mentale. Nous reprenons principalement ici les idées d'Otero, ce dernier se référant lui-même à des auteurs comme Alain Ehrenberg ou Georges Canguilhem. Certaines notions rejoignent les propos amenés dans le Chapitre I à la section 1.3.1 où l'on présentait l'indissociabilité entre la société et l'objet que l'on désigne comme « troubles mentaux ».

Comme présenté précédemment, de façon implicite, les problèmes de santé mentale sont conceptualisés en lien avec une norme. La folie devient folie quand, et parce qu'on la dissocie de ce qui est attendu en société comme étant normal. « Puisque les normes sont définies selon le contexte social et politique, l'anormalité et la pathologie sont dynamiques. La maladie mentale est donc moins absolue qu'un produit normatif et contextuel influencé par les rapports

⁵² Pour Otero (2003), la norme sous-entend d'emblée une nature commune entre les sujets/objets (p. 77-78).

de pouvoir » (Roy, 2013, p. 229 se référant à Bedin et Fournier, 2009; Ehrenberg, 2005; Guberman, 1990; Otero, 2005). En plus de reprendre les enjeux de pouvoir discutés ci-dessus et repris ci-dessous, cet extrait réitère le caractère intrinsèquement lié de la maladie mentale avec sa société et souligne l'importance de poser un regard sur les normes en ce qui a trait à l'objet qui nous intéresse ici.

La référence à la normalité en lien avec la maladie mentale est cependant souvent cachée derrière d'autres appellations.

Depuis au moins une trentaine d'années, ce sont les termes dérivés du mot « adaptation » (inadaptation, réadaptation, mésadaptation, « problèmes d'adaptation », etc.) qui semblent se diffuser à plusieurs domaines autres que ceux de la psychologique, de la psychiatrie et de la criminologique pour identifier les écarts de la norme sans avoir recours à ce dernier terme devenu contraire aux exigences phraséologiques de la rectitude politique (Otero, 2003, p. 77).

On émet ici l'hypothèse que le terme « normal » puisse ainsi être camouflé derrière d'autres mots ou concepts qui, au fond, renverraient à la même réalité, mais de façon plus « *politically correct* ».

À titre d'exemple du caractère mouvant et lié à la norme des problèmes de santé mentale, un exemple revenant beaucoup dans les écrits d'Otero est la reprise des propos d'Ehrenberg quant à la dépression représentant un symbole révélateur du changement dans les normes sociales dans nos sociétés occidentales. L'ouvrage *L'ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression* traite en soi de cet enjeu. Celui-ci est bien résumé dans l'extrait suivant :

C'est dans cette optique qu'Ehrenberg fera de la dépression la figure de proue de la vulnérabilité sociale, parce qu'elle est un révélateur exemplaire des transformations normatives dans les sociétés occidentales actuelles. On peut résumer sa thèse en une phrase: le passage d'une société marquée par la référence à la discipline, au conflit et à la culpabilité, à une société marquée par la référence à l'autonomie, la responsabilité et l'initiative. Les problèmes de santé mentale (actualisation de la vulnérabilité sociale potentielle, dont les causes sont l'objet de débat) et les thérapeutiques conçues pour les gérer (plutôt que pour les guérir) s'articulent autour de cette nouvelle référence normative. L'univers de la nouvelle vulnérabilité sociale est moins associé aux problématiques de l'interdit, du conflit et de la culpabilité qu'à celles de l'insuffisance (ne pas être à la hauteur), du déficit (manque de certaines compétences sociales) et de l'action (comportements inadaptés, inhibés ou surexcités). Le drame du dépressif n'est pas celui de la soumission du désir à la discipline, mais celui de l'impuissance (ne pas être à la hauteur). Car,

comme le dit Ehrenberg, pour le dépressif rien n'est vraiment interdit, mais rien n'est vraiment possible (Otero, 2005⁵³, p. 85).

Cet extrait, en plus de résumer un axe de discussion revenant beaucoup dans les travaux d'Otero, met de l'avant la manière dont l'évolution des normes sociales influence la construction des troubles mentaux⁵⁴. Otero explique ainsi qu'une logique de contrôle social et des conduites dans les sociétés a graduellement fait place à des impératifs normatifs de productivité et de dépassement de soi. Cette évolution dans la norme sociale amène par le fait même un glissement dans les manifestations du mal-être et des maux psychiques de nos sociétés. Dans ses écrits, Otero démontre ainsi l'évolution des névroses⁵⁵ du 20e siècle en dépression du 21^e.

2.3.3 L'imposition de la normalité sur « l'anormal » dans la prise en charge

Le seul fait d'intervenir sur la souffrance d'autrui, sur son trouble, sur son anormalité est discutable en soi. Est-ce qu'on souhaite agir en santé mentale pour soulager la détresse humaine ou pour s'assurer d'une entrée dans la « norme » dans une logique de contrôle social ou de désir sociétal d'acquiescer à des valeurs communes prédéfinies (voir extrait précédent d'Otero en lien avec la dépression)?

⁵³ Repris également par Otero, 2012, p. 55

⁵⁴ Il fait aussi le pont avec notre section 2.5 sur le néolibéralisme.

⁵⁵ Rappelons que dans ses écrits, Otero oppose névroses et psychoses. Pour lui (en s'inspirant des travaux de Daniel Lagache, d'Eugène Minkowski et de Canguilhem), les psychoses représentent davantage des « anomalies » dans le sens qu'elles sont radicalement différentes, sans être déviées de la norme et « ne s'explique pas nécessairement par sa référence à "une image ou idée précise de l'être moyen ou normal" ». Les névroses sont ici qualifiées d'anormalités, puisqu'elles sont « moins "compréhensibles en soi" que par rapport à l'"être moyen ou normal", ou encore par rapport au "cadre" duquel elles sont sorties, déviées, éloignées » (Otero, 2012, p. 34). Otero fait référence aux névrosés freudiens « presque ordinaires », « presque normaux », seulement « plus fragiles aux aléas de la vie ». Bien que nous adhérons au fait que les névroses sont mieux comprises lorsque mises en rapport avec le cadre duquel elles proviennent, nous trouvons ici glissant de dichotomiser les « troubles mentaux graves » des « troubles courants ». Bien que des nuances doivent être faites, « l'anomalie » *en soit* des psychoses pourrait tout de même être explorée et critiquée. Les travaux en ethnopsychiatrie pourraient être utiles à ce titre, ainsi que les perspectives phénoménologiques. Le fait d'entendre des voix peut ici être mis en rapport avec nos pensées internes incessantes et notre argumentation parfois constante, quoique silencieuse, avec notre « nous-même » (réflexion inspirée du cours SVS6435 de Rodriguez del Barrio, L. (2018)). De plus, dans la déconnexion avec la « réalité »; la notion de « réalité » peut ici être explorée. L'ampleur de la déconnexion, sa fréquence, le moment, la proportion, le nombre de temps; le tout renvoyé à l'idée d'un continuum où il est ardu de tracer une ligne. Par exemple, le PTSD : psychose momentanée; anomalie en soi?

Dans son livre *Les règles de l'individualité contemporaine*, Otero (2003) met de l'avant cet enjeu par le biais des réflexions de Canguilhem, dans *Le problème des régulations dans l'organisme et dans la société*. On questionne ainsi les techniques pour arriver à des sujets sains, mais pas la finalité, soit de rendre un sujet anormal, normal; un organisme malade, en quelque chose de sain, de « la même espèce » (p. 67).

À partir du XIXe siècle, l'activité médicale semble s'inscrire dans une politique générale de normalisation "de sorte que l'adaptation à des normes collectives tend à remplacer la normativité individuelle, et qu'un idéal social de prévention⁵⁶ se substitue à l'idéal personnel de guérison des maladies" (Otero, 2003, p. 79 citant Carasso, p. 97-98).

On distingue ici la norme individuelle de la collective.

Un point intéressant à soulever ici est l'apparente contradiction entre le désir de s'attarder sur le collectif tout en évacuant l'impact de ce collectif et en remettant toute la responsabilité sur l'individu, le tout contribuant à la propagation des inégalités sociales. « Par ailleurs, le simple fait que la souffrance soit exprimée individuellement ne suffit pas pour individualiser le problème; le tout signifie simplement que la norme discursive actuelle est axée sur le soi » (Roy, 2013, p. 229 citant Ehrenberg (2005)). En somme, plusieurs instances partent de la prémisse que le problème réside chez les personnes et tentent ainsi de « modifier [leur] comportement ». On assiste ainsi à une « une individualisation de l'intervention, puisque l'accent est mis sur l'anormalité de la personne et sur sa nécessité de s'adapter à des structures sociales axées sur la productivité socioéconomique » (Roy, 2013, p. 228).

2.3.4 Les « Nouvelles Normes »

Notre recension des écrits présentée en chapitre I, ainsi que nos perspectives conceptuelles à venir, nous permettent d'introduire ici certaines « nouvelles normes » ayant façonné, et continuant de le faire, la construction de nos représentations des problèmes de santé mentale et la façon d'y répondre. Il nous est apparu structurant de faire ressortir certains de ces « nouveaux codes », nouvelles références sociales, qui sculptent maintenant nos sociétés et influencent, à priori, notre façon de concevoir les troubles mentaux et de les vivre. Cette sous-

⁵⁶ On vient ici faire des liens avec le nouveau cadre social qu'est la prévention des maladies, et même la promotion de la santé comme nous le verrons aux sections 2.4.1 et 2.4.2.

section annonce en bref plusieurs notions qui seront approfondies dans les sections 2.4 et 2.5 du présent mémoire. Nous présentons donc brièvement les nouveaux impératifs en lien avec la science (plus précisément la médecine); la santé et l'autonomie.

2.3.4.1 Nouvelle norme : la médecine

Comme nous le reprendrons à la section 2.4 sur la médicalisation, pour plusieurs auteurs, il est clair que la médecine a remplacé certains cadres sociaux normatifs présents par le passé. En effet, Jean Gagné et Mario Poirier (1988) reprennent les propos du sociologue Émile Zola (1981) qui « affirmait que la médecine est en passe de devenir la plus importante institution normative, supplantant la religion et le droit » (p. 151). On peut d'abord contextualiser ce primat pour ce qui est de nos sociétés occidentales. Ici, on peut brièvement penser au droit politique et judiciaire de la Grèce Antique et à la religion, institution normative par excellence pour de nombreux pays encore, et jusqu'à relativement récemment au Québec aussi. La science, et maintenant plus précisément la médecine occidentale, semble avoir pris le pas sur toute autre forme de savoir. Dans son travail de mémoire, Andréanne Courtemanche (2018) reprend les écrits d'Ehrenberg qui lui-même fait état du « grand renfermement » comme d'une période où, par souci d'ordre moral, on enfermait les fous.

Ensuite vint le grand désenfermement. Celui-ci fut marqué par l'avènement d'une vision médicale de la folie. On aspire alors à voir celle-ci comme une maladie comme les autres. Ce discours axé sur la maladie ainsi que sur la possible guérison change la donne drastiquement. Il n'est plus question d'enfermement et de traitement moral, car on est désormais devant des personnes malades que l'on veut guérir pour leur donner leur congé de l'hôpital (p. 21).

2.3.4.2 Nouvelle norme : la santé

Bien que nous le verrons en détail à la section 2.4.2, la quête de la santé parfaite, institutionnalisée dans nos sociétés progressivement dans les dernières décennies, représente une nouvelle réalité normative incontournable en lien avec les problèmes de santé mentale. « La notion de maladie mentale se retrouve englobée dans celle de santé mentale » (Courtemanche, 2018, p. 21). « [...] cette pression faite à l'individu de devenir un corps toujours plus rentable sous couvert d'un corps maîtrisé, corps toujours "développé" dans sa chair et dans sa psyché est révélateur des nouvelles normes sociales en place dans les sociétés contemporaines occidentales » (Moreau et Vinit, 2007, p. 43). On peut même faire le parallèle avec l'impératif au bonheur et l'intolérance à la souffrance de la section 1.3.4 de notre recension des écrits. De

cette pression mise sur les individus, nous en venons à notre dernière « nouvelle norme » : la nécessité à l'autonomie.

2.3.4.3 Nouvelle norme : la nécessité à l'autonomie découlant de l'individualisme

Otero (2012) rappelle que « comme l'a montré notablement Ehrenberg (1998), la névrose révélait une société hiérarchisée, une société d'interdits et de tabous, alors que la dépression révèle une société d'individualisme de masse, de déficits, d'impuissances et de contre-performances » (p. 18). Nos sociétés contemporaines ont fait place à cette montée d'un « individualisme de masse ». Notons le paradoxe amené par Otero (2012) voulant qu'« on a beau vivre dans des sociétés d'individualisme de masse, on ne souffre pas comme on le veut, on ne dysfonctionne pas comme on le veut et on ne se soigne pas comme on le veut » (p. 335).

Dans son mémoire, Courtemanche (2018) démontre que l'autonomie peut être considérée comme « vecteur de l'aller-mieux » pour l'intervention en santé mentale. Cette dernière se base sur les travaux d'Ehrenberg soutenant que l'autonomie représente la « valeur suprême » en cette période de « grand renversement ». « En effet, un consensus des différents acteurs du milieu se dessine concernant la visée d'autonomie des interventions dans le champ de la santé mentale » (p. 21). Dans l'extrait suivant, Otero (2012) reprend d'ailleurs bien ces propos.

[...] l'accent mis sur le rôle de l'usager-client comme acteur non seulement de "sa" maladie mentale et de "sa" souffrance psychique, mais également de "sa" santé mentale, rend encore plus incertaine la distinction entre normalité psychologique (être normatif à partir de la norme) et adaptation sociale (s'adapter aux impératifs sociaux). [...] L'autonomie n'est-elle pas devenue la grande norme de l'individualité contemporaine? (p. 48-49).

À partir de là, on peut se questionner comme Otero l'a fait, sur la nature de l'intervention entourée par ces préceptes normatifs.

L'exigence normative d'autonomie, de performance et d'adaptation continue, tel qu'elle se présente dans les sociétés libérales actuelles, semble en effet peu compatible avec des stratégies d'intervention « à long terme » et « en profondeur » comme celles qui s'inspirent de la psychanalyse (Otero, 2012, p. 52).

2.4 La Médicalisation du social⁵⁷

La médicalisation des problèmes de santé mentale peut provenir d'une motivation « noble », soit pour « en finir avec la stigmatisation des maladies psychiatriques par rapport aux autres maladies », ou pour des motifs plus douteux, soit de « réduire la complexité des problèmes de santé mentale à la seule dimension médicale » (Otero, 2015, p. 39). Otero (2015) affirme l'impossibilité d'omettre les références à d'autres « univers que celui du médical (défavorisation sociale, vulnérabilité sociale, tensions sociales, comportements problématiques, isolement social, manque de ressources, troubles relationnels⁵⁸) » pour rendre compte du champ des problèmes de santé mentale (p. 39).

Pour cette quatrième section de notre deuxième chapitre, nous décortiquons certaines dimensions du mécanisme qu'est la médicalisation, toujours dans un but de travail de conceptualisation de la souffrance.

Selon Didier Fassin (1998), la médicalisation est une construction sociale. Elle consiste à conférer un caractère médical à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas appréhendées dans ces termes. Elle devient un phénomène de société, et non plus le seul fait d'une profession, à partir du moment où la reconnaissance d'un problème comme pathologique se double de son inscription dans l'espace collectif, où la santé publique excède la clinique médicale. Qui plus est, elle suppose une normalisation et une moralisation. [...]. Fassin signale toutefois que la rigueur impose de ne pas l'analyser comme un phénomène monolithique, mais bien comme une réalité complexe (Lamarre, Mineau & Larochelle, 2006, p. 229).

Ce passage, en plus de définir adéquatement et sommairement ce qu'est la médicalisation, résume bien certains de ses enjeux. Dans les pages suivantes, nous approfondirons notamment l'angle de la « santé publique » qui prendra une place importante dans le discours institutionnel. La « normalisation » dont il est ici question fait écho aux propos de notre section 2.3 précédente.

De manière détaillée, nous débutons cette section par un bref historique de la médicalisation de la folie. Ensuite, nous faisons le pont entre médicalisation et santéisation, pour

⁵⁷ Plusieurs auteurs se sont penchés sur la médicalisation de divers aspects particuliers de l'existence. On peut penser aux travaux de Turner 1992 sur la ménopause ou de Ehrenberg sur la dépression, à titre d'exemple (Moreau et Vinit, 2007, p. 36). Nous tentons ici de garder comme ligne directrice les problèmes de santé mentale.

⁵⁸ Etc.

démontrer que plusieurs perspectives existent. Nous présentons ensuite les enjeux de pouvoir imbriqués dans le processus de médicalisation. Nous abordons brièvement les instances contribuant à ce mécanisme, puis concluons par une brève réflexion sur la norme.

2.4.1 Bref historique de la médicalisation (de la souffrance)

Traçons d'abord brièvement un historique général du concept de médicalisation, puis, de façon plus particulière, faisons état de sa place dans le contexte québécois. « Tirant son origine du XVIII^e siècle, alors que la médecine moderne, encore embryonnaire, s'élabore et s'institutionnalise à la fois, la médicalisation prend véritablement son essor au XIX^e siècle » (Lamarre, Mineau & Larochelle, 2006, p. 228). Notons d'emblée qu'une tension entre les visions notamment plus « médicales » versus « psychologiques » existe et varie selon les époques. Il peut être ardu de distinguer ces tensions en traçant des lignes entre les années. Nous présentons ici une proposition historique de ces rapports de force telle que perçue par André Cellard (1993). Ainsi, en Nouvelle-France, au 17^e siècle, « la médicalisation de la folie relève plutôt de la culture savante et reste marginale par rapport à l'explication d'ordre existentiel qui semble aller de soi pour la plus grande partie de la population. » (p. 170). À partir du 18^e siècle, avec la montée de la médecine, les causes des maladies mentales sont attribuées à des facteurs organiques par presque tous les médecins, qui recherchent ce type de symptômes physiques chez leurs patients (*ibid*, p. 171). On assiste déjà à une médicalisation de la folie, en comparaison avec le siècle précédent. Les travaux de Cellard (1993) où ils font ressortir les « diagnostics » posés par des médecins et des non-médecins, nous font remarquer que les causes de nature physique, posées par ceux-ci, dépassent de beaucoup celles de natures psychologiques (p. 171-172). Ce constat est mis en conflit par rapport à la publication de Philippe Pinel *Traité médico-philosophique* en 1809 d'une thérapie davantage liée aux émotions (source des « désordres mentaux » selon lui; faisant écho aux croyances populaires des siècles derniers). Les médecins énoncent donc tous sauf un, des causes de nature physique, même si cela va parfois à l'encontre de l'avis des proches. À la lumière des témoignages de l'époque, pour avoir l'air instruit et savant, il semble qu'on doive encore attribuer la folie à une cause « physique » (*ibid*, p. 173). En effet, « malgré les "découvertes" de Pinel, la médecine ne se laissera pas facilement convaincre que l'origine du désordre mental n'est pas nécessairement organique ». Par la montée du positivisme, au début du 19^e siècle, on soigne les patients avec des moyens « concrets » en

misant sur la réduction des symptômes plutôt que d'agir sur la souffrance en soi (*ibid*, p. 174). Dans cette période, on assiste à la création des premiers asiles sous l'égide médicale par le biais de médecins renommés, ce qui contribuera « dans les perceptions comme dans la pratique, que le fou allait devenir un "malade" à part entière » (*ibid*, p. 175). Bien que les explications « psychologiques » des maladies mentales semblent s'éteindre en cette première moitié du 19^e siècle, la population garde toutefois vivantes ces causes non physiques.

En se rapportant maintenant au dernier siècle, de façon globale, dans les années 50, avec l'essor en médecine de plusieurs « techniques », comme les vaccins, les antibiotiques, l'hormonothérapie, on assiste à un intérêt des chercheurs en sciences sociales pour la médicalisation (Collin et Suissa, 2007, p. 26). Au 20^e siècle, et au Québec plus précisément dans les années 60, on assiste aussi à l'accessibilité aux soins grâce à l'assurance maladie (Lamarre, Mineau & Larochelle, 2006, p. 228). Le concept de médicalisation gagne alors une place significative. Dans un contexte québécois de changements sociaux, on conçoit différemment la santé, physique et mentale. L'effervescence de « la Révolution tranquille se tradui[sant] par l'apparition de nouvelles organisations structurelles et culturelles, [et] permettant à l'individu d'acquérir un pouvoir sur sa capacité à se changer et à changer son environnement dans une plus grande liberté d'action et d'assomption de ses propres choix », peut expliquer, en partie, ces virements (Lamarre, Mineau & Larochelle, 2006, p. 229).

On commence à se pencher sur la santé des populations et de façon étendue, « les individus et les groupes sont désormais tenus de réfléchir à la bonne attitude face à la santé » (Lamarre, Mineau & Larochelle, 2006, p. 229 et 231). « Pour les aider, se structure un discours médicalisant sur la santé publique et préventive » (*ibid*, p. 229)⁵⁹. Les auteurs rapportent que dans les années 70, le gouvernement du Québec fait maintenant ressortir comme « valeurs

⁵⁹ Ce « discours médicalisant sur la santé publique et préventive [...] se divise en trois catégories étroitement interreliées. Il y a d'abord le discours structuré par les médias de masse (la télévision, la radio, Internet, les journaux, les revues populaires, etc.). La sphère politique définit la deuxième catégorie (politiques gouvernementales, lois et normes). Finalement, il y a le discours médical, paramédical ou scientifique, basé sur les recommandations et opinions des chercheurs, des spécialistes, des scientifiques et autres intervenants des sciences de la santé » (Lamarre, Mineau & Larochelle, 2006, p. 229). Dans le présent mémoire, nous nous penchons sur le deuxième type de discours, celui de la sphère politique, sur la question de la santé mentale en général, et pas seulement son volet concernant la santé publique.

premières », la « prévention, les mesures curatives et la réadaptation » (*ibid*, p. 231). On peut donc dire qu'on assiste déjà à un passage d'une médicalisation des problèmes de santé à une « santéisation » de ceux-ci⁶⁰; nous y reviendrons plus tard. De pair avec ces nouvelles valeurs, on assiste à l'émergence des notions de déterminants de la santé.⁶¹

C'est le modèle biopsychosocial qui est privilégié pour le traitement. Il incarne un élargissement de la conception de la maladie ; il ne remet pas en question le modèle biomédical classique, mais prend en considération de nouveaux facteurs dans l'étiologie de la maladie ; on parle d'étiologie sociale (*ibid*, p. 231).

Bruno Lamarre, André Mineau et Gilbert Larochelle (2006) soulignent aussi la responsabilité que l'individu a maintenant sur sa santé : « Les notions de santé individualisée et de médecine globale consacrent donc la valeur de la responsabilisation individuelle » (p. 231 à 232).

Après la Révolution tranquille, on verra le rôle de l'État redéfini dans un Québec désireux de moderniser. Cette tendance se traduira par une « logique de fonctionnement scientifique dans la gestion du social » qu'adoptera le gouvernement. Lamarre, Mineau & Larochelle (2006) reprennent les propos de Renaud (1984) qui la décrit comme une « société programmée » (p. 230). Parallèlement à l'État qui prend un rôle de « fournisseur de services » (p. 230) dans les années 70, des critiques émergent comme les « critique[s] de la profession médicale et de l'industrie pharmaceutique » (Collin et Suissa, 2007, p. 26) liés à ces enjeux de gestion et de pouvoir scientifique. Dans les années 80-90, ces critiques de l'État-providence se poursuivent. « Certains auteurs, comme Gilles Bourque (1990), soulignent que l'État-providence s'est transformé en un État autoritaire, qui réarticule les rapports entre le privé et le public. Cette stratégie entraîne un mouvement de déréglementation de l'économie et de surréglementation du social (Lamarre, Mineau & Larochelle, 2006, p. 231) ». On parle de « santé sociale ».

⁶⁰ Lamarre, Mineau & Larochelle (2006) brossent d'ailleurs un portrait de la montée de la prévention et de la promotion de la santé mentale au Québec.

⁶¹ « Les quatre déterminants, définis dans *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Gouvernement du Canada, 1974), soulignent l'importance de la biologie humaine, de l'environnement physique, des habitudes de vie et de l'organisation des soins » (Lamarre, Mineau & Larochelle, 2006, p. 231).

En somme, la montée de la médicalisation semble liée à une montée de la santé publique (promotion, prévention), importante à mettre en lumière pour comprendre la transition entre « médicalisation » et « santéisation ».

Dans un essai remarquable sur l'œuvre de Foucault, Di Vittorio démontre qu'au nom de l'hygiène publique, un savoir « médocoadministratif » de la médecine s'est développé pour gérer le danger social comme risque pathologique. Dans la mesure où le discours a été axé sur la dangerosité, cette science du danger social a été le tremplin de la médicalisation ou, comme dirait Castel (1983), le contrôle social de comportements indésirables (Collin et Suissa, 2007, p. 26).

L'aspect de dangerosité renvoie ici aux écrits d'Otero présentés à la section 1.3.1.2. On peut faire le lien entre la montée de la prévention de la maladie mentale et le contrôle dans nos sociétés sur ce qui est « déviant », « dangereux » et de façon encore plus actualisée aux sociétés néolibérales, sur ce qui est « non fonctionnel » et « non autonome ». On arrive à un point où la société et son discours normalisent, uniformisent, avec comme prétexte la protection du public et comme finalité sa santéisation, à tout prix. « Ainsi, la médecine et la psychiatrie, par exemple, participent activement, au nom de la santé publique, à la définition d'une norme de comportement dans tous les aspects de l'existence » (Collin et Suissa, 2007, p. 26).⁶²

2.4.2 De médicalisation à « santéisation » et sanitarisation

Dans leur article sur le discours populaire, Lamarre, Mineau & Larochelle (2006) reprennent une classification de Pierre Aïach (1998) qui rend compte de quatre formes de médicalisation. Nous utilisons ces formes ici pour dresser un bref regard sur ce que représente le concept de médicalisation et supposons que le discours institutionnel s'articule autour de ces quatre formes, à l'instar du discours populaire, dont il est question dans l'article de Lamarre. La première est l'« extension du domaine médical » (p. 228), la deuxième l'« amplification du champ de compétence de la médecine » (p. 228), la troisième la « propension à davantage déclarer des symptômes morbides, des troubles de santé » (p. 288) et la dernière est l'avènement de la santé en « tête des valeurs et des préoccupations sociales » : « *healthism* (santéisme) » (p. 228). Certains aspects du corpus se verront mis en relation avec ces quatre formes de médicalisation.

⁶² On verra que les plans d'action sont articulés autour de l'importance du corps médical.

Attardons-nous ici sur cette quatrième forme de médicalisation qu'est la « santéisation » et qui nous permet de faire le pont avec la montée de la prévention et de la promotion de la santé mentale énoncée dans la section 2.4.1, et représentant d'ailleurs un volet majeur du corpus analysé dans le présent mémoire. Lamarre, Mineau & Larochelle (2006) qualifie cette idéologie comme « repos[ant] sur la promesse que l'absence de maladie grave et le maintien d'une grande vigueur physique et intellectuelle sont aujourd'hui possibles à condition d'agir selon les préceptes hygiénistes » (p. 228). Cette définition met de l'avant le caractère supposément atteignable de cette absence de maladie.

Collin et Suissa (2007), en reprenant les propos de Robert A. Nye (2003⁶³), mettent de l'avant la dichotomie entre une volonté de se dissocier du médical, tout en y étant intrinsèquement soumis. En effet, « l'objectif de la santé parfaite – et, ce faisant, de corps naturels et non médicalisés – ne peut être envisagé que dans un contexte où il y aurait intériorisation totale, par les individus, de la norme médicale » (p. 27). La notion de « norme » est ici indissociable des questions de médicalisation et de santéisation; autant par le glissement de cette norme vers une nouvelle réalité (la santé), que dans notre désir de nous en rapprocher à tout prix. Ainsi, « La médicalisation progresse par la sensibilité croissante quant aux écarts à la norme, la normalité se traduisant par la santé » (Lamarre, Mineau & Larochelle, 2006, p. 229). On peut donc, à défaut d'observer la « santéisation » comme une forme de « médicalisation » comme Pierre Aïach (1998), la voir comme son prolongement ou son évolution.

Ainsi, d'une montée d'une médicalisation de la folie, à sa prévention et finalement à la promotion de son « contraire » (la santé mentale), on assiste maintenant à une « sanitarisation » des sociétés. Dans leur article *Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale*, Yolande Pelchat, Éric Gagnon et Annick Thomassin (2006) étudient le phénomène de la sanitarisation reliée à la construction de l'exclusion sociale. « Par "sanitarisation", nous désignons plus précisément la construction d'une réalité (ici l'exclusion sociale) en tant qu'atteinte au bien-être physique et mental d'un individu ou d'un ensemble d'individus. Selon les termes de Fassin

⁶³ Vient d'une citation en anglais dans le texte : « *The irony of this development is that the goal of a perfectly healthy population – bodies that are "natural" and unmedicalized – can only be achieved by the individual internalization of a totally medicalized view of life* » (Nye, 2003 : 119). ».

(2000), cette construction singulière de la réalité donne à voir des "corps altérés et souffrants", ou qui risquent de l'être » (p. 55). Cette sanitarisation est ici mise en lien avec les déterminants de la santé;

la sanitarisation trouve son ancrage moins dans le registre de la maladie et davantage dans celui du bien-être physique et psychique. L'atteinte de ce bien-être est considérée comme étant étroitement liée aux habitudes de vie de chaque individu, à ses attitudes, à ses comportements, à ses connaissances, ou encore à des facteurs dits "socioéconomiques" tels que sa profession, son revenu, son état civil, etc. Dans les termes de Hislop et Arber, la sanitarisation fait de chaque individu le principal acteur de l'amélioration de son bien-être (*ibid*, p. 56).

On veut que les individus « assument » la « responsabilité morale » de leur « bien-être physique et psychique »; en les encadrant par la mise en place de politiques et programmes visant la prévention et la promotion de la santé (*Loc.cit.*).

Dans leur article, Pelchat, Gagnon et Thomassin (2006) démontrent comment un phénomène social (dans leur cas « l'exclusion sociale » dans un contexte français et britannique) devient représenté sous un angle sanitaire. Par exemple, un chômeur se verra abordé et pris en charge comme un individu qui souffre (p. 59), en occultant souvent la dimension structurelle de son exclusion, et possiblement de sa souffrance. De médicalisée, la souffrance devient non pas surreprésentée (quoique la question se pose), mais plutôt accessoirisée et individualisée. On nomme (et utilise) la souffrance non pas comme une conséquence d'un problème social donné, mais comme faisant partie intrinsèquement du problème. Collin et Suissa (2007), en reprenant Deborah Lupton (1995), mettent de l'avant les allées retour entre la médicalisation et la sanitarisation d'enjeux sociaux.

De plus en plus, le médical et le social en viennent en fait à se recouvrir l'un et l'autre, non pas superposés, mais étroitement imbriqués. Il y aurait, en effet, lieu de distinguer deux processus de fond comme le fait Conrad : celui de la médicalisation comme basculement d'enjeux sociaux et moraux dans le champ du médical et celui de la sanitarisation (*healthicization*), qui agirait en concomitance, à travers la transposition de problèmes médicaux ou de santé publique, en enjeux moraux et sociaux (p. 27).

Ce mélange entre le médical et le social amène la « quête de la santé parfaite » (*Loc.cit.*).

2.4.3 Médicalisation : mécanisme de pouvoir et de contrôle social

Plusieurs auteurs ont mis de l'avant les divers procédés de contrôle des sociétés qui influencent grandement les conduites sociales et les « problèmes sociaux »⁶⁴. Dans cette section visant à mettre de l'avant diverses perspectives conceptuelles sur lesquelles repose notre analyse, il est primordial d'aborder les enjeux de pouvoir corrélés aux mécanismes de médicalisation dans nos sociétés. Pour Moreau et Vinit (2007), la médicalisation a comme principale fonction une « forme de régulation des conduites des sujets » et « peut apparaître comme une technique disciplinaire particulièrement efficace, bénéficiant du savoir et de la possibilité d'action sans égal sur le corps acquis par la science médicale » (p. 38-39).

En effet, la folie, et les maladies de manière plus large, peut être observée comme enjeu de pouvoir⁶⁵. Larose-Hébert (2014) rapporte l'analyse de Foucault et Goffman de la folie, plus précisément de l'institution psychiatrique.

[Leurs observations] convergent vers une seule conclusion, à savoir que la vertu thérapeutique qu'elle proclame ne représente en fait, qu'un voile discursif opaque, recouvrant sa surface, et que ses pratiques, révélatrices de ce qui se trame dessous, sont plutôt de nature coercitive et disciplinaire. Les deux auteurs révèlent sans ménagement le mandat normalisateur de ce type de structure, qui tente d'évacuer toute trace de ce qui dévie et dérange l'ordre social établi (p. 326).

On démontre ainsi que « l'institutionnalisation de la folie renferme des enjeux de pouvoir » (p. 326)⁶⁶. On fait ici référence à une « institutionnalisation » de la folie, mais on pourrait aussi parler d'une médicalisation de la souffrance. Chose certaine, les enjeux de pouvoir sont indissociables des enjeux entourant les problèmes de santé mentale, et peuvent être mis en lumière par le biais du principe de médicalisation.

Mettons maintenant de l'avant deux volets de cette médicalisation de laquelle découle du contrôle social et imbriqués dans les enjeux de pouvoir. Nous abordons ici la médication et les enjeux de temporalité.

⁶⁴ Voir notamment Michel Foucault sur la discipline, la biopolitique, etc. (*Surveiller et Punir* (1975), par exemple).

⁶⁵ Par exemple, le DSM faisant foi dans plusieurs pays, représente une vision américaine des problèmes de santé mentale. Elle amène à une consommation de médicaments, de laquelle découlent des enjeux économiques, par exemple : les lobbys pharmaceutiques.

⁶⁶ L'auteure reprend « l'institution totalitaire » de Goffman (1968) et la notion de pouvoir normalisateur décrite par Foucault dans *Histoire de la sexualité* et déjà présente dans *Histoire de la folie* (Larose-Hébert, 2014, p. 326).

2.4.3.1 La médication : volet de la médicalisation et enjeu de pouvoir

La médication, volet de la médicalisation⁶⁷, participe grandement au contrôle des sociétés⁶⁸. Dans un article de Lourdes Rodriguez del Barrio (2005) intitulé *Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers*, cette dernière rend compte de « l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie » du point de vue des usagers. Elle y aborde la question de la médication des problèmes de santé mentale. L'auteure souligne que la désinstitutionnalisation⁶⁹ a été de pair avec une médication de ceux-ci (p. 246). Moreau et Vinit (2007) en viennent au même constat en parlant des pratiques actuelles en occident :

il semble que ces techniques d'isolement spatial soient de moins en moins présentes⁷⁰. Les pratiques de désinstitutionnalisation, actuellement très en vogue, permettent de renvoyer les individus dans leur milieu de vie, en régulant leurs comportements et symptômes par la prise surveillée de médicaments (p. ex., des psychotropes) (p. 38).

Toujours dans l'article de Rodriguez (2005), l'auteure énumère certaines « contraintes sociopolitiques » associées à la domination des traitements biomédicaux⁷¹ :

D'une part, on peut nommer les restrictions budgétaires imposées aux services publics qui contribuent à la consolidation des traitements médicamenteux. La réduction du temps de consultation médicale, le manque d'accès aux spécialistes et la détérioration des conditions de suivi et d'accompagnement rendent plus difficiles un dosage adéquat des psychotropes et la réduction des effets secondaires. D'autre part, l'accès à des traitements alternatifs à la médication, notamment la psychothérapie, est extrêmement restreint malgré les revendications insistantes des personnes vivant avec des difficultés en santé mentale (p. 251).

⁶⁷ Collin et Suissa (2007) statuent que les dernières décennies sont marquées par plusieurs exemples de la médicalisation du social. En prenant l'exemple des « troubles de l'humeur », il donne l'exemple de l'abondante utilisation des médicaments pour traiter la dépression et l'anxiété. Cette utilisation amplifiée des médicaments est souvent nommée comme un « volet » de la médicalisation, celui de la « médication » (p. 26-27).

⁶⁸ Les compagnies pharmaceutiques et l'argent en émergent ne sont pas étrangers à l'augmentation de la prescription et de la prise de médicaments dans nos sociétés contemporaines.

⁶⁹ La désinstitutionnalisation occupe une place importante pour contextualiser les deux premiers documents du corpus analysé dans le présent mémoire.

⁷⁰ Les auteurs font référence aux techniques d'isolement dans les asiles pour contrôler ou dans les hôpitaux généraux pour guérir. Ils démontrent ainsi un passage du contrôle des corps dans l'espace à une discipline par la médicalisation.

⁷¹ On peut en effet aborder la seule question des médicaments, mais aussi la perspective biomédicale comprenant, entre autres, certaines approches de psychothérapie. En effet, le contrôle social peut aussi s'exercer par d'autres avenues médicalisantes comme par exemple, la « médecine psychologique », notamment la psychanalyse. Sans statuer qu'inévitablement ces approches plus « psychologiques » sont apparentées à une médicalisation, les auteurs mettent en garde contre la visée disciplinaire pouvant sous-tendre ces approches, participant ainsi à la pathologisation de l'existence (Moreau et Vinit, 2007, p. 43), et non pas à un espace donné pour accueillir l'expérience souffrante de l'autre (voir section Paul Ricoeur).

Collin et Suissa (2007) reprennent les travaux de Peter Conrad et Deborah U. Potter (2004) pour mettre de l'avant trois utilités associées aux traitements médicamenteux émergeant de la littérature, soit « celles de réparation, de normalisation et d'extension des capacités corporelles et psychiques⁷² » (p. 29). Ces trois fonctions font écho aux enjeux de santéisation et de pouvoir et la troisième fait le pont avec les enjeux de contrôle temporel présentés ci-dessous. En effet, dans leur article, Moreau et Vinit (2007) font des parallèles entre cette régulation temporelle des corps et la médication, où une « norme temporelle » devient intériorisée (p. 34).

2.4.3.2 La médicalisation temporelle comme mécanisme de contrôle

Ce contrôle temporel, mis en exergue par l'article de Moreau et Vinit (2007), explore les dimensions médicalisantes en lien avec la temporalité entourant « les repères symboliques de la corporéité » pour un « contrôle du temps biologique » (p. 39). Prenant les travaux de Foucault sur la biopolitique pour illustrer le propos, les auteurs affirment que le « contrôle du temps biologique se marque tout d'abord par la médicalisation des bornes de l'existence, au niveau de la naissance et de la mort » (*Loc.cit.*). Le texte rend aussi compte de la médicalisation temporelle des enjeux entourant la reproduction (p. 39-40) et de certaines étapes de l'existence comme, par exemple, la dépression. On voit ici que des « modalités normatives de contrôle du corps » découlent un volet plus précis : « le contrôle du temps biologique ».

Ce dernier « serait également manifeste en regard des modalités de gestion et de prise en charge de la dépression, dont la prévalence élevée est emblématique de cette obsession du temps dans nos sociétés occidentales contemporaines » (Collin et Suissa, 2007, p. 28). On entend ce passage, par cette obsession du temps dans nos sociétés contemporaines, où l'individu se doit de produire et de consommer, tout, rapidement. L'individu n'a plus le « luxe » de prendre le temps. Il se doit d'aller-mieux, maintenant. Le tout fait écho aux travaux d'Ehrenberg qui statuent que le moteur sociétal de notre époque contemporaine est davantage axé sur la nécessité à faire preuve d'autonomie (Courtemanche, 2018) et à la section 2.5 qui fera référence aux

⁷² Le « corps-objet »

valeurs néolibérales où « l'efficacité » est essentielle. Comme mentionné à la page précédente, la dimension temporelle y est pour quelque chose. On n'a plus le temps d'attendre qu'une personne aille mieux.

2.4.4 Les instances contribuant à cette médicalisation de la souffrance

La médicalisation de la souffrance et des problèmes mentaux peut être observée par le biais de ceux qui interviennent auprès des personnes qui souffrent. Bien que le corps médical (incluant les médecins) contribue à ces mécanismes, d'autres groupes aussi y participent aussi tels que l'État, l'industrie pharmaceutique, des groupes de patients et les compagnies d'assurances (Collin et Suissa, 2007, p. 27). Ajoutons aussi d'autres professionnels de la santé, tels que le travailleur social. Dans son texte, Mélissa Roy (2013) examine la position de supériorité et d'autorité dans lequel les travailleurs sociaux, par exemple, se retrouvent par rapport aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale (p. 232). En reprenant les propos de Gori et Del Volgo (2011) et d'Otero (2005), Roy (2013) met en lumière la « fonction de contrôle social visant la régulation des populations » de l'intervenant social, dans l'objectif « d'éliminer ce qui dérange » et « selon un modèle au sein duquel tout devient commensurable pourvu que l'on ait préalablement homogénéisé [et] standardisé » (p. 233). On peut ici se questionner sur la nécessité de tendre vers un rapport d'autorité dans la prise en charge institutionnelle en santé mentale; calquant ainsi un modèle médical de « patient » à « médecin », et ce, même si ce rapport est sous l'égide du « partenariat ». Cette « position d'autorité » propre à plusieurs pratiques en santé mentale recoupe les enjeux de pouvoir, contrôle et discipline, introduits à la section 2.4.3 précédente.

