

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

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

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
ANDRÉANNE COURTEMANCHE

DÉCEMBRE 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je veux tout d'abord exprimer ma gratitude envers Mme Marie-Chantal Doucet, ma directrice de recherche. Tout au long de ce projet, j'ai eu la chance de bénéficier d'un encadrement à la fois rigoureux et bienveillant. Par-dessus tout, je crois que c'est la confiance qui me fut accordée qui m'a poussée à me dépasser.

Je remercie mes parents, pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mon parcours. Je tiens à remercier aussi Francis, dont la présence au quotidien aura fait la différence. Évidemment, je n'ai que de bons mots pour les amies ayant vécu ce périple avec moi. Je pense ici particulièrement à Anne-Gaëlle, Elizabeth et Maude.

Cette liste de remerciements ne serait pas complète sans souligner l'apport des professeurs rencontrés au fil de ce parcours. Une mention particulière à Élias Rizkallah, dont l'enseignement au sujet de l'analyse de discours a grandement contribué à mes connaissances au plan méthodologique.

Finalement, j'aimerais remercier Émilie Dazé et David Brême, dont le soutien technique m'aura permis de terminer ce projet dans les temps.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE : HISTOIRE ET ÉTAT DE LA	
SITUATION	4
1.1 Le grand renfermement.....	5
1.1.1 Les maisons d'internement	6
1.1.2 L'asile	8
1.1.3 Les hôpitaux.....	10
1.2 Le grand désenfermement.....	12
1.3 Le grand renversement	17
1.4 État de la situation	19
1.5 Synthèse et question de recherche	20
1.6 L'hypothèse de l'autonomie comme vecteur de l'aller-mieux en santé	
mentale.....	22
1.7 Pertinence scientifique et sociale.....	22
CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL	24
2.1 Définitions de la santé mentale et des troubles mentaux	25
2.2 La problématique de l'autonomie.....	30
2.3 Définition de l'aller-mieux	34

2.4	Retour sur l'hypothèse de l'autonomie comme condition de l'aller-mieux en santé mentale	37
2.5	Pertinence scientifique de la recherche.....	38

CHAPITRE III

	MÉTHODE DE LA RECHERCHE.....	40
3.1	Présentation du corpus.....	40
3.1.1	Les politiques et plans d'action québécois en santé mentale comme objet de recherche.....	41
3.1.2	Constitution du corpus.....	42
3.1.3	Description des quatre politiques et plans d'action	45
3.2	Description des méthodes choisies	46
3.2.1	Analyse thématique.....	47
3.2.2	Identification de stratégies d'énonciation	47
3.3	Analyse	48
3.3.1	Sélection des éléments du corpus à analyser	48
3.3.2	Étapes de l'analyse.....	50
3.4	Forces et limites de la recherche.....	54

CHAPITRE IV

	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	56
4.1	Personnes visées par les interventions dans le champ de la santé mentale	57
4.1.1	La disparition des « groupes à risque ».....	57
4.1.2	Populations visées : la particularité des services de crise.....	59
4.1.3	De bénéficiaires à utilisateurs de services	60
4.1.4	Synthèse	66
4.2	Problèmes rapportés dans le corpus.....	67
4.2.1	L'importance d'occuper un emploi.....	67
4.2.2	Au-delà de l'importance d'occuper un emploi : la productivité des proches	68
4.2.3	Les coûts des troubles mentaux pour la société.....	68
4.2.4	Synthèse	69

4.3	Interventions mises en avant dans les politiques et plans d'action.....	70
4.3.1	De l'intégration sociale à la participation sociale.....	70
4.3.2	Du fonctionnement à la responsabilisation.....	74
4.3.3	L'appropriation du pouvoir.....	76
4.3.4	Le rétablissement et l'épanouissement : des préoccupations grandissantes.....	76
4.3.5	Offrir les services dans la communauté et éviter les hospitalisations.....	80
4.3.6	De l'entraide à la pair aideance.....	83
4.3.7	Synthèse.....	84
4.4	Synthèse du chapitre.....	85

CHAPITRE V

DISCUSSION.....	87
5.1 Tendances observées lors de l'analyse du corpus.....	88
5.2 Les préoccupations soulevées dans les politiques et plans d'action en santé mentale en période de grand renversement.....	91
5.2.1 Élargissement de l'étendue des problématiques pouvant être exprimée en termes de santé mentale.....	92
5.2.2 Augmentation de l'importance accordée aux aspects économiques des troubles mentaux.....	95
5.2.3 Résumé.....	98
5.3 Vers l'aller-mieux : la place de l'autonomie.....	98
5.3.1 La montée du paradigme du rétablissement : <i>Que suis-je capable de faire ?</i>	99
5.3.2 Désignation de l'appartement comme milieu de vie et lieu d'intervention : l'éloignement des institutions.....	103
5.3.3 Reconnaissance de l'utilisateur de services comme partie prenante de l'intervention.....	106
5.3.4 La promotion de la pair aideance : le pair aidant, l'idéal de l'aller-mieux.....	109
5.3.5 Résumé.....	111
5.4 Cercle vertueux de l'autonomie et de l'aller-mieux.....	112

CONCLUSION.....	114
ANNEXE RÉSULTATS DE L'ANALYSE THÉMATIQUE	121
BIBLIOGRAPHIE.....	124

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
Figure 4.1	Dénominations des personnes recevant des services en santé mentale.....	62
Figure 4.2	Activités promues pour favoriser la participation à la vie sociale	73
Figure 4.3	Épanouissement et rétablissement	77
Figure 4.4	Champ lexical de l'espoir	79
Figure A.1	Arbre thématique – Partie 1 : Personnes visées par les interventions dans le champ de la santé mentale	121
Figure A.2	Arbre thématique – Partie 2 : Problèmes rapportés dans le corpus	122
Figure A.3	Arbre thématique – Partie 3 : Interventions mises en avant dans les politiques et plans d'action	123

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CIM	Classification internationale des maladies
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OLFQ	Office québécois de la langue française
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PASM	Plan d'action en santé mentale

RÉSUMÉ

L'histoire des interventions en santé mentale du XVI^e siècle à aujourd'hui peut être divisée en trois grandes périodes : le grand renfermement (Foucault, 1961), le grand désenfermement (Castel, 1973) et le grand renversement (Ehrenberg, 2005a). La dernière période, qui a débuté dans les années 1980, a toujours cours. Cette recherche vise à identifier quel est, en période de grand renversement, le vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale. L'aller-mieux (Demailly, 2016) est ici considéré comme un rapprochement des normes définissant une santé optimale. Or, « la valeur suprême » en période de grand renversement est l'autonomie (Ehrenberg, 2009) et celle-ci agit comme une norme dans toutes les sphères de nos vies (Ehrenberg, 2009 ; Geay, 2009 ; Duvoux, 2009). Ainsi, l'hypothèse sur laquelle se base cette recherche est que l'autonomie est le vecteur principal de l'aller-mieux en santé mentale. Étant donné leur fonction d'orientation des interventions, les politiques et plans d'action québécois en santé mentale constituent le matériel étudié pour confirmer si cette hypothèse issue de la littérature se confirme de façon empirique. Plus particulièrement, la méthode de recherche consiste en une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) effectuée en portant une attention particulière aux stratégies d'énonciation mises en œuvre dans le corpus à l'étude. Une comparaison des données obtenues sur une base diachronique permet d'apprécier la place occupée par l'autonomie dans les politiques et plans d'action, du début du grand renversement à 2015. L'image du cercle vertueux de l'autonomie et de l'aller-mieux permet d'illustrer les résultats de cette recherche. Effectivement, l'analyse du corpus met en évidence qu'en période de grand renversement, tout comme aller mieux revient à dire que l'on est en mesure d'exercer notre autonomie, c'est par l'exercice de notre autonomie que l'on parvient à aller mieux. Enfin, étant donné la double dimension de l'autonomie (émancipatrice et adaptatrice), son positionnement comme vecteur principal de l'aller-mieux est présenté comme posant des défis pour la pratique du travail social.

MOTS-CLÉS : santé mentale, grand renversement, aller-mieux, autonomie, politiques et plans d'action en santé mentale.

INTRODUCTION

Ce serait un euphémisme de dire que de grands changements ont eu lieu dans le domaine des interventions en santé mentale au cours du dernier siècle. En l'espace d'une vie, certains patients auront connu à la fois le modèle asilaire et le modèle de l'ancrage des services dans la communauté. Ces changements dans le champ de l'intervention en santé mentale s'accompagnent de nouvelles attentes envers les personnes destinataires de ces interventions.

Au cours de ma pratique de travailleuse sociale auprès de personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, c'est l'autonomie qui m'est apparue comme le dénominateur commun de bon nombre d'interventions, qu'il s'agisse par exemple de favoriser l'intégration des utilisateurs de services dans des logements dits autonomes (Gouvernement du Québec, 2005) ou de les aider dans le développement et l'exercice de leur autonomie (AGIDD - SMQ et Québec, 2006 ; Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2015). Ces observations m'ont poussée à me demander s'il s'agissait là d'un constat anecdotique ou d'un phénomène plus large, et le cas échéant, pour quelles raisons il en est ainsi. Autrement dit, comment les concepts d'autonomie et de santé mentale, à première vue hétéroclites, ont-ils pu devenir ce couple allant de soi aujourd'hui ? Se pencher sur ces questions nécessitait d'élever au plan macrosociologique les observations tirées de la pratique.

Avec ces interrogations comme point de départ, j'ai commencé une recension des écrits au sujet des interventions en santé mentale. Cet exercice est exposé au premier chapitre. Il a mené à l'élaboration de la question guidant cette recherche : en cette période de grand renversement (concept d'Alain Ehrenberg), quel est le vecteur principal de

l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental ? À la lumière des informations recueillies, il était tout indiqué de poser l'hypothèse selon laquelle c'est l'autonomie qui constitue ce vecteur.

Le choix des orientations théoriques du mémoire s'appuie sur la littérature recensée au sujet de la santé mentale, de l'autonomie et de l'aller-mieux. Le deuxième chapitre s'inspire de cette littérature en répondant à la question suivante : comment, dans un contexte marqué par le grand renversement, le développement et l'exercice de l'autonomie constituent-ils une condition de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental ?

Afin de vérifier si l'hypothèse de départ peut se vérifier de façon empirique, les politiques et plans d'action québécoise en santé mentale de 1989 à 2015 ont été sélectionnés comme matériel à étudier. Le troisième chapitre décrit comment ce corpus fut constitué et explique comment, par une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) effectuée tout en portant une attention particulière aux stratégies d'énonciation mises en œuvre, il est possible d'apprécier la place de l'autonomie dans le corpus au fil du temps.

Les résultats obtenus sont présentés au quatrième chapitre. Plus particulièrement, il y est question des changements se rapportant à trois catégories : les personnes visées par les interventions, les préoccupations soulevées dans les publications et les interventions mises en avant.

Finalement, les liens pouvant être établis entre les résultats obtenus et les notions théoriques présentées au deuxième chapitre sont présentés au cinquième chapitre. Ces liens permettent de valider si l'autonomie peut bel et bien être considérée comme le vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental en

période de grand renversement. Par-delà cette question, l'illustration des résultats à travers la figure du cercle vertueux de l'autonomie et de l'aller-mieux démontre que la clé de l'alliage entre les notions de santé mentale et d'autonomie réside dans le concept d'aller-mieux (Demailly, 2014).

CHAPITRE I

L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE : HISTOIRE ET ÉTAT DE LA SITUATION

1.1 Histoire des interventions en santé mentale

Les problèmes de santé mentale furent de tout temps considérés et traités en fonction des valeurs et des normes véhiculées par l'époque qui les a vus se manifester. C'est ce que ce chapitre met en lumière à travers un récit couvrant l'Europe et l'Amérique du Nord, du XVI^e siècle à aujourd'hui. Comme point d'appui pour retracer l'histoire des approches et interventions dans le champ de la santé mentale, c'est la division chronologique proposée par le sociologue Marcelo Otero (2005) qui est utilisée. Cette division se fait en trois temps, soit le grand renfermement (selon la conception de Michel Foucault) suivi du grand désenfermement (d'après les travaux de Robert Castel) puis du grand renversement (concept abordé par Alain Ehrenberg).

Tout au long de ce chapitre, le mot « intervention » réfère, au sens large, à une « action, [un] rôle, [ou l']effet de quelque chose dans un processus » (Larousse, 2017). Dans le contexte d'un survol historique, il était impossible d'accoler l'expression « intervention sociale » à plusieurs des actions documentées. Notons par exemple que plusieurs d'entre elles ne comprenaient pas les caractéristiques constitutives de l'intervention dite « sociale », comme l'aide professionnelle, le soutien ou l'objectif « d'apporter des changements significatifs pour la personne au plan personnel, interactionnel, environnemental » (Roc et Hébert, 2013).

Ce chapitre s'amorce par la description des trois périodes de l'histoire de la santé mentale mentionnées plus haut. Ce bref historique mène à la présentation d'un état de la situation au sein duquel la conception actuelle de la santé mentale et les spécificités des interventions contemporaines dans ce champ sont abordées. Ensuite, la question de recherche ainsi que l'hypothèse sur laquelle elle se fonde sont énoncées. Finalement, la pertinence scientifique et sociale de cette recherche est mise en évidence.

1.1 Le grand renfermement

Notons au préalable que l'on doit la majorité des notions à propos du grand renfermement à l'ouvrage *Histoire de la folie* (1961) écrit par Michel Foucault. Les écrits de ce dernier, que l'on peut qualifier de philosophe ou d'historien, jouissent toujours d'une grande importance dans le domaine de la santé mentale. C'est notamment par sa posture critique face à la société et ses institutions que Foucault s'est démarqué (Gros, s.d.).

Le grand renfermement s'est échelonné de la moitié du XVI^e siècle à la moitié du XX^e. En quelques mots, il est possible de dire que ce qui définit cette période est la visée des interventions qui s'y déroulaient. Celles-ci consistaient à exclure de leur communauté les gens que l'on qualifiait de fous à l'époque, qualificatif qui était alors notamment apposé aux personnes vivant avec une maladie mentale. Néanmoins, au fil des décennies, les lieux d'enfermement se transformèrent ; de maisons d'internement, on passa aux asiles, puis aux hôpitaux.

1.1.1 Les maisons d'internement¹

Avant la création des maisons d'internement, les personnes miséreuses étaient expulsées des villes afin de préserver l'équilibre en leur sein et d'éviter des problèmes tels que des émeutes ou des vols. C'est en Angleterre, en 1575, puis peu à peu dans le reste de l'Europe, que l'on commença à pratiquer l'internement. Cette pratique est, comme l'appellera Foucault, une « création institutionnelle » (1961, p.80) et ne correspond pas à ce qui s'exerçait au Moyen Âge, soit l'emprisonnement.

Les maisons d'internement avaient pour mission d'accueillir tous les exclus, sans égards à leurs particularités ou aux causes de leur exclusion ; fous, mendiants, criminels et autres personnes démunies y cohabitaient. Foucault souligne clairement qu'il ne s'agissait pas là d'une œuvre de charité, mais plutôt d'une « condamnation de l'oisiveté » (1961, p.63). En effet, ce sont les chômeurs qui risquaient le plus l'internement à cette époque. Il va sans dire que ceux qui ne pratiquaient pas la religion comme il était attendu de leur part risquaient aussi davantage d'être internés. Les personnes internées payaient le prix de leur liberté individuelle pour être prises en charge et éviter l'expulsion de la cité ou les châtiments.

À cette époque, les liens entre la mission des maisons d'internement et la santé économique des pays étaient très forts. Lorsque l'économie était prospère, les maisons d'internement offraient de la main-d'œuvre à rabais. Inversement, en période de crise, elles permettaient d'assurer l'équilibre social en recueillant les personnes en situation précaire, qui pouvaient être dérangeantes. Une phrase de Foucault résume bien l'effet de l'internement à l'âge classique en énonçant que celui-ci :

¹ Notons que la dénomination « maison d'internement » regroupe ici tous les lieux d'internement de l'époque, que ce soit par exemple la prison, les hôpitaux généraux, les *house of correction* ou les *workhouses* en France et en Angleterre (Foucault, 1961), les maisons de force ou les loges en Amérique du Nord (Boudreau, 2003).

organise en une unité complexe une nouvelle sensibilité à la misère et aux devoirs de l'assistance, de nouvelles formes de réaction devant les problèmes économiques du chômage, de l'oisiveté, une nouvelle éthique du travail et le rêve d'une cité où l'obligation morale rejoindrait la loi civile, sous les formes autoritaires de la contrainte (Foucault, 1961, p. 62).

La sociologue Françoise Boudreau (2003) a mis en lumière que c'est au début du XVIIIe siècle, sous l'influence des courants de pensée européens, que les maisons d'internement firent leur apparition en Nouvelle-France. Ces dernières remplaçaient la prison, l'hôpital général ou l'enfermement dans les maisons ou granges familiales (*idem*, p. 22). Afin d'assurer le financement suffisant au fonctionnement de ces établissements, l'*Acte pour le soulagement des personnes dérangées dans leur esprit et pour le soutien des enfants abandonnés* (Statuts du Bas-Canada, 41 Geo III c. 6) fut adopté. En vertu de cet acte, l'État s'engageait à payer les frais de subsistance des pensionnaires selon un système d'affermage (paiement d'un montant fixe par personne internée). Boudreau rapporte qu'à ce moment « l'intervention gouvernementale n'est que financière et destinée à permettre l'internement afin d'éviter que le fou ne contamine la société des gens bien » (*idem*, p.23). Pour atteindre cet objectif, comme en Europe, les exclus de tous horizons étaient rassemblés, qu'ils soient considérés par exemple « idiots », « possédés du démon » ou « femmes furieuses » (*idem*).