Le rôle des médecins dans cette médicalisation disciplinaire de la souffrance n'est toutefois pas à négliger. Otero (2012) rappelle l'omnipotence des médecins quant à une grande partie de la prise en charge de toute forme de détresse psychique. Ainsi, seul cet acteur « peut poser un diagnostic et départager de manière officielle la normalité de la pathologie ». La prescription des médicaments, la recommandation de tests médicaux ou la signature d'arrêts de travail sont quelques exemples où le corps médical a le pouvoir quasi absolu sur la direction de « l'aller-mieux » des personnes (p. 229). Cette légitimation et reconnaissance de la souffrance

avec comme passage obligé la médecine reste incontestablement risquée; un amalgame indissociable est ainsi fait entre l'expérience de la souffrance et le terrain médical.

2.4.5 Le contrôle médicalisant pour une quête de normativité

Les dynamiques de pouvoir énoncées dans les sections précédentes nous amènent à faire le pont avec les questions de normativité traitées dans la précédente section 2.3. La médicalisation de la folie est ainsi étroitement liée au rapport à la norme. Dans son texte, en reprenant les travaux de plusieurs chercheurs dont, Ehrenberg et Otero (2005), Melissa Roy (2013) insiste sur la pression mise sur l'individu de se soumettre à une norme; norme dynamique étant donné qu'elle est construite selon les contextes sociaux et politiques. « La maladie mentale est donc moins absolue qu'un produit normatif et contextuel influencé par les rapports de pouvoir » (p. 229). On retrouve ainsi les parallèles à faire avec la construction sociale des problèmes de santé mentale et leur caractère indissociable de la société dans lesquels ils gravitent, tel que nous l'avons vue dans notre recension des écrits.

Dans cette section sur la médicalisation, nous avons vu que cette dernière prend son essor, entre autres, lorsque nous faisons appel à une logique de contrôle social et en prenant comme « excuse » le contrôle de la dangerosité. La psychiatrie (pouvoir) est un exemple parfait où l'on cherche à créer ou à construire une norme qui fait appel à une rigidité du cadre⁷³ (Collin et Suissa, 2007, p. 26). Otero (2005) reprend cette notion de contrôle tout en faisant ressortir l'adhérence aux « nouvelles normes »⁷⁴ plutôt que le contrôle de la dangerosité : « La médicalisation de la folie est ainsi une forme de coercition individuelle voulant la modification des personnes afin qu'elles répondent à l'« [e]xigence normative d'autonomie [et] de performance » (p. 83). Les enjeux de pouvoir sont ainsi toujours présents, mais paradoxalement, les injonctions disciplinaires ont maintenant comme but de nous « forcer » à devenir autonome. Dans le domaine de la santé mentale, certains auteurs réfèrent à la notion de « psychologisation », dans des termes se rapprochant souvent de la médicalisation.

Loin de provoquer une dérégulation des individus, la psychologisation de l'existence produit un nouveau type d'individu. Les interventions psychosociales sont alors de nouvelles formes de

⁷³ On pourrait ici parler de psychiatrisation.

⁷⁴ Voir la section 2.3.4.

dispositif disciplinaire dont l'injonction paradoxale est de devenir acteurs autonomes et responsables, conditions exigées pour s'adapter à la réalité sociale, conditions idéales d'une bonne santé mentale (chap. 2), "le bonheur est enfin possible" (chap. 8) (Lézé, 2005, p. 207).

2.5 Néolibéralisme dans le champ du social⁷⁵

Le texte de Saskia Simon et Emmanuelle Piccoli *Effets et perspectives de la rationalité néolibérale* (2018) résume parfaitement plusieurs préceptes associés à ce qu'on appelle le « néolibéralisme ». Nous utilisons ici cet article pour rendre brièvement compte de ce que représente cette logique néolibérale. La perspective néolibérale sous la grille d'analyse proposée par ces auteures rejoint plusieurs dimensions de la question des représentations des problèmes de santé mentale et sera pertinente à notre analyse.

Comme les auteures le soulignent d'emblée, depuis les années 90, le débat autour du néolibéralisme n'est plus uniquement exclusif aux sciences politiques et économiques, mais bien aussi sociales. De nos jours, « le néolibéralisme participe concrètement à la structuration des interactions sociales et [...] intervien[t] sur les pratiques et modes de pensée des personnes » (Simon et Piccoli, 2018, p. 2).

Simon et Piccoli (2018) reprennent dans leur article les propos de Wendy Brown (2015) pour caractériser le néolibéralisme comme « une pratique gouvernementale particulière, nommée "gouvernementalité" par Foucault, qui opère un déplacement dans la notion de pouvoir qui n'est plus le pouvoir de commander et de punir des sujets particuliers, mais de conduire et de contraindre à distance des populations » (p. 3).

L'influence du néolibéralisme sur le champ du social, plus précisément sur des professions de relation d'aide comme le travail social, est mise en lumière par les intervenants dans plusieurs milieux. En réponse aux réformes organisationnelles et aux principes de rendement, on dénonce de plus en plus les dangers des lourdeurs administratives et des

⁷⁵ Certains éléments des perspectives néolibérales sont aussi des enjeux de pouvoir tel qu'entendu par Foucault, par exemple. Ces perspectives imposent une nouvelle normativité sociale. Dans le contexte de la maladie mentale qui nous intéresse, ces nouvelles normes néolibérales « décident » à quel moment on est malade, le fait qu'on doive agir et comment.

perspectives logistiques, au détriment des dimensions humaines. Simon et Piccoli (2018) reprennent les propos de Thomas Périlleux (2016) pour démontrer « comment les procédures de gestion et d'évaluation insistant sur le quantitatif et le "gouvernement par objectif" remodelent les conditions de travail des métiers relationnels (travailleurs sociaux, soignants, etc.) ». On pourrait ici penser à une panoplie d'autres professions touchées par ces nouveaux impératifs. En citant toujours Périlleux (2016), Simon et Piccoli (2018) font référence à la croissante montée du « langage économique » empreint « des valeurs de rapidité et d'efficacité » et qui « risque de mettre en danger les appuis symboliques nécessaires à la relation » (p. 4).

2.5.1 Trois éléments structurants du néolibéralisme

Dans cette section, nous utilisons trois éléments mis en lumière par les auteures de l'article pour venir structurer la caractérisation du néolibéralisme.

Le premier est l'incontournable *norme marchande* propre à la rationalité néolibérale. Les auteures citent Brown (2015) pour rendre compte de ce modèle du marché qui touche « tous les domaines et toutes les activités et configure les êtres humains exclusivement comme des acteurs de marché [...] des *homo oeconomicus* » (Simon et Piccoli, 2018, p. 5). Chaque élément de la société doit ainsi opérer « selon la rationalité marchande » (*Loc.cit.*). Les auteurs donnent l'exemple des relations amoureuses en reprenant les travaux d'Eva Illouz (2007, 2012) où celles-ci en viennent « à être pensées comme un marché immense, générant insécurité et peur de l'engagement, tant le choix semble parfois impossible » (*Loc.cit.*).

Le deuxième élément des doctrines néolibérales, faisant suite à la logique marchande, est la *concurrence* sur laquelle elle repose. Les auteures expliquent comment les inégalités font partie intégrante de l'équation.

Alors que le nouveau libéralisme de Keynes⁷⁶ considérait l'égalité des parties nécessaire pour maintenir le jeu de la concurrence, le néolibéralisme considère l'inégalité produite par la concurrence naturelle. Dès lors, si le libéralisme de Keynes veillait par une intervention de l'État à rétablir et maintenir une certaine égalité entre les parties, la rationalité néolibérale aborde les oligopoles comme le résultat naturel de la concurrence (p. 5).

⁷⁶ On fait ici référence à l'économiste britannique John Maynard Keynes.

Cette logique de marché concurrentiel « considère que chaque participant essaie toujours de surpasser les autres dans une lutte incessante pour devenir leader et le rester » (p. 5). On glisse ainsi à une nouvelle légitimité, voire une nouvelle norme sociale, celle de l'inégalité, qu'importe la sphère de la société. La faculté entrepreneuriale, à développer à tout prix, évacue ainsi « les solidarités collectives » (p. 5-6).

Le troisième élément mis de l'avant par les auteures est *l'inversement de la relation entre l'État et le privé* donnant lieu à un État au service de l'entrepreneuriat, parfois même « en utilisant des formes d'autoritarisme » (p. 6). En effet, l'État n'encadre plus la logique entrepreneuriale, « mais la logique entrepreneuriale [...] encadre l'État » (*Loc.cit.*).

Il n'est pas question que l'État disparaisse dans l'ensemble des différentes sphères de la société, mais qu'il renforce celles d'entre elles étant à même de créer le cadre juridico-légal qui permettra à la rationalité entrepreneuriale de se propager jusque dans les moindres recoins de la société, État inclus. L'État devient ainsi un instrument au service de la rationalité néolibérale, chargé de réformer et de gérer, selon les principes de cette dernière, la société et les individus qui la composent tout en s'y pliant lui-même. Il s'agit d'imposer les valeurs et les pratiques de l'entreprise privée au cœur de l'action politique, instituant de facto une nouvelle pratique de gouvernement. États, associations et jusqu'à l'individu lui-même, chacun doit se conformer au modèle de l'entreprise privée capitaliste (Dardot/Laval, 2010 ; Laville/Salmon, 2015). Pour ce faire, un ensemble de dispositifs de pouvoir bureaucratiques structurés autour de la rationalité marchande sont mis en place. Des universités aux hôpitaux, en passant par les centres publics d'action sociale et les ONG, règnent les logiques de projets, de *reporting*, d'indicateurs, de normes, de certifications et de quantification. [...] Cette bureaucratie est, dans un sens foucauldien, un lieu d'exercice du pouvoir, un pouvoir qui ne s'impose pas uniquement d'en haut, mais qui est porté par les individus eux-mêmes [le tout formant] un dispositif de domination et d'obéissance (p. 6).

2.5.2 Deux effets des perspectives néolibérales

À la lumière de ces caractéristiques et de la littérature consultée, les auteures font ensuite ressortir trois effets des rationalités néolibérales. Nous exposons les deux premiers ici, pertinents en guise de repères conceptuels pour le présent mémoire.

Le premier est la *responsabilisation remise à l'individu en effaçant les dimensions structurelles contribuant aux inégalités*. On parle ici de l'autonomie dont l'individu doit faire preuve pour résoudre ses problèmes; la personne devenant « entrepreneur d'elle-même » (p. 8). Les auteures expliquent davantage leur propos en donnant l'exemple de la pauvreté des pays en voie de développement. N'ayant pas réussi à intégrer l'ensemble des populations dans les

logiques néolibérales, la lutte contre la pauvreté est mise en place par les instances internationales. Les auteures donnent aussi l'exemple du développement durable prônée pour enrayer la pauvreté, certes, mais sans aborder les inégalités, une nuance importante. Les principes émanant de ces modèles humanitaires sous-tendent en eux-mêmes des doctrines néolibérales de croissance, pourtant à l'origine de la pauvreté. On gère ainsi les « précaires », perçus comme problème et non comme symptôme, et non les « précarités ». La même logique peut être appliquée dans nos sociétés « riches » occidentales, par le biais de l'aide sociale, par exemple. La responsabilité sociale revenant au système est ainsi camouflée derrière une aide ponctuelle à critères arbitraires qui remet la responsabilité à l'individu.

Par ce principe de responsabilisation, l'individu en situation de précarité, de pauvreté, de chômage voire de maladie est perçu comme le responsable de l'évolution de sa situation. Au sein de ces politiques, le cadre macro- économique ou social n'est jamais problématisé mais au contraire présenté comme un fait presque naturel (p. 8-9).

Le deuxième effet amené par les auteures est la *normalisation des pratiques amenant à l'exclusion*. Simon et Piccoli (2018) reprennent les travaux de Pierre Dardot et Christian Laval (2010) et donnent l'exemple de « l'évaluation ».

[Celle-ci conduit les personnes et les groupes] à s'adapter à des critères de performance et de qualité, à intégrer de nouvelles procédures qui formatent leurs pratiques et entrent en concurrence avec celles-ci. Le caractère propre de chaque activité s'efface derrière l'uniformisation des standards qui introduisent de nouvelles conceptions du travail, du rapport à soi et aux autres (p. 10).

En reprenant les propos de Foucault (1975), Simon et Piccoli rappellent le « rôle disciplinaire » du management bureaucratique qui produit « des corps et des sujets utiles au marché : compétitifs, performants, entrepreneurs de soi (ils investissent dans leur éducation, prennent soin de leur capital santé, cherchent et construisent toujours de nouveaux projets, etc.) » (2018, p. 10). Le « capital santé » mentionné ici fait écho aux références à « la santé à tout prix » reprises à plusieurs endroits dans le présent mémoire.

En somme, le néolibéralisme structure et organise non seulement les actions gouvernementales, mais aussi les conduites des citoyens. Ainsi, le « marché concurrentiel » devient la norme, déborde et influence « l'idéologie de l'ensemble des rapports sociaux » (Simon et Piccoli, 2018, p. 3).

2.6 Retour sur la question et les hypothèses

Au fil de la recension des écrits, nous avons démontré les imbrications constantes entre les concepts de souffrance, de maladie mentale et de santé mentale. Nous avons mis en lumière les ponts implicites et explicites entre souffrance et maladie. Bien que nous nous sommes concentrée sur des approches plus sociales, nous avons mis de l'avant l'indispensabilité de considérer la subjectivité individuelle, semblant souvent être évacuée de la question. Tout au long des deux premiers chapitres, avec un regard constructiviste, nous avons fait ressortir le rapport aux sociétés omniprésent et semblant indissociable des questions liées aux problèmes de santé mentale. Plus précisément, le rapport à la norme, en prenant comme exemple la culture médicale et celle néolibérale, a été démontré comme très influent dans la construction et l'intervention sur les troubles mentaux.

Rappelons ici notre question de recherche et nos hypothèses qui, globalement, cherchent à analyser dans une perspective constructiviste critique la représentation institutionnelle gouvernementale de la souffrance psychique au Québec, de nos jours, en lien avec les problèmes de santé mentale. Cette représentation, dont la nature théorique a bien été présentée dans la section 2.2 du présent chapitre, sera observée par le biais de deux axes de questionnement, soit la façon dont on présente les problèmes de santé mentale dans le corpus et la façon dont on y répond.

Nous avons émis l'hypothèse que le discours institutionnel contemporain québécois, par ses définitions liées aux concepts de souffrance psychique et à ces enjeux, ainsi que les axes de réponse à ces souffrances, présente une vision en rapport aux normes, médicalisante et suivant la perspective des valeurs néolibérales. Nous suggérons aussi que la responsabilité est davantage remise à l'individu qu'au collectif.

Nous concluons ce deuxième chapitre par l'extrait suivant qui fait le pont entre plusieurs des concepts amenés dans nos deux premiers chapitres. On y résume ainsi comment les enjeux de pouvoir (lié au médical) participe à la création de normes comportementales, « au nom de la santé publique », évacuant ainsi la subjectivité et responsabilisant les personnes.

Dans la mesure où le discours a été axé sur la dangerosité, cette science du danger social a été le tremplin de la médicalisation ou, comme dirait Castel (1983), le contrôle social de comportements indésirables. Ainsi, la médecine et la psychiatrie, par exemple, participent activement, au nom de la santé publique, à la définition d'une norme de comportement dans tous les aspects de l'existence. À ce titre, on peut penser aux comportements et/ou conditions tels que le tabagisme, l'hyperactivité avec ou sans déficit d'attention, la ménopause, les phases de la naissance et de la mort, les relations sexuelles, les dépendances aux psychotropes, au jeu, affectives et amoureuses, cyberdépendances, achat compulsif, troubles de l'humeur, etc. Soumises à un ordre néolibéral économique du consumérisme où le manque d'être se transforme en manque d'avoir, les conditions principalement sociales se retrouvent de plus en plus incluses dans le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) comme des déviations au sens parsonien du terme (Collin et Suissa, 2007, p. 26-27).

CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE

Rappelons tout d'abord l'objectif principal de la présente recherche, soit de faire ressortir du discours institutionnel québécois la représentation véhiculée de la souffrance, en lien avec les problèmes de santé mentale, par le biais des façons de se la présenter et d'y répondre. Dans le présent mémoire, nous souhaitons mettre en lumière la façon dont le discours institutionnel québécois fait référence à ces problèmes, pour la fin du 20^e siècle et le début du 21^e siècle.

Dans une perspective constructiviste, par le biais de la théorie des représentations sociales et des concepts de médicalisation et de référence à la norme, dans un contexte d'époque néolibérale, nous approchons notre analyse des textes institutionnels sous un angle critique en supposant une tendance à la mise de côté de la dimension subjective de la souffrance au profit d'une vision normative médicalisante et responsabilisant l'individu.

Dans le présent chapitre, nous justifions en premier lieu les motivations derrière le choix d'analyser le discours institutionnel, ainsi que celles entourant la décision du présent corpus en particulier. Nous présentons ensuite celui-ci en détail, texte par texte, afin de contextualiser chacun des quatre documents. Ensuite, nous présentons les théories entourant notre démarche méthodologique, puis les étapes de notre démarche d'analyse. Nous finirons avec les forces et limites de notre recherche.

3.1 Pourquoi le discours institutionnel? Pourquoi le présent corpus?

3.1.1 Justification d'utiliser le discours institutionnel

Au-delà des chiffres énoncés en introduction, la recension des écrits a souligné la pertinence de s'attarder aux représentations de la souffrance psychique au 21^e siècle, dans nos sociétés contemporaines. Décortiquer cette souffrance, par le biais de ses représentations entourant sa nature et ses solutions, est une voie que nous empruntons ici. Une des façons de le faire est de s'attarder au discours institutionnel entourant la notion de souffrance et de maladie mentale dans notre société québécoise; « l'objet des politiques publiques [n'étant] plus seulement de "résoudre les problèmes" mais de construire des cadres d'interprétation du

monde » (Muller, 2000, p. 188). Ce type de discours teinte en effet nos façons d’agir et de penser l’objet social qu’est le problème de santé mentale. Le fait d’observer la souffrance liée aux problèmes de santé mentale, d’un point de vue institutionnel, dans une visée constructiviste, et en prenant l’importance du discours dans l’équation, est ici défendu comme un point de départ accessible et balisant pour aborder la construction de la souffrance psychique humaine et le rapport que notre société contemporaine entretient à celle-ci.

Les questions de santé mentale et de maladie mentale ont ici été traitées dans une perspective très large et en s’attardant à leurs définitions, constructions et certains enjeux les concernant; le poids et l’impact des mots et du discours étant ici défendus comme des éléments porteurs d’influence. En effet, en prenant le postulat de Peter L. Berger et Thomas Luckmann voulant qu’un des fondements de la connaissance de la vie quotidienne soit le langage (Lesèche, 2000), l’importance de s’attarder aux discours et à leurs portées est ici mise de l’avant par la démarche méthodologique choisie, soit l’analyse du discours institutionnel. Le présent mémoire ne nous permettra cependant pas de nous attarder aux impacts potentiels des représentations émergeant du discours institutionnel.

La démarche qualitative utilisée pour cette recherche exploratoire est entreprise dans le but de mettre en lumière le sens commun que projettent certains discours institutionnels sur la souffrance psychique au Québec. Notre analyse est exécutée à partir de quatre documents gouvernementaux québécois, soit la *Politique de santé mentale de 1989* et les trois plans d’action qui suivront (1998, 2005 et 2015).

3.1.2 Justification du présent corpus

Pour répondre à notre objectif, nous avons d’abord circonscrit un corpus de quatre textes qui s’inscrivent dans la période donnée, dans un ordre chronologique et historique. Le premier est la *Politique de santé mentale* (MSSS, 1989) qui jette les bases sur une manière plus progressiste de prendre en charge les problèmes de santé mentale et met d’emblée un cadre et balise le discours lié à ceux-ci. Nous analysons ensuite les plans d’action en santé mentale

(PASM) de 1998, 2005 (*La force des liens*), et 2015 (*Faire ensemble et autrement*) (MSSS)⁷⁷. Le choix de ce corpus restreint et précis a été privilégié étant donné son homogénéité. Le fait de considérer trois plans d'action permet de circonscrire l'analyse sur un même type de texte, tant au niveau de la forme que du fond. Étant donné leur nature similaire, nous pouvons ainsi analyser ces textes sous divers angles, par différents thèmes et en nous permettant une comparaison entre eux au niveau de leurs différences, leurs similitudes et de l'évolution du contenant et du contenu à travers les années. La *Politique de santé mentale* (MSSS, 1989) semblait aussi essentielle puisqu'elle sert de mise en contexte aux trois textes suivants qui lui font souvent référence, et apporte de riches éléments pour l'analyse.

3.2 Présentation du corpus

Nous présentons ici un bref descriptif de chacun des quatre documents du corpus pour situer chacun d'eux par rapport aux autres et à eux-mêmes. Nous tentons également la mise en lumière sommaire des liens entre les grandes dimensions présentes dans le corpus.

3.2.1 *Politique de santé mentale de 1989*

Le premier document du présent corpus est la *Politique de santé mentale de 1989*. Elle se distingue d'emblée par sa nature de « Politique » en comparaison aux trois autres, appelés « plans d'action ». D'une longueur moyenne (62 pages), en comparaison au reste du corpus, la Politique ne présente aucun de ses auteurs, à la différence des trois autres textes. Des contributeurs sont cependant mentionnés en introduction comme ayant participé à la réflexion et mis de l'avant les problèmes prioritaires. Parmi ceux-ci, on retrouve les milieux de recherche et d'intervention, le Comité de la santé mentale du Québec, le rapport Harnois (1987) du Comité de la politique de santé mentale et les audiences de la Commission parlementaire des Affaires sociales sur ledit rapport (MSSS, 1989, p. 7). Au cours des années 80, on assiste aux luttes et revendications mises de plus en plus de l'avant par plusieurs groupes, dont les ressources alternatives, les regroupements de familles et de bénéficiaires, ainsi que les intervenants du réseau public (sans auteur, 1989, p. 7). La *Politique de santé mentale* voit le jour dans ce contexte, où s'ajoute une volonté d'actualiser le processus de désinstitutionnalisation des deux

⁷⁷ Nous présentons ces documents en détail dans la section suivante.

dernières décennies (Dorvil et Guttman, 1997, p. 133). Du côté de l'architecture du document, à l'instar des plans d'action de 2005 et de 2015, la Politique de 1989 débute par un mot de la ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, Thérèse Lavoie-Roux.

En plus de comporter une introduction et une conclusion comme le reste du corpus, la *Politique de santé mentale de 1989* se divise en trois parties. La première se veut un portrait des problèmes prioritaires à partir de données concernant, entre autres, la prévalence des troubles mentaux, l'utilisation des services, ainsi que la présentation des divers acteurs et des dysfonctionnements actuels. La deuxième partie présente les perspectives et le cadre soutenant la politique. On y retrouve des définitions concernant la santé mentale, les deux ensembles de besoins liés aux groupes visés et la présentation des cinq orientations⁷⁸ de la Politique. La première est la primauté de la personne où on aborde la question des droits. La primauté de la personne est la valeur dominante dans la Politique de 1989. On touche aussi l'équité avec l'accessibilité aux services, comprenant entre autres la promotion, la prévention, la réadaptation et la réintégration sociale. On nomme aussi la qualité des services, l'intervention dans les milieux de vie (contexte de désinstitutionnalisation) et le partenariat (incluant la personne présentant un trouble mental). La troisième et dernière partie de la *Politique de santé mentale* comprend les moyens pour arriver à mettre en action les cinq objectifs énoncés ci-dessus. Finalement, en annexe du document, on retrouve un court « plan d'action » de quatre pages représentant la « transposition opérationnelle » de la Politique comprenant certains échéanciers et mesures plus précises (MSSS, 1989, p. 59 à 62).

En plus des cinq orientations mentionnées ci-dessus, ajoutons plus globalement, comme grandes orientations de la Politique, la réponse aux besoins des personnes par la prestation et l'organisation des services et l'amélioration de la santé mentale de la population; deux voies mentionnées en introduction de la Politique. Cette deuxième voie est cependant peu développée dans le texte, avec une petite section seulement concernant la promotion et la prévention. À la différence des trois autres documents du corpus, on peut aussi noter l'absence de mentions

⁷⁸ Ces cinq orientations sont d'ailleurs reprises en introduction du plan de 2015 où quelques lignes résumant les grandes orientations de chaque document du corpus sont présentes (MSSS, 2015, p. 1)

concernant les enfants et les jeunes dans la Politique, à l'exception d'une mince allusion dans la section promotion, et surtout pour les enfants vulnérables (MSSS, 1989, p. 40-41).

3.2.2 Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale de 1998 (PASM de 1998)

Le deuxième document constituant ce corpus est le premier des trois plans d'action en santé mentale : *le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, paru en 1998. Le « comité de pilotage » du plus court des trois plans d'action (46 pages) est listé en début de plan en mentionnant notamment les personnes ayant participé à la composition, la rédaction, et la recherche. À la fin du plan, on retrouve également une très longue liste des « individus, groupes et organismes » ayant commenté les orientations concernant la transformation des services; cette liste comprend des acteurs critiques comme plusieurs comités des usagers de centre hospitalier, des associations, le RRASMQ, des ordres, etc. (MSSS, 1998, p. 45-46). Le plan de 1998 est écrit et publié à la suite du document *Les orientations pour la transformation des services de santé mentale (1997)* émergeant d'une consultation.

Le plan de 1998 se distingue nettement des deux autres plans subséquents par sa structure (le plus concis) et son ton, plus politique et engagé par, notamment, certains enjeux qu'il aborde de front. On retrouve seulement deux parties au plan de 1998, soit premièrement, le contexte de l'élaboration du plan où on explique les raisons entourant la volonté d'une transformation des services et les constats ressortant de la consultation menée en 1997 (notamment l'importance des services dans la communauté et la priorité souhaitée pour les troubles graves et persistants) (MSSS, 1998, p. 12). La deuxième partie du plan d'action de 1998 énonce le principe général soutenant le document, soit l'appropriation du pouvoir (mentionné ici pour la première fois), ainsi que les deux clientèles prioritaires visées par le plan : les adultes souffrant de troubles mentaux graves et les enfants et les jeunes souffrant de troubles mentaux (MSSS, 1998, p. 17). Une longue liste d'objectifs avec leurs mesures correspondantes suit, comprenant notamment la liste des services requis, dont le suivi dans la communauté (MSSS, 1998, p. 19 à 21). D'autres objectifs concernant, entre autres, des réseaux locaux de services, des services aux jeunes, la rémunération des médecins, des ressources vers la communauté (MSSS, 1998, p. 29), des actions intersectorielles (logement, travail) se retrouvent aussi dans la deuxième partie du plan

d'action. Le tout de façon relativement succincte, surtout en comparaison aux autres documents du corpus.

En résumé, avec comme trame de fond l'appropriation du pouvoir, les grandes dimensions ressortant du plan de 1998, et mentionnées en introduction de plan, sont la volonté de rapprocher l'intervention du milieu de vie (transition des services des hôpitaux à la communauté), la diversification des services et la répartition des ressources, et l'intégration sociale des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants, en plus de l'accent mis sur les enfants et les jeunes. On remarque, notamment, la préoccupation semblable à la Politique de 1989 en ce qui a trait à l'intervention dans les milieux de vie. On peut aussi noter l'absence de référence à la prévention et la promotion de la santé mentale, pour la seule fois dans tout le corpus. Rappelons que le plan de 1998 est le moins long des quatre documents du corpus; ce facteur explique sans doute en partie les manques et certaines différences de contenu par rapport aux trois autres textes.

3.2.3 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens (PASM 2005-2010)*

Le troisième document du corpus est le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens* paru en 2005 et couvrant la période de 2005 à 2014. Le plus long document du corpus (96 pages) présente ses contributeurs, à l'instar des deux autres plans d'action. La liste des personnes comprend les personnes ayant travaillé à la coordination, à la recherche, à la rédaction, à la révision, ainsi que le responsable : André Delorme, médecin psychiatre. On précise aussi qu'environ 500 personnes ont exprimé leurs vues et déposé des mémoires à la suite d'une consultation sur la version préliminaire du plan⁷⁹. Toujours à la page 4 du Plan de 2005, dans les « crédits et remerciements », on souligne aussi la contribution d'une personne utilisatrice de service et d'un proche. Le plan d'action de 2005 voit le jour dans un nouveau contexte organisationnel, soit la modernisation du réseau de la santé par la création de 95 CSSS

⁷⁹ Dans le préambule de 2005, on précise que pour la création du plan, le MSSS « s'est adjoint la collaboration de quelques utilisateurs de services et d'un parent. Par leurs témoignages, ces personnes ont enrichi les réflexions et les échanges. Nous les en remercions sincèrement » (MSSS, 2005, p. 6).

qui dispensent la majorité des services en santé mentale (MSSS, 2005, p. 14). Le but premier du plan est de « mieux arrimer les soins spécialisés et les services de santé mentale aux services de première ligne » (MSSS, 2005, p. 89). Dans le « préambule » du plan, on mentionne aussi qu'il a été écrit pour rendre la vie des utilisateurs de service en santé mentale plus facile en leur donnant l'accès aux services et en allégeant la tâche des proches (2005, p. 6). Il y a donc un fort contexte organisationnel qui sous-tend ce plan d'action.

Au niveau architectural, on sent la modernisation dans l'élaboration des plans de 2005 et 2015, par leur structure beaucoup plus exhaustive et administrative que les deux documents précédents. L'architecture du plan de 2005 demeure assez unique en soi, même si elle comprend certaines similitudes avec celui de 2015, par ses nombreuses sections très détaillées. En plus d'un préambule où l'on mentionne qu'on intègre, de manière non exhaustive, le point de vue des personnes dans le plan (la seule fois dans tout le corpus) (MSSS, 2005, p. 6), on retrouve douze parties distinctes dans le plan de 2005. La première partie se veut les constats et enjeux généraux sous-tendant le plan. On amorce la section des constats en rappelant l'avant-gardisme du Québec et la nécessité de poursuivre en ce sens, en ce qui a trait à la participation grandissante des personnes à la planification des services et en rappelant les principes des deux documents précédents, la primauté de la personne de 1989 et l'appropriation du pouvoir de 1998. Comme constats, on mentionne aussi, entre autres, le Programme national de santé publique (PNSP), la rupture de services chez les jeunes, l'accès aux services pour les adultes et l'intégration des personnes avec des troubles mentaux transitoires au plan (*ibid*, p. 9-10). Dans la liste d'enjeux, on retrouve premièrement la priorité qu'est le rétablissement (mentionné pour la première fois) et principe dominant des plans de 2005 et de 2015. La notion de stigmatisation entourant la maladie mentale est aussi ici introduite pour la première fois à l'intérieur du corpus. La deuxième partie du plan d'action de 2005 comprend les objectifs généraux du plan (la reconnaissance du rôle des personnes, l'accès aux services), plusieurs principes directeurs (dont le rétablissement et le pouvoir d'agir, mentionné pour la première fois) et la vision du plan (le rétablissement des personnes, soutenant l'appropriation du pouvoir et la prévention et promotion de la santé). La troisième partie du plan est le cadre où on présente l'organisation des services et sa hiérarchisation. La quatrième partie vise l'importance du partenariat avec les personnes et une explication du concept de rétablissement (*ibid*, p. 15). La cinquième partie concerne la

stigmatisation et la sixième la prévention et la promotion en santé mentale, par le PNSP et divers programmes. La septième partie du plan présente la structure des services d'un point de vue organisationnel, notamment par le biais des niveaux de services et la présentation de certaines instances spécifiques. La huitième partie est la présentation de la gamme de services, selon les groupes : population générale, enfants et jeunes avec trouble, adultes avec trouble, personnes suicidaires, personnes à plusieurs problèmes. Cette partie, beaucoup plus longue que les précédentes, représente, en quelque sorte, le cœur du plan d'action de 2005. Les parties subséquentes concernent finalement le réseau de services et ses divers acteurs, la formation et la recherche, le financement, et l'évaluation et le suivi du plan. On retrouve aussi en Annexe 1 du plan certaines précisions sur des éléments de la gamme de services (*ibid*, p. 90 à 92).

En somme, les grandes orientations du plan de 2005 visent l'importance du rétablissement ainsi que l'organisation des services notamment par l'accessibilité aux services de première ligne (*ibid*, p. 5, 24-25). En plus d'aborder pour la première fois le rétablissement et la stigmatisation, on développe de manière beaucoup plus exhaustive que par le passé sur la prévention et la promotion de la santé mentale. Aussi, à l'instar de la Politique de 1989, mais avec plus de détails, on y retrouve l'importance pour le point de vue des personnes. L'insistance mise sur les jeunes prend aussi de plus en plus de place dans le plan.

3.2.4 *Faire ensemble et autrement-Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (PASM 2015-2020)*

Le dernier document du présent corpus, paru en 2015, se nomme *Faire ensemble et autrement; Plan d'action en santé mentale 2015-2020* et comprend 79 pages. L'équipe responsable de l'élaboration du plan est listée au début du document de manière détaillée. André Delorme, responsable du plan de 2005, reprend son rôle dans le présent document. Le plan de 2015 voit le jour à la suite d'une consultation du ministère de la Santé et des Services sociaux menée au début de 2014 auprès de ses partenaires et à la suite du Forum national sur la version préliminaire du plan, où beaucoup de personnes donneront leur avis et leurs recommandations sur le plan (MSSS, 2015, p. ii). Le PASM de 2015 s'implante dans le contexte des fusions de la Loi 10 (abolition des agences régionales; regroupement des services sous un même établissement) et de la révision du financement des services.

Les sept parties du plan d'action de 2015 rejoignent plusieurs des thèmes abordés dans le plan précédent. Après avoir posé le contexte par des définitions, des chiffres sur la prévalence et les coûts, on reprend une fois de plus une section complète sur la promotion et la prévention en santé mentale (concepts d'ailleurs mentionnés en introduction du plan) (MSSS, 2015, p. 1 à 8). La troisième partie présente les valeurs soutenant le plan (dont la « primauté de la personne » encourageant la participation des personnes), les principes directeurs (dont une visée de rétablissement lié à l'expérience de la personne) et finalement les orientations du plan (dont encore la primauté de la personne, la prestation de soins pour tous les âges et deux autres points organisationnels, dont l'amélioration continue) (*ibid*, p. 9 à 12). La quatrième partie du plan est consacrée à la primauté de la personne et au plein exercice de sa citoyenneté. On y retrouve de l'information sur la promotion et le respect des droits (p. 14-15), la stigmatisation et la discrimination (p. 15 à 17) et la citoyenneté par le biais de l'accès au logement, aux études et au travail (p. 21 à 30). La cinquième partie du plan de 2015 est une grande section consacrée aux enfants et aux jeunes. C'est la première fois qu'on retrouve autant d'intérêt pour ce groupe en comparaison aux documents précédents. Finalement, les deux dernières parties concernent les pratiques cliniques et de gestion (acteurs, services de première ligne, etc.) et la réalisation du plan. On termine par deux annexes, une sur les standards ministériels concernant les services et l'autre présentant un graphique du cheminement d'un usager dans le système (MSSS, 2015, p. 66 à 72).

En somme, dans les grandes orientations du plan de 2015, le rétablissement occupe encore une place centrale (à l'instar du plan de 2005) et cette notion est reprise à plusieurs endroits, dont dans le message du ministre en début de plan. La primauté de la personne prend également une place importante, en rappelant la Politique de 1989. L'importance des services accessibles plus tôt dans le parcours de vie est aussi mentionnée en conclusion du plan. Il est aussi intéressant de souligner que pour la première fois, la défense des droits est mise davantage de l'avant dans le plan. Outre la *Politique de santé mentale de 1989* qui énonce clairement l'importance de la défense des droits en lien avec la primauté de la personne, le plan de 1998 n'y fait presque pas allusion, et celui de 2005 en parle surtout en Annexe. Le plan d'action de 2015, lui, consacre une section entière et particulière à cet enjeu. Aussi, en 2015, la séparation

entre les groupes visés est moins claire et mise de l'avant que dans les autres documents. La première partie vise davantage les adultes puisqu'on aborde la question du logement et du travail (mais aussi les études), et la cinquième partie les enfants et les jeunes (toute une section leur est consacrée, comme mentionnée ci-dessus). On sous-divise cette section en parlant plus particulièrement des jeunes sous la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et des jeunes vivant un épisode psychotique. Plus loin dans le plan, on retrouve également des sections sur les personnes suicidaires et sur le milieu carcéral.

3.2.5 Constats généraux à retenir

Bien que nous revenions plus en détail sur ces éléments en Chapitre IV, résumons brièvement les grandes tendances se dégageant de certains grands aspects traités dans le corpus.

Il est d'abord intéressant de retenir que plusieurs « partenaires » semblent avoir participé à l'élaboration de chacun des documents du corpus. Bien qu'on précise cet aspect au début des quatre documents, il n'y a que dans le plan de 1998 où on liste spécifiquement ces partenaires clés.

Du côté des philosophies soutenant l'intervention, chaque document du présent corpus a son « principe dominant ». En 1989, c'est la *primauté de la personne* qui est posée comme la valeur première de la Politique. *L'appropriation du pouvoir* dirige le plan de 1998, et le principe du *rétablissement* apparaît comme incontournable dans les plans de 2005 et 2015. À l'exception de la primauté de la personne qui prend aussi une place importante en 2015, les autres principes énoncés ci-dessus semblent exclusivement dédiés à leur document correspondant⁸⁰. Il est ici intéressant de noter la disparition de certaines valeurs au fil des années du corpus.

Moins central comme principe, « le pouvoir d'agir », défini pour la première fois en 2005 et mentionné en 2015, insiste sur l'importance de la participation des personnes dans les décisions les concernant. Cette participation et ce partenariat avec les personnes souffrant d'un problème de santé mentale reste une constante au travers tout le corpus, quoique moins

⁸⁰ Excepté pour quelques mentions sur l'appropriation du pouvoir dans le plan de 2005.

développé explicitement dans le plan de 1998. En 2005, on insiste sur le rôle des personnes et on note même la recommandation de l’OMS voulant que « les personnes utilisatrices de services et les familles prennent part à l’élaboration des politiques, des programmes et des services afin que ceux-ci soient mieux adaptés à leurs besoins et mieux utilisés » (MSSS, 2005, p. 15).

En ce qui a trait aux interventions, le principe d’accessibilité aux services est omniprésent à travers l’ensemble du corpus avec, encore une fois, une moins grande place en 1998. Dans un contexte de post-désinstitutionnalisation, l’importance de l’intervention dans les milieux de vie, elle, est explicitement mise de l’avant en 1989 et en 1998, pour devenir davantage comme « allant de soi » dans les plans de 2005 et 2015. Les sortes de suivis dans la communauté sont toutefois présentées explicitement dans les trois plans d’action. L’intégration au travail et l’accès au logement sont aussi des enjeux présents à travers les quatre documents. On peut aussi noter l’apparition de l’accent mis sur les enjeux de santé publique à partir de 2005, ainsi que sur ceux de stigmatisation.

Finalement, en termes de « clientèle » priorisée dans le corpus, on remarque surtout une place grandissante au fur et à mesure des documents pour les enfants et les jeunes. En 2005, on intègre les adultes avec troubles transitoires au plan; on sent une couverture plus large à partir de ce moment-là.

3.3 Théories entourant la démarche méthodologique

3.3.1 Analyse de discours

L’univers de l’outil méthodologique qu’est l’analyse du discours est si vaste qu’il pourrait être l’objet d’un mémoire ou d’une thèse en soi. Permettant d’examiner « les relations sociales à partir de la production de sens dans l’oral, l’écrit et l’image » (Della Faille et Rizkallah, 2013, p. 5), l’analyse de discours s’inscrit et sert dans plusieurs disciplines, approches théoriques et pour divers types de supports (conversations, discours publics, entrevues, documents institutionnels, messages médiatiques » (Della Faille et Rizkallah, 2013, p. 9). Pour certaines perspectives de l’analyse de discours, les théories linguistiques occupent une place significative

dans l'analyse, alors que pour d'autres l'aspect du langage est davantage mis de côté⁸¹ (*Loc.cit.*). Dans le contexte actuel, nous nous concentrons sur l'analyse de discours des documents institutionnels sans utiliser de théories linguistiques pour soutenir notre analyse; Wittgenstein et Saussure resteront donc à l'écart.

Tel que souligné par Dimitri Della Faille et Élias Rizkallah (2013), plusieurs « démarches analytiques » peuvent être utilisées pour l'analyse de discours comme « l'analyse thématique, l'analyse de contenu, l'analyse de l'énonciation ou de la transtextualité » (p. 11). Le mode d'analyse peut être fait manuellement ou par le biais d'un logiciel (*Loc.cit.*). Pour le présent mémoire, nous utilisons l'analyse de contenu manuel, et plus spécifiquement l'analyse thématique.