Tout au long de la période du grand renfermement, la mission poursuivie par les maisons d'internement était de protéger l'équilibre social en mettant hors circuit les personnes qui, par leur non-conformité aux normes en vigueur, risquaient de fragiliser cet équilibre. Les paragraphes qui suivent révèlent comment les maisons d'internement firent place aux asiles à partir du XIXe siècle.

1.1.2 L'asile

Les conditions ayant mené à la création des asiles sont multiples. Tout d'abord, la misère cessa d'être automatiquement attribuée à des fautes morales et commença à être attribuée à une réalité économique. Dans le même ordre d'idées, les méfaits de l'internement sur l'économie commençant à être perçus par les législateurs, la fin de l'internement fut souhaitée par ceux-ci. Le retour en communauté fut tout d'abord effectif pour les personnes internées pour des raisons morales (pour libertinage, par exemple) (Foucault, 1961).

Ne restaient plus que les criminels et les fous dans les maisons d'internement. Plusieurs croyaient alors que « la présence des fous donn[ait] aux maisons de force un style dégradant, et risqu[ait] de réduire les internés à un statut indigne de l'humanité... » (Foucault, 1961, p. 242). Soulignons en outre la difficulté des fous à accomplir le même travail que leurs compères ou, à tout le moins, à ne pas en troubler le déroulement. Il fallait séparer les criminels des fous, certes, mais un défi de taille se posait : où donc héberger les personnes malades ? Aucun lieu n'existait pour elles. À Paris, elles furent finalement dirigées vers l'Hôpital général de Bicêtre². C'est dans ce contexte qu'au XIXe siècle, on assista à la naissance de l'asile. Un espoir en la guérison de la folie commençait à naître (Boudreau, 2003, p. 26).

Deux figures de proue de la création des asiles furent Philippe Pinel, avec l'asile de Bicêtre en France, et William Tuke, avec la Retraite en Angleterre (Foucault, 1961 ; Perreault et Guilbault, 2014). Foucault nous rappelle dans l'*Histoire de la folie* que la

² Fondé en 1656, cet établissement avait jusque-là recueilli des personnes pauvres, dites folles ou vieillissantes ainsi que des criminels. Vers la moitié du XIXe siècle, l'établissement devient un asile : sa mission est recentrée sur l'accueil des fous et des aliénés (Assistance publique. Hôpitaux de Paris, 2016).

légende voulant que Pinel et Tuke aient *libéré* les fous en leur retirant leurs chaînes n'est pas tout à fait exacte. Il explique plutôt que

la folie n'a échappé à l'arbitraire que pour entrer dans une sorte de procès indéfini pour lequel l'asile fournit à la fois policiers, instructeurs, juges et bourreaux ; un procès où toute faute de la vie, par une vertu propre à l'existence asilaire, devient un crime social, surveillé, condamné et châtié ; un procès qui n'a d'issue que dans un recommencement perpétuel sous la forme intériorisée du remords (Foucault, 1961, p. 280)

Les contentions physiques furent substituées par différentes stratégies amenant les pensionnaires à se contrôler eux-mêmes. Néanmoins, la répression et la contrainte étaient présentes sous la forme de châtiments (dérivés des techniques thérapeutiques de l'époque) et du travail. Ce dernier était imposé pour ses vertus désaliénantes et ne comportait aucune valeur de production, à l'instar du travail effectué antérieurement dans les maisons d'internement. Les valeurs morales de l'époque (religion, famille patriarcale, travail) continuaient de prévaloir entre les murs des asiles et l'aspect moral du traitement était omniprésent.

Il ne faut pas oublier de souligner l'apport notable de l'arrivée du médecin à l'asile. Avec celle-ci, la figure de la folie fut assujettie à la figure de la raison, cette dernière étant incarnée par la profession médicale. Ne faisant appel à aucun savoir psychiatrique particulier à l'époque, le médecin était plutôt appelé à jouer simultanément le rôle du Père, du Juge, de la Famille et de la Loi (Foucault, 1961). C'est à l'issue de cette relation *de facto* aliénante que le fou devait être désaliéné.

Il est paradoxal qu'au moment où la médecine aspirait à forger ses bases scientifiques, elle s'intéressât au traitement de la folie, discipline imprévisible s'il en est. Dans les circonstances où des guérisons se produisaient parfois, mais étaient difficilement

explicables en termes positivistes, certains doutes furent émis à savoir si les maladies mentales étaient réellement des maladies (Foucault, 1961).

Au Bas-Canada, le premier asile fut inauguré en 1839. Il s'agissait du Montreal Lunatic Asylum. Or, selon les historiens Pelletier-Audet et Cellard (2014), il serait plus exact de mentionner que le système asilaire fut instauré environ 40 ans plus tard au Canada. Dès 1865, le système d'affermage était critiqué pour sa propension à encourager les institutions à garder les pensionnaires, plutôt qu'à travailler à leur guérison, en plus de pouvoir faire du profit en offrant des soins minimaux (Boudreau, 2003).

Les propos d'un psychiatre de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, recueillis en 1905, illustrent sa conception des changements de traitements qui y avaient eu cours avec l'avènement de l'asile. Ceux-ci étaient décrits comme étant désormais empreints de douceur et de respect, consistant à du travail (non productif toujours), à des promenades sur le domaine, des bains, du repos et, surtout, comme s'appuyant « tout entier sur la connaissance psychologique des sujets (sic) » (De Chalot, 1905, p. 262). En dépit des interventions effectuées, au tournant du XXe siècle, sous prétexte d'un nombre trop minime de guérisons, les espoirs de traitement s'émoussèrent (Boudreau, 2003 ; Otero, 2005 ; Pelletier-Audet et Cellard, 2014) et la maladie mentale retrouva son statut de maladie incurable. L'asile fut alors relégué à une fonction d'hébergement plutôt que de traitement (Boudreau, 2003).

1.1.3 Les hôpitaux

Au Québec, les deux principaux asiles, Saint-Jean-de-Dieu à Montréal et Saint-Michel-Archange à Québec, devinrent des hôpitaux psychiatriques entre les deux Guerres mondiales, à la suite de leur affiliation respective avec l'Université de Montréal et

l'Université Laval (Boudreau, 2003). À ce moment, le clergé avait encore la mainmise sur les établissements de soins. C'est un peu plus tard, en concordance avec les principes de la Révolution tranquille (et non sans heurts !), que les pouvoirs furent transmis du clergé au corps médical (*idem*). Comme vecteur guidant cette passation des pouvoirs, notons le projet de « “délégitimisation” de la dominance de l'Église dans les domaines du social » (*idem*, p. 71).

Par ailleurs, c'est durant cette période que l'idée de traitement moral s'estompa et que la pharmacothérapie devint la modalité thérapeutique principalement utilisée. Dans le même ordre d'idées, les programmes universitaires en psychiatrie firent leur apparition au Québec au cours des années 1940. Pour répondre à la demande de potentiels étudiants, le gouvernement fédéral se mit à octroyer des bourses en 1948, pour que des psychiatres canadiens puissent aussi être formés à l'étranger (Pelletier-Audet et Cellard, 2014).

Or, ce n'est pas parce que l'on passa à un modèle hospitalier que la condition des patients s'améliora significativement. Aussi tard que durant les années 1940, les hôpitaux psychiatriques québécois étaient surpeuplés et la grande majorité des congés étaient en réalité dus aux décès des patients. Notons aussi le nombre insuffisant de psychiatres (Pelletier-Audet et Cellard, 2014) et d'autres membres du personnel clinique à ce moment (Bourdeau, 2003).

C'est à la même époque que les premières travailleuses sociales³ firent leur apparition dans les hôpitaux psychiatriques du Québec. Ce fut entre autres le cas en 1920, au Protestant Hospital for the Insane (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2014) et en 1936 à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 1991).

³ Je n'ai répertorié que des femmes travailleuses sociales à cette époque.

Monique Meloche, travailleuse sociale en milieu hospitalier de 1945 à 1995, résume les changements à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu (à la fin des années 1960) ainsi :

On passait d'un régime asilaire pour des patients qu'on allait garder pour toujours, des « incurables » dont on allait prendre soin le mieux possible, à un nouveau régime où il fallait tenter de guérir ou stabiliser les patients pour leur rendre leur autonomie et les « désinstitutionnaliser » le plus possible (Meloche, 2011, p. 160).