3.3.2 Pont entre représentation sociale et analyse de contenu

Historiquement, la Théorie des représentations sociales est liée à l'analyse de contenu. Serge Moscovici, figure emblématique liée à cette théorie, l'avait utilisé comme outil pour ses travaux sur la psychanalyse. En effet, selon ce dernier, « l'objet de l'analyse de contenu est la communication, qui est le processus fondamental de la formation de la représentation sociale » (Negura, 2006, p. 2). André D. Robert et Annick Bouillaguet (1997) soulignent aussi le caractère inséparable du mental et du matériel où le langage occupe une place de choix. Ce dernier, objet matériel support des représentations, traverse l'univers social : il est « l'interprétant de la société » (Chapitre III, section 1). Nos plans d'action en santé mentale et notre Politique sont en soi cette « communication » pour laquelle l'analyse de contenu est tout indiquée.

Lilian Negura (2006) met aussi en lumière deux objectifs de l'analyse de contenu, soit de dégager la subjectivité du texte (la signification véhiculée par l'émetteur, ici le Gouvernement) et son objectivité (pertinence pour le groupe auquel il s'adresse) (p. 2). Comme mentionné précédemment, dans le présent travail, nous nous concentrons davantage sur le

⁸¹ Pensons notamment à l'analyse de discours dans les sphères de la sociologie de la connaissance, l'épistémologie sociale, les études culturelles, ou bien dans l'analyse conversationnelle issue de l'interactionnisme symbolique et de l'ethnométhodologie (Della Faille et Rizkallah, 2013, p. 9).

premier objectif, sans aborder comment les « significations » influencent les milieux de pratique.

Il est aussi bon à ce stade de préciser les différents types d'analyse de contenu. Lionel Dany (2016) cite Laurence Bardin (1998) qui distingue l'analyse catégorielle, l'analyse de l'évaluation, l'analyse de l'énonciation, l'analyse des relations (p. 8). Bien que nous abordions ici surtout l'analyse de contenu catégorielle, plus spécifiquement l'analyse de contenu thématique, notre démarche n'est pas exclusive ni systématique par rapport à un outil méthodologique très circonscrit. Nous toucherons donc à d'autres formes, mais resterons dans l'analyse de contenu⁸².

Pour Dany (2016) qui reprend les propos de Bardin (1998 et 2002), l'analyse de contenu catégorielle comprend deux formes, soit l'analyse thématique (des signifiés) et l'analyse lexicale (des signifiants⁸³). La première fait appel à des catégorisations visant l'aspect sémantique, les significations, les thèmes. La deuxième mise sur l'aspect lexical, le registre linguistique, les mots. (p. 9). Bien que nous missions surtout sur le premier aspect pour la présente analyse, nous toucherons en surface le deuxième.

Negura (2006) fait ressortir trois niveaux afin d'observer les représentations en analyse de contenu, soit le niveau du contenu, de la structure et des conditions de production (dans quel contexte est produit l'énoncé et par qui) (p. 3). Ces trois niveaux sont tous pertinents pour la présente analyse et seront pris en considération, même si le niveau du contenu reste le plus important pour nous.

Pour Moscovici, trois éléments constituent la représentation : opinions, attitudes et stéréotypes (Negura, 2006, p. 3). Dans le présent mémoire, nous nous concentrons

⁸² « Mucchielli (1991) distingue quant à lui les méthodes logicoesthétiques et formelles (e.g., analyse stylistique, analyse de la communication entre plusieurs personnes, analyse de discours et des procédés de discours), des méthodes d'analyse sémantiques et structurales (e.g., analyse des connotations, analyse thématiques et sémiologiques, analyse sémantique conceptuelle, analyse structurale du récit symbolique). » (Dany, 2016, p. 8).

⁸³ Concept amené par le linguiste suisse Ferdinand de Saussure.

principalement sur le premier élément, quoique les attitudes seront parfois touchées. L'analyse des attitudes est appréhendée par une « analyse des propositions évaluatives » en attribuant un caractère, par exemple, « positif » ou « négatif » aux énoncés (*ibid*, p. 5). Toutefois, de manière prépondérante ici, l'analyse thématique est l'outil tout indiqué pour l'étude des « opinions par la catégorisation des énoncés dans des thèmes d'analyse » (*ibid*, p. 3). Nous reviendrons plus en détail sur notre analyse thématique ci-dessous. Cette analyse thématique du premier élément constituant la représentation (opinions) se fait en deux temps, soit un repérage et une catégorisation (*ibid*, p. 4). Ces deux temps sont explicités concrètement dans l'explication de notre démarche, ci-dessous.

L'importance de ces éléments d'opinion sera ensuite considérée d'un point de vue qualitatif et parfois quantitatif pour notre analyse. L'aspect qualitatif y prendra bien sûr beaucoup de place et s'explique de manière plus instinctive. L'aspect quantitatif sera aussi étudié par le biais des occurrences, c'est-à-dire, la fréquence à laquelle on mentionne un objet X dans le corpus (*ibid*, p. 7).

3.3.3 Analyse thématique

Cela nous amène ainsi, de façon plus spécifique, à l'analyse du présent corpus, pour laquelle nous avons privilégié une approche par analyse thématique. Comme mentionné par Pierre Paillé et Alex Mucchielli (2012) dans son chapitre sur l'analyse thématique, à l'aide des thèmes dégagés de l'analyse, nous pourrions répondre à la question : « qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos, dans ce texte, de quoi y traite-t-on? » (p. 161). Toujours selon Paillé et Mucchielli (2012), l'analyse thématique répond à deux fonctions. Instinctivement, la première est de faire ressortir les thèmes pertinents reliés à notre question de recherche. La deuxième est applicable dans la mesure où le matériel à étudier comporte plus qu'un document, ce qui est le cas ici. Elle consiste à faire ressortir les similitudes et les différences entre les thèmes présentés dans chaque document. Il s'agit de mettre en lumière ce qui revient d'un document à l'autre, les contradictions de thèmes et comment le tout se recoupe ensemble (p. 162). Nous verrons de façon claire l'application de ces deux fonctions dans notre démarche exposée ci-dessous.

3.4 Notre démarche

3.4.1 Premier temps : repérage

De manière plus approfondie, nous avons donc débuté par une lecture préliminaire de l'ensemble des textes. Nous avons ensuite fait une deuxième lecture en soulignant dans les textes toutes les appellations pour désigner les personnes présentant un problème de santé mentale ou pour désigner le problème comme tel. Lors d'une troisième lecture, nous avons pris des notes à part sur les éléments clés discutés dans les textes. Nous avons ainsi créé un document d'une quarantaine de pages (appelons-le « Document A ») représentant en quelque sorte un résumé des diverses sections et informations importantes couvertes dans les textes du corpus.

3.4.2 Deuxième temps : catégorisation

À la lumière de ces trois premières lectures, nous étions en mesure de faire ressortir deux grandes dimensions, comprenant respectivement plusieurs sous-thèmes que nous souhaitons explorer davantage et présenter en Chapitre IV. Ces dimensions explorées ici ont émergé comme incontournables pour faire justice au corpus tout en étant lié aux aspects développés en recension des écrits présentée en Chapitre I et soutenue par les perspectives conceptuelles présentées en Chapitre II. Dans son livre *L'analyse de contenu* (2013), Laurence Bardin expose les principes de la « catégorisation » en nommant entre autres l'objectif de fournir une représentation simplifiée et organisée des données brutes (p. 150). Cet objectif rend bien compte du souci derrière notre démarche.

La première dimension représente tout ce qui est lié à la présentation des problèmes de santé mentale. En plus des mots pour désigner ces problèmes et les personnes touchées (soulignées lors de la deuxième lecture), nous faisons ressortir les définitions (ou ce qui s'en rapproche) de ces termes et toute tentative d'expliquer ou de baliser ces concepts (par des grands enjeux comme la stigmatisation, par exemple). Les groupes visés par les documents étaient aussi relevés ici.

Une deuxième dimension ressortant de nos premières lectures est la façon dont on répond à la souffrance, par les visions et types d'intervention proposés dans les textes, ainsi que les acteurs de l'intervention.

Nous avons ainsi monté des documents différents pour chaque sous-thème des deux dimensions avec comme appui le document A. Nous avons en fait repris le document A tel quel pour chaque sous-thème. Ces sous-thèmes étaient : les principes/philosophies d'intervention, les groupes visés et les acteurs de l'intervention, les grands enjeux, les types de moyens d'intervention et un document « autre ». Par la suite, pour chaque document A (représentant maintenant chaque sous-thème), nous avons assigné un code de couleur aux diverses portions du texte (toujours le document A) afin de faire ressortir les divers aspects incontournables par sous-thème. Par exemple, dans un des documents A attribué aux types d'intervention (sous-thème), nous soulignons en rouge chaque mention liée au suivi dans la communauté, en vert ce qui touchait la pair-aidance, en bleu les enjeux d'intégration (dont ceux reliés au travail), etc.

Nous faisons ainsi ressortir plusieurs éléments du corpus qui mettaient de l'avant les informations pertinentes aux thèmes étudiés pour nous permettre éventuellement une analyse non exhaustive, mais ciblée sur des aspects définis.

Quant aux appellations surlignées directement dans le texte à la deuxième lecture désignant les personnes et les problèmes comme tels, nous les avons regroupées dans un autre document (B) pour en extraire les grandes tendances quant aux mots utilisés pour parler des souffrances et des personnes qui souffrent.

3.4.3 Troisième temps : tentative d'exhaustivité

Dans un troisième temps, toujours à la lumière de nos deux premiers chapitres, et maintenant par les grandes tendances se dégageant déjà de la première partie de notre analyse, nous étions davantage enlignés par rapport aux aspects plus précis que nous allions approfondir dans le chapitre IV. Ainsi, pour chacun de ces aspects à explorer plus en profondeur, nous avons créé des documents (les C) où nous reprenions les informations pertinentes au thème donné (ressortant du code de couleur des documents A).

Une fois cet exercice fait, nous sommes retournée dans le corpus pour une quatrième lecture des textes, en faisant ressortir, de manière la plus exhaustive possible, tout ce qui était lié au thème ou à l'enjeu en question⁸⁴ (documents C). Nous avons répété cette nouvelle lecture pour chaque thème approfondi en Chapitre IV. Nous séparions ainsi l'information récoltée du corpus, texte par texte (1989, 1998, 2005 et 2015) et la concilions dans les documents C.

Nous avons ensuite créé un autre document de « mise en texte » (documents D), pour chaque enjeu, qui représentait le passage entre les données brutes tirées du corpus (documents C) et la façon d'en rendre compte pour les lecteurs (documents D). C'est le passage entre ces deux documents qui nous a permis de faire ressortir les éléments les plus pertinents, de les séparer en sous-catégories au besoin et d'en faire ressortir l'évolution au fil des années par les constantes, les différences, les silences dans la façon dont le discours s'articulait autour de chaque concept et du contenu. De là, à partir des documents D propres à chaque thème, nous avons créé une nouvelle mise en texte combinant l'ensemble du corpus, pour chaque enjeu respectivement, et sous-divisé au besoin.

Par exemple, rappelons que dans le « Deuxième temps », à partir du document de la sous-catégorie « Types d'intervention » codé et provenant du document A de la troisième lecture, nous avons fait ressortir plusieurs types d'intervention, dont l'intégration au travail (code bleu). Dans le « Troisième temps », nous avons remarqué que l'intégration au travail revenait de façon importante au travers du corpus et semblait présenter une évolution intéressante et significative quant à la façon de l'aborder. Cette dimension faisait aussi écho à des notions présentées dans certaines sections de notre recension des écrits, notamment dans les définitions de la maladie mentale. Nous avons ainsi décidé d'approfondir ce thème et avons créé un document spécifique à cet enjeu (document C). Nous sommes ainsi retournée dans l'ensemble du corpus en faisant ressortir toutes les mentions touchant à l'intégration, plus spécifiquement professionnelle. Pour cet enjeu spécifiquement, nous avons ensuite créé la mise

⁸⁴ Nous faisons ici référence aux thèmes et enjeux présentés en Chapitre IV ayant émergé comme incontournables suite aux deux premiers temps de notre démarche méthodologique (et de nos deux premiers chapitres).

en texte (document D) résumant les tendances évolutives au sein du corpus et sous-divisées adéquatement.

Pour ce qui est des termes utilisés pour parler de « souffrance » (ici, la « maladie mentale »), de son « contraire » (la « santé mentale ») ou faisant références aux « personnes vivant avec un problème de santé mentale », nous avons procédé de la même façon, excepté que nous avons fait ressortir les termes les plus utilisés (à partir du document B), et avons ensuite fait des recherches du nombre d'occurrences dans les textes pour avoir un portrait un peu plus précis des tendances se dégageant du corpus quant au choix des mots utilisés. L'appel au nombre d'occurrences nous a aussi été utile pour préciser le portrait de certains autres enjeux, comme par exemple, la place des médecins dans le corpus.

3.4 Forces et limites de la recherche

La présente recherche comporte évidemment plusieurs limites méthodologiques. Tout d'abord, il aurait été intéressant d'élargir le corpus à d'autres documents gouvernementaux, par exemple, le PNSP. Aussi, examiner d'autres sortes de discours comme ceux tirés des milieux communautaires aurait pu permettre des comparaisons intéressantes. Toutefois, rappelons que l'homogénéité et la concision du corpus permettent possiblement une plus grande exhaustivité dans l'analyse.

Même si la rigueur de la présente analyse a été démontrée par les nombreuses étapes présentées précédemment et le souci d'exhaustivité de prise en compte des multiples thèmes, certaines dimensions n'ont bien sûr pas pu être couvertes ici. Nous aurions pu analyser ce corpus sous d'autres aspects pertinents et avec d'autres techniques, tel que présenté dans la section 3.3.

Aussi, la méthode d'analyse qualitative utilisée ne permet pas de tirer de conclusions déductives, mais plutôt d'induire certaines tendances, pas nécessairement exclusives. Notre stratégie d'analyse pour décortiquer le présent corpus s'est faite sans l'utilisation d'un logiciel d'analyse de discours, bien que cette manière de faire aurait eu comme avantage une analyse plus systématique du corpus.

En ce qui a trait aux forces de notre recherche, on peut tout de même souligner la rigueur de l'analyse duquel émerge une systématique dans la façon de procéder. La qualité de notre démarche amène une représentation valable du corpus.

CHAPITRE IV : ANALYSE

Jusqu'à présent, notre recension des écrits nous a permis de poser les bases par rapport à un certain nombre de définitions et de manière d'appréhender et d'agir la notion de souffrance psychique, ici axée sur les problèmes de santé mentale, en occident, à notre époque. Le tout nous a amenés à nous questionner sur les formes de ces représentations institutionnelles dans un contexte québécois; ces dernières teintant en grande partie nos façons de concevoir et d'intervenir socialement sur cette souffrance. À la lumière de notre recension des écrits, nous avons émis certaines hypothèses, dont celle qu'une partie de cette représentation démontrait une vision médicalisante de la souffrance et était intrinsèquement liée aux références à la « norme » et à certains enjeux propres au néolibéralisme. Nous avons ensuite présenté certains repères conceptuels pour supporter notre recension des écrits. À la suite de la présentation de la *Politique de santé mentale* et des trois plans d'action en santé mentale subséquents présentés au Chapitre III, les définitions liées aux concepts de souffrance psychique et à ces enjeux, ainsi que les axes de réponse à ces souffrances, sont présentés ici, dans le but d'explorer et d'enrichir nos hypothèses de recherche.

De manière plus détaillée, nous abordons le présent corpus en deux grands axes. D'abord, nous posons les bases quant à la façon de présenter, comme tel, la souffrance psychique dans ce discours institutionnel donné. Pour cette première partie, nous décortiquons les grandes définitions et façons de décrire les concepts principaux dans les documents. Puis, nous tentons d'observer « à qui » on s'adresse et comment on présente ces personnes. Aussi, certains enjeux clés du corpus, rejoignant certains aspects abordés dans notre recension des écrits, seront mis de l'avant.

Dans un deuxième temps, nous abordons l'axe de l'intervention sur la souffrance psychique au Québec, plus particulièrement sur les problèmes de santé mentale. Ainsi, nous y présentons les grandes philosophies d'intervention soutenant le corpus, puis, de manière plus spécifique les types d'intervention privilégiés. Finalement, les personnes ou instances impliquées dans cette intervention seront décrites.

4.1 Présentation des problèmes de santé mentale et de ceux qui en souffrent

Dans un premier temps, pour observer les représentations se dégageant des quatre textes institutionnels présentés plus tôt, il est primordial de s'attarder aux façons dont ces textes présentent la souffrance psychique par le biais des mots, définitions et enjeux utilisés.

De manière détaillée, ce premier grand axe se divise en cinq parties. La première est la présentation comme telle des principaux concepts du corpus, soit la santé malade et la maladie mentale. La deuxième partie est la présentation des personnes desquelles on parle dans le corpus. La troisième rend compte de la place de la subjectivité au sein du corpus, et la quatrième de celle de l'économie. Finalement, la dernière partie rend compte de l'enjeu omniprésent au sein du corpus : la promotion et la prévention en santé mentale.

4.1.1 Présentation des principaux termes du corpus : la façon dont on présente les problèmes de santé mentale

Nous présentons ici les manières de nommer la souffrance dans le corpus, les définitions venant la décrire et certains angles utilisés pour en parler. Plus précisément, les deux premières sous-sections analysent le choix des mots utilisés dans le corpus pour rendre compte des problèmes de santé mentale et de la santé mentale. Les troisièmes et quatrièmes parties examinent les définitions présentes dans le corpus pour décrire ces deux concepts, ainsi que ceux plus précis de « troubles graves » et « troubles modérés ». La cinquième sous-section vise à rendre compte de la terminologie psychiatrique utilisée pour parler des principaux concepts. Finalement, nous démontrons la place des chiffres au sein du corpus pour parler de ces concepts.

4.1.1.1 Le choix des mots : la façon de désigner la détresse : « troubles mentaux »

Dans un premier temps, il est primordial de souligner qu'excepter de rares mentions des termes « souffrance » et « détresse », la *Politique de santé mentale* et les trois plans d'action réfèrent peu à l'expérience de la souffrance psychique comme telle, mais plutôt à celle de la

maladie mentale⁸⁵. Précisément, le terme « souffrance » est utilisé une fois dans le plan d'action de 1998 et deux fois dans celui de 2015. Il est cependant complètement absent de la Politique de 1989 et du plan d'action de 2005. L'utilisation de « détresse » et « détresse psychologique » est cependant un peu plus présente (tout en restant très marginale); entre une et quatre occurrences par document, pour chaque terme.

L'expérience du souffrir est ainsi abordée plutôt en termes de « trouble(s) mental(ux) », « problèmes de santé mentale » et « maladie mentale ». Il est ici difficile de faire ressortir une constante ou un constat général en terme évolutif d'un document à l'autre pour la désignation de cette détresse par ces trois termes. « Trouble(s) mental(ux) » est utilisé dans tous les documents du corpus. On observe aussi une mention relativement uniforme de l'expression « problème de santé mentale » d'un document à l'autre, excepté pour le plan de 2015 où elle est complètement absente⁸⁶. Pour ce qui est de « maladie mentale », en 1998, nous ne trouvons aucune mention de ce terme, en comparaison aux autres documents du corpus où son utilisation est quand même bien présente (5X en 1989, 11X en 2005 et 43X en 2015).⁸⁷ En termes de justification ou de précision quant à la terminologie, il n'y a qu'en 2015 où on vient préciser en note de bas de page que « maladie mentale » et « trouble mental » sont utilisés comme des synonymes (MSSS, 2015, p. 3).

De façon plus marginale, le terme « problèmes mentaux », lui, est présent uniquement dans la Politique de 1989. Quant à l'utilisation du terme « maladie » sans le « mental » après, il est presque absent des deux premiers documents du corpus (excepté pour une fois en 1989), mais revient à quelques reprises dans les plans de 2005 et 2015.

⁸⁵ Encore là, il faut préciser que le corpus ne réfère pas à « l'expérience » comme telle des problèmes de santé mentale. La dimension subjective est, en effet, peu présente. Nous reviendrons sur cet aspect plus loin.

⁸⁶ Notons ici le côté curieux que le terme « problème de santé mentale » soit absent du dernier document du corpus. Comme nous l'avions souligné dans l'avant-propos du présent mémoire, ce terme est pourtant privilégié par plusieurs mouvements alternatifs pour aborder cette réalité.

⁸⁷ Le nombre d'occurrences mentionné dans le texte n'a évidemment aucune portée statistique et ne sert qu'à dégager une idée très générale de la présence de l'utilisation des termes dans les documents. À moins d'avis contraire, les mentions en notes de bas de page, en table des matières et en bibliographie du corpus, ne sont pas comptabilisées dans le nombre d'occurrences retrouvées dans les textes.

4.1.1.2 Le choix des mots : la place de la santé mentale

Il est aussi important de noter que les quatre documents sont des plans d'action (et une politique) en « santé mentale » (et non en « maladie mentale »). Ce concept prend dès lors une importance incontournable dans l'analyse de la représentation institutionnelle de la souffrance.

Le concept de « santé mentale » est utilisé uniformément à travers le corpus et prend une place centrale. Toutefois, la connotation positive ajoutée textuellement à la santé mentale est essentiellement un concept qui émerge du plan d'action de 2015, par un terme désignant la « bonne » santé mentale. En effet, une trentaine de mentions du terme « bien-être » est présente en 2015, pour une très faible présence en 2005 et dans la Politique de 1989 (trois mentions par document) et son absence en 1998. Le terme « mieux-être », lui, est inexistant dans la Politique de 1989 et le plan de 1998, presque absent en 2005 (une mention), et peu présent en 2015 (trois mentions).

4.1.1.3 Les définitions de « santé mentale » et « maladie mentale »

Nous répertorions ici les définitions entourant les concepts de « maladie mentale » et de ce qui semble être son opposé, la « santé mentale ». Nous observons une absence d'uniformité en ce qui a trait à la présence des définitions comme telles dans les documents. Sommairement, on remarque que le court plan d'action de 1998 ne présente aucune définition de la santé mentale ni de la maladie mentale comme telle (absence de définitions quasi totale en 1998), et une absence de définitions sur les deux concepts généraux dans le plan de 2005. En 1989 et 2015, les concepts sont de manière générale, définis de manière plus explicite.

4.1.1.3.1 Manque de consensus

Dans la Politique de 1989, on s'attarde à définir le concept de santé mentale, en introduisant la difficulté à le faire : « Il est difficile de circonscrire la santé mentale dans une définition qui tienne compte à la fois des critères spécifiques qu'utilisent les individus pour définir leur propre santé mentale et de la globalité de la santé mentale d'une population. » (MSSS, 1989, p. 21). On fait aussi ressortir comme « problème prioritaire » : « le manque de consensus sur la nature, l'objet et l'étendue de la santé mentale » et l'impact de ce phénomène sur les modalités d'intervention et les difficultés qui en découlent pour cibler « qui » recevra les

services, « par qui », « comment » (philosophie d'intervention) et pour « quel besoin » (MSSS, 1989, p. 16-17). On souligne aussi l'importance « d'adopter une compréhension commune » pour « orienter le développement du système de services et [...] dépasser le cadre de la maladie mentale pour s'ouvrir à l'ensemble des réalités influençant la santé mentale » (MSSS, 1989, p. 17). La visée de consensus sur le concept de santé mentale est ici davantage explorée dans une logique d'organisation des services plutôt que par souci théorique. On ne semble d'ailleurs pas avoir abordé cet enjeu dans les trois plans d'action subséquents. On y retrouve en effet certaines mentions sur la nature unique des individus et la prise en compte de cette unicité dans la réponse aux besoins, mais pas sur le manque de consensus entourant la définition de la santé mentale. En 2015, le seul autre document mis à part la Politique où on retrouve des définitions sur les concepts généraux, on sent une certitude et une rigidité par rapport aux définitions toutes soutenues par des instances comme l'OMS ou le DSM-5 (MSSS, 2015, p. 3). La place au « manque de consensus » ou aux difficultés de définir de tels concepts y est inexistante.

4.1.1.3.2 Contenu des définitions

Quant au contenu de la Politique de 1989, bien que cette dernière ne définisse pas la « maladie mentale », elle en fait ressortir trois dimensions de la « santé mentale », soit « un axe biologique », « un axe psychodéveloppemental » et « un axe contextuel »; ce dernier axe faisant « référence à l'insertion de l'individu dans un environnement et à ses relations avec son milieu » (MSSS, 1989, p. 21). La politique insiste sur l'importance du deuxième axe qui « caractérise le mieux l'état de santé mentale. Ainsi, la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel) » (*Loc.cit.*). La Politique souligne toutefois l'importance « d'agir à la fois sur les dimensions biologique, psychologique, sociale et ainsi élargir l'action en santé mentale » (*Loc.cit.*).

En 2015, on retrouve une section spécifiquement réservée aux définitions des termes « santé mentale » (défini pour la deuxième fois dans le corpus), « mieux-être mental » (précisé comme concept utilisé dans les communautés des Premières Nations) et « maladie mentale » (définie pour la première fois dans le corpus). Le plan d'action reprend la définition de l'OMS

pour rendre compte du concept de santé mentale qu'il décrit « comme une composante essentielle de la santé », qui correspond à « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS cité par MSSS, 2015, p. 3). Toujours en se basant sur la définition de l'OMS, les auteurs du plan d'action rajoutent que « La santé mentale est déterminée par des facteurs biologiques, socioéconomiques et environnementaux » et qu'elle correspond à « un état de bien-être qui permet à une personne de surmonter les obstacles de la vie, de se réaliser, d'être productive et de participer à la vie communautaire (OMS, 2014 cité par MSSS, 2015, p. 3). Notons ici la différence entre cette définition et celle de 1989 en ce qui a trait à l'axe psychodéveloppemental présent dans la Politique qui disparaît en 2015 pour faire place aux facteurs socioéconomiques.

En citant Santé Canada (2015)⁸⁸, le « mieux-être mental » est décrit comme « [...] un équilibre entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel » (MSSS, 2015, p. 3). On explique ensuite les éléments sur lesquels le mieux-être mental s'appuie, « dont la culture, la langue, l'apport des aînés, les familles et la création. Pour atteindre leur but de favoriser le mieux-être mental, les programmes et les services destinés aux Premières Nations doivent prendre en compte la notion de sécurité culturelle » (*Loc.cit.*).

Le terme « maladie mentale », lui, « regroupe tous les troubles mentaux pouvant être diagnostiqués. Il désigne des états de santé caractérisés par une altération de la pensée, de l'humeur et/ou du comportement, causant des dysfonctionnements ou de la détresse » (MSSS, 2015, p. 3 se référant au U.S. Department of Health and Human Services (1999)). Le plan de 2015 soutient ensuite que bien que l'OMS et le DSM-5 incluent la déficience intellectuelle, les troubles du spectre de l'autisme, les troubles du comportement, les troubles neurocognitifs (dont la démence) et les dépendances dans ce terme, ce n'est pas le cas du présent plan lorsqu'il fait référence au trouble ou maladie mentale (des plans et programmes spécifiques étant déjà conçus pour ces autres états de santé) (MSSS, 2015, p. 3).

⁸⁸ Plus précisément, les auteurs citent : SANTÉ CANADA, *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations – Rapport sommaire*, Ottawa, 2015, p. 1.

Nous rappelons ici que des définitions globales sont absentes des plans de 1998 et 2005. Bien que le plan d'action de 2005 ne nous permette pas de couvrir l'ensemble des mentions liées à des semblants de définitions des « problèmes de santé mentale », on ne retrouve pas de section spécifique définissant ces problèmes comme dans la *Politique de santé mentale de 1989* et le PASM de 2015.

En somme, malgré la grande longueur du plan d'action de 2005 (le plus long des quatre textes), et son abondance de « commentaires » sur ce que représente un « problème de santé mentale », on observe une absence de définitions des concepts clés, à l'instar du plan de 1998, où on note une absence quasi totale de toute définition. Le plan de 1998 étant cependant le plus court, on pourrait le justifier par sa longueur. En 2005, cependant, dans un document promouvant pour la première fois de manière explicite la santé mentale et où on retrouve ces deux mots mis ensemble 295 fois, il est pertinent de noter l'absence de balises mise autour du dit concept.

4.1.1.4 Les définitions spécifiques des « deux types de troubles »

Dans tous les documents du corpus, on rend compte de deux types de troubles, soit les « graves » et les « modérés ». Il n'y a qu'en 1998 où les troubles modérés sont complètement absents du texte. Du côté des définitions précises de ces catégories de troubles, il n'y a qu'en 2015 où elles sont prises pour acquises et définies à aucun endroit dans le texte.

Le plan d'action de 2005 mentionne d'ailleurs que dans les années précédentes, le Québec s'est surtout concentré sur l'organisation des services pour les troubles mentaux graves, mais qu'ici on inclut tous les troubles (MSSS, 2005, p. 40). Le plan d'action précise aussi que « l'organisation des services ne devrait pas s'appuyer uniquement sur ces précisions, mais tenir compte de la gravité des incapacités engendrées par le trouble mental. » (*Loc.cit.*).

Plus précisément, la façon de nommer les troubles mentaux graves (préoccupation constante dans l'ensemble du corpus) évolue légèrement au fil des textes. La mention « sévères » pour les désigner est présente en 1989 seulement et disparaît au profit de « graves »

en 1998. La mention « persistants » ajoutée à sa suite⁸⁹ disparaît à partir de 2005. Du côté des troubles mentaux modérés, préoccupation beaucoup moins importante dans le corpus, on remarque l'évolution de son appellation qui débute par « transitoires » en 1989 et se termine par « modérés » en 2015, avec un mélange des deux appellations en 2005.

Du côté des définitions, les plans de 1998 et de 2005, ne contenant pas de définitions globales des concepts clés définis dans la section ci-dessus, renferment, cependant, des définitions plus spécifiques par rapport à ces deux catégories de troubles (troubles graves et modérés). En fait, excepté le plan de 2015 qui n'en contient aucune, les trois autres documents auront des définitions les concernant. Le plan d'action de 1998 reste extrêmement succinct même pour ce deuxième type de définitions. On retrouve une mince allusion à la vulnérabilité des personnes présentant des troubles mentaux graves et un rappel de la définition de la Politique de 1989 par rapport à ce groupe, spécifiquement, en ajoutant le fait que ces troubles sont souvent « persistants » (MSSS, 1998, p. 17).

Dans la Politique de 1989, nous retrouvons ainsi de courtes définitions sur ces deux concepts plus précis. Entre autres, « les personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans leurs relations interpersonnelles et leur compétence sociale de base » (MSSS, 1989, p. 22). Il est intéressant d'observer ici la reprise d'une partie de cette définition sur les troubles mentaux graves dans le plan d'action de 2005, tout en y ajoutant cependant l'interférence significative sur la « capacité fonctionnelle dans la production d'un travail » (MSSS, 2005, p. 40); variable absente en 1989. Le plan de 2005 reprend donc la définition de 1989, en la citant, mais en y ajoutant incognito cet élément clé sur le travail. En plus de cette partie presque identique à 1989, on y ajoute : « Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves » (*Loc.cit.*).

⁸⁹ « Troubles mentaux graves et persistants »

En 1989, on retrouve aussi une courte définition sur les « troubles mentaux transitoires » (MSSS, 1989, p. 22), l'équivalent passé des « troubles mentaux modérés » de 2005 et 2015. En 1989, ceux-ci sont décrits par « les personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires d'intensité variable, sources d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur » (MSSS, 1989, p. 22).

[En 2005], les troubles mentaux sont dits modérés s'ils répondent à certains critères de diagnostic, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus⁹⁰. Les troubles mentaux modérés sont donc généralement moins handicapants que les troubles mentaux graves. En revanche, ils sont beaucoup plus fréquents. De plus, on observe qu'ils sont en voie d'augmentation (MSSS, 2005, p. 40).

4.1.1.5 Utilisation de la terminologie psychiatrique et diagnostic

On sent une montée de l'utilisation de la terminologie diagnostique et de l'influence des classifications diagnostiques internationales, au fur et à mesure que les années avancent dans les différents plans d'action en santé mentale. Le terme « DSM » est complètement absent dans la Politique de 1989 et le plan d'action de 1998. Dans le plan d'action de 2005, le terme « DSM » comme tel est inexistant, mais on en devine son utilisation implicite dans la façon dont on parle des problèmes de santé mentale et des personnes qui vivent avec ceux-ci. Ce glissement n'est même pas justifié tellement il va de soi. On le remarque notamment par une section où on mentionne la séparation des services de troisième ligne, utilisant une terminologie psychiatrique, dont, entre autres, les « troubles de la personnalité », les « troubles anxieux et dépressifs », les « troubles psychotiques », etc. (MSSS, 2005, p. 47). C'est réellement dans le plan d'action de 2015 qu'on voit l'apparition de la mention du « DSM » comme telle. Le terme revient pour la première fois dans le plan de 2015 à la page 3, en lien avec la définition de la maladie mentale. On le retrouve ensuite à six reprises dans les notes en bas de page du plan de 2015. Comme dans le plan d'action de 2005, on sent une utilisation de la terminologie psychiatrique tout au long du plan de 2015. De façon frappante, à la page 68, en annexe, pour établir les « délais d'accès à une consultation en psychiatrie », on retrouve une séparation utilisant une terminologie psychiatisée. Ainsi, on fait référence aux situations cliniques suivantes : « premier épisode

⁹⁰ Dans le texte, cette première partie de la citation a comme référence le CS. DEWA et autres (2003)

psychotique », « crise de manie », « crise d'hypomanie », « trouble dépressif postpartum grave », « dépression majeure » et « autres situations requérant une consultation en psychiatrie » (MSSS, 2015, p. 68). Aussi, dans un lexique plus « commun », excepté pour le Plan d'action de 1998 où aucune mention des termes « anxiété, anxieux, psychose, schizophrénie, dépression » ne s'y trouve, ces termes reviennent d'un document à l'autre. Le plan d'action de 2015 comprend toutefois une significative différence quant à leur nombre d'occurrences. On y retrouve en effet trois fois le terme « dépression » employé comme un nom, cinq fois l'appellation « troubles anxieux », six fois « schizophrénie » et 14 fois « psychose »; pour ne reprendre que ces exemples. Le plan de 2005 présente également plusieurs mentions des termes « troubles anxieux » et « dépression », mais une seule pour « schizophrénie » et « psychose ».

Finalement, de manière plus large, le terme « diagnostic(que) » comme tel est présent de façon croissante dans le corpus; deux fois dans la Politique de 1989 et trois fois dans le plan d'action de 1998, contre 13 fois et 15 fois dans les plans de 2005 et 2015 respectivement. L'utilisation du terme « symptôme », lui, est utilisé deux fois dans la Politique de 1989, mais dans un contexte plus alternatif; qui dénonce quasiment le terme. En 1998, il ne se retrouve nulle part, puis on assiste à une croissance de son utilisation dans les plans d'action de 2005 (6 fois) et 2015 (5 fois). De façon plus sporadique, certaines appellations se retrouvent au travers du corpus; par exemple : « Les personnes dont le problème persiste après avoir reçu des services généraux et celles dont *le tableau clinique* indique un trouble mental [...] » (MSSS, 2005, p. 27. C'est nous qui soulignons).

4.1.1.6 Chiffres, Statistiques, Prévalence et Mesure : en croissance au fil du corpus

D'un document à l'autre, il est intéressant de comparer la proportion accordée aux données chiffrées utilisées pour faire l'état des phénomènes; l'utilisation des chiffres représentant une manière en soi de rendre compte et de se représenter un problème donné. De façon générale, la portion chiffrée des quatre documents ressort davantage en 2005 et 2015 et prend moins de place dans les deux premiers documents.

En effet, dans la *Politique de santé mentale de 1989*, en première partie, on retrouve quelques « indicateurs » chiffrés entourant la santé mentale, par exemple la proportion de

personnes touchées par un quelconque problème mental et les taux de suicide (MSSS, 1989, p. 11-12). On détaille aussi statistiquement l'utilisation des services en hôpitaux (hospitalisation, soins de courte durée) (MSSS, 1989, p. 12-13).

Ce peu d'importance accordée aux chiffres s'accroît dans le plan d'action de 1998, où on ne retrouve que quelques mentions numériques par rapport aux deux clientèles prioritaires présentées (les troubles mentaux graves et les enfants et les jeunes souffrant d'un trouble mental) (MSSS, 1998, p. 17).

La place prise par les chiffres s'accroît drastiquement dans les deux plans d'action subséquents. En effet, en introduction du plan de 2005, on retrouve d'emblée plusieurs informations en lien avec la prévalence des troubles mentaux. Ensuite, dans la section présentant la gamme de services par groupe visé, on remarque une portion statistique prenant beaucoup plus de place que dans le plan de 1998 pour la section correspondante. On y retrouve des données sur la prévalence chez les cinq groupes présentés dans cette section (MSSS, 2005, p. 26; 30; 40; 57; 62). Pour la première fois avec autant d'insistance, la question du suicide revient d'ailleurs à quelques reprises dans le plan de 2005. Toujours sous un angle statistique, on mentionne d'ailleurs en début de plan dans la section « constats » le haut taux de suicide au Québec par rapport au reste du monde (MSSS, 2005, p. 10).

Arrivée en 2015, pour la première fois, une section en soi est nommée « la prévalence des troubles mentaux ». On y retrouve, entre autres, la prévalence québécoise de certains « troubles mentaux diagnostiqués » (MSSS, 2015, p. 3-4) et des chiffres selon le sexe ou le groupe d'âge (*ibid*, p. 4). Dans les nombreuses sections concernant les jeunes du plan de 2015, on retrouve quelques pourcentages pour illustrer la situation chez les jeunes en général (*ibid*, p. 31 et 35), et concernant la prévalence et la situation pour les psychoses, surtout chez les jeunes (*ibid*, p. 38-39). À l'instar du plan de 2005 où on retrouvait une section spécifique sur les personnes à « potentiel suicidaire élevé », le plan de 2015 y consacre encore davantage de place. Le « soutien aux personnes présentant un risque suicidaire » est ici chiffré par un portrait contenant plusieurs données statistiques comme les taux de suicide et la différence entre les sexes (*ibid*, p. 51-52).

4.1.2 À qui on s'adresse : la façon dont on présente les personnes

Toujours afin de brosser une vue la plus juste possible de la façon de présenter les problèmes de santé mentale au sein du corpus, nous abordons maintenant les façons de parler des personnes au travers des textes.

Dans un premier temps, nous présentons les désignations utilisées pour faire référence aux personnes éprouvant de la souffrance. Puis, nous faisons ressortir les termes employés pour parler des personnes recevant des services en santé mentale. Finalement, nous abordons la place de la subjectivité au sein du corpus.

4.1.2.1 Le choix des mots : les personnes qui souffrent ou celles « présentant un problème de santé mentale »

Dans tous les documents, on ne désigne pas les personnes souffrantes comme l'étant en tant que tel (avec un nom commun, un adjectif ou par le verbe « souffrir »), mais plutôt en parlant de « personnes aux prises avec ... » un problème. En fait, il n'y a que dans la Politique de 1989 où on retrouve l'appellation « malades mentaux (chroniques) » (trois fois); celle-ci est complètement absente des trois plans d'action. De façon générale, on réfère aux « personnes ... » suivies de verbes comme « aux prises », « atteintes », « vivent », « souffrent », suivis ensuite de « trouble(s) mental(ux) » (tous les documents), « maladie mentale » (en 2005 et 2015) ou « problème de santé mentale » (sauf en 2015).⁹¹ Pour ce qui est des verbes utilisés, on peut faire ressortir le terme « éprouver », surtout utilisé dans la Politique de 1989 et le plan d'action de 2005 (absent en 1998 et très peu présent en 2015). L'utilisation du verbe « souffrir », pour désigner les personnes présentant un problème, est utilisée dans tous les documents (« personnes souffrant d'un trouble mental »). Il est aussi intéressant de noter que la référence à une personne « malade » ou à sa condition de « malade » n'est présente que deux fois en 1989 et trois en 2005. En 2005, un passage met même de l'avant explicitement la nuance apportée entre une personne présentant une difficulté psychique et une personne malade. Ainsi, en parlant des personnes

⁹¹ En 1989, on retrouve aussi à une reprise l'expression « personnes souffrant d'un problème d'ordre mental », à trois reprises « [...] problème(s) menta(l)(ux) » et à deux reprises « celles qui souffrent de troubles mentaux chroniques ».

entrant dans le réseau, on dit qu'elles « peuvent être référées aux services généraux du CSSS où on leur offrira un soutien psychosocial qui solutionnera leurs difficultés ou on les orientera vers l'équipe de santé mentale si elles sont malades. » (MSSS, 2005, p. 49).

4.1.2.2 Le choix des mots : les personnes qui reçoivent des services

La personne qui souffre, d'abord transformée d'emblée en personne aux prises avec un trouble mental (et même en amont du présent corpus), sera ensuite appréhendée en termes de prestation de services.

En effet, au fil des années, les personnes qui reçoivent des services sont d'abord désignées comme « bénéficiaires » (seulement dans la Politique de 1989), puis comme « usagers » (très utilisé en 1998 comparé aux autres plans où son utilisation est faible) et finalement comme « personnes utilisatrices de services ». En effet, aucune mention de « personne utilisatrice de services » ne se retrouve dans la Politique de 1989 ni le plan de 1998, en comparaison au plan de 2005 et 2015 où son utilisation explose (17 et 24 occurrences respectivement). L'utilisation du terme « clientèle » est, elle, moins linéaire, mais très présente en 1998 et en 2015, dont la précision de « clientèle pédopsychiatrique » (MSSS, 2015, p. 35) à une reprise en 2015 seulement. Finalement, l'utilisation du terme « patient » est inexistante dans les deux premiers documents du corpus. On le retrouve sept fois dans le plan d'action de 2005, dont une dans un contexte de « un médecin voit des patients », et finalement trois fois dans celui de 2015, mais dans un contexte plus large et médical (pas précisément en lien avec la santé mentale).