1.2 Le grand désenfermement

Bien qu'il soit question de désinstitutionnalisation dans les prochaines lignes, il faut préciser que, selon Castel, dont Otero a retenu le concept de « désenfermement », celui-ci n'est pas tout à fait un synonyme de désinstitutionnalisation. C'est-à-dire que lorsque Castel aborde le désenfermement, il ne s'intéresse pas particulièrement à celui des patients, mais plutôt à celui des techniques de contrôle des problèmes sociaux. En effet, ces interventions qui s'incarnaient alors dans les murs de l'asile se sont diffusées au sein de la société durant la deuxième moitié du XXe siècle. Toute conception des problèmes sociaux autre que psychologique ou même médicale aurait alors été évacuée. Ainsi, afin de régler les problèmes sociaux, c'est désormais « à la psychologie » que l'on intervient. Les différentes interventions inspirées de la psychologie ne sont pas l'apanage d'un lieu bien précis ; elles se diffusent dans tout le corps social. Ce phénomène se situe dans un contexte plus général que Castel nomme le « psychanalysme ». Il décrit que le traitement s'offrant dans la communauté peut être positif pour les patients, mais il se demande s'il ne va pas « à travers son périple, retisser sur l'ensemble social la toile désormais plus fine et plus souple, en quelque sorte transparente et élastique, de l'emprise médicale » (Castel, 1973, p. 212).

Outre les critiques qu'il adresse au « psychanalisme », Castel identifie une rupture entre ce qu'il advenait durant le grand renfermement de Foucault et pendant la période subséquente. C'est de cet *après* dont il est question lorsque je décris la désinstitutionnalisation.

Les origines de la désinstitutionnalisation sont plurielles. Dans leur chapitre *Le second conflit mondial et la genèse de la désinstitutionnalisation au Canada, 1939-1961*, Pelletier-Audet et Cellard (2014) situent l'amorce du projet de désinstitutionnalisation au Québec avant les années 1960. En effet, c'est au moment de la Deuxième Guerre mondiale qu'ils positionnent les origines de ce que fut ce grand moment de l'évolution psychiatrique. J'en identifierai ici quelques signes annonciateurs.

Tout d'abord, la présence de maladies mentales au sein des Forces armées devint évidente, qu'elles fussent issues de conditions préexistantes ou développées au front (Pelletier-Audet et Cellard, 2014). Conséquemment aux troubles observés auprès des militaires, la classification des troubles mentaux par l'American Psychiatric Association (APA) fut modifiée pour l'adapter aux réalités observées auprès des vétérans. Dans le même ordre d'idées, c'est peu après la Deuxième Guerre, en 1952, que le premier *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) de l'APA et la première *Classification internationale des maladies* (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) furent publiés (APA, 2015).

L'idée que les militaires puissent souffrir de maladies mentales contribua à changer positivement les perceptions de la population et des professionnels face à ces maladies. Celles-ci cessèrent alors d'être attribuées à des causes morales ou des états dégénératifs, et commencèrent à être vues comme des phénomènes pouvant être vécus par tous. En outre, devant l'impossibilité d'interner les soldats déployés, on découvrit

des bienfaits à soigner les gens dans leur milieu, notamment par des thérapies occupationnelles (Pelletier-Audet et Cellard, 2014).

Ce changement de perception des maladies mentales se fit sentir dans les publications gouvernementales après 1945 (Pelletier-Audet et Cellard, 2014). À ce moment, des appellations péjoratives comme « idiots », « imbéciles » ou « asiles » disparurent de celles-ci (Boudreau, 2003 ; Pelletier-Audet et Cellard, 2014). Un exemple éloquent à cet égard est le changement de la *Loi des asiles d'aliénés* qui fut renommée *Loi des institutions pour malades mentaux* en 1950, et qui, par le fait même, élargissait les droits des patients. En d'autres mots, « le discours de réclusion avait fait place à un discours médical et curatif, ce qui se traduisit par de spectaculaires transformations à l'intérieur de l'asile » (Pelletier-Audet et Cellard, 2014, p. 33).

Une portion de ces « spectaculaires transformations » a trait aux changements sur le plan thérapeutique. Toujours selon Pelletier-Audet et Cellard, ces changements n'étaient pas sans liens avec l'augmentation importante du nombre de psychiatres dans les hôpitaux psychiatriques durant les années 1950. Aussi, il ne faut pas manquer de noter l'émergence des théories psychanalytiques de Freud au commencement du XXe siècle. Celles-ci avaient mis la table pour le développement des aspects psychothérapeutiques du traitement des troubles mentaux (Perreault et Guilbault, 2014). Par la suite, l'avènement des neuroleptiques entraîna un regain d'espoir dans le traitement des troubles mentaux vers la moitié du XXe siècle (Boudreau, 2003 ; Perreault et Guilbault, 2014). Bien qu'au départ, leurs effets aient été plus sédatifs qu'autre chose, leur utilisation permit d'envisager la désinstitutionnalisation au cours des années 1960. De surcroît, en calmant les symptômes les plus dérangeants des troubles mentaux, la psychopharmacologie ouvrit la voie à la psychothérapie auprès des patients hospitalisés. La notion de traitement fut alors bien établie.

Le contexte créé par cette suite d'événements contribua à la réception positive du public québécois à la publication du livre *Les fous crient au secours* (1961) de Jean-Charles Pagé (Pelletier-Audet et Cellard, 2014). Dans cet ouvrage, l'auteur fait le récit de son séjour à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu en 1960 et 1961. Ses critiques concernant le traitement réservé aux patients sont sans appel : nourriture de mauvaise qualité, vêtements d'une autre époque, traitements forcés, quasi-impossibilité de rencontrer un psychiatre, etc. (Pagé, 1961) D'autres publications s'ajoutèrent à celle-ci, telles que des mémoires de la Confédération des syndicats nationaux et de l'Association des psychiatres de la Province de Québec. Ensemble, elles constituèrent le préambule pour un autre événement majeur : la Commission d'études des hôpitaux psychiatriques (1961-1962). L'objectif de cette commission était d'identifier les lacunes et besoins subsistant au sein des institutions psychiatriques québécoises. Elle déboucha sur le *Rapport Bédard* en 1962. Plusieurs recommandations de l'ordre de la désinstitutionnalisation furent évoquées dans ce rapport, comme de ne plus augmenter les capacités des hôpitaux existants, d'offrir des services dans les communautés (en créant des unités de psychiatrie dans des hôpitaux généraux et en offrant des suivis en cliniques externes), de diminuer l'usage de la force et d'user plutôt d'une approche « porte ouverte » avec les patients, de les orienter vers des ressources d'hébergement au besoin, etc. (Bédard *et al.*, 1962)

Ce sont les assistantes sociales qui avaient à l'époque la tâche d'orienter les patients vers les foyers affiliés. Cette orientation était envisagée lorsqu'elles avaient évalué que le retour en milieu familial était impossible. C'étaient les « bons patients » qui étaient sélectionnés pour quitter l'hôpital. Ils étaient souvent décrits ainsi dans leurs dossiers médicaux : « Calme. Docile. Travaille. » (Thifault et Desmeules, 2014, p. 69).

Un élan supplémentaire à la désinstitutionnalisation fut donné, en 1970, par la réforme Castonguay des services sociaux et de santé. Celle-ci avait notamment pour objectif de

rationaliser les coûts en santé et donc de diminuer le recours à l'institutionnalisation (Dorvil *et al.*, 1997). Boudreau note, au moment de ladite réforme, un changement de discours lorsqu'il est question de maladies mentales. Il est par exemple question de « santé » au lieu de « maladie » ou de « santé publique » au lieu de « soins individuels ». Elle avance que « c'est sur ce discours idéologique que seront fondées et justifiées toutes les demandes de changements organisationnels » découlant de ladite commission (Boudreau, 2003, p. 157).

La désinstitutionnalisation entamée, de nouvelles difficultés apparurent. L'une de celles-ci était l'anxiété ressentie par de nombreux patients à l'idée de quitter l'hôpital (Thiffault et Desmeules, 2014). Par ailleurs, les communautés vers lesquelles on les dirigeait avaient des réticences à les recevoir, les ex-patients portant un stigmate social important (Perreault et Guilbault, 2014). Dans les faits, il manquait de services pour favoriser l'intégration sociale des patients une fois ceux-ci hors de l'hôpital (Dorvil *et al.*, 1997). À ce sujet, Thiffault et Desmeules (2014) soulignent les enjeux d'accessibilité aux ressources résidentielles étant donné les longs délais d'attente avant d'obtenir une des rares places disponibles. De surcroît, « des patients psychiatriques se retrouvant dans le contingent des personnes sans-abri, la discontinuité des soins, le syndrome de la porte tournante (Dorvil, 1986), la transinstitutionnalisation (Dorvil *et al.*, 1997), etc. » (Carle *et al.*, 2014) constituèrent des enjeux supplémentaires de la désinstitutionnalisation.

En somme, la période du grand désenfermement fut marquée par une diffusion des interventions en dehors des murs de l'asile. En effet, certains services furent instaurés plus près des communautés (Dorvil *et al.*, 1997). Durant les années 1960, on constata une augmentation des congés, ceux-ci étant de moins en moins dus aux décès des patients (Pelletier-Audet et Cellard, 2014). Cependant, le taux de réadmission demeurait élevé (Boudreau, 2003). Les changements au niveau de la perception des

troubles mentaux furent notables durant la désinstitutionnalisation. En moins d'un siècle, on passa d'une conception basée sur les tares et les vices à une aspiration à ce que les maladies mentales soient considérées comme des maladies comme les autres (Dorvil *et al.*, 1997). La présentation du grand renversement, au fil des prochaines pages, permet de constater que l'évolution de la définition des troubles mentaux ne s'arrêta pas là.

1.3 Le grand renversement

Dans la présente section, plus que d'un changement au niveau des modalités d'intervention, il est question de l'avènement d'une vision des troubles mentaux plus sociologiquement ancrée.

En quelques mots, il est possible de définir le grand renversement comme « l'englobement de la maladie mentale dans la santé mentale » (Ehrenberg, 2005a, p. 364). Ce phénomène s'observe au quotidien par l'utilisation de locutions telles que « la santé mentale touche tout le monde » (Bell Canada, 2018) ou bien « problème de santé mentale » au lieu de « maladie mentale ». Selon le sociologue français Alain Ehrenberg (2005a), ce changement s'explique par quatre facteurs.

Tout d'abord, toutes les maladies mentales sont maintenant définies en tant que souffrance. Trouble anxieux, trouble déficitaire de l'attention, dépression, schizophrénie et autres, seraient tous de la même façon causes de souffrance. Étant donné que la souffrance psychique est difficilement quantifiable, des troubles qui se trouvaient auparavant hiérarchisés sur une échelle de gravité sont désormais considérés sur un même pied d'égalité.

Ensuite, les personnes vivant avec un trouble mental sont maintenant incluses dans un ensemble plus large qu'il est d'usage d'appeler « personnes en difficultés ». D'une part, les troubles mentaux ne sont plus hiérarchisés entre eux et, d'autre part, ils sont noyés dans la masse de tous les problèmes psychologiques et sociaux pouvant être vécus par des individus. Vivre une rupture amoureuse, apprendre que l'on est atteint d'une maladie physique grave ou traverser une phase de manie sont, encore là, toutes des sources de souffrance pouvant être vues sur un pied d'égalité. Dans le contexte où toute souffrance humaine peut être considérée sous la lunette de la santé mentale, le bassin de personnes visées par les interventions en santé mentale s'en trouve agrandi.

De surcroît, en ce qui concerne les soins, le principe de la contrainte a laissé la place à celui du consentement. Ce changement de cap au sujet des droits des patients « est lié à la valorisation du contrat, de l'autonomie, du projet, de la responsabilisation et de la confiance » (Ehrenberg, 2005a, p. 365). Titulaires de nouveaux droits, les patients doivent maintenant réellement être actifs dans leur traitement. On s'attend à ce qu'ils en soient les acteurs, qu'ils travaillent à aller mieux.

Enfin, le dernier facteur expliquant le grand renversement est l'apparition de la notion de « handicap » pour subroger la notion de pathologie. En effet, les problèmes de santé mentale sont dorénavant perçus comme une altération de certaines capacités avec laquelle on doit composer au long cours, comme un handicap. Comme à d'autres moments de l'histoire de la santé mentale, les troubles mentaux sont compris aujourd'hui comme des troubles dont on ne guérit pas. Au niveau de l'intervention, cela implique un accent mis sur l'accompagnement ainsi qu'un brouillage des distinctions entre les soins palliatifs, curatifs ou de développement personnel (Ehrenberg, 2005a).

En filigrane de tous ces changements, c'est un nouvel individualisme qui se révèle. Celui-ci prend appui sur l'autonomie, devenue une norme à la fin du XX^e siècle (Ehrenberg, 2014a). Comme il sera expliqué au deuxième chapitre, l'autonomie comme règle sociale ne consiste pas en l'absence de règles, mais plutôt en l'imbrication des toutes les règles en une seule. De ce fait, on s'attend à ce que les individus suivent les règles, mais de leur propre chef, en se disciplinant eux-mêmes (Ehrenberg *et al.*, 2005).

Dans ces circonstances,

le fou à enfermer n'est plus qu'un élément dans un ensemble plus vaste qui l'a englobé, celui du citoyen en difficulté qu'il faut soutenir (mais aussi réprimer, contenir autrement qu'on ne le faisait avec le fou) et qui doit être « l'acteur de sa maladie » (Ehrenberg, 2004, p. 86).

Les changements majeurs s'étant produits dans le domaine de ce que l'on appelle maintenant la santé mentale ont été abordés dans les sections décrivant le grand renfermement, puis le grand désenfermement. Dans les prochains paragraphes, je décrirai de quoi il est question lorsque l'on désigne les interventions en santé mentale aujourd'hui, dans une époque caractérisée par le grand renversement et l'autonomie comme « valeur suprême » (Ehrenberg, 2014b).

1.4 État de la situation

Ehrenberg soutient que dorénavant, être en bonne santé mentale, c'est d'être bien socialisé et que la bonne socialisation c'est maintenant d'exercer son autonomie (Ehrenberg, 2014b, p. 107). Dans ces circonstances, il met en avant que, pour les professionnels en santé mentale, les objectifs des interventions se déplacent vers

« l'optimisation des possibilités de vie et [l']accompagnement » (Ehrenberg, 2005a, p. 366). On comprend ici que le principal moteur de l'intervention en santé mentale, contrairement à ce que l'on pourrait croire, n'est pas l'idée de guérison du trouble, mais plutôt l'accompagnement plus général de l'individu vers une vie plus autonome.

Dans la même veine, l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) énonce que l'*empowerment* et le *rétablissement* constituent ensemble la clé de voûte de l'intervention individuelle en santé mentale (OTSTCFQ, 2013). Toujours est-il que les concepts tels que l'*empowerment* et le *rétablissement* mettent aussi l'accent sur des objectifs liés notamment à un fonctionnement social optimal ou à une responsabilisation accrue de l'individu dans son traitement (Doucet, 2017 ; Otero, 2012). Ces enjeux sont davantage explicités au deuxième chapitre.

Comme indicateur supplémentaire de la prégnance de l'autonomie dans le champ de l'intervention en santé mentale, notons la présence d'interventions qui encouragent la pratique de l'autogestion ou de l'auto-soin des troubles anxieux et de l'humeur (Houle *et al.*, 2013). Plusieurs outils en ce sens sont facilement accessibles sur Internet, tels que le *Guide d'auto-soins pour la dépression* (Bilsker Ph.D et Paterson Ph.D., s.d.) ou l'outil *Aller mieux à ma façon* (Vitalité. Laboratoire de recherche sur la santé, s.d.). Ceux-ci mettent l'accent sur la capacité des personnes vivant un trouble anxieux ou de l'humeur à poser des actions pour aller mieux et/ou prévenir des rechutes.

1.5 Synthèse et question de recherche

Dans les pages précédentes, j'ai exposé rapidement les modifications majeures ayant eu lieu du XVI^e siècle à aujourd'hui en ce qui a trait à la façon dont on conçoit les

troubles mentaux et les enjeux qui en découlent, les personnes qui en souffrent et les interventions prônées pour y faire face. En résumé, pendant le grand renfermement, c'est de folie dont on parlait, celle-ci étant vue comme une tare dégénérative ou bien un vice. Les interventions consistaient alors à exclure au sens propre les personnes malades pour protéger la société des désagréments qui leur étaient attribués. 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.

Nous nous trouvons actuellement dans la période qu'Ehrenberg nomme « le grand renversement ». La notion de maladie mentale se retrouve englobée dans celle de santé mentale. Dans ce contexte, il n'est plus seulement question de la présence ou non de la maladie, mais plutôt de la façon dont l'individu est socialisé et exprime ses souffrances. Cette conception de la santé mentale cohabite avec l'autonomie en tant que nouvelle « valeur suprême ». Au même moment, un consensus des différents acteurs du milieu se dessine concernant la visée d'autonomie des interventions dans le champ de la santé mentale.

Tout au long de ce récit abordant la santé mentale du XVI^e siècle à aujourd'hui, ce sont plusieurs visions de l'« aller-mieux » (Demailly, et Garnoussi, 2016) qui se sont succédé. Le concept fait référence au fait de se rapprocher d'un état correspondant à un idéal de santé (*idem*). Ce concept est abordé à nouveau au prochain chapitre afin d'en offrir une description plus exhaustive. À la lumière des éléments mentionnés plus haut, il est possible d'avancer qu'au début du grand renfermement, il était peu ou pas du tout question d'aller-mieux pour les personnes ayant un trouble mental. C'était plutôt la

protection de la société que l'on voulait assurer. Avec la création des asiles puis des hôpitaux psychiatriques, l'aller-mieux s'incarnait dans la potentialité d'une guérison. Durant le grand désenfermement, aller mieux, c'était de pouvoir vivre à l'extérieur des institutions. On peut alors se demander, *en cette période de grand renversement, quel est le vecteur principal de l'aller-mieux en santé mentale ?* C'est sur cette question que porte ce mémoire. Afin d'y répondre, j'ai procédé à l'analyse des politiques et plans d'action québécois en santé mentale.