À l'instar de la précision terminologique présente en 2015 concernant les termes employés pour désigner les problèmes de santé mentale (voir section 4.1.1.1), ce même type de justification se retrouve aussi et seulement en 2015 concernant les appellations pour les personnes qui reçoivent les services :

Enfin, le MSSS reconnaît le rôle fondamental de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie sur l'état de santé global, tant physique que mental, de la population. Il reconnaît également l'impact réel, sur tout individu, de la détresse psychologique associée à certaines situations de la vie courante, menaçant parfois même l'équilibre et la santé mentale. Toutefois, ce plan d'action traitera principalement des mesures à offrir aux personnes utilisatrices de

services atteintes d'un trouble mental ou de maladie mentale. Ces termes sont donc ceux qui seront utilisés pour désigner les personnes auxquelles il s'adresse (MSSS, 2015, p. 2).

4.1.3 La place de la subjectivité dans le corpus

À cette présentation des problèmes de santé mentale, comme troisième volet exploré, nous abordons ici la place de la subjectivité au sein du corpus. Sommairement, en ce qui a trait à la terminologie utilisée dans les textes pour aborder la souffrance, celle-ci n'est pas orientée vers un lexique subjectif. En effet, les mots « expérience », « réalité », « vécu », « souffrance », « détresse » sont très peu présents dans les textes analysés. Nous présentons dans cette section la participation des personnes, la place pour la singularité de l'individu et l'enjeu de la stigmatisation.

4.1.3.1 La participation des personnes au corpus

Le plan d'action de 2005 est le seul des quatre textes à intégrer de façon concrète le point de vue des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. À cinq reprises dans le plan de 2005, on retrouve des témoignages d'utilisateurs décrivant une partie de leur expérience. On sent la subjectivité imprégner ces extraits par des termes comme « prendre le temps » (MSSS, 2005, p. 42), une « expérience difficile à l'hôpital » ou l'absence de compassion lors d'une visite à l'hôpital (*ibid*, p. 28). Il est toutefois important de rappeler que seul le plan de 1998 liste précisément tous les acteurs critiques impliqués dans la création du document. Ces acteurs comprennent des personnes vivant avec un problème de santé mentale ou des instances préconisant une approche plus alternative des problèmes (notamment, plusieurs comités d'utilisateur d'hôpitaux et le RRASMQ). En 1989, on mentionne les « milieux de recherche et d'intervention », mais sans préciser lesquels. Les plans de 2005 et 2015 parlent de consultation avec des partenaires ou des personnes, mais sans en spécifier leur nature.

4.1.3.2 Une place pour la singularité de l'individu

Une emphase et un ton misant sur la singularité de la personne sont davantage notables dans la Politique de 1989. L'enjeu du manque de consensus et le fait de poser comme difficilement définissable la santé mentale dans la Politique (voir section 4.1.1.3.1) font le pont avec la subjectivité entourant cette question. Rappelons un passage de la Politique de 1989 présenté ci-dessus reconnaissant de manière très forte la subjectivité en soulignant que ce sont

les personnes qui décident des termes pour parler de leur propre santé mentale: « Il est difficile de circonscrire la santé mentale dans une définition qui tienne compte à la fois des critères spécifiques qu'utilisent les individus pour définir leur propre santé mentale et de la globalité de la santé mentale d'une population » (MSSS, 1989, p. 21). Aussi, à titre de deuxième exemple, dans la section présentant les difficultés rencontrées par « les partenaires du système de services », la *Politique de santé mentale* met l'accent de manière explicite sur l'importance de la singularité de l'individu, en mentionnant entre autres ses origines culturelles, ses choix spirituels, son passé, son environnement, etc. On y souligne aussi la dangerosité de s'attarder seulement aux symptômes et de réduire l'individu qui souffre à sa « condition de malade » en soulignant l'isolement et la rupture « de ses liens ». On insiste sur le fait que souvent la personne sera peu informée et engagée dans les décisions qui la concernent; ses droits devenant bafoués. Finalement, la difficulté d'accessibilité aux services et la lourdeur de la structure qui prédomine « au détriment des services » sont aussi mises de l'avant (*ibid*, p. 13-14). Il est aussi intéressant de noter que le terme « Les personnes » est utilisé comme sous-titre dans cette section pour faire référence à la personne « malade ».

En contre-exemple, dans le plan de 2005, lorsqu'on présente les responsabilités des acteurs, on désigne les personnes par « personnes utilisatrices de services » (MSSS, 2005, p. 66). En effet, même en 2005, où on annonce dans le préambule que les troubles mentaux peuvent toucher tout le monde et qu'on intégrera pour la première fois des témoignages des personnes au plan, on sent une distance par rapport à « eux » :

Ces citations sont tirées d'écrits ou d'échanges récents et n'ont pas la prétention de rendre compte de façon exhaustive de l'ensemble des propos des utilisateurs et de leurs proches, mais servent à nous rappeler combien il peut être riche de les écouter et combien il est parfois nécessaire de le faire (MSSS, 2005, p. 6).

4.1.3.3 Stigmatisation

Un enjeu traité davantage de façon subjective dans le présent corpus est celui de la stigmatisation. Il est pertinent d'en détailler son importance au sein du corpus ici toujours dans l'optique de brosser un portrait le plus juste possible de la représentation de la souffrance dans les textes.

Excepté en 1998, où la question de la stigmatisation ou des moyens pour l'aborder (information, sensibilisation) sont complètement absente, le corpus aborde ces notions. On retrouve tout de même en 1998, une mention sur les « préjugés de la société » liés à l'intégration sur le marché du travail des personnes présentant des troubles mentaux graves (MSSS, 1998, p. 32).

Il est d'abord intéressant de noter que l'expérience de stigmatisation est associée de façon assez explicite à la détresse et la souffrance dans les plans de 2005 et 2015. En 2005, en explication du « rétablissement », on développe légèrement sur « l'exclusion », conséquence possible de la stigmatisation : « L'exclusion, manifeste ou implicite, est source de détresse psychologique énorme, quel que soit le groupe d'âge, et entraîne la personne ayant un trouble mental dans un cercle vicieux de problèmes et de détresse. » (MSSS, 2005, p. 15). En se basant sur deux sources abordant la question du « stigma » (dont une sur l'expérience subjective de patients atteints de schizophrénie), le plan d'action de 2015 soutient que la souffrance engendrée « par la stigmatisation peut être plus grande que celle causée par les symptômes de la maladie » (MSSS, 2015, p. 15).

Retournons maintenant à la Politique de 1989 où la « stratégie d'information » pour assurer la primauté de la personne, décrite en troisième partie, comprend la question de la stigmatisation associée aux troubles mentaux (MSSS, 1989, p. 35). On y parle des moyens à utiliser pour informer et sensibiliser la population aux troubles mentaux et des impacts pouvant en résulter. Par exemple, on fait part du plan du MSSS d'examiner la question de la stigmatisation dans les médias avec la Fédération professionnelle des journalistes du Québec (*Loc.cit.*). De plus, toujours en 1989, le premier point de la gamme essentielle des services de santé mentale est « l'information ». Cette information, véhiculée par divers moyens à la population, vise à augmenter la compréhension de la population aux troubles mentaux et à « renseigner sur les problèmes de santé mentale, les droits des personnes qui souffrent de troubles mentaux ainsi que sur les services et les ressources en place » (*ibid*, p. 39). La sensibilisation résultant de cette information vise à « améliorer la portée des mesures de prévention et d'intégration sociale » (*Loc.cit.*); en somme, de pouvoir compter sur la collaboration de la population.

À partir de 2005, on introduit de façon plus explicite le concept de « stigmatisation » pour aborder un angle des problèmes de santé mentale. Le mot du ministre aborde d'emblée l'enjeu en soutenant que le plan « [...] sollicite aussi la collaboration de toute la population pour faire en sorte que s'estompe la stigmatisation encore attachée à la maladie mentale. » (MSSS, 2005, p. 5). La question de la stigmatisation est ensuite soulevée dans les « enjeux » listés dans la section « Constats » du début du plan : « Les efforts importants qu'il faut investir pour contrer les tabous, les fausses croyances et la stigmatisation qui entourent encore la maladie mentale et contribuent à limiter le rétablissement des personnes atteintes. » (*ibid*, p. 11). La partie V du plan est même dédiée spécifiquement à la lutte contre la stigmatisation :

L'image attachée à la maladie mentale, aux organismes de traitement, et parfois, aux intervenants de ce domaine demeure négative dans l'esprit du public et des autres professionnels de la santé. Les craintes engendrées par les troubles mentaux limitent le recours des personnes visées à l'aide dont elles ont besoin, de même qu'elles entravent le processus d'intégration sociale de ces personnes (*ibid*, 2005, p. 17).

On y parle d'information et de sensibilisation en santé mentale (*ibid*, p. 17-18) comme dans la section pour les jeunes et les adultes en général, où on liste : « la diffusion d'information sur la santé mentale » (*ibid*, p. 31 et 41).

Dans la première des quatre orientations du plan d'action de 2015 (« Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté »), on retrouve une sous-section spécifiquement dédifiée à « la lutte contre la stigmatisation et la discrimination au sujet de la maladie mentale » (MSSS, 2015, p. 15). En s'appuyant sur l'Association des psychiatres du Canada et l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, cette section affirme d'emblée que la stigmatisation vient de pair avec toutes les maladies mentales, quoique « plus marquée concernant certains diagnostics ou lorsque le comportement adopté par la personne atteinte diffère de ce qui est reconnu comme étant la norme » (*Loc.cit.*).

On y distingue ensuite quatre formes de stigmatisation, soit « la stigmatisation sociale, la stigmatisation par association, l'autostigmatisation et la stigmatisation structurelle. » (MSSS, 2015, p. 15). En note en bas de page de la page 15, les auteurs précisent qu'il existe un cadre de référence nommé *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes*

de santé mentale au Québec abordant précisément cette question. La présence d'une « stigmatisation multiple » en raison d'autres facteurs comme le fait de faire partie d'une minorité ou de présenter un autre trouble de santé ou problème social sont aussi soulignés dans cette section (*ibid*, p. 15-16). La stigmatisation au sein du réseau de la santé comme tel est mise en exergue en précisant les formes qu'elle peut prendre et ses conséquences négatives « sur la disposition future de la personne à se rendre à l'hôpital ou à faire appel à d'autres organismes en cas de besoin, à consentir à des traitements ou à des services » (*Loc.cit.*). Finalement, la mesure associée à cette lutte mentionne que le ministère « poursuivra ses campagnes d'information et de sensibilisation » (*ibid*, p. 17).

4.1.4 Focus économique : enjeu en expansion au fil du corpus

Toujours dans l'optique de mettre en lumière les représentations entourant la souffrance du discours institutionnel gouvernemental québécois, nous analysons ici la dimension économique, enjeu incontournable dans l'appréhension et la présentation des problèmes de santé mentale au sein du corpus.

On retrouve le mot « économique » dans tous les documents du corpus, mais pas employé dans les mêmes contextes. Les deux premiers documents du corpus parlent des « conditions économiques » des personnes (ainsi que sociales, culturelles, etc.); on parle d'économie davantage dans une perspective de déterminants de la santé. Du côté des deux derniers documents du corpus, le mot « économique » est employé pour parler des coûts sociétaux des problèmes de santé mentale. En 2005 et 2015, on retrouve le mot « fardeau » précédé « économique » à une reprise dans chaque texte et « fardeau des maladies mentales » à deux reprises en 2015.

Seulement dans les plans d'action de 2005 et 2015, certains passages viennent qualifier les « problèmes de santé mentale » sous un angle économique. Dans la section sur les « adultes ayant un trouble mental », on rapporte que « les troubles anxieux et de l'humeur sont des troubles mentaux très fréquents et ils sont associés à un fardeau individuel, social et économique élevé. » (MSSS, 2005, p. 40).

De façon plus marquée en 2015, on retrouve pour la première fois une sous-section complète sur les « coûts directs et indirects des maladies mentales » (MSSS, 2015, p. 5). Dans ces deux pages couvertes de chiffres, on fait entre autres référence aux coûts indirects « occasionnés » par les maladies mentales et « associés à leur impact sur la productivité économique des personnes atteintes et de leur entourage, en plus d'avoir un impact négatif sur leur qualité de vie et leur espérance de vie » (*Loc.cit.*). On introduit la section suivante, faisant la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, en statuant que « la communauté scientifique s'accorde pour dire que la santé mentale d'une population est indispensable à sa santé globale et intimement liée à son développement économique, social et humain. » (MSSS, 2015, p. 7). Plus loin dans le plan de 2015, l'information donnée sur les troubles psychotiques est aussi principalement axée sur sa portée économique : malgré sa faible prévalence (0,6% de la population canadienne en un an), le « fardeau économique » que représente la schizophrénie est important :

[...] elle est la maladie mentale la plus coûteuse par personne pour la société, tant sur le plan des coûts directs que sur le plan des coûts indirects. L'ampleur du fardeau économique de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques se conçoit aisément du fait que ces maladies sont associées à une augmentation du taux de suicide, à la toxicomanie, à la victimisation, au non-emploi et à la criminalité (MSSS, 2015, p. 39).

4.1.5 Promotion de la santé publique et prévention des troubles mentaux

Bien que la santé publique se veuille une visée d'intervention, nous proposons de l'aborder à la fin de cette première dimension, comme dernier enjeu central et comme façon incontournable de présenter la question des problèmes de santé mentale dans le corpus. En effet, la santé publique imprègne la totalité du corpus de manière aussi diffuse que définie et représente un enjeu en soi ayant sa place dans notre première dimension, soit la présentation des problèmes de santé mentale.

Dans cette section, nous présentons premièrement l'évolution qu'occupe la place de la santé publique à travers le corpus, ainsi que l'apparition du Programme National de Santé Publique (PNSP). Ensuite, nous analysons les imbrications entre ces enjeux et la place des enfants et des jeunes dans le corpus. Nous en profitons d'ailleurs pour présenter l'évolution de l'importance accordée aux jeunes au sein des textes. En remarquant de forts liens unissant la prévention/promotion et les jeunes dans le présent corpus, nous pouvons ainsi d'emblée

observer le caractère précoce attribué à la prévention des problèmes de santé mentale. Nous reviendrons brièvement sur ce point en Chapitre V.

Nous amalgamons ici promotion et prévention bien que ces deux concepts fassent appel à des logiques différentes. Nous traitons séparément ces enjeux au Chapitre V où la prévention touche davantage l'irradiation du « problème » à la « source » et la promotion s'attarde davantage à la « santé » comme telle. Nous soutenons toutefois que ces deux volets renvoient à des préceptes normatifs.

4.1.5.1 Évolution de la place de la santé publique : expansion de la prévention en 2005 et 2015

À l'exception du plan d'action de 1998 où les notions de promotion et de prévention sont absentes, le présent corpus est imprégné d'enjeux entourant la santé publique. De manière plus diffuse en 1989, ils prendront de plus en plus d'espace et d'importance dans les plans de 2005 et 2015. Principalement, on y observe la nécessité de prévenir les « problèmes » de façon *précoce*, en agissant sur des « indicateurs » touchant majoritairement l'individu; le tout dans une approche s'apparentant à l'écologie du développement où les facteurs de stress environnementaux sont mis de l'avant (nous reviendrons sur ces aspects dans la section 5.1.3.2 de notre Chapitre V).

Grossièrement, la place et la façon d'aborder la santé publique en 1989 sont minces et semblent axées principalement sur la promotion de la santé de manière inclusive, en misant sur l'accessibilité aux soins et sans projeter une finalité à cette « santé mentale ». Plus précisément, la *Politique de santé mentale de 1989* a comme objectif général et orientation de favoriser l'équité par, entre autres, « des conditions susceptibles de favoriser le maintien et le développement de la santé mentale pour toutes les couches de la société » (*ibid*, p. 25). Ainsi, pour atteindre l'équité, la Politique mise entre autres sur l'accessibilité aux services en listant la gamme essentielle de services en santé mentale, dont « l'information » et « la promotion et la prévention » (*ibid* p. 39-40). On mentionne déjà l'importance d'améliorer la « compréhension des problèmes de santé mentale dans la population et ainsi de favoriser : le dépistage des problèmes et le recours au service approprié, au moment opportun » (*ibid*, p. 40).

Les notions de prévention et de promotion de la santé mentale deviennent omniprésentes dans les plans de 2005 et 2015. En plus de traiter de ces enjeux dès les premières pages des deux plans⁹², on retrouve une section entière consacrée exclusivement à la prévention et la promotion de la santé mentale dans chaque document (MSSS, 2005, p. 19, Partie VI; MSSS, 2015, p. 7).

Dans la partie VI du plan de 2005 concernant ces enjeux spécifiquement, on détaille les trois groupes visés et une vue détaillée et concrète des services de santé publique offerts pour chacun. Du côté des adultes, on mise sur la diffusion de « l'information sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs » dans l'optique « de promouvoir l'intervention la plus précoce possible dans le cas de troubles mentaux évitables » (MSSS, 2005, p. 20). L'avant-dernière section de la partie VI porte sur le plan de surveillance de la santé mentale et des troubles mentaux en listant certains indicateurs⁹³ à surveiller pour l'ensemble du Québec, chez les individus (*ibid*, p. 20). On mentionne aussi un projet en cours utilisant des données de « l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes » (*ibid*, p. 21).

En 2015, dans la section concernant la santé publique, on explique « l'investissement » que représente l'intervention en santé publique pour « réduire l'incidence des troubles mentaux et du suicide et, par le fait même, les coûts importants pour le système de santé et la société » (MSSS, 2015, p. 7). Les trois catégories de « déterminants de la santé » ayant une influence sur la santé mentale de la population sont ensuite abordées en insistant sur la volonté québécoise d'agir sur ceux-ci⁹⁴. Les auteurs soulignent que même les personnes ne présentant pas de signes précurseurs de maladie mentale ou de détresse psychologique devraient être concernées par ces

⁹² En 2005, dans la vision du plan d'action (MSSS, 2005, p. 13) et en 2015, dans l'introduction du plan. Le MSSS y « reconnaît le rôle fondamental de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie sur l'état de santé global » (MSSS, 2015, p. 2).

⁹³ Exemples : état de santé mentale, détresse psychologique, perception de l'état de santé mentale et du stress dans la vie et au travail, suicide, troubles mentaux. À noter que ces indicateurs portent sur des dimensions individuelles seulement et non collectives.

⁹⁴ Il s'agit des « facteurs structurels » (milieu de vie, logement, emploi, niveau de revenu, transports, éducation, politiques favorables, services sociaux et services de santé); « les facteurs sociaux » (sentiment d'appartenance à une communauté, soutien social, sens de la citoyenneté, participation dans la société) et « les facteurs individuels » (habitudes de vie, patrimoine génétique, sexe, résilience émotionnelle, organisation de sa vie, capacité de faire face au stress ou aux circonstances défavorables) (MSSS, 2015, p. 7).

enjeux de promotion et de prévention, sur toute leur durée de vie (*ibid*, p. 7-8). On insiste encore sur la responsabilité sociétale de l'ensemble de la population en soutenant que la santé mentale « est l'affaire de tous : de la population dans son ensemble, de la majorité des missions gouvernementales, des municipalités, des entreprises, etc. » et qu'elle repose sur une solidarité entre les partenaires pour « le bien-être et l'intérêt collectif » (*ibid*, p. 9). Cette responsabilité est ici mise de l'avant, mais entre en contradiction avec l'absence de mesures sociales à large échelle qui miserait sur la responsabilité collective et non pas exclusivement individuelle⁹⁵.

4.1.5.2 Programme National de Santé Publique (PNSP)

Dans la sous-section de la partie VI du plan de 2005 traitant du PNSP, on explique que le ministère y a concentré ses actions en matière de prévention et promotion en santé mentale; celles-ci se retrouvant donc au même endroit que les enjeux de santé physique. Pour expliquer à quoi répondent « les activités relatives à la santé mentale », le plan de 2005, présente les « trois fonctions essentielles du secteur de la santé publique » :

la promotion de la santé, qui vise à agir sur les déterminants, la prévention, qui vise à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes, et la surveillance de l'état de santé de la population (MSSS, 2005, p. 19).

Les questions de surveillance renvoient à certains passages sur les notions de contrôle de la section 2.4.5 et seront reprises en Chapitre V en lien avec la normativité sociale et l'uniformisation par la prévention. Du côté de la recherche, le PNSP souhaite « mettre à jour [des] connaissances sur les interventions efficaces en santé mentale, plus précisément en lien avec « l'efficacité des interventions visant à renforcer les facteurs de protection des troubles anxieux et dépressifs et à faire diminuer les facteurs de risque de ces troubles » (*ibid*, p. 21). Cette visée épidémiologique du problème sera reprise et critiquée en Chapitre V à l'aide du texte *Contrôler la délinquance à la source : une tendance nord-américaine* de Michel Parazelli et Karl Desmeules (2015). Leur article nous permet d'analyser comment la place accordée à la prévention dans les plans de 2005 et 2015 va de pair avec une évacuation des dimensions sociales d'observation de la souffrance.

⁹⁵ Pourtant dans le plan de 2015, une mesure est proposée pour encourager l'embauche dans le secteur de la santé et des services sociaux des personnes aux prises avec un problème de santé mentale; ce secteur se devant de donner l'exemple étant donné sa position à titre d'employeur de 7% de la population « active » du Québec (MSSS, 2015, p. 29).

Quant au plan de 2015, dans la section spécifiquement consacrée à la promotion de la santé mentale et à la prévention des troubles mentaux et du suicide, on présente la « Loi sur la santé publique » dans laquelle le PNSP s'inscrit et visant « notamment la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général » (MSSS, 2015, p. 8). On explique ensuite que les objectifs du PNSP « ciblent principalement l'amélioration de la santé, la réduction des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux ainsi que l'action positive sur les déterminants » (*Loc.cit.*).

4.1.5.3 Place accordée aux enfants et aux jeunes dans le corpus

Il est particulier d'observer les nombreux liens et l'interdépendance entre les enjeux de santé publique comme la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux avec les questions entourant les enfants et les jeunes, au sein du corpus. Avant d'entrer dans ces imbrications, présentons d'abord simplement la place accordée aux enfants et aux jeunes dans le corpus.

Avec certaines mentions en 1989, mais toujours liée à la santé publique, l'emphase mise sur les enfants et les jeunes en tant que telles nait en 1998 et prendra de plus en plus de place au fil des plans d'action. En effet, dans le plan de 1998, on commence à observer la naissance des préoccupations pour les enfants et les jeunes, au-delà de la prévention seulement, mais bien aussi à travers la prestation de services (p. 25) et du désir d'en faire une clientèle prioritaire (MSSS, 1998, p. 17). De manière encore plus importante qu'en 1998, une section complète sur les enfants et les jeunes est intégrée à la partie VIII du plan de 2005 précisant la gamme de services (MSSS, 2005, p. 30 à 39). À l'instar du plan de 2005, une section complète soutenant la deuxième orientation du plan de 2015, d'assurer des services aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte, est présente (MSSS, 2015, p. 12). C'est aussi dans le plan de 2015 où l'on retrouve pour la première fois une section complète abordant en elle seule la question des enfants et des jeunes, non pas en lien direct avec la promotion/prévention ni avec la gamme de services.

Toutefois, une grande proportion de l'information intégrée aux sections consacrées aux jeunes porte sur des visées de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles

mentaux. Cette prévention se fait dans une logique de dépistage et d'intervention précoce, par une comparaison au développement « normal » attendu, tel que nous le verrons dans les paragraphes ci-dessous.

4.1.5.4 Les jeunes et la santé publique : mot d'ordre : détection précoce

Le plan de 2005 marque l'introduction de l'explosion des préoccupations quant à la prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale chez les jeunes; enjeux abordés de manière très succincte dans les deux premiers documents du corpus. En 2015, l'information à ce sujet devient tellement abondante qu'il ne nous permet pas d'en rendre compte de manière exhaustive ici.

Dans la Politique de 1989, promotion, prévention et jeunes et enfants sont complètement imbriqués. En 1989, dans la section sur la promotion et la prévention, on explique la volonté du ministère de cibler la santé mentale des enfants (surtout ceux présentant des situations particulières de troubles d'apprentissage, d'abus, etc.), des adolescents et de certains « groupes à risque⁹⁶ » (MSSS, 1989, p. 40-41). On insiste sur la pertinence d'intervenir dans le milieu scolaire qui « représente le lieu le plus propice pour des actions d'éducation qui permettent l'acquisition de compétences pour le développement de la santé mentale » (*Loc.cit.*). On souligne le fait que l'école est un milieu de vie pour les enfants et les jeunes et qu'une « stratégie globale d'intervention peut et doit [y] être privilégiée » (MSSS, 1989, p. 41). Dans une visée de prévention, on souligne aussi l'importance de donner de la place aux jeunes en favorisant les loisirs et les activités sportives et culturelles (*Loc.cit.*)⁹⁷.

En 1998, la seule mention liée à un enjeu de santé publique concerne directement les enfants. On liste certains incontournables à garantir pour une offre de services adéquate, dont « l'accès à un dépistage fiable en amont de l'évaluation diagnostique et, en aval, un suivi clinique de la clientèle » (MSSS, 1998, p. 25). La mention de « dépistage » est ici liée au concept

⁹⁶ On fait ici référence à des personnes isolées (surtout des aînées), des familles avec un membre très malade ou décédé tragiquement, des personnes en précarité sociale, économique, éducationnelle, culturelle (MSSS, 1989, p. 41).

⁹⁷ Nous aborderons en chapitre V la différence entre la prévention *prévenante* et *prédictive*. En 1989, on observe une tendance davantage *prévenante* que *prédictive*.

de prévention dans la mesure où, en « dépistant » rapidement le problème, on peut davantage en prévenir les répercussions.

Tel que mentionné ci-dessus, les plans de 2005 et 2015 imbriquent clairement l'emphase mise sur les enjeux de santé publique et celle sur les jeunes, autant dans les sections générales portant sur ces enjeux de prévention et promotion que dans celles concernant la prestation de services.

De manière plus explicite, dans la section VI du plan de 2005, spécifiquement consacrée à la santé publique, on détaille les services « d'interventions éducatives précoces » et « périnataux », principalement pour les familles en « contexte de vulnérabilité », ainsi que des « pratiques cliniques préventives » (MSSS, 2005, p. 19-20). Ces services visent « à favoriser le développement optimal des enfants et à améliorer les conditions de vie des familles » (MSSS, 2005, p. 19). Pour les enfants et les adolescents, on prévoit aussi des mesures d'interventions préventives à grande échelle portant sur « différents aspects de la santé mentale ou sur des déterminants et problèmes psychosociaux ayant un lien avec la santé mentale » dans une logique de promotion de la santé et du bien-être et de prévention des « problèmes d'adaptation sociale » (MSSS, 2005, p. 20)⁹⁸. En 2005, on retrouve beaucoup d'information liée aux enjeux de prévention des maladies mentales chez les jeunes, dans la section concernant la prestation de services pour cette clientèle (MSSS, 2005, p. 31). On parle notamment de la « complexité de poser un diagnostic chez des personnes dont le développement n'est pas terminé » ce qui « exige que l'on accorde une importance particulière aux services d'évaluation destinés à ces personnes en privilégiant des expertises multiples (biopsychosociales) » (MSSS, 2005, p. 30). Comme deuxième « orientation pour guider l'organisation des services », nous retrouvons :

L'évolution récente des connaissances issues d'études de suivi longitudinal⁹⁹ démontre l'importance d'intervenir tôt (dépistage, intervention précoce) et intensivement (soutien varié et intensif) auprès des enfants et des jeunes ayant un trouble mental, compte tenu des liens qui existent entre ce type de trouble et les problèmes qui surviennent ou persistent à l'âge adulte (*Loc.cit.*).

⁹⁸ « Les facteurs visés sont l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires ainsi que l'environnement scolaire, familial et communautaire » (MSSS, 2005, p. 20).

⁹⁹ Dans le chapitre V, nous aborderons les connaissances issues de ce type d'étude dite « épidémiologique »; s'inscrivant davantage dans une visée de prévention *prédictive*.

Un peu plus loin, on insiste sur les délais d'attente aux services qui peuvent nuire au « développement normal » des enfants et des jeunes (MSSS, 2005, p. 34).

Du côté du plan 2015, dans la grande partie du plan consacrée aux enfants et aux jeunes, les références au dépistage et à l'importance d'*intensifier* la détection et l'intervention précoce sont très nombreuses. Nous en donnerons une liste d'exemple non exhaustif ici. On introduit la section sur les jeunes en soulignant que les troubles mentaux sont le groupe principal de maladie chronique chez l'enfant et l'adolescent et que ces premières manifestations sont observables souvent tôt dans la vie. « En effet, 50 % des maladies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans » (MSSS, 2015, p. 31). Ce passage se réfère à l'article « *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication* » de Kessler (2005). On poursuit en notant que ces premiers signes « sont fréquemment confondu[e]s avec les *comportements perturbateurs normaux* des enfants et des adolescents », engendrant des délais pour l'accès aux traitements et aux services. On souligne aussi l'énorme impact social et économique de la maladie mentale chez les jeunes, en insistant sur son amplification lorsqu'on prend en compte la stigmatisation et la discrimination associées (*Loc.cit.* C'est nous qui soulignons). On vise à « soutenir le développement optimal » de tous les enfants par des « mesures universelles »¹⁰⁰. On aborde, entre autres, l'intervention de promotion « des compétences sociales et émotionnelles » en milieu scolaire, reconnue comme efficace par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), visant surtout les milieux défavorisés (MSSS, 2015, p. 32.). On souligne le rôle positif des services de garde, surtout en contexte de vulnérabilité, pour le développement des diverses habiletés ainsi que « l'autonomie et l'adoption de saines habitudes de vie » (*Loc.cit.*). La section suivante insiste sur l'intervention ciblée pour les enfants et les jeunes « à risque de présenter un trouble mental », comme le trouble d'adaptation, d'attachement ou stress post-traumatique, dans un milieu présentant des stressseurs, dont « l'impact est cumulatif ». On souligne aussi les conséquences et coûts sociétaux pour les enfants d'environnements présentant des « formes d'adversité » (*Loc.cit.*). On souligne aussi

¹⁰⁰ « Universelles » peut ainsi rappeler une logique d'uniformisation.

l'influence d'un trouble mental chez les parents pour son « apparition » chez l'enfant, en raison de plusieurs facteurs (MSSS, 2015, p. 34). À certains endroits dans cette section, on retrouve des exemples de mesures québécoises mises en place pour aider les familles issues de milieux défavorisés, et ainsi « limiter les impacts des facteurs de risque » (*Loc.cit.*). Dans la dernière section portant sur les jeunes vivant un premier épisode psychotique, la préconisation de la détection et de l'intervention précoce revient à trois reprises dans cette section (MSSS, 2015, p. 39-40). Notons finalement qu'en 2015, dans un contexte favorisant la santé et la prévention, le terme « développement optimal » en faisant référence aux enfants et aux jeunes, se retrouve neuf fois dans la section sur les services aux jeunes¹⁰¹. Nous reviendrons sur plusieurs des éléments amenés ici dans notre section 5.1.3 de notre chapitre V.

4.2 L'intervention sur la souffrance psychique

Après avoir décrit de quelle façon on pose et décrit la souffrance psychique, intrinsèquement liée à la maladie mentale dans le corpus, nous présentons ici les pratiques par rapport à la prise en charge des problèmes de santé mentale et le « comment » on y répond, au fil du corpus. Plus précisément, nous présentons les philosophies d'intervention, les types d'intervention, en mettant l'accent sur l'intégration au travail, et finalement les instances répondant aux problèmes.

4.2.1 Philosophies d'intervention

Dans un premier temps, nous exposons trois des principales philosophies d'intervention sous-tendant l'intervention dans les documents ministériels. Chaque document du corpus est représenté par au moins une philosophie ou vision soutenant l'intervention, qui semble plus centrale que les autres. La Politique de 1989 met de l'avant de façon claire et exclusive la primauté de la personne comme principe directeur. Du côté du plan de 1998, c'est l'appropriation du pouvoir qui prime, en mettant clairement de l'avant sa dimension individuelle et collective. Les PASM de 2005 et 2015 introduisent dès l'introduction une visée de

¹⁰¹ En introduction de cette section, les auteurs du plan de 2015 précisent que l'interaction entre le biologique (les gènes) et l'environnement (expériences vécues) pendant la petite enfance amènent les connexions du cerveau à se développer et ainsi à régir « les émotions, l'attention, le stress et la maîtrise de soi (MSSS, 2015, p. 31-32).

« rétablissement » omniprésente, contrairement aux deux documents précédents où cette perspective est complètement absente. Le rétablissement de 2005 et 2015 implique une démarche davantage individuelle et garde en angle mort l'aspect plus collectif qui ressortait du plan de 1998 avec l'appropriation du pouvoir. Bien que le rétablissement soit central dans les deux derniers plans d'action, ils font tout de même référence aux principes des deux documents précédents. En 2005, la vision du plan mise sur « une perspective visant le rétablissement des personnes en cause et soutenant l'appropriation du pouvoir par celles-ci » (MSSS, 2005, p. 13). En 2015, la primauté de la personne ressort beaucoup et la question des droits et de l'exercice de citoyenneté est développée largement.

4.2.1.1 Primauté de la personne

La notion de « primauté de la personne » est abordée pour la première fois dès la Politique de 1989 où elle représente la valeur première soutenant le document. En 2015, le principe de primauté de la personne est aussi très présent et nommé comme première des trois valeurs du document. Une section complète est soutenue par celle-ci. Entre ces années, on remarque son absence du plan de 1998, et une seule mention en 2005, où l'on se réfère et souligne la reconnaissance de la primauté de la personne dans la *Politique de santé mentale de 1989* (MSSS, 2005, p. 9).

La notion de « primauté de la personne » est introduite pour la première fois dans la *Politique de santé mentale de 1989* comme la première de cinq orientations pour venir « recentrer les services sur la personne » (MSSS, 1989, p. 23).

Assurer la primauté de la personne implique le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement. C'est également miser sur ses capacités, tenir compte de son point de vue, favoriser sa participation et celle de ses proches. Cette orientation suppose enfin sa participation dans les décisions qui la concernent, la prise en considération de l'ensemble de ses besoins et de sa condition biopsychosociale ainsi que le respect de ses droits (MSSS, 1989, p. 23).

En 2015, bien que le principe directeur principal soutenant le document soit les soins orientés vers le rétablissement (MSSS, 2015, p. 10), on retrouve une présence importante et explicite de la primauté de la personne. On y reprend quasi telle quelle la définition présentée dans la Politique de 1989, à la différence qu'on ne précise pas dans quelle visée est souhaitée la

participation de la personne (c'est-à-dire en lien avec la prise de décision en ce qui la concerne, comme c'est noté dans la Politique de 1989). On rajoute aussi la notion de « promotion » des droits et non seulement de respect de ceux-ci. Ces nuances restent toutefois mineures. Dans le PASM de 2015-2020, la primauté de la personne est aussi la première des quatre orientations données au plan d'action, soit : « Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté » (MSSS, 2015, p. 12). Certains éléments présents dans la définition de la primauté de la personne seront repris et développés dans la section correspondante à la première orientation, par exemple le respect des droits et la participation des personnes et de leur entourage (*ibid*, p. 13 à 21). On ajoute, entre autres, la question de la lutte à la stigmatisation et la discrimination (*ibid*, p. 14 à 16). Il est intéressant de noter l'insistance et l'omniprésence de la notion de « rétablissement » en introduction de la section sur la primauté de la personne (*ibid*, p. 13). La première phrase à elle seule en témoigne :

L'environnement dans lequel évolue la personne influence sa capacité d'exercer pleinement sa citoyenneté, c'est-à-dire, entre autres, de tenir les rôles sociaux qu'elle souhaite assumer. Ce contexte a un impact sur sa santé mentale, sur l'apparition d'une maladie mentale et sur son rétablissement; il peut donc favoriser ou entraver son développement (*Loc.cit.*).

On remarque que le principe de primauté vient alors davantage supporter et même servir celui du rétablissement qui, lui, apparaît comme incontournable.

4.2.1.2 Appropriation du pouvoir

C'est en 1998 que l'appropriation du pouvoir occupe une place centrale et sous-tend l'ensemble du plan. Complètement absent des documents de 1989 et de 2015, on retrouve une mention dans la vision du plan de 2005 où on explique qu'en plus d'être réalisées dans une perspective de rétablissement, les actions du plan soutiennent l'appropriation du pouvoir (MSSS, 2005, p. 13).

En effet, c'est seulement dans le plan de 1998 qu'on fait référence à l'appropriation du pouvoir comme tel :

Pour la personne dont l'estime de soi, l'emprise sur sa situation de vie, l'espoir et la capacité d'interaction ont été amoindris pendant des périodes plus ou moins longues, il est primordial de lui redonner un sentiment de maîtrise sur sa vie. Cette réappropriation du pouvoir se traduit par l'exercice d'un choix libre et éclairé au moment de prendre des décisions à des étapes cruciales de sa vie. L'application de ce principe amène les intervenants et les intervenantes à respecter la personne, à l'informer, à lui offrir des recours adaptés à sa situation et, enfin, à miser sur son

potentiel. Pour respecter son libre arbitre, il peut s'avérer nécessaire de lui offrir des choix thérapeutiques répondant à ses besoins. L'appropriation du pouvoir comme démarche collective se traduit par la participation de la personne à la vie associative, telle qu'elle s'est développée dans les organismes communautaires en santé mentale. L'utilisateur ou l'utilisatrice sont consultés sur les modalités d'organisation des services de santé mentale, que ce soit en établissement ou en milieu communautaire. La défense des droits des usagères et des usagers constitue d'ailleurs un des fondements de cette démarche collective d'appropriation du pouvoir. Le principe général de l'appropriation du pouvoir comme démarche individuelle et collective sous-tend l'ensemble des objectifs et des mesures du plan d'action (MSSS, 1998, p. 17).

Dans la section sur la formation des ressources humaines, on réitère la nécessité de garder la perspective de l'appropriation du pouvoir pour les usagers dans le cadre de ces programmes de formation (MSSS, 1998, p. 27).

En plus d'être mentionnée dans la vision du plan de 2005, l'appropriation du pouvoir se retrouve au tout début du plan à deux reprises parmi les « constats » de la situation actuelle. C'est aussi en 2005 qu'on introduit le « pouvoir d'agir », premier des principes directeurs définis à la page 12 du plan de 2005 :

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 reconnaît la capacité des personnes souffrant d'un trouble mental de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent, et cela, en dépit de la présence chez elles de certains symptômes ou handicaps. La participation des utilisateurs et des proches aux exercices de planification des services de santé mentale découle de ce principe (MSSS, 2005, p. 12).

4.2.1.3 Rétablissement

Expérience avant d'être une approche, le principe du rétablissement apparaît pour la première fois, et de façon omniprésente, dans les plans de 2005 et 2015.

En 2005, le mot du ministre introduit d'emblée le rétablissement des personnes en le qualifiant « d'ambition réalisable » et non d'une « utopie » (MSSS, 2005, p. 5). Toujours dans le plan de 2005, on retrouve comme premier enjeu discuté le principe de rétablissement : « La priorité qu'il faut accorder au rétablissement de la personne dans sa globalité et au développement des moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société » (*ibid*, p. 11). Dans les principes directeurs du plan d'action de 2005, le rétablissement se retrouve comme deuxième point : « Le plan d'action réaffirme la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la vie en société »

(*ibid*, p. 12). Ensuite, dans la vision du plan, on note que les actions du plan « devraient être réalisées dans une perspective visant le rétablissement des personnes en cause [...] » (*ibid*, p. 13). À la partie IV du plan, où on parle de la reconnaissance du rôle et du potentiel des personnes, on décrit de manière détaillée le concept de rétablissement.

La perspective du rétablissement est souvent décrite comme la croyance dans les capacités des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie (plutôt que de laisser la maladie contrôler leur vie). L'exclusion, manifeste ou implicite, est source de détresse psychologique énorme, quel que soit le groupe d'âge, et entraîne la personne ayant un trouble mental dans un cercle vicieux de problèmes et de détresse. Le rétablissement nous invite à soutenir les personnes atteintes d'un trouble mental en les aidant à réintégrer leur rôle en société, malgré l'existence chez elles de symptômes ou de handicaps, car c'est généralement par l'interaction sociale qu'une personne apprend que ses efforts lui donnent du pouvoir sur son environnement (MSSS, 2005, p. 15).

Dans le plan de 2015, on remarque une explosion du nombre de mentions du terme « rétablissement »¹⁰². Le premier principe directeur énoncé dans le plan de 2015 est le rétablissement. D'emblée dans cette section énonçant le premier principe, on statue explicitement que le Québec « fonde les soins et les services du secteur de la santé mentale sur l'approche orientée vers le rétablissement. » (MSSS, 2015, p. 10). S'ensuit une présentation sur le principe en question :

Le MSSS réaffirme ainsi la capacité des personnes utilisatrices de services à prendre ou à reprendre le contrôle de leur vie et de leur maladie et à participer pleinement à la vie collective. L'approche orientée vers le rétablissement est axée sur l'expérience de la personne et sur son cheminement vers une vie qu'elle considère comme satisfaisante et épanouissante, et ce, malgré la maladie mentale et la persistance de symptômes (MSSS, 2015, p. 10).

On explique ensuite que les services reposant sur cette approche « diffèrent des services traditionnels » et vont au-delà « de l'intervention sur la maladie et sur les incapacités qui en découlent » (*Loc.cit.*). On remet la notion « d'espoir » transmise par les intervenants et leur conviction que la personne peut agir sur plusieurs dimensions la concernant (« la reprise de pouvoir sur sa vie; la détermination de ses besoins et de ses forces; le développement de ses

¹⁰² 40 mentions en tout

habiletés; sa responsabilisation; l'utilisation des ressources disponibles qu'elle juge pertinentes pour répondre à ses besoins »)¹⁰³. On souligne la non-linéarité du processus de rétablissement¹⁰⁴.

À l'instar du plan de 2005, le mot du ministre de 2015 fait aussi mention de sa volonté de favoriser le rétablissement des personnes (MSSS, 2015, p. iii). Dans la section « contexte » du PASM 2015-2020, on mentionne brièvement l'importance des organismes communautaires pour le rétablissement des personnes (MSSS, 2015, p. 6). On fait aussi un bref retour sur le plan de 2005 et on note que ce dernier a grandement contribué à « la diffusion et l'implantation progressive de l'approche orientée vers le rétablissement » (*ibid*, p. 9).

Dans la première orientation du plan de 2015 (« Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté »), on retrouve à plusieurs reprises la notion de rétablissement. On y souligne encore l'apport du plan de 2005, quant à la diffusion de l'approche et on affirme que cette première orientation favorise le rétablissement des personnes (MSSS, 2015, p. 13). On retrouve ensuite une sous-section de cette première orientation spécifiquement axée sur le rétablissement où on y souligne « l'implantation et le maintien des soins axés sur le rétablissement ». On y mentionne que la personne est acteur principal dans les soins qu'elle reçoit, qu'elle est membre à part entière de l'équipe de soins et on renomme l'espoir (MSSS, 2015, p. 17).

Le rétablissement ne se retrouve pas seulement comme premier principe directeur, mais aussi à plusieurs endroits dans la première orientation du plan qu'est la primauté de la personne. Tout au long du plan d'action de 2015, dans les trois premières orientations, l'accent est mis sur le rétablissement. Autant en ce qui concerne des questions de logement (p. 22), que d'intégration socioprofessionnelle (p. 28), que des services de soutien et de suivi dans la communauté (p. 53-54), on souligne l'importance de ces services pour « maximiser les chances de rétablissement »

¹⁰³ Ces dimensions sont tirées de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.

¹⁰⁴ « Le rétablissement n'est pas un processus linéaire. Il peut comprendre des périodes d'avancées, de stagnation et même des reculs » (MSSS, 2015, p. 10 reprenant les travaux de H. Provencher (2013) *L'expérience de rétablissement : Vers la santé mentale complète*).

(MSSS, 2015, p. 40). La notion de rétablissement se retrouve même dans la conclusion du plan de 2015 (p. 65).

4.2.2 Types d'intervention

Dans un deuxième temps, nous présentons de façon plus pratique les réponses concrètes prépondérantes aux problèmes de santé mentale au sein du présent corpus. Pour reprendre certains aspects abordés en recension des écrits, et pour leur place significative et constante au sein du corpus, nous précisons davantage sur les enjeux liés à l'intégration en lien avec le travail et ceux de santé publique. Pour cette raison, dans le survol des modalités d'intervention, ces deux aspects ne seront pas abordés. Les différences dans la façon d'aborder les autres types de moyens ne seront pas explorées ici. Nous nous contentons de mettre ces moyens en lumière et de dégager la présence ou l'absence de ceux-ci au sein du corpus.

Dans l'ensemble du corpus, on remarque une certaine uniformité en ce qui a trait aux types d'intervention proposée. En 1989 et 1998, les services et moyens d'intervention sont listés de manière très claire et concise (MSSS, 1989, p. 39 à 44; MSSS, 1998, page 19 à 22 et Tableau résumé p. 39). En 2005 et 2015, on retrouve une partie de l'information dans certaines sections assez développées du plan (MSSS, 2005, p. 26 à 63; de manière disparate en 2015), ainsi qu'en Annexe I (MSSS, 2005, p. 90 à 92; MSSS, 2015, p. 66-67).

4.2.2.1 Éléments d'intervention

Nous allons maintenant examiner la place qu'occupe chaque type d'intervention dans le corpus afin de brosser un portrait le plus juste possible de la façon dont est représentée la souffrance sous l'axe de l'intervention en santé mentale.

4.2.2.1.1 Évaluation et traitement : services de base et spécialisés ou niveaux de service

Bien qu'on passe d'appellations plus « courantes » à une logique plus organisationnelle, une constante tout au long du corpus est bien sûr les informations concernant les services d'évaluation et de traitement. Bien qu'on aborde davantage la question de l'hospitalisation dans les deux premiers documents étant donné les enjeux entourant la volonté d'en réduire la

fréquence¹⁰⁵, l'hospitalisation reste mentionnée dans l'ensemble du corpus. À retenir qu'à partir des documents de 2005 et 2015, le concept du « niveau de service » dans un contexte organisationnel est largement abordé.

En 1989, faisant partie de la gamme essentielle de services, on nomme ces services « services de base » et « traitement spécialisé ». Les services de base « visent à assurer en tout temps un accueil, une évaluation, une réponse immédiate et une orientation adéquate lorsque requis » (MSSS, 1989, p. 41). Le traitement spécialisé, lui, est « rendu nécessaire par la persistance, la complexité et le degré de sévérité d'un problème de santé mentale » (*ibid*, p. 42). On insiste sur la nécessité de privilégier une intervention se rapprochant du milieu de vie des personnes, tout en nommant l'hospitalisation sur un court terme (*ibid*, p. 42-43).

En 1998, dans la liste des huit services, on nomme le « traitement dans la communauté » et « l'hospitalisation ». On explique que le traitement prend diverses formes et qu'il doit « toujours être accessible dans la communauté. Les traitements visent essentiellement le soulagement des souffrances et le recouvrement du plein potentiel des personnes » (MSSS, 1998, p. 20). On y donne des exemples de ressources, dont les cliniques externes, CLSC, hôpitaux de jour, pratique privée et organismes communautaires (*Loc.cit.*). On développe ensuite sur l'objectif d'une réduction des hospitalisations pour un passage « d'un modèle de services centré sur les hôpitaux à un modèle d'organisation dans la communauté » (*Loc.cit.*).

À partir de 2005, on fait maintenant référence aux niveaux de services pour désigner les services « de base » et ceux plus « spécialisés ». En plus d'expliquer la nature des trois niveaux de service, on développe sur les « services généraux de première ligne (médicaux et psychosociaux) » accessible pour la population en générale. Pour les personnes atteintes d'un trouble mental, on fait ensuite référence à l'évaluation et au traitement selon le niveau de service, comprenant les services d'hospitalisation (MSSS, 2005, p. 32 à 37 et 42 à 50).

¹⁰⁵ Contexte de désinstitutionnalisation

Finalement, en 2015, en annexe I, on nomme les « services d'évaluation et de traitement en santé mentale » (comprenant la première ligne et les services spécialisés), ainsi que « l'hospitalisation et longue durée » (MSSS, 2015, p. 66 et 67). De façon disparate dans le texte, on parle encore beaucoup de la première ligne, mais on développe moins qu'en 2005 sur la différence entre les niveaux de service.

4.2.2.1.2 Intervention dans le milieu ou soutien dans la communauté

La Politique de 1989 et même le plan d'action de 1998 représentent l'émergence de l'intervention en milieu de vie. Dans un contexte de désinstitutionnalisation, on remarque déjà un grand souci et une volonté d'intervenir dans les milieux dès les premiers documents du corpus : « L'accent placé sur le traitement et la réadaptation a permis de passer du système asilaire à une philosophie d'intégration sociale. » (MSSS, 1989, p. 15). En 2005 et 2015, le « soutien dans la communauté » va déjà de soi.

En 1998, en début de plan, on mentionne le consensus pour des services dans la communauté (MSSS, 1998, p. 12). Le plan de 1998 en est en effet un de transformation. Lorsqu'on questionne le « pourquoi » de cette transformation en début de plan, on explique que « l'accès à des services dans leur milieu de vie » est une des priorités depuis la Politique de 1989. De façon plus concrète, le premier des huit types de services développés dans le plan est le « suivi dans la communauté » où on explique la différence entre le « suivi intensif en équipe » et « le suivi non intensif dans la communauté »¹⁰⁶ (MSSS, 1998, p. 19-20). On explique dans cette section la nature du suivi dans la communauté qui « renvoie à une famille d'activités d'intensité variable qui visent le mieux-être et l'intégration sociale des personnes aux prises avec les conséquences de troubles mentaux. » (MSSS, 1998, p. 19). Un autre des éléments de la liste est le « traitement dans la communauté » pouvant prendre diverses formes et visant

¹⁰⁶ Le suivi intensif en équipe « vise les personnes les plus gravement atteintes et les plus vulnérables ». Caractéristiques : travail d'équipe, activités taillées sur mesure pour chaque personne, démarches proactives (reaching out), interventions dans le milieu de vie (in vivo), priorité accordée aux besoins de base (logement, nourriture, soins) et au soutien de proches. Le suivi non intensif dans la communauté : « Un suivi communautaire d'une intensité moindre et effectuée par des individus, plutôt que par une équipe, est aussi nécessaire pour les personnes moins gravement atteintes. » (MSSS, 1998, p. 19-20).

« essentiellement le soulagement des souffrances et le recouvrement du plein potentiel des personnes » (MSSS, 1998, p. 20).

En 2005 et 2015, le traitement dans la communauté est devenu davantage « tenu pour acquis ». En 2005, dans les services destinés aux adultes ayant un trouble mental grave et s'inscrivant dans une perspective de réadaptation psychosociale, on retrouve une sous-section où on explique la nature du suivi intensif et du soutien d'intensité variable : mesures très « structurantes » pour l'organisation des services visant le maintien dans la communauté (MSSS, 2005, p. 51-52).

Dans le plan de 2015, dans la section visant à consolider les mesures prises dans le plan d'action de 2005, on retrouve une sous-section portant sur « le soutien et le suivi dans la communauté des personnes qui présentent un trouble mental grave » (MSSS, 2015, p. 53). On y donne aussi de l'information sur le soutien d'intensité variable et le suivi intensif, « l'un des modèles de services les plus étudiés dans la littérature scientifique en psychiatrie et dont l'impact sur la réduction de l'utilisation des services hospitaliers est le mieux démontré » (MSSS, 2015, p. 54).

4.2.2.1.3 Services de crise (comprenant les services pour personnes présentant un risque suicidaire)

Les services de crise sont abordés dans l'ensemble du corpus avec une place relativement proportionnelle à la longueur de chaque document (par exemple, le long plan de 2005 y fait davantage référence que le court plan de 1998). En 1989, les quelques informations relatives aux services en situation de crise ou d'urgence se retrouvent dans les sections sur les « services de base » et le « traitement spécialisé » (MSSS, 1989, p. 41-42). On aborde aussi la question du suicide notamment dans la section sur « la réponse à des problématiques particulières » (MSSS, 1989, p. 45). En 1998, parmi les huit services requis listés, on retrouve « l'intervention en situation de crise disponible en tout temps » (MSSS, 1998, p. 20). Le suicide n'est pas abordé en 1998. En 2005, une section est consacrée aux « services de crise », précisant la nature de ces services et leurs différentes modalités (MSSS, 2005, p. 27 à 29) et une présente les services requis pour les personnes présentant un risque suicidaire élevé, certain relevant de la crise

(MSSS, 2005, p. 57-58). Finalement, en 2015, dans la section visant à consolider les mesures du plan précédent, une sous-section concerne les « services d'intervention de crise » (MSSS, 2015, p. 50-51) et « le soutien aux personnes présentant un risque suicidaire » (MSSS, 2015, p. 51).

4.2.2.1.4 Réadaptation ou enjeux d'intégration : logement, travail et études

Dans l'ensemble du corpus, on comprend que les enjeux de réadaptation vont de pair avec ceux d'intégration. La Politique de 1989 souligne même que « la réadaptation et la réintégration sociale sont complémentaires et se déroulent de façon concomitante » (MSSS, 1989, p. 44). Le souci des enjeux d'intégration est présent dans l'ensemble du corpus, quoique peu développé dans la Politique de 1989. Dans le plan de 1998, seules les questions de logement et de travail seront brièvement développées. Dans les deux derniers plans d'action, on retrouve des sections complètes et plus exhaustives sur les questions de logement, de travail, et même sur le parcours scolaire (surtout en 2015). La question des loisirs n'est presque nullement développée dans l'ensemble du corpus.

En 1989, le dernier élément de la gamme des services est « la réadaptation et la réintégration sociale » (MSSS, 1989, p. 44).

[...] si la réadaptation vise à développer ou à restaurer les compétences personnelles et sociales de façon à accroître le niveau d'autonomie d'une personne, la réintégration sociale en constitue le prolongement. Ces activités doivent donc inclure le support et l'accompagnement nécessaires. Leur champ d'action couvre les habiletés de la vie quotidienne eu égard au logement, aux activités sociales et communautaires, au travail et aux études. [...] Il faut également exploiter d'autres voies : la mise en place de logements adaptés ou encore l'amélioration des conditions d'hébergement dans le réseau; l'égalité d'accès à différentes activités, notamment de loisir, en fonction des besoins des personnes; la recherche d'emplois compatibles avec les capacités et les compétences d'une personne; une formation qui puisse mener à un emploi du temps jugé intéressant et des allocations financières suffisantes. Ici, la collaboration avec les autres secteurs de la vie collective représente une stratégie prometteuse (MSSS, 1989, p. 44).

En 1998, deux éléments listés dans l'éventail des services sont en lien avec des questions d'intégration, soit le « soutien pour la réponse aux besoins de subsistance » (faisant référence, entre autres, au logement) et « les loisirs, l'éducation, le développement des habiletés personnelles, l'intégration à l'emploi » (MSSS, 1998, p. 20 et 22). Ce deuxième élément s'inscrit parmi les services de réadaptation et ces activités « vise[nt] à permettre à la personne

de créer des liens, de faire des choix, de développer et d'exercer ses capacités à l'intérieur de projets et d'occupations significatives dans sa vie. » (MSSS, 1998, p. 22). On élabore aussi brièvement sur la question du logement et du travail dans le huitième objectif du plan concernant la mise au point d'actions intersectorielles de ces domaines, prioritaires pour l'intégration sociale (MSSS, 1998, p. 31).

En 2005, dans la section pour les jeunes et les adultes ayant un trouble mental « les services d'intégration sociale : services résidentiels, intégration au travail et soutien aux études, loisirs » sont listés (MSSS, 2005, p. 31 et 41). On précise que ces services s'inscrivent dans une perspective de réadaptation psychosociale où l'on explique pour la première fois de manière détaillée ce qu'elle représente :

La réadaptation est le processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Alors que la nature du processus et les méthodes utilisées peuvent varier, la réadaptation encourage invariablement les personnes à participer activement avec d'autres à l'atteinte des buts concernant la santé mentale ou la compétence sociale »²¹. Dans plusieurs milieux, des services particuliers existent pour la réadaptation des personnes aux prises avec des conséquences liées à des troubles mentaux. L'expérience a démontré que ces services doivent être souples afin de s'ajuster aux aptitudes individuelles des personnes et à leurs aspirations. Ils doivent aussi être offerts en relation avec les autres services de santé mentale. Plusieurs organismes communautaires offrent des services de réadaptation. L'ensemble des services destinés aux personnes ayant des troubles mentaux graves devraient être offerts dans une perspective de réadaptation. Les services de suivi, de soutien et d'intégration sociale décrits plus bas s'inscrivent dans cette perspective (MSSS, 2005, p. 51).

En 2005, c'est aussi la première fois qu'on accorde autant de place à la question des « services résidentiels » (*ibid*, p. 53-54 et 90-91).

À l'instar du plan de 2005, en 2015, dans la section sur le « plein exercice de la citoyenneté », principe de la « primauté de la personne », on retrouve une section complète par rapport au logement (MSSS, 2015, p. 22-23) qui précède la section sur le parcours scolaire (*ibid*, p. 24 à 27) et celle sur l'implication sociale et l'intégration socioprofessionnelle (*ibid*, p. 27 à 30) où la perspective de « réadaptation » revient. Le suivi dans la communauté est aussi nommé comme visant la perspective de réadaptation (*ibid*, p. 53).

4.2.2.1.5 Pair-aidance et entraide

Dans l'ensemble du corpus, on retrouve de l'information par rapport au concept d'entraide et de pair-aidance. En 1989, dans la section sur la recherche des solutions dans le milieu de vie, une mince mention implicite le concept en mentionnant l'entraide et le support fournis par des personnes ayant déjà été confrontés à « des situations pour lesquelles elles ont tenté de trouver des solutions » (MSSS, 1989, p. 25). En 1998, « l'entraide » se retrouve dans la liste des huit services et représente « l'aide que s'apportent mutuellement les personnes dans la même situation » (MSSS, 1998, p. 21). On souligne aussi que les services devraient comprendre des lieux de rencontre et de soutien (*Loc.cit.*). En annexe I du plan de 2005, « les bénéfiques de l'entraide par les pairs » et son importance sont présentés dans la section sur « l'entraide » (MSSS, 2005, p. 91). On note que les forces des personnes dans les groupes d'entraide sont mises ensemble pour « briser leur isolement et pour favoriser un changement social » (*Loc.cit.*). En 2015, c'est dans la section abordant la question de la stigmatisation et de la discrimination qu'on retrouvera beaucoup d'information spécifiquement sur la pair-aidance (MSSS, 2015, p. 16). Les groupes d'entraide seront aussi nommés en annexe I du plan (*ibid*, p. 67). On sent tout de même une insistance croissante sur la pair-aidance au fil du corpus.

4.2.2.1.6 Intervention pour les proches

Le souci pour les familles et l'entourage des personnes présentant un problème de santé mentale est présent dans l'ensemble du corpus. En 1989, on insiste sur le rôle des familles et des proches jusqu'alors négligé de l'aide en santé mentale (MSSS, 1989, p. 14). En 1989 et 1998, de façon explicite, on retrouve le « support aux familles et aux proches »¹⁰⁷ dans la liste des services, notamment, entre autres, les services de répit. En 2005, on nomme de façon claire dans la liste de services pour les adultes ayant un trouble mental le « soutien aux familles et aux proches » et dans celle pour les jeunes « le soutien et les services d'entraide destinés aux parents et la formation des parents » et « le répit-dépannage pour les parents » (MSSS, 2005, p. 31). Une autre section sur les « familles et les proches » se retrouve plus loin dans le plan lorsqu'on liste les rôles et les responsabilités des acteurs (*ibid*, p. 66-67). En 2015, dans la section sur la primauté de la personne, on retrouve une sous-section complète sur la reconnaissance et le soutien de l'implication des membres de l'entourage (MSSS, 2015, p. 18-19).

¹⁰⁷ « support aux familles » en 1989

4.2.2.1.7 Promotion et défense des droits

Dans tous les documents, on retrouve une préoccupation pour la promotion, le respect et la défense des droits, sauf en 1998 où la seule mention à ce sujet souligne que cet enjeu est « un des fondements de cette démarche collective d'appropriation du pouvoir » (MSSS, 1998, p. 17).

En 1989 et 2015, dans les sections concernant la primauté de la personne, une sous-section complète aborde la question de la promotion, du respect et de la protection des droits (MSSS, 1989, p. 32 à 34; 2015, p. 14 à 15). En 1989, on y souligne, entre autres, l'importance d'avoir un « comité de bénéficiaires » dans les établissements psychiatriques (MSSS, 1989, p. 33). En 2015, on retrouve une série de mesures, mais elles impliquent toutes la création par « chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale » d'un plan d'action mettant en œuvre tel ou tel aspect. On sent ici la lourdeur administrative qui imprègne davantage les plans de 2005 et 2015.

Du côté du plan de 2005, bien qu'on nomme la promotion et la défense des droits dans la section précisant la gamme de services pour les adultes ayant un trouble mental, on développe cet aspect seulement en annexe I du plan. On y fait référence aux orientations de la Politique de 1989 et à l'Association d'intervention en promotion et défense des droits des personnes en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) en expliquant leur mission. On précise aussi que « les groupes de promotion et de défense de droits interviennent aussi au niveau systémique pour proposer des modifications aux règlements, politiques ou à l'organisation des services de santé mentale » (MSSS, 2005, p. 90 à 92). Ici, non seulement cet aspect est développé seulement en annexe, mais on remet clairement la responsabilité des modifications systémique à l'association en question; on assiste ici à une déresponsabilisation de l'État par rapport à ces enjeux.

4.2.2.2 Imbrication de l'intégration et du travail

4.2.2.2.1 Évolution et présence de l'intégration au travail dans le corpus

Bien que présenté et nommé de façon différente d'un document à l'autre, la préoccupation en lien avec l'intégration, et plus particulièrement le travail est présente dès le début du corpus. En effet, la « réintégration sociale » de 1989 fait place à une « intégration

sociale » à partir de 1998, pour finalement disparaître en 2015 et faire place à une « implication sociale » et une « intégration socioprofessionnelle ».

La place du travail en particulier apparaît explicitement à partir de 1998 sous la forme « d'intégration au travail », puis « d'intégration socioprofessionnelle » à partir de 2015. Pour l'ensemble du corpus, on remarque un souci de collaboration entre les différents secteurs influençant l'intégration professionnelle (collaboration intersectorielle). Excepté en 2015 où on sent davantage d'inclusion pour tous les troubles, les deux plans précédents du corpus semblent davantage lier l'intégration au travail aux troubles mentaux graves. Il est aussi intéressant de remarquer que le terme « participation active », complètement absent des deux premiers documents du corpus, apparaît pour la première fois en 2005 à une reprise, puis en 2015 à cinq reprises dans tout le texte. Tout comme en 2005 (trois fois), la « participation sociale » est toujours d'actualité en 2015 (six fois). Sommairement, au fil des années dans le corpus, on sent une emphase de plus en plus considérable mise sur le travail en particulier.

Plus précisément, dans la *Politique de santé mentale de 1989*, on parle beaucoup de « réintégration sociale » et « réinsertion sociale ». Étant rédigée dans un contexte de désinstitutionnalisation, la réintégration sociale est mise de l'avant comme un moyen vers lequel tendre pour répondre aux problèmes de santé mentale. La mention du travail comme tel est cependant très succincte dans la Politique. Rappelons ici que le dernier point de la liste énumérant les services incontournables à offrir en santé mentale est la « réadaptation et la réintégration sociale » comprenant celle « aux activités sociales et communautaires, au travail et aux études » (MSSS, 1989, p. 44). On remarque ici le volet « activités sociales et communautaires », précurseur à la participation sociale des plans de 2005 et 2015.

À partir de 1998, on ne retrouve plus la notion de « réintégration sociale » dans les plans d'action, mise à part une seule mention du terme « réinsertion sociale » (MSSS, 1998, p. 32). Le plan d'action de 1998 fait ainsi le pont entre la réintégration et l'intégration sociale et mise explicitement, pour la première fois, sur le travail (et le logement) pour l'intégration sociale. On introduit cette préoccupation pour « l'intégration sociale » et à l'emploi dans la liste des huit types de services. En effet, le « suivi dans la communauté » vise le « [...] mieux-être et

l'intégration sociale [...] » par ses activités et « peut favoriser davantage l'intégration à l'emploi, l'autonomie dans la vie quotidienne, la gestion du budget, etc. » (*ibid*, p. 19). Le huitième élément de cette liste englobe encore plus précisément « les loisirs, l'éducation, le développement des habiletés personnelles, l'intégration à l'emploi » (*ibid*, p. 22). De plus, on retrouve une section exclusivement dédiée au travail parmi les onze « objectifs et mesures » du plan d'action de 1998 (*ibid*, p. 32). L'intégration au travail est décrite, avec le logement, comme « un facteur primordial d'épanouissement et de réinsertion sociale pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants. Il est permis de penser qu'intervenir pour favoriser une telle intégration est un investissement qui rapporte à la société, en diminuant, par exemple, l'utilisation des ressources sociales et de santé ». (MSSS, 1998, p. 32). On énumère ensuite plusieurs obstacles entourant l'intégration au travail, dont le « manque particulièrement important de soutien aux personnes et aux employeurs pour l'intégration et le maintien en emploi sur le marché normal du travail » (*Loc.cit.*). La mesure annoncée ensuite dans le plan vise d'ailleurs à soutenir cette « intégration en milieu de travail normal des personnes présentant des troubles mentaux graves » (*Loc.cit.*).

Dans le plan d'action de 2005, on insiste de plus en plus sur la notion d'intégration sociale. Dans la section précisant la gamme de services offerts, on sépare les « services d'intégration sociale » en trois dimensions importantes, que ce soit pour les jeunes ou les adultes, soit : les services résidentiels, l'intégration au travail et le soutien aux études, et finalement les loisirs (quoique ce dernier point est non développé dans le texte) (MSSS, 2005, p. 31; 41). Les auteurs listent ensuite brièvement les sortes de mesures implantées dans les dix dernières années : « pré-employabilité, développement de l'employabilité, ainsi que des mesures d'insertion et de maintien en emploi » (MSSS, 2005, p. 54). De façon plus précise, le plan d'action de 2005 souligne que « les programmes du type contrat d'intégration au travail (CIT), bien qu'ils gagneraient à être mieux adaptés à la réalité des personnes ayant un trouble mental, semblent être les mesures les plus normalisantes » (MSSS, 2005, p. 55).

En 2015, le terme « intégration sociale » disparaît quasi complètement (une mention seulement) pour faire place à « implication sociale » et « intégration socioprofessionnelle ». Dans le plan d'action de 2015, pour répondre à la première orientation du plan promouvant la

primauté de la personne, on met « en place des conditions permettant le plein exercice de la citoyenneté » dont le travail, nommé après le logement et le parcours scolaire (MSSS, 2015, p. 21). Le titre de section « intégration au travail » du *Plan d'action en santé mentale de 2005-2010* fait place à une section sur le travail encore plus détaillée que dans les plans précédents et référant à : « l'implication sociale, l'intégration socioprofessionnelle et le maintien en emploi » (MSSS, 2015, p. 27). Cette section se divise en deux parties où on souligne premièrement que l'intégration socioprofessionnelle ou l'intégration en emploi est un « aspect important de la réadaptation des personnes [...] » (MSSS, 2015, p. 28 se référant à Corbière (2006)). À l'instar du plan de 2005, on sent l'entonnoir de l'intégration se resserrer autour de l'importance du travail, tout en gardant tout de même présente « l'implication sociale » au sens plus large. Nous y reviendrons à la sous-section suivante 4.2.2.2. À l'instar du plan de 2005, mais de manière plus poussée, le plan de 2015 insiste sur l'importance de faire coexister plusieurs modèles favorisant l'intégration socioprofessionnelle pour soutenir la personne dans « son parcours de rétablissement » : « réadaptation psychosociale par le travail, services d'aide en emploi et programmes préparatoires à l'emploi, dont les services spécialisés de main-d'œuvre à l'intention des personnes handicapées, soutien à l'emploi de type "placement et soutien individuel" [...], etc.) » (MSSS, 2015, p. 28). Le ministère souligne ici le mandat clair remis à l'Association québécoise de la réadaptation psychosociale (AQRP) « de faire l'examen des pratiques en matière de réadaptation psychosociale par le travail et l'évaluation de l'impact des interventions sur le rétablissement des personnes utilisatrices de services » (*Loc.cit.*). Il est intéressant de souligner ici qu'en comparaison avec l'aspect de « promotion et défense des droits », où il revenait à chaque établissement de se prémunir d'un plan (2015) et où aucune direction claire n'était mentionnée quant aux changements structuraux sur lesquels pouvaient œuvrer les groupes de défense des droits, le mandat en lien avec le travail est ici beaucoup plus défini.

L'un des grands défis des politiques de santé mentale et d'emploi est le soutien des personnes atteintes d'un trouble mental afin qu'elles demeurent en emploi et maintiennent leur productivité. Ces défis demandent à la fois des actions de suivi, de gestion de la maladie ainsi qu'une mobilisation des entreprises et des employeurs en vue d'offrir des conditions de travail et une gestion favorisant la santé mentale (MSSS, 2015, p. 29 se référant à l'Organisation de coopération et de développement économiques (2012)).

Nous reviendrons sur la portée de cet extrait dans notre discussion du Chapitre V.

4.2.2.2.2 *Élargissement de perspective*

Dans l'ensemble du corpus, on aborde des modalités alternatives à l'intégration professionnelle comme telle, quoiqu'étant davantage présentées comme strictement complémentaires dans les plans de 2005 et 2015, et non sur un pied d'égalité avec les autres modalités. À l'inverse, les deux premiers documents du corpus misent davantage sur l'intégration sociale au sens large. Dans tous les documents du corpus, on retrouve toutefois des mentions par rapport aux loisirs, par exemple, comme manière de s'intégrer.

Les documents de 1989 et 1998, plus courts, ne développent pas beaucoup sur l'intégration, incluant celle via les loisirs, même si on sent ces dimensions importantes. Dans la Politique de 1989, tel que mentionné ci-dessus, on parle « d'activités sociales et communautaires » et des « habiletés de la vie quotidienne » (MSSS, 1989, p. 44). En 1998, on fait référence aux « loisirs » et aux « habiletés personnelles » (MSSS, 1998, p. 22).

En termes de proportion, rappelons que les longs plans de 2005 et 2015 regorgent d'informations quant à l'intégration au travail. Ces documents, par leur longueur, élaborent aussi davantage sur les possibilités quant à l'intégration liée à la participation citoyenne pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. En 2005, on nomme explicitement et pour la première fois la « participation sociale » qui peut venir compléter ou remplacer une « intégration au travail » comme telle.

L'insertion dans un emploi rémunéré ne doit pas être le seul objectif dans ces démarches vers l'intégration sociale. Les nombreux obstacles à une telle insertion doivent nous amener à examiner d'autres options. La participation sociale doit être considérée, soit comme une étape dans une démarche de pré-employabilité, soit dans une perspective à long terme si la personne ne peut poursuivre son cheminement vers l'obtention d'un emploi rémunéré. Nous devons aussi comprendre que la participation sociale consiste en des activités basées sur l'aide ou l'entraide, que ces activités servent à des fins non lucratives, et que la contribution des personnes atteintes d'un trouble mental à ces activités leur apporte un sentiment d'utilité et de valorisation (MSSS, 2005, p. 55).

Déjà présente dans les deux premiers documents du corpus, mais de manière implicite, les plans de 2005 et 2015 explicitent ainsi cette option alternative de « participation sociale » autre que le travail. En 2015, on ajoute « implication sociale » pour aborder cette même notion, mais ce de façon brève, malgré la longueur de la section concernant le travail.

Bien que le MSSS fasse la promotion de l'intégration socioprofessionnelle et du maintien en emploi régulier, le PASM 2015-2020 reconnaît la diversité des parcours, des besoins et des façons de contribuer socialement. Ainsi, la participation dans les sphères socioprofessionnelles et sociales peut prendre différentes formes : l'implication sociale dont le bénévolat, les études, le travail à temps partiel ou à temps plein, les activités de jour, les stages et les ateliers adaptés, etc. (MSSS, 2015, p. 27).

Il est intéressant de noter que les plans de 2005 et 2015 distinguent clairement la « participation sociale » de « l'intégration et du maintien en emploi (MSSS, 2005, p. 56 et 2015, p. 28), tout en montrant la volonté d'inclure la perspective de « participation sociale » (MSSS, 2005, p. 56). Ce constat renvoie à la « complémentarité » des éléments d'intégration autre que le travail dans les plans de 2005 et 2015, où de façon explicite on en fait la distinction. À l'opposé, en 1989 et 1998, toute forme d'intégration, y compris celle au travail, semble davantage regroupée et perçue sur un pied d'égalité. Finalement, notons que pour la première fois en 2005, le plan comprend un témoignage¹⁰⁸ d'une personne par rapport à son expérience d'intégration au travail. Cette dernière fait ressortir des aspects comme le non-jugement, la confiance en soi venant de la confiance accordée par les autres, le support, ainsi que la crédibilité, mais aussi, plus tard, l'absence de crédibilité (MSSS, 2005, p. 55).

4.2.3 Instances et acteurs qui interviennent : les médecins et les intervenants

Après avoir examiné les principes directeurs soutenant l'intervention, ainsi que certains moyens plus concrets pour agir, nous présentons ici les instances mandatées pour répondre à la détresse psychique. Sommairement, la place prise par la présentation de ces diverses instances responsables de la prise en charge en santé mentale augmente considérablement à partir du plan d'action de 2005.

4.2.3.1 La place prédominante des médecins dans le corpus

Les divers documents du corpus présentent, de façon plus ou moins détaillée, les instances et les personnes responsables d'intervenir auprès des personnes présentant une détresse ou une souffrance en lien avec la santé mentale. La place des médecins est très importante dans le corpus. Simplement, on peut d'abord mettre en lumière le nombre de

¹⁰⁸ Tiré de « Paroles et parcours d'un pouvoir fou : Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale, Montréal, 2004, p. 20 ».

mentions généralement croissant et très important d'un document à l'autre des termes « médecins », « omnipraticiens », « psychiatre », « pédopsychiatre » et « pédiatre »¹⁰⁹.

On utilise beaucoup le terme « intervenant » pour nommer les divers professionnels qui donnent des services¹¹⁰. Ce terme revient de façon importante et croissante au fil du corpus, mais moins souvent que la terminologie entourant le corps médical, excepté dans la Politique de 1989 où on retrouve « intervenant » deux fois plus que les désignations entourant les médecins. Notons aussi que la plupart du temps, « intervenant » inclut également les médecins. En fait, excepté pour les médecins, où la profession spécifique est ainsi identifiée, il est très rare dans le corpus qu'on retrouve une désignation précise pour d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Par exemple, les termes « travailleur(s) social » et « psychologue » sont absents des textes de 1989 et 2015, quasi absents du plan de 1998 et faiblement présents en 2005. Plus précisément, en 2005, on retrouve neuf mentions du terme « psychologue » et cinq mentions pour « travailleur social », dont deux des cinq mentions se retrouvent dans les témoignages des personnes en exergue du texte. En 1998, on retrouve une apparition pour « travailleur social » et deux pour « psychologue ». En somme, en 1989, 1998 et en 2015, presque nulle part mentionne-t-on de façon spécifique un type de professionnel ou d'intervenant en particulier, excepté les médecins¹¹¹.

4.2.3.2 Des services interdisciplinaires où les médecins sont partout et mis en exergue

Dans l'ensemble du corpus, on mentionne l'importance d'un travail multidisciplinaire entre partenaires de soins (MSSS, 1989, p. 27 et 37; 1998, p. 25 et 31; 2005, p. 22 à 25 et 2015, p. 10).

Bien que l'interdisciplinarité soit posée comme essentielle dans l'ensemble du corpus, l'égalité entre les intervenants est à explorer. Cette iniquité est observable par divers

¹⁰⁹ En faisant la somme de ces termes pour chaque document (comprenant la totalité du texte), on arrive à un total de 14 mentions en 1989, 28 en 1998, 92 en 2005 et 59 en 2015.

¹¹⁰ De façon plus marginale, le plan de 2005 utilise neuf fois le terme « équipe de première ligne » pour désigner l'entité qui intervient; contrairement au reste du corpus où cette appellation ne se retrouve nulle part.

¹¹¹ On retrouve aussi une mention du terme « infirmière » dans les plans d'action de 1998 et 2015.

phénomènes comme l'accent mis sur la profession médicale dans ce travail multidisciplinaire, la distinction posée entre les médecins et les autres intervenants, et un lexique teinté d'une connotation médicale.

Par exemple, dans le plan de 1998, lorsqu'on aborde la responsabilité entourant la prestation de services, on mentionne qu'elle « inclut la liaison avec les équipes médicales (omnipraticiens ou psychiatres) engagées dans les soins aux personnes, l'accompagnement et le suivi après l'hospitalisation, la formation et le soutien des différents groupes (corps policiers, organismes bénévoles, etc.) [...] » (MSSS, 1998, p. 24). Dans cet extrait, lorsqu'on parle des équipes médicales, l'accent est mis sur l'intervenant qu'est le médecin, et laisse penser que cette équipe est constituée intégralement de médecins. Dans la mesure suivante, on remarque aussi la distinction semblant être posée entre le médical et le social en souhaitant l'amélioration de « l'accès aux services de pédopsychiatrie et la continuité des services psychosociaux » (MSSS, 1998, p. 26).

On peut aussi remarquer cette division entre médical et social notamment dans la partie IX du plan d'action de 2005 touchant l'organisation du réseau de services. Dans « les conditions de succès de l'organisation des services » (MSSS, 2005, p. 74), on distingue les objectifs pour « les équipes de santé mentale » versus « l'effectif médical » (qui inclue les « psychiatres et les omnipraticiens »). Un des objectifs dédiés au premier groupe est « assurer la présence d'un nombre suffisant de ressources humaines qualifiées et diversifiées (services interdisciplinaires) incluant des omnipraticiens ou des pédiatres, pour la première ligne, et des psychiatres, pour la deuxième ligne » (*Loc.cit.*). Cet objectif rend encore compte de l'accent mis sur la profession médicale en précisant trois types de médecins pour parler d'un service interdisciplinaire. Plus loin, on établit même une distinction entre l'interdisciplinaire en soi et le médical, en nommant comme objectif pour les « soins partagés » de « mettre en plan des pratiques axées sur les soins partagés, tant sur le plan médical qu'interdisciplinaire, et ce, à tous les niveaux de services » (*Loc.cit.*). Finalement, à la page 79, on présente un tableau des dépenses en santé mentale. On divise le total entre « Programme », « Omnipraticiens », « Psychiatres » et « Médicaments ». On remarque encore ici la distinction « Programme » versus sphère médical et l'emphase entourant le domaine médical.

Dans la section traitant de l'intervention en première ligne pour les adultes, le plan de 2005, se référant à une source de l'OMS, précise les « deux formes principales de traitement [...] préconisées dans les évaluations mesurant l'efficacité des interventions : la psychothérapie et la thérapie médicamenteuse » (p. 43).

La formation en santé mentale pour les omnipraticiens contribue à améliorer la prise en charge des troubles mentaux, mais la seule participation des omnipraticiens au traitement de ces troubles ne permet pas d'atteindre un résultat optimal, alors que l'efficacité du travail conjoint des psychologues et des omnipraticiens a maintes fois été démontrée. Des succès ont aussi été obtenus par l'association d'autres professionnels, tels que les infirmières et les travailleurs sociaux au traitement de ces maladies (*Loc.cit.*).

Ce paragraphe met en lumière le souci du gouvernement de diversifier le traitement à autre chose qu'une approche uniquement médicale. Bien qu'on note le souci de ne pas se limiter à des traitements médicaux pour prendre en charge la souffrance, on sent toutefois le modèle biomédical primé, par le caractère restreint des interventions alternatives (psychothérapie) présentées dans cet extrait. On mentionne la participation d'autres professionnels, dont les travailleurs sociaux, mais sans nécessairement développer d'autres formes d'interventions.¹¹²

À titre d'exemple pour le plan de 2015, on remarque encore l'accent mis sur le corps médical dans l'introduction de la section qui vise à soutenir la collaboration interprofessionnelle. On y explique que les mesures présentées dans cette section « portent sur la continuité des soins et des services en santé mentale et sur le soutien aux intervenants impliqués dans le secteur de la santé mentale, dont les médecins de famille. » (MSSS, 2015, p. 42). Encore une fois, on sent le besoin de préciser que les « intervenants impliqués » comprennent les médecins.

¹¹² L'extrait suivant démontre toutefois d'un désir d'amélioration et d'un regard critique sur les pratiques actuelles : « Au regard de l'organisation des services, des chercheurs canadiens concluaient récemment que, malgré le potentiel lié à la contribution de différentes disciplines, la collaboration est insuffisante entre les omnipraticiens, les professionnels du secteur de la santé mentale et les psychiatres. Tout à fait dans le même sens, des recherches récentes indiquent que le traitement de la dépression majeure doit mettre l'accent sur *a fluid working relationship* entre les différents professionnels visés : psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, médecins omnipraticiens et psychiatres » (MSSS, 2005, p. 43).

4.2.3.3 Répartition des ressources et rémunération des médecins

De façon plus ou moins explicite et détaillée dépendant des documents, l'enjeu entourant l'attribution des ressources aux médecins revient dans tous les documents du corpus et souligne encore leur place particulière dans l'organisation et la prestation de services en santé mentale.