1.6 L'hypothèse de l'autonomie comme vecteur de l'aller-mieux en santé mentale

À la lumière de l'état de la situation décrit plus haut, il est envisageable d'avancer que dans le cadre des interventions contemporaines en santé mentale, le chemin vers l'aller-mieux passe par le développement et l'exercice de son autonomie. Je travaille donc ici à partir de l'hypothèse selon laquelle en cette période marquée par le grand renversement, l'autonomie constitue le vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental.

1.7 Pertinence scientifique et sociale

L'étude des politiques et plans d'action en santé mentale en est aussi un des discours orientant la pratique des travailleurs sociaux œuvrant dans le domaine de la santé mentale. En effet, les discours gouvernementaux se veulent structurants au niveau des milieux de pratique, en désignant par exemple les modalités d'intervention à privilégier et les principes directeurs à suivre.

Pour les travailleurs sociaux, ce mémoire permet de mieux comprendre les contextes idéologique et organisationnel au sein desquels ils œuvrent. Ainsi, mener cette étude a été l'occasion de prendre une distance par rapport à mes interventions et de bénéficier d'un espace de réflexion au sujet des contextes de pratique du travail social dans le champ de la santé mentale. Chouinard et Caron (2015) expriment dans un article sur la réflexivité dans les métiers relationnels que celle-ci doit dépasser le développement professionnel individuel pour s'attarder plus largement aux éléments sociohistoriques influençant les pratiques. De son côté l'OTSTCFQ énonce qu'un travailleur social doit être en mesure de « démontrer les attitudes et habiletés associées à la pensée critique : interroger les idéologies politiques et les discours dans la construction des problèmes sociaux [...] » (OTSTCFQ, 2012, p.19). En ce sens, analyser les discours gouvernementaux au sujet des interventions en santé mentale est tout à fait pertinent dans le cadre d'un parcours universitaire en travail social.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Au moment de présenter la problématique de recherche, j'ai débuté par rappeler l'histoire des interventions dans le domaine de la santé mentale du XIV^e siècle à ce jour. J'ai ensuite mis en lumière deux particularités de l'époque actuelle qui ont un impact sur le domaine de la santé mentale. Tout d'abord, celle-ci se distingue par un changement dans la signification de l'expression « santé mentale ». Désormais, celle-ci ne réfère plus à une « bonne » santé mentale, mais plutôt à un ensemble regroupant à la fois les notions de santé mentale et de maladie mentale. Cela est causé par ce qu'Ehrenberg nomme le grand renversement. Ensuite, selon le même auteur, l'époque contemporaine se caractérise par la place qu'y prend l'autonomie en tant que « valeur suprême ». Finalement, je me suis demandé quel est, en contexte de grand renversement, le vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental. J'en suis venue à formuler l'hypothèse que c'est l'autonomie qui peut maintenant être considérée comme le vecteur principal de l'aller-mieux.

Le cadre conceptuel ici décrit a été construit à partir de la littérature recensée à propos de la santé mentale, de l'autonomie et de l'aller-mieux. Une question a servi de guide pour la rédaction de ce chapitre : comment, dans un contexte marqué par le grand renversement, le développement de l'autonomie constitue-t-il une condition de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental ?

2.1 Définitions de la santé mentale et des troubles mentaux

Tout d'abord, il est bon de rappeler les définitions généralement admises et utilisées lorsqu'il est question de santé mentale et de troubles mentaux. Pour ce qui est de la santé mentale, c'est la définition de l'OMS qui est généralement utilisée. Selon cette organisation, la santé mentale correspond à « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2013, p. 7). Le fait d'avoir une bonne santé mentale y est décrit comme dépendant de déterminants de plusieurs natures (individuels, sociaux, politiques, etc.) Comme l'OMS le précise, on peut constater qu'avec une telle définition, être en bonne santé mentale dépasse le fait de ne pas être atteint d'un problème de santé mentale. Cet organisme considère comme troubles mentaux l'ensemble des troubles de cet ordre se retrouvant au sein de la CIM. Quant à lui, le Ministère québécois des services de santé et des services sociaux se réfère au DSM pour identifier quels sont les troubles mentaux (Gouvernement du Québec, 2015).

Dans le cadre de ce mémoire, les problèmes de santé mentale seront considérés dans une perspective de problème social. Un problème social correspond à un phénomène reconnu par plusieurs acteurs, perçu comme problématique par ces derniers en vertu des normes sociales en vigueur dans une société donnée et sur lequel lesdits acteurs considèrent pouvoir intervenir pour corriger la situation (Mayer et Laforest, 1990, p. 21).

Au regard de cette définition, les troubles mentaux peuvent être considérés comme des problèmes sociaux. En effet, de nombreuses sociétés reconnaissent les troubles de santé mentale comme un enjeu de santé publique, en raison notamment du grand nombre de personnes qui en sont atteintes (Donzelot et Ehrenberg, 2010). Ensuite, il est possible

d'avancer que « les symptômes mentaux sont au cœur de la normativité sociale » (*idem*, p. 11) étant donné que ce qui est considéré comme pathologique l'est toujours dans un contexte donné. De surcroît, comme il en est fait état dans le premier chapitre, les troubles mentaux sont conçus comme des problèmes sur lesquels il est possible d'intervenir pour rétablir ou améliorer la situation des personnes qui en sont atteintes. En ce sens, sans pour autant nier les manifestations cliniques de ces troubles, je me concentre plus spécifiquement sur leurs composantes sociales dans le cadre de ce mémoire.

Par ailleurs, le contexte marqué par le grand renversement renferme son propre idiome, par lequel l'ensemble des problèmes et difficultés des individus et des collectivités doit être exprimé. Cet idiome est celui de la santé mentale. L'utilisation commune de ce langage permet aux individus de se comprendre et de considérer leurs moyens d'agir sur les phénomènes rapportés par d'autres individus (Donzelot et Ehrenberg, 2010). Autrement dit, dans une société où l'autonomie fait figure de norme et où les individus sont perçus comme agissant par eux-mêmes, les problèmes sociaux se doivent d'être exprimés en termes de problèmes de santé mentale. C'est donc par le biais d'un vocabulaire de la souffrance que l'importance des problèmes sociaux est exprimée (Ehrenberg, 2011). Conséquemment, la santé mentale est

devenue le langage contemporain, la forme d'expression obligatoire non seulement du mal-être et du bien-être, mais aussi de conflits, de tensions ou de dilemmes d'une vie sociale organisée en référence à l'autonomie, prescrivant des façons de dire et de faire aux individus (Ehrenberg, 2010, p. 19).

Outre une façon de communiquer, la santé mentale réfère aussi à une façon de se comporter. De fait, la notion de santé mentale « inclut tout ce qui désigne l'idéal de l'individu socialisé aujourd'hui : l'individu autonome, dont l'équilibre intérieur lui permet de se comporter comme un tout autonome. » (Ehrenberg, 2005b, p. 36) En

découle une grande importance accordée au comportement et au fonctionnement de la personne lorsque vient le temps de déterminer la présence d'un trouble mental.

L'importance de la notion de fonctionnement est telle qu'Ehrenberg va même jusqu'à avancer que l'on a dépassé la polarité normal/pathologique et que l'on procède maintenant à l'appréciation de l'état de santé mentale selon la polarité atout/handicap. En ce sens, le trouble dépasse le statut de pathologie pour devenir une caractéristique du fonctionnement d'un individu. À l'inverse, en lien avec la notion d'atout, Ehrenberg avance que les professionnels de notre époque seraient animés par « l'idéal du potentiel caché » ; l'idée que chacun a en lui les ressources pour trouver des solutions à ses problèmes (Ehrenberg, 2017). La profession du travail social incarne ces transformations. En effet, suite au flétrissement de l'État-providence,

[...] être actif, construire sa vie et produire son avenir au travers de projets est attendu en échange du filet minimal de protection [...] il s'agit [pour les intervenants] d'équiper les individus afin qu'ils puissent prendre soin d'eux-mêmes, devenir en quelque sorte leurs propres entrepreneurs (Dorvil, 2007, pp. 3-4).

Le pendant de cette polarité atout/handicap est la polarité santé mentale/souffrance psychique. Chacun de ces pôles constituerait donc des types de réponses face à l'idéal d'autonomie que les individus se voient imposer à notre époque. Plus qu'une valeur véhiculée dans nos sociétés, l'autonomie — en fait la façon dont on y adhère —, est déterminante dans l'évaluation de l'état de santé mentale des individus (Ehrenberg, 2005b). Cette façon de concevoir la santé mentale trace sans contredit une différence importante entre celle-ci et la santé physique. Plus précisément, ce qui caractérise les troubles mentaux est le fait qu'ils touchent à la fois les aspects cognitifs, affectifs et moraux de l'humain (Ehrenberg, 2017).