De manière légèrement plus nuancée en 1989, dans la section traitant de la répartition des ressources humaines, on introduit la place des autres professionnels. On y souligne la volonté d'augmenter les ressources psychosociales, ainsi qu'une « répartition adéquate des effectifs psychiatriques » (MSSS, 1989, p. 48). On parle aussi d'un possible réaménagement « dans le financement des différentes catégories de professionnels » (*ibid*, p. 49). La place des médecins est cependant immédiatement rappelée comme particulière :

Une étude devra être menée en collaboration avec les fédérations médicales afin de déterminer la pertinence et la faisabilité de constituer des enveloppes régionales à partir des sommes prévues pour la rémunération des professionnels provenant tant des programmes d'assurance hospitalisation que d'assurance maladie. Cette enveloppe pourrait permettre, d'une part, la rémunération des médecins actifs dans les services de santé mentale et, d'autre part, le paiement des services offerts par d'autres types de professionnels que des médecins (*Loc.cit.*).

Cet extrait témoigne de la position financière centrale des médecins dans l'intervention en santé mentale. Bien que l'on considère les autres professionnels, les médecins sont ici mis à part dans la répartition des ressources.

De manière très explicite, le cinquième objectif du plan d'action de 1998 porte complètement sur l'adaptation des modes de rémunération des omnipraticiens et des psychiatres (MSSS, 1998, p. 28). On explique la nécessité d'apporter des ajustements dans cette rémunération étant donné les changements dans la prestation et l'organisation de services. Par la nouvelle rémunération, on souhaite stimuler la disponibilité des médecins de famille pour favoriser le suivi des usagers, et inciter les médecins spécialistes à offrir leurs services comme consultants, spécialement dans les équipes de suivi intensif dans la communauté (*Loc.cit.*).

Du côté de 2005, rappelons que l'on distingue l'intervention en première, deuxième et troisième ligne, pour l'évaluation et le traitement des troubles mentaux chez les jeunes et les adultes séparément (MSSS, 2005, p. 32 à 50). Une grande place est accordée au rôle des

médecins dans la prise en charge des personnes. Dans les mesures posées, on y aborde, entre autres, la question des négociations « pour le renouvellement des ententes de travail avec les omnipraticiens et les psychiatres » (MSSS, 2005, p. 33 et 45).

Enfin, en 2015, une place presque négligeable est accordée aux ententes devant être faites avec la Fédération des médecins spécialistes concernant les enjeux entourant le rôle du « médecin spécialiste répondant en psychiatrie » (MSSS, 2015, p. 47-48).

CHAPITRE V : DISCUSSION

Notre recension des écrits nous a permis de conceptualiser la souffrance psychique et les problèmes de santé mentale en mettant de l'avant l'importance des conceptions personnelles et sociales pour la construction et la compréhension de ces phénomènes. Au terme de notre analyse du chapitre précédent, nous venons maintenant répondre à notre question de recherche en mettant en lumière les représentations contemporaines gouvernementales de la souffrance au sein de notre corpus, en les faisant dialoguer avec les écrits et notre cadre conceptuel des deux premiers chapitres. À la lumière de notre analyse, nous pouvons d'emblée remarquer que, dans l'ensemble du corpus, la notion de « souffrance » est en fait absente au profit du « trouble mental ». Ici, nous parlerons donc surtout des représentations des « problèmes de santé mentale » étant donné l'absence de la « souffrance », comme telle.

Rappelons brièvement nos hypothèses émises jusqu'à maintenant. Nous supposons d'abord une représentation des problèmes de santé mentale (souffrance) découlant d'une normativité sociale. Aussi, une représentation médicalisante des problèmes de santé mentale, soutenue par un prisme de valeurs néolibérales. Finalement, reposant en partie sur ces trois éléments, nous supposons une représentation encourageant la responsabilisation de l'individu et la mise à l'écart des dimensions sociales entourant la compréhension des problèmes de santé mentale et la façon d'y répondre.

Dans ce cinquième chapitre, dans un premier temps, nous présentons la dimension entourant la norme associée à la représentation de la souffrance dans le présent corpus. Dans un deuxième temps, nous analysons les représentations médicalisées et santéisées des problèmes de santé mentale. Ensuite, sous le fil directeur du néolibéralisme, nous observons des représentations gestionnaires et économiques des troubles mentaux. Ces représentations peuvent toutes être observées sous le prisme « normatif », comme de « nouvelles normes » sociales acceptées comme telles dans nos sociétés contemporaines. Finalement, nous présentons certains « silences » du présent corpus gouvernemental.

5.1 Moi et l'Autre : séparation du « normal » et du pathologique

Nous amorçons ce chapitre de discussion en mettant de l'avant la représentation dichotomisée de la souffrance reposant sur une séparation entre le « normal » et le pathologique, entre moi et « l'autre », soutenue par des normes sociales implicites, propres à nos sociétés¹¹³. Au-delà de cette séparation, on peut aussi parler d'une polarisation de la souffrance, où on oppose constamment la maladie et la santé.

Rappelons d'abord le concept d'altérité introduit à la section 2.2.3 sur les représentations de la folie. Dans son texte *Formes et figures de l'altérité* (2005), Jodelet explique que « l'altérité est le produit d'un double processus de construction et d'exclusion sociale qui, indissolublement liées comme les deux faces d'une même feuille, tiennent ensemble par un système de représentations » (p. 10). Les représentations sont intimement liées aux « pratiques dans la construction d'une altérité radicale » (*ibid*, p. 23). Cette construction amenant à l'exclusion est mise de l'avant dans le présent corpus et teinte la représentation de la souffrance et des personnes qui souffrent. On peut aussi dire que les représentations présentées tout au long de nos analyses contribuent à l'actualisation de cette altérité¹¹⁴.

Dans cette section, nous présentons certains aspects de cette représentation soutenue par la norme. En premier, nous faisons ressortir plusieurs références textuelles au « normal » dans notre corpus. Ensuite, nous proposons une analyse de la séparation implicite et explicite au sein du corpus entre « nous » et les « autres », entre les « normaux » et les « malades ». Finalement, nous mettons de l'avant des processus mis en lumière dans le corpus sous un angle qui contribuent et sont soutenus par la normalisation. À noter que nous aurions pu examiner dans cette section d'autres formes de polarité qui découlent de ce qui est normal ou non, comme, par exemple, la santé en opposition à la maladie. Ou encore, ces nouvelles « normes » de médicalisation, santéisation, standardisation, productivité, etc. Nous observerons plutôt ces

¹¹³ Les chapitres I et II du présent travail rendent compte de ces dynamiques d'opposition entre le normal et le pathologique. On y aborde notamment la question des étiquettes diagnostiques (comme le DSM, par exemple) qui modèlent notre rapport aux « problèmes », et régissent les distinctions entre « eux » et « nous ».

¹¹⁴ À titre d'exemple, on peut dire que la « nouvelle norme » de la santé est opposée à la maladie, et peut contribuer à faire disparaître la maladie, ou la souffrance, au profit de son « opposé ».

dynamiques dans nos sections 5.2 et 5.3, mais davantage soutenues par le prisme du néolibéralisme plutôt que celui de la normativité.

5.1.1 La souffrance en relation avec « la » norme : les références au « normal » dans le corpus

On sent une représentation de la souffrance mise en relation avec « la » norme dans notre corpus lorsqu'on constate le nombre de références à la normalité au fil des textes. En rafale, rappelons certains passages des documents, surtout de 2005 et 2015, faisant référence à la « norme ». Dans la section traitant de la santé publique, on insiste d'abord sur les délais d'attente aux services qui peuvent nuire au « développement *normal* » des enfants et des jeunes (MSSS, 2005, p. 34. C'est nous qui soulignons). On parle aussi des premiers signes de maladie mentale qui « sont fréquemment confondu[e]s avec les comportements perturbateurs *normaux* des enfants et des adolescents » (MSSS, 2015, p. 31). Puis, lorsqu'on aborde la question du travail, le plan de 1998 parle du « marché *normal* du travail » et de l'« intégration en milieu de travail *normal* des personnes présentant des troubles mentaux graves » (MSSS, 1998, p. 32. C'est nous qui soulignons). En 2005, on fait référence aux « mesures les plus *normalisantes* » (MSSS, 2005, p. 55. C'est nous qui soulignons).

À titre de contre-exemple, la Politique de 1989 pose d'emblée un avertissement quant au danger de tendre vers une homogénéisation dans les réponses qu'on offre aux personnes.

Les centres de décisions demeurent éloignés des problèmes. Le recours à un système de normes définies à l'échelon central, en plus de rigidifier les modes de prestation de services, fait en sorte que l'homogénéité des réponses a pris le pas sur la diversité des besoins (MSSS, 1989, p. 17).

Cet extrait semble être le seul dans l'ensemble du corpus qui nuance les glissements possibles de ce qui a trait à une homogénéisation, en utilisant la référence à la norme. Il est aussi intéressant de noter la petite nuance apportée en 2015 dans la section sur la stigmatisation où on mentionne que celle-ci peut être « plus marquée concernant certains diagnostics ou lorsque le comportement adopté par la personne atteinte diffère de ce qui est *reconnu comme étant la norme* » (MSSS, 2015, p. 15. C'est nous qui soulignons). Cet extrait vient nuancer l'immutabilité de la norme tel qu'entendu dans le corpus, par ce qui est « reconnu comme étant la norme ».

Malgré cette nuance apportée en 2015, on remarque tout de même une prise de position plus nuancée dans la *Politique de santé mentale de 1989* en comparaison avec le reste du corpus quant au lexique entourant la normativité.

Il est aussi intéressant de rappeler la référence à la normalité souvent cachée derrière d'autres appellations plus acceptées socialement, tel que décrit par Otero (2003), mais renvoyant à cette même réalité de ce qui est « normal » ou pas.

Depuis au moins une trentaine d'années, ce sont les termes dérivés du mot « adaptation » (inadaptation, réadaptation, mésadaptation, « problèmes d'adaptation », etc.) qui semblent se diffuser à plusieurs domaines autres que ceux de la psychologique, de la psychiatrie et de la criminologique pour identifier les écarts de la norme sans avoir recours à ce dernier terme devenu contraire aux exigences phraséologiques de la rectitude politique (p. 77).

Nous pouvons observer ce genre de procédé dans la section sur la santé publique et les enfants, où on donne l'exemple du programme « Écoles en santé » s'adressant à l'ensemble des jeunes d'âge scolaire pour prévenir les « problèmes d'adaptation sociale » (MSSS, 2005, p. 20). En d'autres mots, pour prévenir l'écart à la norme.

5.1.2 Une séparation implicite et explicite entre « eux » et « nous »

Au-delà des références textuelles à la norme, dans l'ensemble du corpus, on remarque de façon plus implicite qu'explicite la séparation faite entre les personnes qui souffrent et les personnes qui ne souffrent pas. Le tout démontrant cette représentation divisée de la souffrance. Les documents n'étant pas créés « *par* et *pour* les personnes », de manière assez évidente et presque incontournable, on sent la scission entre le « eux » et le « nous » au sein du corpus, conséquence de cette évacuation des personnes pour la conception même de ces documents gouvernementaux. On parle des personnes, pour elles, et le tout transparait dans le texte.

Dans l'ensemble du corpus, de façon explicite, quoique légèrement différente d'un document à l'autre, on sépare les personnes « avec » et « sans » problème de santé mentale. De manière plus nuancée en 1989 et 1998 où la polarisation entre « eux » et « nous » prend moins de place et de façon plus assumée en 2005 et 2015. En effet, les références à la « population générale » ou aux « sans maladie » versus aux « personnes présentant un problème » ou « avec

maladie » sont innombrables, surtout en 2005¹¹⁵. En plus des enjeux entourant cette division, présentés tout au long du présent mémoire, le problème entourant ces choix terminologiques découle aussi de l'absence de justification motivant cette polarisation.

Ce clivage posé entre les « normaux » et les « malades » s'accroît ainsi à partir de 2005, où on remarque davantage la scission entre les gens avec une bonne et une mauvaise santé mentale. Au tout début du plan de 2005, on pose d'emblée cette distinction entre « eux » et « nous » : « nous connaissons toutes et tous des personnes qui ont des problèmes de santé mentale » (MSSS, 2005, p. 5). Cet extrait présuppose encore d'emblée et comme allant de soi, l'existence de deux groupes *différents et distincts* (« personnes avec maladie mentale » et « personnes sans maladie mentale »). Ici, le choix de parler de deux groupes distincts est bien sûr défendable, mais le fait de poser cette réalité comme étant une évidence, sans même prendre la peine de le justifier, est questionnable.

Cette séparation entre « eux » et « nous » mérite d'être un peu plus décortiquée. Premièrement, de manière qui pourrait apparaître comme paradoxale, on remarque un souci d'inclusion du « eux » de la part du « nous ». Pour vouloir « les » « inclure », il faut d'abord qu'ils soient séparés de nous. Ce paradoxe qui n'en est pas un renvoie à la notion d'exclusion découlant de l'altérité, tel qu'amené par Jodelet (2005, p. 10)¹¹⁶. Dans un second temps, nous pouvons observer au sein du corpus, la responsabilité du « nous » vis-à-vis du « eux ». Ces deux dimensions seront légèrement détaillées ci-dessous.

5.1.2.1 Inclusion du « eux »

Malgré cette frontière qu'on trace entre les « eux » et le « nous », on retrouve un souci d'inclusion dans les documents. Ainsi, « ils » sont différents de « nous », mais nous souhaitons

¹¹⁵ Par exemple, aux pages 37 et 50 du plan d'action de 2005, on retrouve deux figures expliquant le cheminement respectif d'un jeune et d'un adulte dans le « système hiérarchisé ». On subdivise la colonne « Services de 1^{re} ligne », en deux parties, soit « Sans maladie » et « Avec maladie », en faisant référence aux personnes. Ce choix terminologique et organisationnel est pertinent à mettre de l'avant dans une perspective de définitions des problèmes de santé mentale.

¹¹⁶ Pour aller un peu plus loin, certains courants spirituels, comme le bouddhisme, présentent comme « illusion de l'esprit » l'apparente différence (dualité), entre moi et l'autre, par exemple. Cette illusion est source de souffrance en soi (voir notamment les travaux du doctorant en génétique et moine français, Matthieu Ricard, à ce sujet).

les inclure. Cette inclusion sépare toujours d'emblée le « eux » du « nous ». Plusieurs passages des documents démontrent cette volonté d'inclure. Par exemple, le plan de 2005 statue que « les troubles mentaux peuvent toucher tout le monde, riches ou pauvres, hommes ou femmes, de n'importe quel âge, race ou croyance » (MSSS, 2005, p. 6). Plus loin dans le plan d'action de 2005, on énumère les « aspirations » des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Toujours en distinguant le « eux » du « nous », on remarque le souci d'inclusion en uniformisant les aspirations des deux groupes : « Ces personnes ont les mêmes aspirations que tous les autres citoyens : [énumération], il est important de leur fournir les moyens pour répondre à ces aspirations. » (MSSS, 2005, p. 52). Ici, cette prise pour acquis des aspirations de tous est cependant bien mise de l'avant et nous fait douter d'une volonté de défendre l'unicité des individus.

En 2015, on sent aussi la volonté de faire sentir « inclus » les personnes présentant un problème de santé mentale :

Le Québec a été une des premières sociétés au monde à se doter d'une politique en santé mentale. Cela témoigne de nos valeurs d'inclusion et de solidarité envers les personnes les plus vulnérables. En effet, les Québécoises et les Québécois ont compris très tôt que les troubles mentaux compromettent la santé et l'épanouissement des personnes atteintes et de leur entourage (MSSS, 2015, p. iii).

Cet extrait pose de manière très claire la distinction entre les « Québécois » et les « personnes atteintes ».

Bien que certains extraits encourageant cette tendance soient repérables aussi en 1998, cette insistance sur l'inclusion, qui met en fait en lumière l'exclusion, est davantage présente en 2005 et 2015. Rappelons ici encore une fois que le point n'est pas de critiquer cette volonté d'inclusion, mais plutôt la provenance et la façon dont celle-ci émerge du discours.

5.1.2.2 La responsabilité qu'à le « nous » vis-à-vis du « eux »

Cette séparation du plan d'action de 2005 entre « eux » et « nous » est aussi liée à un deuxième enjeu, soit la responsabilité paternalisante pour « nous » de « les » guérir. « Dans notre entourage, nous connaissons toutes et tous des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Ces personnes que nous côtoyons sont des citoyennes et des citoyens à part entière.

Leur rétablissement n'est pas une utopie, mais une ambition réalisable » (MSSS, 2005, p. 5). Ce passage peut passer pour paternalisant en raison du mot « ambition » ici teinté d'une symbolique rappelant la performance carriériste néolibérale et dans la mesure où le « nous » a comme ambition de gérer le « eux », *pour* eux. Le rétablissement des personnes devient « notre » ambition. Le tout peut aussi supposer une finalité, discutable en soi. Cet extrait démontre dans un premier temps la séparation posée entre « eux » et « nous », la volonté d'inclusion de ce « eux » par le « nous », et finalement la responsabilité du « nous » sur le « eux ». Cette responsabilisation vis-à-vis des personnes se met ici en apparente contradiction avec la responsabilité individuelle ressortant de l'analyse du corpus. En fait, de façon concrète, les enjeux sociaux et la responsabilité collective et politique vis-à-vis la création de la souffrance sont peu développés dans le corpus, mais la responsabilité individuelle des personnes semble mise de l'avant comme primordial pour le rétablissement. En donnant responsabilité au « nous » du mieux-être des « eux », on mise encore une fois sur la responsabilité individuelle des personnes au détriment de celle collective; d'où la contradiction *apparente*. Encore une fois, mais de façon plus déguisée, la responsabilité du mieux-être des personnes incombe aux individus, et les causes en amont ne sont pas abordées. Cette responsabilisation vis-à-vis des personnes ressort dans plusieurs extraits : le plan d'action « [...] sollicite aussi la collaboration de toute la population pour faire en sorte que s'estompe la stigmatisation encore attachée à la maladie mentale. » (MSSS, 2005, p. 5). On peut agir sur les problèmes, mais d'individus à individus seulement. Nous reviendrons sur ce manque d'attention portée à la responsabilité des structures à la section 5.4.1.1.

5.1.3 La normalisation qui passe par l'intégration et l'uniformisation

Dans son article *Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai ? : Vérité et pouvoir chez Foucault*, Blais (2006) reprend une partie de l'œuvre de Foucault pour mettre en lumière la domination du savoir scientifique au détriment des savoirs « profanes »¹¹⁷ allant de pair avec la montée de la standardisation des pratiques¹¹⁸, dans le domaine de la santé mentale publique. En

¹¹⁷ Blais (2006) fait ici référence à « ces savoirs de tous les jours, ces rituels, ces connaissances, ces croyances et ces pratiques qui sont, depuis toujours, essentiels à l'autonomie individuelle et collective » (p. 152).

¹¹⁸ Nous reviendrons sur la standardisation des pratiques à la section 5.3.1.1.

début d'article, l'auteure affirme que « désormais, peu de dimensions et paramètres de la vie sont à l'abri de la logique d'une norme de la santé » (Blais, 2006, p. 151). Nous verrons dans cette section un bref regard sur certaines dimensions n'échappant pas à cette logique de « société de la norme » (p. 152) présentes dans le corpus analysé. L'enjeu de domination des savoirs experts sous l'angle de la santé publique sera examiné dans la deuxième partie de cette sous-section.

5.1.3.1 L'intégration : une préoccupation centrale

En début de recension des écrits, nous avons présenté la définition de la santé mentale du gouvernement du Québec. Cette définition avait été mise en relation avec les écrits de Corin et Lauzon (1986) et des éléments problématiques en étaient ressortis. Un de ceux-ci était la tendance à la normalisation de la définition pour une « intégration maximale à la vie sociale » (Corin et Lauzon, 1986, p. 49). Cette intégration semble occuper une grande place dans le corpus. Bien que dans la *Politique de santé mentale*, par exemple, on l'aborde au sens plus large et inclusif de tout ce qui compose l'intégration, nulle part dans le présent corpus on ne parle du concept de retrait positif où de façon choisie un individu pourrait décider de se poser davantage en marge de la société et ainsi s'affranchir des pressions sociales et de certains phénomènes comme la stigmatisation, par exemple. Nous verrons plus loin à la section 5.3.2 que cette intégration doit être privilégiée en termes d'intégration professionnelle.

5.1.3.2 L'uniformisation : la prévention des problèmes de santé mentale

Tel que présenté à la section 4.1.5.1, ce sont principalement les plans de 2005 et 2015 qui abordent la question de la prévention. En effet, en 1989, l'accent est plutôt mis sur la promotion de la santé mentale et en 1998 les enjeux de santé publique ne sont presque pas abordés. Nous reviendrons sur ces aspects tout au long du présent chapitre, mais rappelons ici l'« idéal social de prévention » décrit par Otero (2003) par le biais des réflexions de Canguilhem, pour faire le pont entre cette prévention comme moyen de normaliser les personnes et les conduites, d'amener à quelque chose de « sain », de la « même espèce », un organisme malade (p. 67).

Notre analyse du discours étatique nous démontre que l'uniformisation des personnes va au-delà d'une volonté d'intégration des personnes présentant un problème de santé mentale. En effet, une grande partie des plans d'action en santé mentale repose sur l'importance de la *prévention* de ces problèmes, comme démontré à la section 4.1.5. Une grande partie de cette prévention touche les jeunes et prouve le caractère précoce de cette tendance à l'uniformisation. D'ailleurs, la volonté d'une prévention précoce revient dans plusieurs passages des plans de 2005 et 2015 (voir section 4.1.5.4). Nous sommes ici bien consciente des motivations positives incitant à la prévention. Sous l'angle de la normalisation comme premier primat du discours gouvernemental, nous choisissons de faire ici la critique de l'angle privilégié au sein du corpus pour l'aborder.

Pour ce faire, nous utilisons l'article *Contrôler la délinquance à la source : une tendance nord-américaine* de Michel Parazelli et Karl Desmeules (2015) analysant la prévention de la délinquance « en fonction des repères normatifs qui guident de façon différentielle la conception des problèmes, des causes et de l'orientation de l'intervention (Karsz, 2011) » (p. 41). Cette recherche est une recension des écrits scientifique en sciences sociales¹¹⁹ sur la prévention de la délinquance qui vise à faire ressortir l'approche dominante utilisée par les chercheurs lorsqu'il est question de la prévention de la délinquance. Pour analyser cette prévention, Parazelli et Desmeules (2015) font appel à deux grands axes la représentant: la *prévenance* et la *prédiction*. Ces deux « visions idéalisées de la prévention » sont « mises en tension » par un « rapport de force inégal » concernant les « normes de socialisation de la vie collective » (p. 41). À la lumière de leur travail, les auteurs constatent que la majorité des recherches reposent ainsi sur des approches *prédictives* où on observe le « comportement déviant » dans une logique épidémiologique et où ce dernier n'est pas discuté ou questionné en soi¹²⁰. Ces recherches

¹¹⁹ Dans les domaines de la criminologie, sociologie et travail social à partir de quatre bases de données.

¹²⁰ Parazelli et Desmeules (2015) relèvent qu'environ 5% des recherches utilisent la *prévenance* et non la *prédiction*. On retrouve dans ce 5% les champs de, notamment, l'anthropologie de l'adolescence, où on tente de comprendre la délinquance par l'augmentation de préceptes normatifs et par la quête des jeunes de faire du sens dans le passage à l'âge adulte. Aussi, l'approche psychodynamique, et finalement la théorie des mouvements sociaux, où une situation est vécue individuellement, mais la solution devient collective (p. 53 à 55). Dans les approches dominantes, le 95% restant de la *prédiction*, on retrouve notamment l'écologie du développement, grandement utilisée par les instances gouvernementales et les organismes internationaux, comme l'OMS, où on observe, entre autres, les facteurs de stress en prélevant, par exemple, des échantillons de salive (p. 47-48). À noter que la branche prédictive associe souvent les facteurs environnementaux aux dimensions sociales (p. 44).

prédictives, quoique intéressantes et pertinentes pour l'avancée et la compréhension de plusieurs phénomènes sociaux, semblent ici constituer le monopole dans le discours scientifique et donc un risque d'une monopolisation unilatérale de la représentation de ces objets sociaux étudiés.

Revenons maintenant un peu en arrière pour rendre compte de ces deux axes selon les auteurs. Ceux-ci reprennent une définition de la *prévenance* tirée du « Trésor de la langue française informatisé » (TLFI) qui définit cette dernière comme la « disposition de celui qui va au-devant des besoins, des désirs d'autrui »¹²¹. On ne vise pas ici à empêcher que « quelque chose d'indésirable n'advienne », mais plutôt à « créer des contextes de socialisation » offrant aux jeunes des possibilités de « voie sociale » menant à autre chose qu'à la délinquance (Parazelli et Desmeules, 2015, p. 41). Pour ce qui est de la *prédiction*, toujours en reprenant une définition du TLFI, il s'agit « d'annoncer à l'avance un événement par calcul, par raisonnement, par induction » (*ibid*, p. 42). Dans le cas présent, la prédiction s'appuie sur les « lois comportementales, développementales et environnementales ». On peut ainsi prédire et faire disparaître les comportements « indésirables » en « contrôlant les facteurs de risque de protection ». « Ici la normativité de l'ordre social existant n'est pas mise en cause, mais rappelée par des injonctions prescriptives et légitimées par l'autorité des faits (Genel, 2013) » (*ibid*, p. 42).

Les auteurs mettent ainsi de l'avant l'éternelle tension entre les paradigmes interprétatifs et positivistes, ces « deux modes de production des connaissances opposées » et leur légitimité épistémologique. À la lumière de leur recension des écrits, Parazelli et Desmeules (2015) observent donc que « l'idéal positiviste de prédiction » semble dominer en Amérique du Nord. On disqualifie ainsi la prévention « prévenante » par « une valorisation soutenue et quasi exclusive des pratiques fondées sur les données "probantes" » (p. 42). Les auteurs affirment que les pratiques, les « injonctions gestionnaires actuelles », soutenues par la « prédiction », se basent maintenant presque exclusivement sur ces données probantes : ce sont les « meilleures

¹²¹ Cet « allé au-devant » pourrait aussi être exploré plus en profondeur.

pratiques ». Elles sont ainsi présentées comme objectivement neutres, comme des certitudes et des preuves.

Pourtant, les pratiques fondées sur les données probantes ne peuvent être qualifiées de « bonnes » ou de « meilleures » qu'en fonction de leur adéquation normative avec une certaine conception du problème et de ses causes (Weinstock, 2007). Le statut même de la « preuve » n'est pas sans poser question concernant la délinquance ou les comportements qualifiés d'antisociaux, étant donné la relativité des normativités qui se disputent la définition même du phénomène, de ses causes et des pratiques associées. Nous devons plutôt considérer ces « données probantes » comme des hypothèses probabilistes obtenues après avoir établi des corrélations et non des vérités indépendantes des choix théoriques, choix qui conditionnent toujours l'interprétation des faits [...] (*ibid*, p. 43).

Cet extrait fait le parallèle avec la section 2.2.2 du présent mémoire décrivant la pertinence de la représentation pour décrire des objets sociaux, en comparaison au champ de la science pure où la vérification empirique est plus défendable¹²². Ce courant positiviste met en effet de côté des dimensions « déterminantes de la vie sociale » comme : « les valeurs, les normes, les rapports d'autorité, les imaginaires sociaux »¹²³, et surtout le manque de consensus concernant les « représentations du comportement délinquant et des orientations politiques pouvant en favoriser ou en décourager l'adoption » (*ibid*, p. 43). Ce dernier point renvoie à une grande partie du propos de ce mémoire qui pose comme relatif le « problème de santé mentale ». Rappelons que certaines dynamiques de pouvoir, de rapport de force, de mécanismes d'oppression, etc., ne sont pas observables et n'auraient pu être mises à jour en se fondant uniquement sur des dimensions probantes de la science. Rappelons encore ici, et comme le souligne aussi les auteurs dans le texte, que le problème n'est pas l'utilisation de la science pour

¹²² Cette hégémonie des pratiques basées sur les données probantes glisse ici des sciences « pures » vers les sciences humaines. Là où en science pure on insiste sur l'importance des études à « haut niveau de preuve », comme les « contrôlées randomisées » en comparaison à celles de plus « bas niveau », comme les « séries de cas », pour augmenter le « niveau de la preuve », on introduit ces principes dans le volet des sciences humaines en supposant des parallèles certes discutables. Il est ainsi concevable que dans un spectre d'études quantitatives qui affirment une relation de cause à effet, on privilégie et encourage les études de « preuve supérieure », randomisées, et fondées sur les données probantes. Cependant, lorsqu'on tente de transposer le tout au volet des sciences sociales, des glissements et des risques entrent en jeu. En effet, des pratiques basées sur des données probantes, bien que leur pertinence soit ici reconnue comme incontournable dans certains contextes, ne peuvent évacuer la place des travaux réflexifs, exploratoires, critiques, visant à mettre en lumière des dynamiques sociales, des constructions sociales, impossibles à relever dans le monde des chiffres. Les approches phénoménologiques, les récits de vie, etc., apparaissent davantage comme incontournables pour traiter le monde subjectif et personnel de la souffrance, par exemple.

¹²³ Les auteurs dénoncent aussi le manque de considération pour les contextes sociaux, politiques, économiques, et le fait de viser uniquement l'individu, par exemple les mères, dans certains contextes (p. 45).

développer de bonnes pratiques d'intervention, mais d'affirmer avoir trouvé « la bonne pratique » *preuves* à l'appui (*ibid*, p. 56)¹²⁴.

À la lumière de cet article qui met de l'avant l'hégémonie des données probantes dans le domaine de la prévention, notons que le *plan d'action en santé mentale 2015-2020* est directement soumis à ce phénomène. En effet, en 2015, on retrouve huit références aux « données probantes » et deux aux « evidence-based practices » dans le corps du texte ou en référence, concernant divers éléments. Aussi, vingt mentions sur les « bonnes pratiques » et quatre sur les « meilleures pratiques », faisant toutes références à cette nouvelle tendance à poser ce type de preuve comme *objectivement* valable, s'y retrouvent. Cette utilisation de ce type de preuves est visiblement en essor en comparaison des trois documents précédents où ces termes sont inexistant¹²⁵.

Rappelons maintenant le PNSP et ses trois fonctions mises de l'avant dans le plan de 2005. La deuxième, « la prévention, qui vise à réduire les facteurs de risque associés aux maladies » renvoie directement à cette dimension prédictive de la prévention qui mise sur les facteurs de risque et de protection et amalgame la souffrance aux « maladies ». Parazelli et Desmeules (2015) en rendent compte explicitement dans leur article : « Les dimensions sociales sont en quelque sorte assimilées à des vecteurs environnementaux pouvant activer ou non les facteurs de risque et de protection selon une logique épidémiologique » (p. 44). Les questions de « surveillance par indicateurs » reviennent plusieurs fois dans l'analyse de nos résultats à la section 4.1.5 et font écho aux exemples de recherches *prédictives* présentées par Parazelli et Desmeules (2015) dans leur article. À noter que ces « indicateurs » sont presque toujours orientés sur des aspects individuels et non sociaux.

¹²⁴ Les auteurs rappellent ici les quatre types d'épistémologie selon Paillé (2012) et « légitimant des critères de validité scientifique différents ». Ils rattachent la prévention *prévenante* aux épistémologies du « sens » et de « l'action » et celle *prédictive* à celle du contrôle (p. 56). Se référer au texte pour plus de détails.

¹²⁵ Il est probable que, principalement le plan de 2005, comprennent cependant des études basées sur ce type de preuve. Nous ne sommes cependant pas allés explorer les références et la méthodologie des diverses sources du corpus pour le vérifier.

Parazelli et Desmeules (2015) concluent leur article par un résumé de quatre caractéristiques émergentes des « bonnes pratiques », soit « l'accent sur la prévention pour accompagner la répression », la grande importance de l'étape de l'évaluation, « la nécessité d'utiliser la science pour fonder les pratiques » et finalement « le fonctionnement en partenariat qui permet d'une part de s'assurer d'un contenu conceptuel et d'objectifs uniformes, et d'autre part de déléguer aux pouvoirs locaux la responsabilité de mener de front les différents projets » (p. 56). Comme nous l'avons vu jusqu'à présent, ces caractéristiques sont observables dans le présent corpus, surtout dans les documents de 2005 et 2015, où, par exemple, la place de « l'évaluation » des pratiques est très importante. En somme, « l'adaptation à des normes collectives tend à remplacer la normativité individuelle, et [qu'] un idéal social de prévention se substitue à l'idéal personnel de guérison des maladies » (Otero, 2003, p. 79 citant Carasso, p. 97-98).

5.2 Une représentation médicalisée et santéisée des problèmes de santé mentale (souffrance)

Nous présentons ici la représentation médicalisée, et son prolongement, la représentation santéisée, des problèmes de santé mentale au sein du corpus. Remarquons ici le glissement entre « souffrance » et « problème de santé mentale ». Comme mentionné en début de chapitre, la notion de souffrance psychique étant absente des textes analysés, nous considérons plutôt ici la représentation des problèmes de santé mentale.

5.2.1 Une représentation médicalisée des problèmes de santé mentale: le modèle biomédical sous-entendu et en expansion au fil du corpus

Comme nous l'avons démontré dans notre section 2.4.1, le phénomène de médicalisation de la souffrance psychique ne date pas d'hier. En effet, « à partir du XIXe siècle [...] l'activité médicale semble s'inscrire dans une politique générale de normalisation » (Otero, 2003, p. 79). Le présent corpus institutionnel n'y échappe pas. En effet, on se rend progressivement compte qu'on ne parle pas de souffrance, ni de psyché, ni même réellement des personnes au sein du corpus. Une grande partie du discours est orientée vers l'organisation des services et le tout est abordé sous l'angle médical.

En reprennent la classification de Pierre Aïach (1998) énoncé en recension des écrits, on se rend compte que plusieurs des quatre formes de médicalisation décrites par l'auteur sont observables au sein du corpus, et même comme l'a démontré Lamarre, Mineau & Larochelle (2006): le discours institutionnel s'articule autour de ces formes. Les formes de l'« extension du domaine médical » et de l'« amplification du champ de compétence de la médecine » (p. 228) sont mises de l'avant dans les deux axes grands analysés dans ce corpus, soit la représentation et la prise en charge des problèmes de santé mentale. Nous pourrions remarquer ce constat tout au long de la présente section. La quatrième forme, le « *healthism* (santéisme) », correspondant à la mise de la santé en « tête des valeurs et des préoccupations sociales » (p. 228) est aussi observable dans le corpus et sera abordé à la section 5.2.2 du présent chapitre.

Tout au long du corpus, on sent les tensions entre une grille de lecture biomédicale, surtout dans les documents de 2005 et 2015, et d'autres plus alternatives, surtout dans les deux premiers documents du corpus¹²⁶. La lecture davantage biomédicale des deux derniers documents reste non explicite et mise en tension avec d'autres principes présentés en 1989, toujours présents en 2005 et 2015, comme la primauté de la personne, par exemple.

Nous présentons dans cette section des manifestations de cette expansion du modèle biomédical au sein du corpus. Nous mettrons en évidence deux dimensions, soit la psychiatrisation du langage et l'omniprésence des médecins dans le corpus.

À noter que nous pouvons aussi souligner l'absence de relativisme en ce qui a trait aux définitions posées des termes principaux¹²⁷ qui s'apparente à une grille de lecture du « problème » davantage biomédicale, dans le cas présent. Aussi, la montée du principe de rétablissement dans les documents de 2005 et 2015, et la façon dont celui-ci est traité, rend

¹²⁶ À noter que dans la Politique de 1989, la place que le médical prend est particulière, car on insiste beaucoup sur la nécessité et la transition amorcée de la désinstitutionnalisation.

¹²⁷ Rappelons-nous qu'en 1989, c'est la seule année où le « manque de consensus » entourant le concept de « santé mentale » est mis de l'avant (voir section 4.1.1.3.1).

compte de cette réalité (voir section 4.2.1.3)¹²⁸. Finalement, certaines explications du plan de 2015 misant plus sur le cerveau sont aussi des illustrations de cette montée du médical pour se représenter la souffrance (voir section 4.1.5.4).

Tel que présenté dans notre section 2.4, la médicalisation « devient un phénomène de société », et dépasse sa profession, « à partir du moment où la reconnaissance d'un problème comme pathologique se double de son inscription dans l'espace collectif, où la santé publique excède la clinique médicale. Qui plus est, elle suppose une normalisation et une moralisation » (Lamarre, Mineau & Larochelle, 2006, p. 229). On peut affirmer que le trouble mental est abordé dans le corpus d'une manière qui « excède la clinique » pour toucher la santé publique. Nous ne présentons dans cette sous-section que la portion « clinique médicale » qui déjà déborde dans son rôle. La « normalisation » et la « moralisation » dont il est question dans l'extrait ci-dessus font écho aux propos présentés dans notre section 5.1.

5.2.1.1 Un langage médical en expansion dans le corpus

La première façon d'observer le processus de médicalisation du souffrir dans les textes institutionnels est par les termes et appellations utilisés pour décrire les personnes, leurs souffrances, les grands enjeux et les moyens d'intervenir sur celle-ci.

Globalement, nous assistons à une montée de la psychiatisation de la souffrance dans les documents étant donné les termes utilisés pour aborder la question des problèmes de santé mentale. Cette montée de la terminologie psychiatrique au sein du corpus est illustrée de façon explicite dans plusieurs sections du Chapitre IV. Nous approfondissons ici cette analyse.

5.2.1.1.1 L'expérience du souffrir désignée en troubles mentaux et abordée en santé mentale

Tel qu'on l'a démontré à la section 4.1.1.1, l'expérience du souffrir est d'emblée invisibilisée dans le corpus par le choix des mots pour l'aborder. En effet, on ne parle pas de souffrance ou de détresse psychique dans les textes, mais bien de troubles mentaux. Dans les

¹²⁸ Rappelons les risques de s'éloigner de la conception du rétablissement telle qu'amenée par les personnes elles-mêmes, pour glisser vers un modèle davantage biomédical et visant uniquement la fonctionnalité (voir section 1.4.1 de notre recension des écrits).

plans de 2005 et 2015, on pousse même cette désignation de la détresse par la maladie en utilisant le terme « maladie » sans le « mental » après, à quelques reprises dans les deux documents. Même ce « trouble », cette « maladie », bref, ce mal-être va être éventuellement occulté au profit de la santé (voir section 5.2.2 du présent chapitre). La folie d'autrefois est ainsi remplacée par une conception médicale, la « maladie mentale »; ce glissement continuant de perpétuer le masque de la souffrance psychique et sociale.

5.2.1.1.2 La montée de la terminologie psychiatrique : la normalisation comme fonction

Rappelons d'abord qu'à la section 4.1.1.5, nous mettions de l'avant la montée de la terminologie psychiatrique au sein du corpus. La place du DSM est notamment démontrée comme en expansion de 1989 à 2015, ainsi que les termes « diagnostic » et « symptôme ». La section 1.3.2 de notre recension des écrits nous rappelle que l'utilisation des étiquettes pour décrire la souffrance n'est pas libre de répercussions pour les personnes. À cet égard, Otero (2012) décrit les diagnostics¹²⁹ en santé mentale comme une « technique de réduction de la complexité » (p. 229). On peut ainsi se poser la question à savoir si on assiste à cette réduction de la complexité au fil du corpus au fur et à mesure que les classifications nosographiques et la référence au « diagnostic » semblent prendre plus de place.

Bien qu'on pourrait accepter la prémisse qu'on utilise un jargon « accepté » comme commun (par des termes comme dépression, anxiété, etc.), nulle part on ne retrouve de justifications quant au choix d'utiliser le DSM comme terrain commun pour parler des maux de l'esprit, ou ne serait-ce qu'un avertissement qu'on choisit le DSM comme base. Ces termes vont en effet de soi. Implicitement et explicitement, le corpus fait ainsi le choix de représenter la souffrance et les problèmes de santé mentale de façon rigide, selon une tangente particulière : celle de la médecine, plus particulièrement le monologue psychiatrique, comme l'avait mentionné Otero.

¹²⁹ On peut poser l'hypothèse que la surspécialisation de l'intervention peut d'ailleurs conduire à l'augmentation de catégories nosographiques pour décrire les phénomènes de la souffrance.

À la lumière des incohérences, des contradictions et des grands changements apportés au DSM à travers le temps et démontrés à la section 1.3.1.3 de notre recension des écrits, on peut se questionner sur les raisons poussant plusieurs dispositifs, ici le discours institutionnel gouvernemental, à se servir du DSM comme d'un repère conceptuel pour parler de la maladie mentale.

Finalement, en lien avec les définitions des termes et des groupes principaux au sein du corpus, rappelons la distinction constamment posée dans les textes entre la « population générale » et les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Rappelons à ce propos, l'article de Collin et Suissa (2007) qui soulignait que c'est dans « la définition même des catégories nosographiques et de leurs contours que se fonde la différenciation entre le normal et le pathologique et que prend ancrage le processus de médicalisation » (p. 29). Cet ensemble de définitions imprégné de l'influence psychiatrique surtout présent en 2005 et 2015 influence ainsi nos conceptions de la souffrance et fait intervenir une dimension médicalisante, imbriquée aux notions de normativité. Tel que le souligne Conrad et Potter (2004) repris par Collin et Suissa (2007), une fonction de la médicalisation est la normalisation; on fait ainsi encore le pont avec notre section 5.1 du présent chapitre.

5.2.1.2 Des acteurs médicaux pour une souffrance de l'esprit

Tel que nous l'avons observé dans la section 4.2.3, la place des médecins dans le corpus est omniprésente. Que ce soit par le nombre de mentions importantes et croissantes liées à la profession, leur place spéciale au sein de l'interdisciplinarité ou de leur rémunération qui est constamment abordée, la place des médecins est privilégiée et considérée à part, en comparaison au reste des intervenants des équipes de santé mentale¹³⁰. Le médecin semble ainsi être représenté comme l'acteur principal responsable de la souffrance des personnes. Cet important rôle trahit une médicalisation de la détresse psychologique.

¹³⁰ À titre d'exemple, nulle part dans les plans d'action on n'aborde la rémunération des travailleurs sociaux, des psychologues, des ergothérapeutes en santé mentale, des intervenants, etc.

La rémunération des médecins, par exemple, est abordée à plusieurs reprises dans le corpus, car non seulement leur place est présentement centrale en termes de prise en charge, mais aussi, car étant travailleurs autonomes, leurs voix influencent les décisions entourant l'organisation des services. Les ententes avec ces derniers sont au coeur de l'organisation des services. L'autonomie des médecins amène une obligation de prise décisionnelle en équipe étroite avec ces derniers pour arriver à une ligne directrice dans la forme de la prise en charge. L'entité du système repose ainsi sur un corps professionnel : le corps médical. On peut se questionner sur l'impartialité de la gestion si, d'emblée, il y a surreprésentation d'une profession.

5.2.1.2 Les médecins : la porte d'entrée pour avoir sa souffrance reconnue

Rappelons les propos d'Otero (2012) sur l'omnipotence des médecins dans une grande partie de la prise en charge de toute forme de détresse psychique. Ainsi, seul cet acteur « peut poser un diagnostic et départager de manière officielle la normalité de la pathologie » (p. 229). La prescription des médicaments, la recommandation de tests médicaux ou la signature d'arrêts de travail sont quelques exemples où le corps médical a le pouvoir quasi absolu sur la direction de « l'aller-mieux » des personnes (p. 229). En effet, le diagnostic est bien souvent la porte d'entrée pour avoir accès aux services dans le système public¹³¹. Ce diagnostic est, la plupart du temps, le pouvoir exclusif des médecins.

On comprend ainsi que les médecins constituent réalistement la porte d'accès pour les personnes aux prises avec leur souffrance. La figure de la page 50 du plan de 2005, illustrant « le cheminement d'une personne pour accéder aux services de santé mentale, à partir de la communauté », rend bien compte de cette réalité. Bien qu'on nomme les organismes communautaires et les centres de crises comme porte d'entrée occasionnelle, on souligne que « la plupart des personnes consultent leur omnipraticien » (2005, p. 49). Le médecin est central :

¹³¹ Quand on comprend la portée stigmatisante potentielle de ce diagnostic, on peut se questionner sur le cercle vicieux dans lequel sont soumises les personnes. Aussi, le diagnostic étant moins nécessaire pour l'obtention de services au privé, on peut mettre de l'avant l'inégalité sociale résultant d'un meilleur accès aux ressources pour les « riches » et d'une diminution du risque d'être étiquetés pour ceux-ci.

il reçoit la plainte, souvent pour la première fois; et c'est à lui que revient le pouvoir de décider ce qu'il fait avec celle-ci.

5.2.1.3 Synthèse de cette représentation médicalisée du trouble mental

En somme, on assiste à une représentation médicalisée de la souffrance en expansion au fil du corpus, observable principalement par le langage utilisé pour aborder la souffrance et les personnes principales ayant la responsabilité d'en prendre soin. À la lumière de nos deux premiers chapitres, on se rappelle qu'une des « nouvelles normes » de nos sociétés est la médecine (section 2.3.4.1). Cet amalgame biosocial ou biosouffrance fait aussi le pont avec les travaux de Foucault qui dénonce l'utilisation de l'humain, autant par son corps que son esprit, et devient « une réalité bio-politique; [et] la médecine [...] une stratégie bio-politique.; [...] le corps humain [...] reconnu politiquement et socialement comme une force de travail. » (Foucault, 2001, p. 210). On voit ici les parallèles entre l'omniprésence de la médecine dans le corpus et l'optimisation des corps dans un objectif de fonctionnalité et de performance des individus, propres aux logiques néolibérales (voir section 2.5). Nous reviendrons à cette fonctionnalité dans les prochaines sections. Cette surreprésentation du médical dans un domaine comme la détresse de l'âme peut aussi être appréhendée sous le prisme du néolibéralisme et de la normativité sociale.

5.2.2 Une représentation santéisée des problèmes de santé mentale

Tel que nous l'avons présenté dans notre cadre conceptuel à la section 2.4.2 notamment, la « santé à tout prix » est devenue une nouvelle normalité sociale des structures, nous responsabilisant à correspondre, individuellement, à une perfection. La santé mentale, comme idéal à atteindre, a remplacé la maladie. Dans leur article *Le discours sur la médicalisation sociale et la santé mentale : 1973-1994*, Lamarre, Mineau & Larochelle (2006) mettent de l'avant le pont entre médicalisation et santéisation et leur lien avec la norme: « La médicalisation progresse par la sensibilité croissante quant aux écarts à la norme, la normalité se traduisant par la santé » (p. 229). La « santéisation », cette quatrième forme de médicalisation selon Pierre Aïch (1998), devient ainsi un prolongement de la médicalisation.

Ce phénomène est observable aisément dans le présent corpus institutionnel qui présente, selon notre analyse, une représentation « santéisante » de la souffrance psychique. Au fil du corpus, on remarque en effet une représentation croissante de la santéisation de la souffrance et des problèmes de santé mentale. Cette santéisation fait ici le pont entre la médicalisation de la souffrance dans le corpus (abordée ci-dessus) et l'adhésion à des logiques de performance propre aux valeurs néolibérales.

On remarque cette vision de la souffrance axée sur la santé par notamment les définitions du corpus et la présence des enjeux de santé publique. Nous décortiquons ces aspects en détail ci-dessous.

5.2.2.1 Des définitions axées sur la santé

Cette place de plus en plus importante accordée à la santé est d'abord observable dans la place des définitions présentées dans le corpus. Déjà, dans la Politique de 1989, on sent le désir de se détacher du trouble mental en tant que maladie pour une conceptualisation axée sur la santé par, par exemple, son choix de définir la santé mentale, et non la maladie.

En 2015, on retrouve une section spécifiquement réservée aux définitions des termes « santé mentale » (défini pour la deuxième fois dans le corpus), « mieux-être mental » (concept utilisé dans les communautés des Premières Nations) et « maladie mentale » (définie pour la première fois dans le corpus). Le contenu de la définition de la santé mentale est ici intéressant pour analyser les glissements potentiels d'une perspective qui met la santé sur un piédestal. Le plan d'action reprend la définition de l'OMS pour rendre compte du concept de santé mentale qu'ils décrivent « comme une composante essentielle de la santé, qui correspond à "[...] un état de *complet* bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" » (MSSS, 2015, p. 3. C'est nous qui soulignons). Cet état de « complet » bien-être est en soi lourd de sens, car il renvoie à une logique de finalité et de perfection. Pourtant, si on reprend la définition du rétablissement de la militante Loïse Forest (2008) : « C'est la reprise de notre pouvoir d'agir, la notion que l'espoir existe, non pas d'une guérison complète, mais d'une participation pleine et entière à une société qui nous marginalise [...] ». Il est ici très clair qu'on ne vise pas une « guérison » complète ni une finalité rigidifiée dans un

cadre tangible. Le terme « complet » de la définition de l’OMS repris par le plan de 2015 laisse toutefois miroiter le contraire.

Rappelons que Moreau et Vinit (2007) ont eux aussi repris et critiqué cette même définition de l’OMS de 1946 de la santé : « "un état *complet* de bien-être physique, mental et social [...]" ». Pour Moreau et Vinit, cette santé complète s’inscrit dans la « quête de santé parfaite » qui « a fait de nous des "êtres brouillons", dont le corps et la psyché sont constamment susceptibles d’être travaillés et améliorés » (p. 42. C’est nous qui soulignons). Notre statut d’êtres « potentiellement malades » nous engage ainsi dans une lutte quotidienne « pour améliorer notre "bien-être" » à chaque occasion. Moreau et Vinit (2007) renvoient à « une santé conçue de plus en plus de manière totale et totalisante [qui] nous amène à penser l’ensemble des actes quotidiens dans un rapport coût-bénéfice pour notre santé » (p. 42). Ces extraits font écho à ceux découlant de l’article de Simon et Piccoli (2018) mettant en lumière la culture entrepreneuriale; nous devenons ici des entrepreneurs de nous-mêmes, ici sous l’angle de notre santé.

5.2.2.2 La disparition de la souffrance au profit de la santé publique : prévenir les problèmes et promouvoir la santé

Une autre façon de démontrer la représentation « santéisante » de la souffrance et des troubles mentaux au sein du corpus est par le biais de la présence grandissante des enjeux de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux au sein du corpus, comme démontré à la section 4.1.5. Rappelons que cette « promotion de la santé » se retrouve dans toutes les présentations de gamme de services du présent corpus¹³² et qu’à partir des plans de 2005 et 2015, on retrouve même des sections spécifiques dédiées à ces enjeux (MSSS, 2005, p. 19, Partie VI; MSSS, 2015, p. 7) en plus du reste des mentions disparates à ce sujet au fil des textes. En 2015, on réitère à plusieurs reprises l’importance de la santé mentale et le primat que tout le monde devrait s’y attarder. La santé est promue dès le bas âge dans le document; on peut le constater, entre autres, lorsqu’on souligne le rôle positif des services de garde pour le

¹³² À noter que le plan de 1998 n’aborde pas ces enjeux. Nous l’expliquons en partie par la longueur très courte du document.

développement des diverses habiletés ainsi que « l'autonomie et l'adoption de saines habitudes de vie » (MSSS, 2015, p. 32).

Cette montée de la santé publique fait écho à plusieurs références à la littérature présentées dans ce mémoire. En section 2.4.1 de notre cadre conceptuel, nous montrons le passage historique de la médicalisation des problèmes à leur santéisation, sous l'angle de la santé publique. En effet, à la suite des réflexions des populations sur « la bonne attitude face à la santé » émerge un « discours médicalisant sur la santé publique et préventive », visiblement très représenté dans le présent corpus. Ces nouvelles préoccupations québécoises et « valeurs premières » des années 70, soit la « prévention, les mesures curatives et la réadaptation » semblent en effet toujours très d'actualité (Lamarre, Mineau & Larochelle, 2006, p. 229 à 231). Lamarre, Mineau & Larochelle (2006) qualifie cette idéologie comme « repos[ant] sur la promesse que l'absence de maladie grave et le maintien d'une grande vigueur physique et intellectuelle sont aujourd'hui possibles à condition d'agir selon les préceptes hygiénistes » (p. 228). Cette définition met de l'avant le caractère supposément atteignable de cette absence de maladie, par le biais, notamment des préceptes encouragés par les nouvelles préoccupations de santé publique. Il est important de rappeler que les enfants et les jeunes semblent particulièrement visés par ces « nouvelles normes ».

5.2.2.2.1 Une santéisation urgente rappelant des enjeux disciplinaires et de performance

Blais (2006) fait référence à un « portrait « sanitarisé » qui émerge » de la mise de côté des savoirs « ordinaires » au profit de ceux « experts »¹³³, « pour plutôt marquer un ensemble de plus en plus étendu de manques, de risques et de problèmes, toujours plus individualisés, voire biologisés. ». Nous abordons ici brièvement cette notion de « risque » et de contrôle sous l'angle de la santé publique : la représentation santéisée de la souffrance faisant appel à des notions de discipline, où on peut même se questionner à savoir si la peur est instrumentalisée pour exacerber ces dynamiques de contrôle. Rappelons ici un passage de Collin et Suissa (2007) reprenant les propos de Di Vittorio lui-même rendant compte d'un essai de Foucault.

¹³³ Voir la section 5.1.3.2 sur l'uniformisation par la prévention prédictive axée sur les données probantes.

[...] au nom de l'hygiène publique, un savoir "médicoadministratif" de la médecine s'est développé pour gérer le danger social comme risque pathologique. Dans la mesure où le discours a été axé sur la dangerosité, cette science du danger social a été le tremplin de la médicalisation ou, comme dirait Castel (1983), le contrôle social de comportements indésirables (p. 26).

Tel qu'amené dans notre cadre conceptuel, on peut ici lier la présence accrue de la prévention de la maladie mentale dans les discours avec le contrôle sociétal de la déviance ou, dans une perspective néolibérale et encore plus actuelle, de ce qui est « non fonctionnel » et « non autonome ». Nous verrons ici un échantillon de ce type de discours, avec toujours comme finalité sa santéisation, à tout prix.

De façon d'abord très explicite, la surveillance est imbriquée aux questions de santé publique. À partir de 2005, on introduit le PNSP, traitant des enjeux de santé publique physique et mentale¹³⁴. Dans cette section du plan de 2005, on rappelle les trois utilités du secteur de la santé publique, dont « la surveillance de l'état de santé de la population » (MSSS, 2005, p. 19). Le terme « surveillance » renvoie aux notions de « discipline » et de contrôle des corps et des populations énoncés par notamment Foucault, Otero et d'autres auteurs de notre recension des écrits. Ce terme, inexistant des deux premiers documents du corpus, revient à quelques reprises dans les deux derniers, la plupart du temps dans le contexte de la santé des populations.

Cette surveillance peut en partie se justifier par le « risque », notion revenant beaucoup dans les documents de 2005 et 2015, et pouvant renvoyer à un climat de peur. L'explosion du terme « risque », parfois pour désigner des personnes, des jeunes, des groupes, est marquée dans le plan de 2015 avec environ 45 mentions¹³⁵. On parle, par exemple, des enfants et des jeunes « à risque de présenter un trouble mental » (MSSS, 2015, p. 34). Le passage de Pelchat, Gagnon & Thomassin (2006) rappelle ces enjeux de peur: « Par "sanitarisation", nous désignons plus précisément la construction d'une réalité (ici l'exclusion sociale) en tant qu'atteinte au bien-être physique et mental d'un individu ou d'un ensemble d'individus. Selon les termes de Fassin (2000), cette construction singulière de la réalité donne à voir des "corps altérés et souffrants",

¹³⁴ Cet amalgame entre santé physique et mentale est d'ailleurs à relever et renvoie à une médicalisation du psychique. Faisant ici référence à un autre document, le PNSP, nous ne développerons pas sur cet aspect ici.

¹³⁵ En 2005, on retrouve environ 15 mentions du mot « risque », surtout dans le contexte de « risque suicidaire ».

ou qui *risquent* de l'être » (p. 55. C'est nous qui soulignons). Cette représentation en termes de risque de la souffrance pourrait expliquer en partie pourquoi on tend à se la représenter sous l'angle plus désirable de la santé.

Rappelons que ces enjeux d'amélioration de la santé et de prévention de la maladie mentale sont intrinsèquement liés aux enfants dans le corpus. Les plans de 2005 et 2015 insistent beaucoup sur l'intervention et la prévention précoces¹³⁶; on y sent l'importance, et même l'urgence d'agir sur les enfants et les jeunes.

Contrairement aux autres documents du corpus, et tel que présenté à la section 4.1.5.4, le plan de 2015 insiste beaucoup sur le « développement optimal », des enfants plus particulièrement. Le terme « développement optimal » employé pour la première et seule fois dans la Politique de 1989¹³⁷ se retrouve une fois en 2005 et neuf fois en 2015, en parlant des enfants. Cette intention d'*optimiser* le développement dès le bas âge renvoie à une logique de perfection et de performance qui fait écho, à la fois à la « quête de santé parfaite » développée par Collin et Suissa et Moreau et Vinit (2007) (p. 27; p. 42) et reprise à plusieurs endroits dans les deux premiers chapitres de ce mémoire, ainsi qu'à des perspectives néolibérales propres au 21^e siècle et présentées en section 2.5 du cadre conceptuel.

On peut conclure en observant une représentation de la souffrance axée sur la santéisation optimale et urgente, où la peur et le contrôle en viennent possiblement à une intégration d'une « nouvelle norme » intériorisée par les individus, dès le plus jeune âge.

¹³⁶ À titre d'exemple, en 2005, on fait référence à la promotion de « l'intervention la plus précoce possible dans le cas de troubles mentaux évitables » (MSSS, 2005, p. 20). De façon générale, on insiste beaucoup sur les habitudes de vie et les facteurs de protection pour les jeunes personnes.

¹³⁷ Même la Politique de 1989 qui aborde de manière plus diffuse et moins en détail ces enjeux a comme deuxième objectif général de « favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population » (MSSS, 1989, p. 23).

5.2.2.3 La santé : la responsabilité de l'individu

Rappelons ici les propos de Lamarre, Mineau & Larochelle (2006) qui mettent en lumière la responsabilité de l'individu sur sa propre santé : « Les notions de santé individualisée et de médecine globale consacrent donc la valeur de la responsabilisation individuelle » (p. 231 à 232). L'extrait qui suit, repris de la section 2.4.2 sur la sanitarisaiton, est ici mis en lien avec les déterminants de la santé, qui occupent une place importante au sein du corpus. On les retrouve sous différentes appellations comme « indicateurs », par exemple.

La sanitarisaiton trouve son ancrage moins dans le registre de la maladie et davantage dans celui du bien-être physique et psychique. L'atteinte de ce bien-être est considérée comme étant étroitement liée aux habitudes de vie de chaque individu, à ses attitudes, à ses comportements, à ses connaissances, ou encore à des facteurs dits "socioéconomiques" tels que sa profession, son revenu, son état civil, etc. Dans les termes de Hislop et Arber, la sanitarisaiton fait de chaque individu le principal acteur de l'amélioration de son bien-être (Pelchat, Gagnon et Thomassin, 2006, p. 56).

L'extrait explique clairement comment ces déterminants promulguent une action individuelle et encourage des individus à « assumer » la « responsabilité morale » de leur « bien-être physique et psychique »; en les encadrant par la mise en place de politiques et programmes visant la prévention et la promotion de la santé (*Loc.cit.*).

Ces passages repris de notre cadre conceptuel appuient notre propos et expliquent en quoi les programmes de prévention et de promotion vont ici de pair avec une logique de santé optimale mise sur les épaules des personnes. Cette responsabilisation remise à l'individu quant à sa santé peut aussi être observée sous le prisme néolibéral.

Par ce principe de responsabilisation, l'individu en situation de précarité, de pauvreté, de chômage voire de maladie est perçu comme le responsable de l'évolution de sa situation. Au sein de ces politiques, le cadre macro- économique ou social n'est jamais problématisé mais au contraire présenté comme un fait presque naturel (Simon et Piccoli, 2018, p. 8-9).

À cette représentation de la souffrance axée sur la santé présentée dans cette section, nous rajoutons donc la responsabilité individuelle des personnes d'arriver à cet idéal de santé optimal. Au sein du corpus, on cherche principalement à intervenir sur des « indicateurs » touchant directement les personnes, surtout les enfants, pour minimiser les risques et maximiser les chances de développement « optimal ».

Si on se rappelle la comparaison des approches des études de prévention prévenante versus prédictive analysées par Parazelli et Desmeules (2015) à la section 5.1.3.2, on se souvient que les premières mettent en place des solutions collectives à des réalités individuelles, et les deuxièmes visent davantage à intervenir directement sur l'individu¹³⁸.

Pour conclure cette section et encore faire le pont avec les « nouvelles normes » de nos sociétés, rappelons les propos de Moreau et Vinit (2007) qui affirment que « [...] cette pression faite à l'individu de devenir un corps toujours plus rentable sous couvert d'un corps maîtrisé, corps toujours "développé" dans sa chair et dans sa psyché est révélateur des nouvelles normes sociales en place dans les sociétés contemporaines occidentales » (p. 43).

À ce stade-ci, on peut se questionner sur ce qu'on vise exactement par cet accent mis sur la santé. Est-ce qu'on souhaite le bien-être ou bien l'uniformisation dans un but de productivité des personnes? Si l'on retient la première option, est-ce que ce bien-être est souhaité dans une visée de perfection et de « bonheur à tout prix », tel qu'amené par Lucie Biron (2006)? Et, si dans le cas de la deuxième option, la santé mentale ne représentait qu'une façon d'atteindre un état de fonctionnalité optimal? Cette représentation de la santé pour présenter et intervenir sur la souffrance, est-elle dans une optique d'être « bien » ou d'être « productif »?

5.3 Le prisme du néolibéralisme pour observer les problèmes de santé mentale (souffrance)

Cette représentation santéisée des problèmes de santé mentale annonce ainsi la logique néolibérale pour appréhender le phénomène. Comme l'avait souligné Simon et Piccoli (2018), « le néolibéralisme participe concrètement à la structuration des interactions sociales et [...] intervien[t] sur les pratiques et modes de pensée des personnes » (p. 2). À la lumière de leur

¹³⁸ Nulle part dans le corpus on ne parle de l'importance de s'attarder aux inégalités sociales, de réformer les programmes d'éducation scolaire, etc. Les actions sociétales avec comme fin de modifier des structures et non des individus sont inexistantes. Dans le plan de 2015, le développement des enfants est décrit comme une responsabilité partagée entre plusieurs acteurs, dont le gouvernement. Pourtant, nulle part dans cette partie du plan, on ne mentionne l'influence de la société comme acteur responsable. En effet, on nomme « les gênes » et les « expériences vécues » seulement (MSSS, 2015, p. 31-32).

analyse, nous mettons ici de l'avant une représentation des problèmes de santé mentale reposant en partie sur ces valeurs néolibérales et participant à la construction du discours étatique québécois. Les représentations présentées ici ont en commun qu'elles peuvent être appréhendées comme enjeux de pouvoir, visant, entre autres une normativité sociale, telles que présentées à la section 5.1.

Nous présentons ici la représentation axée sur la gestion des problèmes de santé mentale, puis sa prise en charge sous un angle économique dans une logique de « se rétablir pour produire », en misant sur le travail rémunéré; le tout dans une perspective davantage fonctionnelle.

5.3.1 Une représentation gestionnaire des problèmes de santé mentale: la lourdeur organisationnelle en expansion dans le corpus

Même si la portion organisationnelle n'a pas été beaucoup abordée dans notre analyse, il est toutefois pertinent de noter la place croissante que prends le volet administratif au fil du corpus. En effet, la nature du contenant et du contenu des courts documents de 1989 et 1998 n'est que peu portée sur une logique d'organisation des services, de contrôle du rendement et d'évaluation des performances organisationnelles. À l'opposé, les documents de 2005 et 2015, beaucoup plus longs, présentent un ton et un contenu plus administratif, organisationnel et axé sur une logique évaluative des pratiques. À titre d'exemple en termes de contenu, le plan de 2005 tourne énormément autour des niveaux de services et l'arrimage entre les diverses « lignes » de services. On remarque cette logique organisationnelle dans le but premier de « mieux arrimer les soins spécialisés et les services de santé mentale aux services de première ligne » (MSSS, 2005, p. 89). Bien que certaines mentions faisant référence à « l'évaluation des résultats » et au contrôle qualité soient aussi présentes en 1989 (MSSS, 1989, p. 31; 38), on y sent tout de même, une fois de plus, davantage de nuances vis-à-vis de la représentation semblant dominante du corpus. On y parle du « [...] débordement des lieux traditionnels de pratique » et de « l'ouverture sur de nouvelles problématiques [...] » (*ibid*, p. 24) ou bien du caractère dépassant la simple « formule administrative » du « plan de services individualisé » appartenant à la personne et visant explicitement « la continuité et la coordination de l'intervention » (*ibid*, p. 32).

À ce stade-ci, rappelons les écrits de Simon et Piccoli (2018) qui reprennent les propos de Thomas Périlleux (2016) pour démontrer « comment les procédures de gestion et d'évaluation insistant sur le quantitatif et le “gouvernement par objectif” remodelent les conditions de travail des métiers relationnels » (p. 4). En effet, l'« organisation technocratique » (Blais, 2006) et les enjeux d'évaluation et de « contrôle qualité » des pratiques représentent un grand défi pour les praticiens. Ces évaluations amènent une évaluation basée sur le rendement en termes de cibles (nombre de patients, « succès » des interventions, etc.), au fond difficilement mesurable. En effet, les « résultats » de l'accompagnement à la souffrance psychique peuvent être intangibles et observés parfois sur du long terme seulement¹³⁹.

Tel que présenté à la section 4.1.1.6, les documents de 2005 et 2015 présentent aussi un portrait des problèmes de santé mentale où la portion chiffrée, statistique et faisant appel aux données quantitatives est importante; le tout s'inscrivant dans cette tendance administrative et de gestion propre aux valeurs néolibérales.

5.3.1.1 Une standardisation de l'accueil de la souffrance nuancée par un désir de reconnaître l'unicité des personnes

Nous l'avons vu en recension des écrits par plusieurs auteurs, la standardisation des pratiques est un enjeu présent à l'heure actuelle. Même si on retrouve à quelques endroits du corpus des mentions quant à la réponse personnalisée aux besoins nécessaires en santé mentale, les textes institutionnels analysés démontrent une tendance vers un modèle de service uniforme. Les tableaux explicatifs du cheminement d'un usager dans le système de santé mentale des plans de 2005 et 2015 mettent en lumière le poids de la structure sur la prestation de services. Dans les plans de 2005 et 2015, dans la même lignée que cette lourdeur organisationnelle décrite ci-dessus, on sent un désir de standardiser le chemin des personnes dans le système de santé. Il est

¹³⁹ La lourdeur administrative ajoutée aux tâches « cliniques » (entrée de « stats », « rendre des comptes », paperasse) contribue à l'uniformisation pour de « meilleures » pratiques, mais prend souvent tellement de place que la dimension humaine est occultée, ou bien les professionnels surchargés. L'évaluation des services, des résultats, le fait de colliger les besoins, sont aussi souvent des aspects essentiels pour l'obtention de budgets. Le danger de perdre du budget pour des endroits qui sont moins en mesure de « prouver » leur rendement est présent.

donc pertinent de rappeler les liens entre cette standardisation, pour laquelle nous avons exposé les limites dans notre recension des écrits, et la philosophie néolibérale. À la section 2.5 des perspectives conceptuelles, nous présentons deux effets des préceptes néolibéraux. Le deuxième, la « normalisation des pratiques amenant à l'exclusion » fait écho à plusieurs propos mentionnés jusqu'à présent dans cette discussion. On parle de « l'uniformisation des standards ». Comme nous l'avons vu à la section 1.4.2, cette standardisation des pratiques a comme risque potentiel la mise de côté de la subjectivité de l'individu.

Les travaux de Simon et Piccoli (2018) reprenant ceux de Dardot et Laval (2010) font le pont entre le contrôle qualité présenté plus tôt et la standardisation des pratiques. Les auteurs donnent l'exemple de « l'évaluation » qui conduit les personnes et les groupes « à s'adapter à des critères de performance et de qualité, à intégrer de nouvelles procédures qui formatent leurs pratiques et entrent en concurrence avec celles-ci ». Ils poursuivent en soulignant « le caractère propre de chaque activité [qui] s'efface derrière l'uniformisation des standards qui introduisent de nouvelles conceptions du travail, du rapport à soi et aux autres » (p. 10). On peut penser que les préoccupations pour les critères d'évaluation des pratiques observables de plus en plus dans les deux derniers documents du corpus viennent ainsi s'amalgamer à l'uniformisation des standards et des pratiques.

Il est bon de noter qu'encore une fois, la *Politique de santé mentale de 1989* vient balancer l'importance qu'on accorde aux pratiques standardisées et aux logiques de rendement, en rappelant que la création n'est pas proscrite pour autant. « On vise ici à accorder la priorité aux modes de pratiques dont l'efficacité est démontrée, tout en favorisant l'innovation dans un contexte de rigueur » (1989, p. 24), « à accroître la diversité des services et à en améliorer l'efficacité ». (1989, p. 27). Bien que nuancé, le concept « d'efficacité », rappelant une représentation de performance, est très présent au sein du corpus.

On sent aussi dans le plan d'action de 2005, un va-et-vient entre une position standardisante implicite, et une volonté de démontrer l'unicité de l'individu. Cette volonté est explicitée clairement par des passages comme : « Les personnes qui ont un trouble mental ne forment pas un groupe monolithique aux besoins uniformes » et « De plus, le parcours des

personnes atteintes n'est pas linéaire et leurs besoins peuvent varier beaucoup dans le temps. L'organisation des services doit donc faire preuve de beaucoup de souplesse et de diversité en vue de répondre aux besoins de ces personnes » (2005, p. 41).

5.3.2 Une représentation des problèmes de santé mentale mise en relation à l'économie et au travail rémunéré : une fonctionnalité productive comme finalité pour l'individu

L'ensemble du corpus, à l'exception de la *Politique de santé mentale*, renvoie à de nombreuses références sur la valeur marchande de l'humain, principalement par son utilité découlant du travail qu'il exerce. Cette fonctionnalité productive peut être mise en relation avec plusieurs enjeux présentés jusqu'à maintenant dans le corpus. La place de l'argent et du travail rémunéré au sein du corpus sont deux aspects qui renvoient de façon indirecte à l'accent mis sur des objectifs fonctionnels comme finalité pour la personne.

Rappelons d'abord la deuxième prémisse posée par Corin et Lauzon (1986) dans leur article *Les évidences en question*, soit le désir sociétal de normalisation, dans le sens fonctionnaliste, des personnes présentant un trouble de santé mentale. Les auteurs reprennent ainsi la définition de l'OMS de la santé mentale promouvant la contribution optimale à la société et qui, pour eux, « implique que les actions devraient être essentiellement pragmatiques et orientées vers des buts concrets » (p. 49). Les « buts concrets » renvoient ainsi à une logique fonctionnelle propre aux perspectives néolibérales et rejoignent une représentation du présent corpus institutionnel que nous mettons en lumière dans cette sous-section.

5.3.2.1 Individu, économie et productivité

Touchant plusieurs dimensions dans le texte, les préoccupations et enjeux économiques semblent venir teinter les représentations des problèmes de santé mentale dans le discours gouvernemental, et ce, de façon croissante au fil du corpus. En effet, dans les plans de 2005 et 2015 seulement, certains passages viennent qualifier les « problèmes de santé mentale » sous un angle économique. La notion de « coût » est absente des deux premiers documents, en comparaison des plans de 2005 et 2015. Tel qu'amené dans notre analyse du Chapitre IV à la section 4.1.3.1, le mot « économique » est employé pour parler des coûts sociétaux des

problèmes de santé mentale en 2005 et 2015, en comparaison aux deux premiers documents où il est utilisé davantage dans une perspective de déterminants de la santé. Dans les deux derniers plans, on rajoute même le mot « fardeau » précédant « économique » à une reprise dans chaque texte et « fardeau des maladies mentales » à deux reprises en 2015.

Cette représentation des problèmes de santé mentale, mobilisant des dimensions économiques, est observable à plusieurs autres endroits du corpus, entre autres, lorsqu'on touche la question de la santé publique où on aborde la santé mentale des populations, « intimement liée à son développement économique [...] » (MSSS, 2015, p. 7). Les auteurs indiquent qu'il est démontré « l'investissement » que représente l'intervention en santé publique, en lien avec la santé mentale, pour « réduire l'incidence des troubles mentaux et du suicide et, par le fait même, les coûts importants pour le système de santé et la société » (*Loc.cit.*). On souligne aussi l'énorme impact social et économique de la maladie mentale chez les jeunes, en insistant sur son amplification lorsqu'on prend en compte la stigmatisation et la discrimination associées (MSSS, 2015, p. 31). On souligne aussi les conséquences et coûts sociétaux pour les enfants d'environnements présentant des « formes d'adversité » (*ibid*, p. 33). Tous ces exemples font ressortir la notion de « coût » pour la société et de l'importance du « développement économique » qui prennent de plus en plus de place au fil du corpus.

En 2015, on accentue l'importance de ces enjeux avec, pour la première fois, une section spécifique dédiée aux « coûts directs et indirects des maladies mentales » (MSSS, 2015, p. 5) où on y aborde d'ailleurs « la productivité économique des personnes » (*Loc.cit.*). Rappelons ici le « rôle disciplinaire » du management bureaucratique qui produit « des corps et des sujets utiles au marché : compétitifs, performants, entrepreneurs de soi » (Simon et Piccoli, 2018, p. 10).

Un autre exemple de référence faite à l'économie lorsqu'on parle de santé mentale est observable par la définition de la santé mentale présentée dans le plan de 2015 qui reprend celle de l'OMS :

La santé mentale est déterminée par des facteurs biologiques, socioéconomiques et environnementaux [et correspond à] un état de bien-être qui permet à une personne de surmonter

les obstacles de la vie, de se réaliser, d'être productive et de participer à la vie communautaire (tiré de l'OMS, 2014) (MSSS, 2015, p. 3).

En plus d'intégrer ici la notion de « productivité » textuellement, rappelons la différence entre cette définition de 2015 de la santé mentale et celle de 1989. Rappelons que la définition de 1989 fait ressortir trois dimensions de la santé mentale, soit « un axe biologique », « un axe psychodéveloppemental » et « un axe contextuel » (MSSS, 1989, p. 21). Il est frappant de constater que l'axe psychodéveloppemental de 1989 disparaît au profit des facteurs socioéconomiques dans le plan de 2015.

Comme l'a mis en lumière Roy (2013), on insiste de plus en plus pour que l'individu s'adapte « à des structures sociales axées sur la productivité socioéconomique » et sur son « anormalité » avec comme conséquence « une individualisation de l'intervention » (p. 228). En effet, le présent mémoire démontre qu'autant on aborde les enjeux économiques dans le discours gouvernemental institutionnel, autant on laisse de côté le contexte économique propice à l'émergence de la souffrance. La responsabilité sociale revenant au système est ainsi camouflée derrière une aide ponctuelle à critères arbitraires qui remet la responsabilité à l'individu.

Par ce principe de responsabilisation, l'individu en situation de précarité, de pauvreté, de chômage voire de maladie est perçu comme le responsable de l'évolution de sa situation. Au sein de ces politiques, le cadre macro-économique ou social n'est jamais problématisé mais au contraire présenté comme un fait presque naturel (Simon et Piccoli, 2018, p. 8-9).

Cette mise à l'écart de ce cadre sera reprise dans la section 5.4 de la présente analyse.

5.3.2.2 L'accent mis sur le travail rémunéré dans le corpus

Tel qu'exprimé en détail à la section 4.2.2.3, la place occupée par l'intégration, surtout celle au travail, est très importante dans le présent corpus, et encore plus à partir de 2005. En 2015, le terme « intégration sociale » disparaît quasi complètement (une mention seulement) pour faire place à « implication sociale » et « intégration socioprofessionnelle ». On sent ainsi le « professionnel » qui, même dans les termes utilisés pour parler d'intégration, prend de plus en plus d'espace, et fait nécessairement référence à la productivité.

5.3.2.2.1 Travail et productivité

Selon la définition du gouvernement du Québec (2020), la santé mentale permet, entre autres, « d’accomplir un travail productif et fructueux ». Le corpus institutionnel analysé dans ce mémoire rend compte de cet accent mis sur le travail, qui semble augmenter en importance au fil du corpus. Cet amalgame entre le travail et la productivité énoncé ci-dessus est d’ailleurs observable dans le plan de 2015 :

L’un des grands défis des politiques de santé mentale et d’emploi est le soutien des personnes atteintes d’un trouble mental afin qu’elles demeurent en emploi et maintiennent leur *productivité*. Ces défis demandent à la fois des actions de suivi, de *gestion* de la maladie ainsi qu’une mobilisation des entreprises et des employeurs en vue d’offrir des conditions de travail et une gestion favorisant la santé mentale (MSSS, 2015, p. 29 se référant à l’Organisation de coopération et de développement économiques (2012). C’est nous qui soulignons).

Ce passage du plan de 2015 marque l’accentuation des liens entre des paradigmes néolibéraux et des questions de santé mentale. Dans cet extrait, les termes « productivité » et « gestion » (de la maladie) sont empreints des perspectives capitalistes, telles que présentées à la section 2.5. En effet, rappelons que Simon et Piccoli (2018) mettaient de l’avant la montée du « langage économique » empreint « des valeurs de rapidité et d’efficacité [qui] risque de mettre en danger les appuis symboliques nécessaires à la relation » (p. 4) desquels est empreinte cette croissance de l’utilisation du jargon économique des nouveaux impératifs néolibéraux.

Ce langage économique et cette efficacité sont mis en lumière dans l’extrait ci-dessus par le choix des termes qui nous amène à concevoir la « maladie » en terme marchand. Dans les trois « préceptes » de la rationalité néolibérale tirés de l’article de Simon et Piccoli (2018), nous avons justement soulevé cette « norme marchande »; ce modèle touchant tous les domaines et configurant « les êtres humains exclusivement comme des acteurs de marché [...] des *homo oeconomicus* » (p. 5). La « gestion » de la maladie du plan de 2015 présentée dans l’extrait ci-dessus rappelle ainsi que l’humain se retrouve à opérer « selon la rationalité marchande » (*Loc.cit.*).

Un autre exemple de cette réalité provient du plan de 2005 dans sa définition des troubles mentaux graves. Le document reprend la définition de 1989, tout en y ajoutant la dimension de

la « capacité fonctionnelle dans la production d'un travail » (MSSS, 2005, p. 40); variable absente en 1989¹⁴⁰.

5.3.2.2.2 *L'intégration sans le travail : présente mais marginale*

Dans le corpus, on remarque un souci de présenter d'autres modes d'intégration que celui du travail rémunéré. Cependant, ces alternatives semblent marginalisées et n'occupent pas la même place « normale » et incontournable que celle du travail. Cette distinction claire entre l'intégration par le travail versus par d'autres modes de participation citoyenne est davantage posée à partir de 2005.

Tel que démontré dans l'analyse au Chapitre IV, on remarque ainsi que les plans de 2005 et 2015 distinguent clairement la « participation sociale » de « l'intégration et du maintien en emploi » (MSSS, 2005, p. 56 et 2015, p. 28) et promulguent cette deuxième option¹⁴¹. De façon explicite, le plan de 2015 exprime, par exemple, la volonté du ministère de *promouvoir* « l'intégration socioprofessionnelle et [le] maintien en emploi régulier » (p. 27) tout en reconnaissant tout de même des parcours alternatifs¹⁴² de participation sociale autre que le travail. Cette volonté d'inclure « d'autres options » est cependant posée dans un cadre restreint.

L'insertion dans un emploi rémunéré ne doit pas être le seul objectif dans ces démarches vers l'intégration sociale. Les nombreux *obstacles* à une telle insertion doivent nous amener à examiner d'autres options. La participation sociale doit être considérée, soit comme une étape dans une démarche de pré-employabilité, soit dans une perspective à long terme si la personne ne *peut* poursuivre son cheminement vers l'obtention d'un emploi rémunéré. [...] (MSSS, 2005, p. 55).

Dans cet extrait, on remarque que ce sont « les obstacles » à l'insertion au travail qui peuvent nous amener à considérer d'autres options, et non une simple volonté de la personne de ne pas s'insérer sur le milieu du travail. Ensuite, l'utilisation du terme « peut » versus « veut » renvoie à la même logique de contrainte et non de choix : on accepte le parcours alternatif tant

¹⁴⁰ La définition de 1989 : « les personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans leurs relations interpersonnelles et leur compétence sociale de base » (MSSS, 1989, p. 22).

¹⁴¹ À noter qu'une volonté d'inclure la perspective de « participation sociale » est tout de même présente (MSSS, 2005, p. 56).

¹⁴² « [...] l'implication sociale dont le bénévolat, les études, le travail à temps partiel ou à temps plein, les activités de jour, les stages et les ateliers adaptés, etc. » (MSSS, 2015, p. 27).

qu'il est notre seule option. On remarque ici une distance par rapport au « choix » que l'individu se devrait d'avoir. Ici, il est moins question de la liberté du sujet de décider s'il s'intègre ou non, et si oui, comment, mais plutôt de l'imposition d'une norme préreconnue. Pourtant, cette dimension du « choix » revient dans les définitions du rétablissement; notamment dans celle amenée par Loïse Forest (2008) :

[...] être libre de nos choix en disposant de l'information nécessaire pour pouvoir choisir de manière libre et éclairée. [...] C'est petit pas par petit pas se réapproprier notre existence, plutôt que d'être constamment pris en charge par un système infantilisant, condescendant, qui nous enlève toute liberté de parole et le droit d'agir indépendamment [...] (p. 3).

Le caractère incontournable du travail rémunéré représenté dans le corpus semble mis en contradiction avec cette dernière phrase de Loïse Forest. À ce stade-ci, on peut cependant supposer que la pression néolibérale faisant de nous des *homo oeconomicus* (Simon et Piccoli, 2018) ou un corps humain se résumant à une « force de travail » (Foucault, 2001), s'étend en fait au-delà du spectre de la souffrance psychique et touche une grande partie des personnes dans nos sociétés. On peut même se questionner sur la part de responsabilité de ces pressions sur la souffrance psychique en tant que telle. À cette question, rappelons les réflexions d'Alain Ehrenberg dans *La fatigue d'être soi* (2010) et Marcelo Otero (2005) sur les souffrances de masse du 21^e siècle, comme la dépression, pouvant représenter les manifestations de l'envers des exigences de performance sociale contemporaines (Otero, 2005, p. 77).