Dans cet ordre d'idées, Otero explique que les définitions des troubles mentaux constituent en fait des alliages de ce qui est considéré comme « mental pathologique » et « social problématique ». En d'autres mots, les diagnostics psychiatriques sont posés selon des symptômes reconnus comme étant des signes de tel ou tel trouble, mais aussi selon le comportement considéré hors-norme de la personne qui en fait l'objet (Otero, 2010). Pour cet auteur, la délimitation entre le « mental pathologique » et le « social problématique » se trouve brouillée étant donné l'inclusion de la notion de maladie mentale à l'intérieur de la santé mentale qui caractérise le grand renversement. Si les individus expriment l'ensemble de leurs difficultés en termes de souffrance, comment départager les souffrances issues des troubles mentaux et celles que tous vivent un jour ou l'autre ? En ce sens, « l'inclusion d'un "problème" dans le champ de la santé mentale est un processus social, culturel et médical complexe, incertain, voire périlleux et lourd de conséquences » (Otero, 2010, p. 75). L'auteur en donne un exemple frappant en rappelant l'étiquette de trouble mental qui fut longtemps apposée à l'homosexualité par le biais du DSM.

Oteroin siste sur le fait que l'on ne souffre pas n'importe comment, c'est-à-dire que les symptômes vécus sont déterminés par les injonctions qui sont faites aux individus dans une société donnée. Les travaux respectifs d'Ehrenberg (2000) et d'Otero (2012) au sujet de la dépression explicitent bien comment ce trouble est justement considéré comme tel. En effet, les manifestations de la dépression sont reconnues comme étant problématiques entre autres parce qu'elles mettent en évidence une incapacité de la part de l'individu à répondre aux pressions sociales liées à la valeur d'autonomie. La dépression serait « l'ombre portée de l'individualité contemporaine » (Otero, 2012, p. 132). Il s'agit en quelque sorte de la traduction en symptômes des attentes non atteintes de la part des individus. Ces attentes découlent forcément des normes prédominantes. Contrairement à l'individu contemporain modèle, l'individu dépressif n'arrive pas à se motiver à agir, à accomplir un travail salarié lui permettant d'être

indépendant et encore moins, évidemment, à s'épanouir en « devenant soi-même » (Ehrenberg, 2000).

Toujours au sujet de l'ombre portée, Otero (2012) souligne que de la même façon que l'on ne parle plus de névroses aujourd'hui, un jour il ne sera sans doute plus question de dépression. Indubitablement, cela ne se produira pas parce que plus personne ne sera déprimé, mais plutôt parce que des phénomènes actuellement attribués à la dépression, tels qu'un sentiment de perte d'intérêt dans les activités quotidiennes, un ralentissement psychomoteur ou une humeur triste (APA, 2013, p. 160) ne seront plus marqués du sceau de la pathologie qu'ils arborent aujourd'hui.

Suite à ces explications au sujet de la santé mentale et des troubles mentaux à notre époque, on pourrait supposer que l'individu qui se voit apposer un diagnostic de trouble mental et qui peine à exercer son autonomie se retrouve pris en charge, comme exonéré de cette obligation d'autonomie. Or, il n'en est rien. Évidemment, différentes interventions sont effectuées auprès des personnes vivant une situation de la sorte, mais les différents professionnels impliqués auprès d'elles s'attendent à retrouver en face d'eux un « patient compétent » (Ehrenberg, 2005b). Dans cette perspective, Ehrenberg (2004) explique que les gens souffrant de maladies mentales doivent devenir « des acteurs de leur maladie ». On s'attend d'eux à ce qu'ils consentent aux soins, qu'ils participent au traitement avec leur médecin et qu'ils apprennent à gérer eux-mêmes leurs symptômes (Ehrenberg, 2005b). En ce sens, les interventions correspondent à « des pratiques consistant à aider les gens à *s'aider eux-mêmes* par des *accompagnements* dont la finalité est d'en faire les *agents de leurs propres changements*⁴ » (Ehrenberg, 2014a, p. 105). Ceci est cohérent avec l'idée de devenir son propre entrepreneur et là encore, on constate que l'autonomie est le point nodal de ce qui est attendu de la part des individus.

⁴ C'est l'auteur qui souligne ici.

2.2 La problématique de l'autonomie

La section précédente a permis de mettre en lumière en quoi l'autonomie est un concept central lorsque l'on parle de santé mentale. Dans les prochaines lignes, l'histoire de ce concept est retracée et ses différentes composantes sont définies.

La première définition de l'autonomie présentée ici fut élaborée durant l'Antiquité. À l'origine, lorsque l'on qualifiait une personne d'autonome, on entendait par là qu'elle était capable de répondre à ses besoins et qu'elle était en mesure d'exercer son jugement pour prendre des décisions. Plus tard, à l'époque des Lumières, le philosophe Blaise Pascal définira l'autonomie en énonçant que « le sage se rendait autonome dans la mesure où il parvenait à se soustraire aux contraintes extérieures, pour se placer lui-même, et par une décision de son propre jugement, sous l'autorité de la loi naturelle » (Bourricaud, 2016). Dans le même sens, Kant ajoute que pour être autonome, il faut respecter les lois, les bonnes lois, celles qui nous incitent à la liberté (*idem*). Ce dernier souligne également l'importance de la morale dans l'exercice de l'autonomie. Par sa qualité de capacité, on perçoit ici l'autonomie comme un projet que l'on mène et non pas comme quelque chose que l'on peut imposer à autrui. L'individu autonome agit selon ses propres règles, certes, mais il élabore ces règles en se questionnant à savoir s'il serait possible que tous les individus les suivent, et ce, sans créer de problèmes. Être autonome n'équivaut donc pas à ignorer l'effet de ses actions sur ses pairs (Fœssel, 2011).

Avec sa notion de contrat social, Rousseau va dans le même sens en affirmant que pour être libre, on doit reconnaître la liberté de notre prochain (Bourricaud, 2016). Aujourd'hui, les deux éléments constitutifs de l'autonomie sont devenus « la liberté de

choix au nom de la propriété de soi et la capacité à agir de soi-même dans la plupart des situations de la vie » (Ehrenberg, 2012, p. 12). En somme, bien que l'autonomie soit une notion attribuée à l'individu, sa définition est influencée par les contextes sociohistoriques au sein desquels elle émerge.

Pour connaître l'origine de la définition de l'autonomie telle qu'elle est conçue aujourd'hui, il faut remonter aux années suivant la Deuxième Guerre mondiale. À ce moment, « l'autonomie devient une aspiration collective dans les sociétés développées [...], mais occupe encore une place subordonnée dans la hiérarchie des normes et des valeurs » (Ehrenberg, 2014a, p. 105). Plus tard, durant les années 1970 et 1980, des changements importants dans le monde du travail salarié se produisent et contribuent à donner à l'autonomie la place que nous lui connaissons aujourd'hui. Plus précisément, on est passé d'une organisation du travail basée sur la discipline à une organisation du travail basée sur l'autocontrôle. Cet idéal d'autocontrôle se diffusa ensuite dans d'autres domaines de la vie sociale (Ehrenberg, 2014a). C'est le passage de l'autonomie comme aspiration à l'autonomie comme condition (Ehrenberg, 2017). L'individu qui était préoccupé par la question « Que m'est-il *permis* de faire ? » l'est maintenant par la question « Suis-je *capable* de le faire ? » (Ehrenberg, 2012, p. 13) ?

Ainsi considérée, l'autonomie est liée à une attitude d'affirmation de soi. Cette attitude est en fait une norme, vu son aspect contraignant, et une valeur, car on y aspire (Ehrenberg, 2010). Qui plus est, on s'attend à ce que ce soit une motivation intrinsèque qui incite l'individu à agir de façon autonome et à exercer de l'autocontrôle, soit ce que l'on nomme l'autoactivation (Ehrenberg, 2014a).

Progressivement donc, l'autonomie en est venue à s'ériger comme principe normatif (Geay, 2009), injonction (Fœssel, 2011) ou « valeur suprême » (Ehrenberg, 2009) et ce dans toutes les sphères de nos vies (école, art, entreprises, intervention en insertion

sociale, etc.) (Duvoux, 2009 ; Ehrenberg, 2009 ; Geay, 2009). Certains auteurs inscrivent cette valorisation de l'autonomie dans le contexte du déclin de l'État Providence et de ses conséquences : diminution de la solidarité, augmentation de l'individualisme, individualisation des problèmes sociaux, etc. (Duvoux, 2009) Néanmoins, les changements politiques liés au néolibéralisme ne peuvent pas expliquer à eux seuls ces changements dans la façon de concevoir l'individu en société (Dubet, 2010).