5.4 Les conséquences du prisme : les silences au sein du corpus

Rappelons d'abord ici l'importance des dimensions personnelles et sociales, tirée des écrits et mise en lumière dans notre premier chapitre, pour la conceptualisation de la construction et la compréhension de la souffrance psychique et des problèmes de santé mentale.

À la lumière des représentations de la souffrance dégagées dans les trois premières sections de notre Discussion, nous pouvons maintenant mettre de l'avant certains des silences du corpus. Nous abordons ici l'oubli des influences sociales quant à la représentation et l'intervention des problèmes de santé mentale et l'éviction de la subjectivité entourant ces deux mêmes axes.

5.4.1 L'évincement des influences sociales au sein du corpus

L'ensemble de notre chapitre I, mais plus particulièrement la section 1.3, fait ressortir des écrits l'importance des sociétés, sous plusieurs dimensions, dans la formation et la compréhension des problèmes de santé mentale. La présentation de la « souffrance sociale » en section 1.1.2 montre aussi comment des souffrances individuelles peuvent créer des maux sociaux et comment ceux-ci peuvent ensuite jouer sur la psyché des individus. Ces aller-retour entre société et individu sont pour nous incontournables pour la représentation et la prise en charge de la souffrance psychique.

L'analyse du présent corpus démontre pourtant un silence criant par rapport à ces enjeux au profit d'une conception presque exclusivement individualisante de la souffrance, autant dans sa représentation que dans sa prise en charge. En effet, on remarque une représentation de la souffrance où on exclut le fait que le trouble mental dépend de sa société¹⁴³.

La grande place occupée par la représentation médicale de la souffrance dans le discours institutionnel peut expliquer, en partie, ce silence. Cette monopolisation médicale joue au détriment des enjeux sociaux. Rappelons les propos d'Otero (2015) qui statue que « depuis que la psychiatrie s'est constituée en Occident comme monologue de la raison sur la folie, celle-ci est devenue une simple maladie mentale coupée de son contexte social, culturel et relationnel » (Otero, 2015, p. 11). On peut affirmer que le corpus institutionnel analysé dans ce mémoire tient en effet peu compte de ces éléments contextuels fondamentaux et reste centré sur une perspective plutôt biomédicale¹⁴⁴ dans l'ensemble.

¹⁴³ La portion descriptive à l'intérieur des documents du corpus est mince. L'objectif d'un « plan d'action » est bien sûr davantage porté vers la mise en place de solutions que de la présentation du « problème » comme telle, mais le peu d'énergie que le corpus met à rendre compte du phénomène de la souffrance (ou du moins à souligner les difficultés de le faire) est questionnable. Tel qu'on l'a mis de l'avant à la section 4.1.1.3 et 4.1.1.4, les définitions des concepts principaux ne prennent pas une place importante dans le corpus, et les seules allusions au relativisme entourant le concept du problème de santé mentale se retrouvent dans la Politique de 1989. De façon explicite, les liens à faire avec la construction sociale de l'objet qu'est le « problème de santé mentale » sont presque inexistantes dans les documents.

¹⁴⁴ Encore une fois, rappelons que l'influence de l'environnement est mentionnée dans le corpus, mais dans une perspective individuelle et épidémiologique presque exclusivement. La politique de 1989 et le plan de 1998 présentent cependant davantage de retenue par rapport au modèle biomédical.

En somme, l'ensemble des représentations étatiques des problèmes de santé mentale présentée dans ce chapitre V¹⁴⁵ peut expliquer, en partie, la mise à l'écart d'une représentation tenant compte du social (et du subjectif). Gardons ici toujours en tête que dans la Politique de 1989, on sent davantage de place pour les nuances et les influences sociales touchant les problèmes de santé mentale.

5.4.1.1 La responsabilité individuelle au détriment de la responsabilité sociale et politique

Autant dans sa façon de présenter que d'intervenir sur la souffrance, les documents institutionnels misent sur une responsabilisation de l'individu en occultant l'influence notoire du politique et des sociétés sur l'émergence, les définitions et l'intervention des problèmes de santé mentale.

Rappelons d'abord la définition de l'OMS utilisée par le gouvernement du Québec (2020) remettant la responsabilité de « l'aller-mieux » complètement sur l'individu tel que présenté à la section 1.2.1.1. Le plan d'action de 2015 reprend cette même définition de l'OMS pour rendre compte du concept de santé mentale qui correspond à « un état de bien-être qui permet à une personne de surmonter les obstacles de la vie, de se réaliser, d'être productive et de participer à la vie communautaire » (OMS, 2014 cité par MSSS, 2015, p. 3).

Cette responsabilité remise à l'individu est observable à plusieurs autres endroits dans les documents. Notamment, dans les endroits où il est question de santé publique. En effet, tel que nous l'avons démontré tout au long du présent mémoire, on mise davantage sur l'action sur des « indicateurs » de surveillance se rapportant à l'individu dans le but d'améliorer la santé des populations, que sur des enjeux plus structureaux.

D'autre part, lorsqu'on aborde la promotion et défense des droits en 2005 et en 2015, on remarque le désengagement de l'État sur cet enjeu; la responsabilité est remise au milieu communautaire sans réel plan concret (MSSS, 2005, p. 90 à 92). On précise aussi que c'est le

¹⁴⁵ On fait ici référence à une représentation où la norme occupe une place centrale, axée sur le médical, la santé, la gestion et le travail rémunéré.

rôle de chaque établissement individuellement de mettre des mesures en place, car aucune mesure globale n'est prévue (MSSS, 2015, p. 15). On assiste ici à une sorte de désengagement déguisé en son contraire. Nous avons aussi mis de l'avant cette représentation centrée sur l'individu à certains endroits de notre présente analyse du chapitre V, soit entre autres, à la section 5.2.2.3.

Finalement, au-delà des exemples prouvant la responsabilité remise à l'individu au sein du corpus, rappelons que c'est le manque de référence aux conceptions sociales qui est aussi posé comme problématique en soi.

Cette représentation axée sur la responsabilité de l'individu, observable dans les présents discours gouvernementaux étudiés, va de pair avec l'injonction à « devenir autonome » telle que l'a notamment analysé Otero (2005). Rappelons que cet auteur nous explique le passage d'un ordre misant sur la discipline pour un contrôle de la dangerosité à un ordre incitant à l'autonomie¹⁴⁶. Pour lui, « la médicalisation de la folie est ainsi une forme de coercition individuelle voulant la modification des personnes afin qu'elles répondent à l'« [e]xigence normative d'autonomie [et] de performance » (p. 83). « Les interventions psychosociales sont alors de nouvelles formes de dispositif disciplinaire dont l'injonction paradoxale est de devenir acteurs autonomes et responsables [...] » (Lézé, 2005, p. 207). Ces dimensions ont déjà été abordées en partie dans notre présente analyse. L'injonction à l'autonomie va de pair avec cette pression mise sur l'individu de se rétablir.

Cette responsabilité remise à l'individu est donc mise en lumière par un appel à des processus d'autonomisation. Cette autonomie, si elle ne s'accompagne pas d'une reconnaissance du rôle des structures sur la souffrance, est à double tranchant puisqu'elle amène

¹⁴⁶ La norme d'autonomie revient à plusieurs reprises au sein du corpus, notamment dans la section 4.2.1.3 sur le rétablissement. Dans le plan de 2005, on décrit le rétablissement en mentionnant la « capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la vie en société » (p. 12). On rappelle cette notion de contrôle un peu plus loin en décrivant le rétablissement « comme la croyance dans les capacités des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie (plutôt que de laisser la maladie contrôler leur vie) (p. 15). Le chapitre IV fait l'état de plusieurs autres passages du corpus faisant référence à l'autonomie.

l'individu à porter à lui seul le poids de son mieux-être. S'il va mal, ce sera sur lui. La culpabilisation entourant les mécanismes d'autonomisation des sociétés peut ainsi en elle seule contribuer à l'émergence des souffrances de masse du 21^e siècle (voir les travaux d'Otero). En somme, « le simple fait que la souffrance soit exprimée individuellement ne suffit pas pour individualiser le problème; le tout signifie simplement que la norme discursive actuelle est axée sur le soi » (Roy, 2013, p. 229 citant Ehrenberg (2005)).

À la lumière de notre analyse, on peut donc constater que le présent corpus gouvernemental démontre d'une vision individualisante de la conceptualisation et de l'intervention des problèmes de santé mentale, surtout pour les documents de 2005 et 2015. Sans revenir sur l'ensemble des résultats présentés au chapitre IV et l'analyse faite de ceux-ci au chapitre V, nous avons vu ici que cette vision axée majoritairement sur l'individu est observable entre autres par le biais des définitions utilisées pour décrire le problème, l'orientation des types d'intervention privilégiée pour y répondre et la façon d'aborder les enjeux de santé publique.

5.4.1.2 La stigmatisation : l'exception

Malgré l'absence de réelle emphase sur les dimensions sociales de la souffrance, le phénomène social de la stigmatisation et ses effets sont, eux, abordés et considérés comme importants pour se représenter le « problème » et agir sur celui-ci, dans l'ensemble du corpus. Dans un sens opposé à nos démonstrations précédentes, les plans de 2005 et 2015 mettent l'accent sur les dimensions sociales liées à la stigmatisation. En effet, ces deux plans soulignent, à l'instar de notre recension des écrits, l'impact potentiellement néfaste de la stigmatisation pouvant parfois causer *plus de souffrance que le problème de santé mentale lui-même*. Il est ici un peu paradoxal de remarquer d'une part cette conscientisation sur les préjudices potentiels associés à cet objet social qu'est la stigmatisation et d'autre part le silence du corpus par rapport aux enjeux et aux responsabilités sociales entourant les problèmes de santé mentale. Dans les définitions des termes principaux au sein du corpus, l'impact du stigma n'est cependant pas mis de l'avant explicitement, en comparaison, par exemple, aux définitions du RRASMQ présentées en recension des écrits et abordant de front ces enjeux.

5.4.2 Évacuation de la subjectivité : l'invisibilisation de la souffrance

Les deux premières sections de ce présent chapitre nous ont démontré comment les représentations de la souffrance dans le corpus étaient liées à une normativité sociale et reflétaient une vision médicalisée, santéisée, gestionnaire et fonctionnelle productive (relié à l'argent et au travail rémunéré). Cet ensemble de représentations amène son lot de conséquences, dont l'invisibilisation de la souffrance psychique et de sa subjectivité.

En effet, un deuxième silence est observé dans le corpus, autant en ce qui a trait à la représentation qu'à l'intervention sur la souffrance, soit la part de subjectivité de l'expérience de la souffrance qui est occultée. Du fait de, encore une fois, la prépondérance des représentations médicales et néolibérales dans le corpus, on assiste progressivement au fil des documents à une sorte d'indifférence de la souffrance psychique comme telle au profit de la logique organisationnelle propre aux représentations néolibérales, et articulées autour du médical. Les logiques fonctionnalistes, orientées, par exemple, vers le travail, tel que présenté ci-dessus, minent la dimension personnelle et expérientielle de la souffrance des personnes.

Sans reprendre chaque élément présenté jusqu'ici, rappelons que ne serait-ce que dans la façon de présenter le « problème », tel que mentionné à la section 4.1.1.1, l'ensemble du corpus réfère à l'expérience de la souffrance par la maladie mentale comme telle; évacuant d'emblée une grande part de subjectivité à l'expérience. La tendance à médicaliser les problèmes sociaux, ici les « problèmes » de santé mentale, est aussi en opposition claire avec sa subjectivisation.

Nous détaillons ici deux manifestations du manque de prise en compte de la subjectivité qui vient à invisibiliser l'expérience humaine de la souffrance, soit la mise de côté de la parole des concernées par le manque d'écoute du récit, et l'évincement des forces émergent de la souffrance.

5.4.2.1 La parole des concernés : un silence du récit et de l'écoute

L'engagement de la *Politique de santé mentale de 1989* fait tranquillement place au fil des plans d'action qui la suivront à un désengagement vis-à-vis de l'expérience au profit des

représentations présentées plus tôt¹⁴⁷. Bien qu'il soit difficile de rester dans une dimension subjective dans un contexte de document gouvernemental, on sent l'effort dans les documents de 1989 et 1998. Cet effort est aussi senti en 2005, mais de manière plus superficielle, s'inscrivant en contradiction avec diverses dimensions en expansion à partir de 2005¹⁴⁸. Rappelons qu'en 1989, la singularité de l'individu et le manque de consensus entourant les problèmes de santé mentale sont mis de l'avant. Dans le court document de 1998, c'est plutôt par la présence du principe d'appropriation du pouvoir et par la précision explicite et exhaustive de tous les acteurs critiques impliqués dans la création du document¹⁴⁹ que l'on remarque cet effort pour intégrer une dimension plus subjective à la représentation et à la prise en charge de la souffrance. Les plans de 2005 et 2015 sont, eux, noyés par leur longueur technocrate en plus de faire émerger les représentations énoncées dans ce chapitre V; le tout ayant pour effet d'invisibiliser la détresse.

Ainsi, l'importance *de faire du sens* n'est pas abordée dans le corpus, malgré la grande place que cette dimension prend dans plusieurs des écrits s'attardant aux réponses à la souffrance et aux problèmes de santé mentale (Corin, 2002; Corin, Poirel et Rodriguez, 2011; Ricoeur, 2013; Rodriguez, Corin et Guay, 2000 (ici selon l'analyse de Provencher, 2002)). Cette négligence de l'importance de la dimension narrative dans les documents en vient à créer une perte de sens au sein même des plans d'action. En effet, on en vient à perdre la substance du sujet au profit de représentations médicales, organisationnelles et marchandes. On aborde ainsi énormément l'organisation des services, mais on ne peut lire les voix des personnes. On retrouve d'innombrables références à l'efficacité et à l'optimisation dans le corpus, mais on y perd la profondeur expérientielle de la souffrance psychique.

¹⁴⁷ On fait ici référence aux représentations liées à une normativité sociale et reflétant une vision médicalisée, santéisée, gestionnaire et fonctionnelle productive (relié à l'argent et au travail rémunéré).

¹⁴⁸ L'effort est senti principalement par l'intégration de témoignages de personnes gravitant dans le système au fil du texte. Toutefois, rappelons à titre de contre-exemples : la montée du modèle biomédical, la place grandissante d'une vision du rétablissement, la mise de côté de l'appropriation du pouvoir, la montée de l'importance accordée aux enjeux économiques, au travail, au côté organisationnel, etc.

¹⁴⁹ C'est le seul des quatre documents où on parle d'appropriation du pouvoir et où les acteurs impliqués sont listés de cette façon.

Il est aussi pertinent de souligner le silence dans les textes institutionnels par rapport à l'importance des espaces d'écoute pour accueillir la souffrance. En fait, le mot « écoute » est presque inexistant dans l'ensemble du corpus. Dans notre recension des écrits, les auteurs ayant relevé le caractère incontournable de cette dimension dans la prise en charge de la souffrance sont pourtant nombreux (Corin 2002; Fassin, 2004 (ici selon la lecture de Dahlia Namian, 2005); Feys, 2017; Poirel et Corin, 2011; Ricoeur, 2013; Rodriguez, Corin et Guay, 2000 (ici selon l'analyse de Provencher, 2002)).

Il est aussi intéressant d'observer ici la place qu'occupent les personnes dans la participation des documents du présent corpus. Curieusement, il n'y a qu'en 2005 où on retrouve des témoignages de personnes concernées au fil du texte. Cette intégration de la parole des usagers, quoiqu'appréciable, apparaît de manière un peu aléatoire et épisodique dans le texte, et amène le doute quant à sa fonction; a-t-elle réellement une visée partenariale ou est-elle plutôt une simple parure; un exercice de relation publique? En 2005, on mentionne une consultation comprenant 500 personnes pour l'élaboration du plan sans en lister tous les acteurs. Dans les quelques mentions spécifiques des personnes ayant participé, seuls deux utilisateurs de service sont nommés en tant que personnes « concernées ». En effet, plus on avance dans les années du corpus, moins d'acteurs critiques semblent avoir été impliqués dans la rédaction des documents (voir section 3.2). L'extrait suivant qui présente l'intégration de la « parole » des personnes concernées au début du plan de 2005 vient supporter ce questionnement :

Ces citations sont tirées d'écrits ou d'échanges récents et n'ont pas la prétention de rendre compte de façon exhaustive de l'ensemble des propos des utilisateurs et de leurs proches, mais servent à nous rappeler combien il peut être riche de les écouter et combien il est parfois nécessaire de le faire (2005, p. 6).

Ce passage présenté plus tôt dans ce mémoire indique le désir d'inclusion du plan d'action, ainsi que son souci à ne pas uniformiser la souffrance des individus, mais pose tout de même une distance entre « eux » et « nous » (« nous rappeler » « les écouter »). L'emploi du mot « parfois » peut aussi être interprété comme une conditionnalité à l'écoute des personnes dans certaines situations seulement : « parfois nécessaire » au lieu « d'incontournable ».

5.4.2.2 Le silence des forces émergent de la souffrance

Le silence de cette subjectivité s'exprime aussi par la façon dont le corpus occulte les dimensions positives qui peuvent émerger de la souffrance psychique. À l'image des écrits et de la vision semblant prépondérante dans nos sociétés, le présent corpus met de côté ce qu'on peut « faire de bien » de la souffrance psychique. Sans pour autant minimiser la grande détresse associée à celle-ci, la banaliser ou la simplifier¹⁵⁰, la reconnaissance des grandes forces l'entourant aurait pu être mise davantage de l'avant dans le présent discours. En effet, même si on ne tombe pas dans la diabolisation des personnes qui souffrent comme ça a pu être le cas dans le passé, on sent un discours plutôt neutre, qui ne rend pas compte de l'épaisseur de l'expérience de la souffrance psychique, du côté douloureux, comme du beau. À la place, on reste dans un entre-deux se voulant normalisant et glissant plutôt vers le banalisant où la personne risque encore de disparaître avec cette souffrance dont on veut se débarrasser.

Tout au long des documents, la notion « d'espoir » revient à plusieurs endroits. L'espoir est lié aux définitions du rétablissement et est repris dans le mot du ministre dans le plan de 2005, entre autres¹⁵¹. Encore faut-il voir dans quel sens on parle d'*espoir*.

Oui l'espoir. L'espoir de naviguer vers une souffrance humaine et psychique moins envahissante. Mais aussi la reconnaissance. La reconnaissance de la beauté et de la force intrinsèquement et indissociablement liées à cette détresse de l'âme, car reliée à la personne. L'espoir oui, mais sans la volonté d'évacuer les souffrances en appliquant une solution rapide, facile et uniforme. En faisant comme si cette souffrance était indésirable sous tous les angles et en jetant la personne en même temps que sa souffrance. Un apprivoisement, au lieu d'une évacuation. En faisant de cette souffrance un mal indésirable dont on veut se débarrasser à tout prix, on risque par le fait même de stigmatiser davantage les personnes et le mal-être qui les accompagne.

¹⁵⁰ Par exemple, en l'amalgamant et en la mettant dans une même réalité que la souffrance physique (voir section 1.2.3, Corin et Lauzon, 1986, p. 47).

¹⁵¹ En parlant du plan de 2005, le ministre de la Santé de l'époque, Philippe Couillard, écrit : « J'y vois aussi un lieu d'ancrage et d'espoir pour les familles et les proches des femmes, des hommes et des adolescents malades. » (MSSS, 2005, p. 5).

La section 1.2.3 « Intolérance face à la souffrance » de notre recension des écrits, où « l'obligation d'être heureux » et en bonne santé est mise en lumière comme incontournable dans nos sociétés contemporaines, fait le pont entre ces questionnements et les écrits. Cette injonction au bonheur simplifie dangereusement l'existence et ajoute une pression porteuse de potentielle souffrance sur les individus. À force d'associer « péjoratif »¹⁵² à « souffrance », on amplifie cette dernière. Le silence entourant la positivité associée à la détresse rend ici légitimes les écrits de Lucie Biron (2006).

À ce stade, rappelons Foucault (2001) écrivant que « la folie n'est devenue objet de science que dans la mesure où elle a été déchue de ses antiques pouvoirs [...] » (p. 197). Le « pouvoir de révélation » et la « profondeur » qui seront « anéantis par l'internement » sont ainsi invisibilisés dans le présent corpus institutionnel. Dans des perspectives de relativisme culturel comme les études d'ethnopsychiatrie, par exemple, la folie et la souffrance peuvent être vécues, construites, perçues sous des angles dépassant les connotations négatives qui paraissent très présentes dans, entre autres, le discours institutionnel. Les dimensions positives émergeant de la souffrance comme le changement, la résilience, la créativité, l'empathie, la connexion spirituelle, sont toutes occultées de la représentation de la souffrance présentée dans le présent corpus. Ces dimensions correspondent à un volet davantage subjectif du « problème de santé mentale ».

Par ailleurs, dans la définition du rétablissement proposée par Loïse Forest (2008), on retrouve certains aspects s'apparentant à des connotations plus positives associées au parcours de souffrance. Elle décrit le rétablissement comme le fait d'« apprendre des leçons de survie que la maladie nous a enseignées, s'en servir pour continuer. C'est pouvoir s'entraider, partager avec nos pairs et devenir des pairs-aidants reconnus et indispensables » (p. 3). Cette dimension d'apprentissage fait écho aux propos de Paul Ricoeur (2013) qui aborde les « enseignements »,

¹⁵² Par des passages comme « Personne *n'est à l'abri* de la maladie mentale. », les plans d'action intensifient la peur entourant la maladie mentale, par le lexique choisi pour en parler (MSSS, 2015, p. iii)

le bon, la réflexion sur soi, que la souffrance peut nous apporter, si l'on fait le choix d'en *faire ainsi du sens* pour soi-même (p. 29-30).

5.5 Synthèse et retour sur la question de recherche

À ce stade-ci, rappelons une fois de plus la visée de ce mémoire, soit de mettre en lumière les représentations institutionnelles gouvernementales de la souffrance psychique au Québec, de nos jours. Tel que mentionné en début de chapitre V, il est apparu au terme de l'analyse que, dans l'ensemble du corpus, la notion de « souffrance » est en fait absente au profit du « trouble mental ».

Revenons d'abord brièvement sur certaines limites méthodologiques du présent travail. Nommons entre autres le caractère limité de notre analyse du discours *gouvernemental*, puisque seulement quatre documents de ce type ont été étudiés. Élargir le corpus à d'autres types de documents gouvernementaux, ou même institutionnels, aurait pu permettre des comparaisons intéressantes et une plus grande richesse à l'analyse. Toutefois, rappelons que la concision du corpus permet possiblement une plus grande homogénéité de celle-ci. À noter aussi que malgré notre souci d'exhaustivité et de rigueur dans l'analyse, amenant une certaine systématisme, certaines dimensions n'ont bien sûr pas pu être couvertes ici. Nous aurions pu analyser ce corpus sous d'autres dimensions pertinentes, avec d'autres procédés et une autre approche. Comme mentionné à la section 3.4, notre méthode d'analyse qualitative utilisée dans ce mémoire ne permet pas de tirer des conclusions déductives, mais plutôt d'induire certaines tendances, pas nécessairement exclusives.

Les hypothèses avancées à la fin de notre premier chapitre ont été approfondies dans le présent chapitre. Par le biais de nos trois premières sections (5.1 à 5.3), nous avons donc mis en lumière une représentation de la souffrance psychique reposant en grande partie sur une normativité sociale teintant l'ensemble des autres représentations explorées ici. Nous avons ensuite mis de l'avant la représentation à la fois médicalisée et santéisée des problèmes de santé

mentale. Puis, sous le prisme du néolibéralisme, des dimensions standardisées¹⁵³ et reposant grandement sur une logique mercantile de productivité fonctionnelle, ont été mises de l'avant¹⁵⁴. Ces dimensions représentant d'une certaine façon une évolution dans la « norme sociale » ont été mises en relation avec les polarités du « normal » et du « pathologique ». Aussi, une représentation essentiellement individuelle des problèmes de santé mentale a été remarquée au fil des textes. Notre dernière section (5.4) a mis en lumière deux dimensions évacuées du corpus, au profit de celles mentionnées ci-dessus : les influences sociales participant à la construction des problèmes de santé mentale, et la subjectivité de la souffrance psychique. En effet, de façon sous-jacente, toutes les représentations proposées ici contribuent à une évacuation de la subjectivité au sein du corpus. On ne s'attarde pas aux bas et hauts-fonds de la souffrance de l'âme¹⁵⁵.

À noter que notre analyse marque une tendance assez similaire de l'ensemble de ces représentations pour les plans de 2005 et 2015¹⁵⁶. La Politique de 1989 et le plan d'action de 1998 se distinguent de ces représentations par des nuances, explicitées au fil des deux derniers chapitres de ce mémoire.

On peut ainsi supposer que le discours institutionnel gouvernemental québécois se représente la souffrance à la mesure de ce sur quoi il compte agir¹⁵⁷. À la lumière de toutes les dimensions représentatives présentées dans cette Discussion, on peut se demander ce que véhicule comme finalité l'intention « d'aller-mieux » du discours institutionnel. Le seul fait d'intervenir sur la souffrance d'autrui, sur son trouble, sur son « anormalité », est en effet

¹⁵³ Les enjeux de pouvoir, avec comme finalité le contrôle des sociétés, sont intrinsèquement liés à la volonté d'imposer une norme à un ensemble donné. Cette normalisation contribue ainsi à simplifier le contrôle des individus. On sent un désir d'uniformisation optimisée dans les plans de 2005 et 2015.

¹⁵⁴ À noter que les représentations médicalisantes et santéisantes des problèmes de santé mentale peuvent aussi être observées à partir du prisme néolibéral.

¹⁵⁵ Nous remarquons ainsi que la dimension subjective de la souffrance est omise au profit d'une vision reposant sur certains enjeux davantage néolibéraux, comme la responsabilisation de l'individu et sa productivité.

¹⁵⁶ L'omniprésence du rétablissement des plans de 2005 et 2015, la structure davantage administrative, organisationnelle et lourde, marque un changement de ton par rapport aux documents de 1989 et 1998. Même si on se réfère à la Politique de 1989 dans les deux derniers documents du corpus, on sent les perspectives entrepreneuriales néolibérales teinter les plans de 2005 et 2015.

¹⁵⁷ Certaines dimensions seraient alors occultées, comme celles spirituelles, par exemple, pourtant intrinsèques à la condition humaine et pratiquement universelle.

discutable en soi. Est-ce qu'on souhaite agir en santé mentale pour soulager la détresse humaine ou pour s'assurer d'une entrée dans la « norme » dans une logique de contrôle social ou de désir sociétal d'acquiescer à des valeurs communes prédéfinies? Est-ce que vraiment un humanisme nouveau a émergé dans nos sociétés pour éliminer une volonté sous-entendue de normalisation et la remplacer par un réel désir altruiste d'aider le prochain? La question se pose.

CONCLUSION

Tout au long de ce mémoire, nous avons mis en lumière de façon sous-jacente et parfois explicite, la ligne brouillée entre les problèmes de santé mentale et les souffrances psychiques. En se rappelant les propos de Marin (2013) dans son analyse de l'œuvre de Ricoeur sur le fait que la souffrance ne se représente pas (p. 17), ce travail de recherche a tout de même tenté ici d'examiner les représentations institutionnelles gouvernementales de la souffrance en lien avec les problèmes de santé mentale, au Québec, de la fin des années 80 à de nos jours. Cet angle de recherche nous est apparu comme pertinent à la suite d'un portrait soutenant la construction sociale de la maladie mentale élaboré dans le premier chapitre du présent mémoire. Le fait d'analyser le texte institutionnel nous a permis de mettre en lumière le reflet sociétal de notre objet de recherche. Le discours gouvernemental venant colorer nos représentations communes et les pratiques en santé mentale, la pertinence de ce mémoire est ainsi prouvée dans une optique de travail exploratoire.

À la suite d'une analyse approfondie de la *Politique de santé mentale de 1989* et des trois plans d'action en santé mentale qui l'ont suivie, nous avons dégagé une tendance croissante à certaines représentations de la souffrance au fil des textes. En effet, à partir du plan de 2005, on remarque une représentation de la souffrance davantage axée sur des valeurs néolibérales qui mettent de l'avant une représentation médicalisée, santéisée, « gestionnarisée » et misant sur une productivité économique de la souffrance en lien avec les troubles mentaux. Une souffrance intrinsèquement et constamment ramenée à la normativité sociale est symbolisée dans le présent corpus gouvernemental. L'ensemble de ces représentations mettent de côté les influences sociales contribuant à la construction du problème de santé mentale, déresponsabilise la société au profit de l'individu et met finalement de côté la subjectivité en lien avec la maladie mentale, en occultant les forces des personnes vivant avec cette détresse particulière de la psyché. Il est intéressant de noter que les silences observés dans le présent corpus sont pourtant le cœur de notre recension des écrits. En effet, la place incontournable de la société et donc, sa responsabilité pour la construction des problèmes de santé mentale, est l'élément central abordé dans notre premier chapitre sous une perspective constructiviste critique. En somme, et pour rappeler une dernière fois un passage d'Otero (2003) :

On a de moins en moins affaire à un sujet parlant, doté d'une histoire singulière qui formule une plainte ou éprouve une souffrance à laquelle il faut donner un sens, mais plutôt à un corps dont l'action est soit inhibée et il faut la stimuler, soit inadaptée par rapport aux attentes « environnementales » et il faut procéder à sa réadaptation (p. 77).

Nous espérons que ce travail critique sèmera la réflexion de ses lecteurs quant à la construction des politiques et plans gouvernementaux en santé mentale. Une simple prise de conscience de certains des mécanismes et représentations mis de l'avant dans ce mémoire par les instances en charge de l'élaboration de ces documents, serait une amorce intéressante dans le but d'ajuster le tir quant aux représentations qu'on souhaite collectivement véhiculées de la souffrance. L'ajustement des futurs documents pour un cadre représentatif différent pourrait ensuite venir influencer les pratiques pour l'intervention en santé mentale.

Dans un prochain travail, nous pourrions examiner comment les représentations institutionnelles actuelles de la souffrance dans la société québécoise viennent influencer la souffrance des personnes en tant que telle et les pratiques dans nos sociétés contemporaines.

Nous terminons ce mémoire en rappelant l'importance des nuances, du récit, de l'écoute et du sur-mesure lorsqu'il est question de la souffrance de l'âme des personnes, et ce, même dans un contexte institutionnel. Rodriguez (2005) nous rappelle ici, et en guise de dernier passage de ce travail, l'importance des espaces d'expression de la souffrance.

Le passage par la parole, par l'élaboration des expériences et l'inscription dans un espace d'interprétations et par des possibilités d'agir plus large où la personne trouve une marge de liberté, semblent incontournables. [...] pour beaucoup de personnes, ce travail sur soi s'est appuyé sur diverses formes de relations psychothérapeutiques. [...] il s'agit d'avoir accès à des espaces de retrait et de relation, d'entraide et d'action où l'on peut apprivoiser sa souffrance, être reconnu comme sujet, formuler et réaliser des projets personnels et, parfois, contribuer à des actions collectives qui permettent de se resituer dans un monde de significations partagées (p. 252-253).

BIBLIOGRAPHIE

- (1989). Présentation : La politique de santé mentale : une politique de gestion des services. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 7-10. <https://doi.org/10.7202/031484ar>
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses universitaires de France.
- Biron, L. (2006). La souffrance des intervenants : perte d'idéal collectif et confusion sur le plan des valeurs. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36(1), 209-224. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ctf.036.0209>
- Blais, L. (2006). Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai ? : Vérité et pouvoir chez Foucault. *Sociologie et sociétés*, 38(2), 151. <https://doi.org/10.7202/016377ar>
- Cellard, A. (1993). Sang de belette et cervelle de corbeau : la médicalisation de la folie au Québec, 1600-1850. *Criminologie*, 26(1), 165-175. <https://doi.org/10.7202/017334ar>
- Coavoux, S. (2008). *Ian Hacking, Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?* Repéré à <http://journals.openedition.org/lectures/689>
- Collin, J., & Suissa, A. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 25-33. <https://doi.org/10.7202/016048ar>
- Corin, E. (2002). Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? Retrouver sa voix? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 65-82. <https://doi.org/10.7202/014539ar>
- Corin, E., & Lauzon, G. (1986). Les évidences en questions. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 42. <https://doi.org/10.7202/030319ar>
- Corin, E., & Lauzon, G. (1988). Réalités et mirages : les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 69. <https://doi.org/10.7202/030427ar>
- Corin, E., Poirel, M.-L., & Rodriguez, L. (2011). *Le mouvement de l'être* (Presses de l'Université du Québec).
- Courtemanche, A. (2018). *Le cercle vertueux de l'autonomie et de l'aller-mieux : une analyse des politiques et plans d'action québécois en santé mentale de 1989 à 2015*. Université du Québec à Montréal.
- Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Les représentations sociales. hal-01648424
- Della Faille, D., & Rizkallah, É. (2013). Présentation : regards croisés sur l'Analyse du discours. *Cahiers de recherche sociologique*, 54, 5. <https://doi.org/10.7202/1025990ar>

- Dorvil, H., & Guttman, H. (1997). *35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996*.
- Doucet, M.-C., & Moreau, N. (2014). *Penser les liens entre santé mentale et société Les voies de la recherche en sciences sociales*. Presses de l'Université du Québec.
- Ehrenberg, A. (2010). *La Fatigue d'être soit Dépression et société*. Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2005). La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 17-41. <https://doi.org/10.7202/1002458ar>
- Feys, J.-L. (2017). Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie, The constructivist foundations of anti-psychiatry. *L'information psychiatrique*, me 93(6), 457-463. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1657>
- Forest, L. (2008). Ah! Le rétablissement.... *Le partenaire*, 16(1), 3.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie*. Librairie Plon.
- Foucault, M. (2001). La folie n'existe que dans une société. Dans D. Defert et F. Ewald (dir.), *Dits et Écrits* (vol. 1, p. 195-197). France : Gallimard.
- Foucault, M. (2001). La naissance de la médecine sociale. Dans D. Defert et F. Ewald (dir.), *Dits et Écrits* (vol. 2, p. 207-228). France : Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Gallimard.
- Gagné, J., & Poirier, M. (1988). La santé mentale au Québec : un champ en crise. *Nouvelles pratiques sociales*, 1(1), 143-155. <https://doi.org/10.7202/301013ar>
- Gouvernement du Québec. (2020). *Maladie mentale*. Québec. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/>
- Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle*, no 8(2), 21-29. <https://doi.org/10.3917/pp.008.0021>
- Jodelet, D. (1989a). *Folies et représentations sociales*. <https://doi.org/10.1522/030110944>
- Jodelet, D. (1989b). *Représentations sociales : un domaine en expansion*. http://classiques.uqac.ca/contemporains/jodelet_denise/representations_soc_domaine_en_expansion/representations_soc_domaine_en_expansion.pdf
- Jodelet, D. (2005). *Formes et figures de l'altérité*. <https://doi.org/10.1522/030135397>
- Jodelet, D. (2006). *Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales*.

http://classiques.uqac.ca/contemporains/jodelet_denise/place_experience_processus/place_experience_processus.pdf

- Kalampalikis, N. (2013). Préface. Retour au milieu vital. In *Le scandale de la pensée sociale*. Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Keucheyan, R. (2007). *Le constructivisme Des origines à nos jours*. Paris : Hermann.
- Kirouac, L., & Dorvil, H. (2014). Renouer avec sa santé et son image La double peine des travailleurs qui s'absentent en raison d'un trouble mental. In *Penser les liens entre santé mentale et société*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Kleinman, A. & Good, B. (1985). *Culture and Depression Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. University of California Press.
- Lamarre, B., Mineau, A., & Larochelle, G. (2006). Le discours sur la médicalisation sociale et la santé mentale : 1973-1994. *Recherches sociographiques*, 47(2), 227-251. <https://doi.org/10.7202/014202ar>
- Larose-Hébert, K. (2014). Le « passage obligé » La folie selon Michel Foucault et Erving Goffman. In *Penser les liens entre santé mentale et société Les voies de la recherche en sciences sociales*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Le Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Version 2.1. CD-ROM. 2001.
- Lesèche, D. (2000, 2001). *Berger et Luckmann : « La Construction sociale de la Réalité »*. Les fiches de lecture de la Chaire D.S.O. http://mip-ms.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=1295877017861
- Lézé, S. (2005). Marcelo Otero, Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003, 322 p., bibliogr. *Anthropologie et Sociétés*, 29(2), 207-208. <https://doi.org/10.7202/011913ar>
- Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: education, prevention and policy*. 20(2), 85–95. doi: 10.3109/09687637.2012.743506
- Marin, C., & Zaccā-Reyners, N. (2013). *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur*. Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://www.cairn.info/souffrance-et-douleur-autour-de-paul-ricoeur--9782130607229.htm>

- Massé, J. C., & T.-Brault, M.-M. (1979). Maladie mentale et stigmatisation ou Comment on devient un malade mental pour la vie. *Santé mentale au Québec*, 4(1), 73. <https://doi.org/10.7202/030048ar>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1989). *Politique de santé mentale* (p. 62). Gouvernement du Québec Ministère de la santé et des services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/89-sante-mentale.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (p. 46). Gouvernement du Québec Ministère de la santé et des services sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/40003>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens* (p. 97). Gouvernement du Québec Ministère de la santé et des services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement* (p. 80). Gouvernement du Québec Ministère de la santé et des services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Moreau, N., & Vinit, F. (2007). Empreintes de corps : éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 34-45. <https://doi.org/10.7202/016049ar>
- Moscovici, S. (2013). *Le scandale de la pensée sociale*. Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Muller, P. (2000). L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique*, 50(2), 189-208. <https://doi.org/10.3406/rfsp.2000.395464>
- Namian, D. (2005). Didier Fassin, Des maux indicibles. *Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 2004, 198 pages. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 279-282. <https://doi.org/10.7202/1002470ar>
- Negara, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*. <http://journals.openedition.org/sociologies/993>
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *OMS | Troubles mentaux*. WHO. https://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/

- Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine Santé mentale et société*. Les Presses de l'Université Laval.
- Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 65-89. <https://doi.org/10.7202/1002460ar>
- Otero, M. (2012). *L'ombre portée L'individualité à l'épreuve de la dépression*. Boréal.
- Otero, M. (2013). Grand résumé de L'Ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression, Montréal, les Éditions du Boréal, 2012. Suivi d'une discussion par Alain Ehrenberg et Danilo Martuccelli. *SociologieS*. <http://journals.openedition.org/sociologies/4504>
- Otero, M. (2015). *Les Fous dans la cité Sociologie de la folie contemporaine*. Boréal.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). Chapitre 9 L'analyse thématique. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2e éd., p. 161 à 207). Armand Colin.
- Parazelli, M., & Desmeules, K. (2015). 2. Contrôler la délinquance à la source : une tendance nord-américaine. In F. Desage, D. Duprez, & N. Sallée (Éds.), *Le contrôle des jeunes déviants* (p. 41-58). Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/3788>
- Parler de la stigmatisation*. (s.d). [YouTube].
- Pelchat, Y., Gagnon, É., & Thomassin, A. (2006). Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale. *Lien social et Politiques*, 55, 55-66. <https://doi.org/10.7202/013224ar>
- Poirel, M.-L., & Corin, E. (2011). Revisiter la notion de traitement à partir de récits de personnes usagères, d'intervenants et de responsables de ressources alternatives en santé mentale : la question de la subjectivité. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 115. <https://doi.org/10.7202/1005817ar>
- Poirel, M.-L., & Weiss, B. (2014). Vous avez dit Intégration? Incertitudes et tensions dans les représentations de l'intégration sociale dans les publications gouvernementales et les programmes sociaux au Québec. In *Penser les liens entre santé mentale et société*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Poulin, C., & Lévesque, M. (1995). Les représentations sociales des étiquettes associées à la maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 119. <https://doi.org/10.7202/032336ar>
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35. <https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Renault, E. (2008). *Souffrances sociales Philosophie, psychologie et politique*. La Découverte.

- Ricœur, P. (2013). La souffrance n'est pas la douleur. In *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur* (p. 13-34). Presses Universitaires de France; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/puf.marin.2013.01.0013>
- Robert, A. D., & Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu*. Presses universitaires de France.
- Rodriguez del Barrio, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 237-255. <https://doi.org/10.7202/1002468ar>
- Rodriguez del Barrio, L. (2018). SVS6435 : propos du cours.
- Roy, M. (2013). L'individualisation et la médicalisation du travail social dans le domaine de la « santé mentale ». *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(1), 226-237. <https://doi.org/10.7202/1018047ar>
- RRASMQ. (s. d.). *La santé mentale et l'Alternative*. Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. Consulté 7 mai 2020, à l'adresse <http://www.rrasmq.com/alternative-en-SM.php>
- RRASMQ. (2009). *Le Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*.
- RRASMQ-Sébastien Blois. (2013). *Revue de presse critique en santé mentale-La psychiatrisation des problèmes sociaux*. 60.
- Schurmans, M.-N. (1988). *Les représentations sociales de la maladie mentale : une étude de sociologie de la connaissance*. Université de Genève.
- Simon, S., & Piccoli, E. (2018). Présentation. Effets et perspectives de la rationalité néolibérale. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 49-2, 1-23.
- Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Presses Universitaires de France.
- Yeager, K. R. (2017). Mental Health. Dans *Oxford Bibliographies: Social Work*. Repéré à <http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780195389678/obo-9780195389678-0042.xml?rskey=G8GCQf&result=127>