Comme conséquence de l'autonomie figurant comme « valeur suprême », Ehrenberg soulève que « nous évoluons dans un monde où les trajectoires de vie sont caractérisées par la responsabilité individuelle et donc par l'insécurité personnelle » (Ehrenberg *et al.*, 2005, p. 115). Ici nommée, l'insécurité personnelle peut être liée au côté personnel que prennent les difficultés vécues par les individus, qui sont dans l'obligation de dépendre seulement d'eux-mêmes.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire de prime abord, l'autonomie n'est pas l'absence de règles. À ce sujet, Ehrenberg pose la règle d'autonomie comme englobant les autres règles à suivre. Donc l'« autonomie consiste à suivre des règles » (Ehrenberg *et al.*, 2005). Ceci représente un paradoxe lié à cette valorisation de l'autonomie. En effet, l'individu dit autonome n'est pas plus libre. « Plus je suis un individu, ou pour parler autrement, plus je suis socialisé, plus je suis un sujet parce que j'intériorise l'obligation d'être libre et, par conséquent, d'être mon propre censeur. » (Dubet, 2002, p. 39). Ainsi, l'obligation d'autonomie crée le fardeau de devoir se contrôler soi-même pour agir en société de la façon prescrite par les normes dominantes. Dubet (2002) et Ehrenberg (2004) s'entendent pour dire que l'individu autonome n'est pas moins soumis aux différents outils de régulation sociale. Afin d'illustrer quels sont ces outils, on peut penser aux lois édictées ou encore aux institutions avec lesquelles nous sommes

en relation tout au long de notre vie, l'école et le système médical pour ne nommer que celles-là.

Il faut souligner que l'autonomie ne comporte pas seulement ce pendant normatif. Effectivement, comme le soulève Doucet (2016) en faisant référence à des travaux de la sociologue Demailly (2014), l'autonomie comporte deux dimensions : une d'adaptation et une d'émancipation. Tout d'abord, la dimension d'adaptation, que l'on peut lier à la norme, relève de l'autonomie comme attente de la société contemporaine face aux individus. Pour sa part, la dimension émancipatrice relève de l'autonomie comme levier pour faire des changements dans nos vies dans le but de nous libérer de nos contraintes. Ces changements sont considérés comme permettant d'exploiter nos potentialités. Plus encore, vu sous le prisme de l'émancipation, le développement de l'autonomie revient à l'adoption d'une posture réflexive sur soi-même et son environnement. L'individu peut ainsi en venir à se questionner au sujet des normes qu'il a intériorisées afin d'en venir à faire ses propres choix en dépit de celles-ci et ultimement, d'agir sur ces normes (Vittiello, 2016). En ce sens, l'autonomie peut faire l'objet de revendication des individus (Demailly, article, 2014 ; Filipi, 2013). Certains éléments de descriptions proposés précédemment par Ehrenberg vont dans le sens de l'autonomie comme vecteur d'émancipation. En effet, il y était mentionné que celle-ci correspond à « la liberté de choix au nom de la propriété de soi » (Ehrenberg, 2012, p. 12), à une attitude d'« affirmation de soi » (*idem*, 2010) et vise l'épanouissement en « devenant soi-même » (*idem*, 2000).

Outre la mise en lumière de ce double pendant de l'autonomie, Doucet (2017) pose cette dernière comme condition *sine qua non* de la santé mentale à notre époque. Dans cette perspective, travailler à aller mieux revient à travailler au développement de notre autonomie. Cette idée rejoint les propos d'Ehrenberg (2014b) et d'Otero (2005) et établit d'autant plus la pertinence du postulat de base de cette recherche, selon lequel

l'autonomie est une condition de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec une maladie mentale à notre époque.

Au fil des dernières pages, les concepts de santé mentale, de troubles mentaux et d'autonomie ont été décrits. Il fut mis en exergue que l'autonomie, en tant que norme, influence considérablement le fait qu'une personne soit décrite comme étant en bonne santé mentale ou non. Théoriquement, dans l'éventualité où un individu serait atteint d'un trouble mental et peinerait à exercer son autonomie, il devrait tout d'abord travailler à accroître son autonomie afin d'être à nouveau considéré comme étant en bonne santé mentale. Il fut aussi souligné que d'être autonome ne consiste pas uniquement à s'adapter aux normes, mais peut aussi contribuer à l'émancipation des personnes. Jusqu'ici, l'autonomie semble être un aspect important de l'aller-mieux, mais n'en constitue, justement, qu'un seul aspect. Il faut par conséquent s'interroger davantage sur la définition de l'aller-mieux afin de mieux saisir la portée de ce concept dans le champ de la santé mentale.

2.3 Définition de l'aller-mieux

Le concept d'aller-mieux fut retenu de la lecture de l'ouvrage *Aller mieux : approches sociologiques* (Demailly et Garnoussi, 2016). En accord avec ce que les auteures ont mentionné, ce terme m'est apparu approprié étant donné son caractère neutre (si une telle chose est possible) en comparaison avec d'autres mots de même nature, tels que guérison ou rétablissement.

Demailly définit l'aller-mieux comme une « traversée temporelle positive par rapport à des normes qui mettent en jeu l'idéal ou le fantasme de la santé » (2016, p. 30). Autrement dit, lorsqu'il s'agit de santé mentale, aller mieux c'est se rapprocher des

normes qui définissent ce que c'est que d'être ou de ne pas être en bonne santé mentale à une époque donnée. Il est aussi pertinent de souligner qu'il est ici question d'une traversée dont le point de départ n'est pas mentionné.

Pour expliciter à quoi réfère l'idéal de santé, Demailly (2016) dégage cinq conceptions de la santé. Elles sont résumées ici très brièvement. Il y a tout d'abord la santé comme « état complet de bien-être physique, mental et social », telle que l'OMS (2018) la promeut. Dans cette optique, être en bonne santé dépasse le fait de ne pas avoir de maladie. La seconde conception de la santé correspond justement au fait de ne pas être malade, ou bien qu'une personne se soit adaptée à sa maladie et réussisse à vivre de façon autonome. Dans le même ordre d'idées, être en santé peut être synonyme de vivre avec une souffrance, mais de réussir à endurer sa présence. Finalement, il y a la « grande santé », qui puise sa force dans l'épreuve d'avoir ou d'être malade (Demailly, 2016, pp. 30-31). Cette dernière idée développée originalement par Nietzsche signifie que la santé devient « grande » (Roche, 2014, p. 4) lorsqu'une personne vit l'épreuve de la maladie et n'a donc d'autres choix que de développer de nouvelles normes pour la surmonter. En ce sens, la maladie constitue une opportunité d'élargir ses possibles (*idem*)⁵. On peut alors se demander : quelles sont donc « [c]es normes qui mettent en jeu » (Demailly, 2016, p. 30) ces idéaux de santé ?

Tout d'abord, soulignons l'importance accordée aux capacités lorsque l'on décrit une bonne santé mentale. Actuellement, les interventions visent davantage le recouvrement d'un fonctionnement social jugé adéquat que la disparition des symptômes (Ehrenberg, 2017). On assiste à « la valorisation d'un modèle capacitaire qui vise à renforcer les habiletés psychosociales des individus » (Demailly et Garnoussi, 2016, p. 24).

⁵ La conception de la santé en tant que « grande santé » rappelle le pendant émancipateur de l'autonomie décrite précédemment.

À cet égard, les travaux de Poirel et Weiss (2014) illustrent ce phénomène en mettant en lumière le consensus existant dans le domaine de la santé mentale concernant la visée d'intégration sociale des interventions. Selon leur analyse des politiques sociales en santé mentale, l'intégration sociale dont il est question passe de plus en plus par la responsabilité individuelle et l'intégration au travail. Ils soulèvent le problème que de concevoir l'intégration sociale de cette manière, risque de laisser de côté des membres de ces populations qui ne peuvent satisfaire à ces exigences d'autonomie et de capacité. En ce sens, aller mieux ce serait donc, atteindre un idéal de fonctionnement qui se caractérise par la prise en charge de soi-même et l'occupation de son temps par le travail. De fait, il n'y a pas que l'amélioration potentielle de l'état clinique qui définit l'horizon de l'aller-mieux. Celui-ci se voit aussi déterminé par des capacités ou des conditions de vie pouvant être antérieures à l'apparition du trouble mental.

Considérant les différentes définitions de la santé mentale et de l'aller-mieux, il est envisageable de conclure qu'il est toujours possible d'aller *encore* mieux. En ce sens, Demailly et Garnoussi notent que « lorsque c'est la vie elle-même qui est médicalisée, la guérison impliquerait une santé parfaite, qui devient donc inatteignable » (2016, p. 18). Pour sa part, Ehrenberg note qu'étant donné l'accent mis sur les capacités et le bien-être tenant lieu d'idéal de santé mentale, les catégories « handicapé » et « non-handicapé » disparaissent (Ehrenberg, 2017). La masse d'individus visés par les interventions se voit donc agrandie et les interventions poursuivent ainsi des buts de plus en plus variés, de l'amélioration des performances des personnes qui n'ont pas de problèmes en particulier à l'accompagnement de gens présentant des troubles qualifiés de graves, la psychose par exemple (Ehrenberg, 2005b).

Dans le contexte où l'aller-mieux est défini en fonction des normes de santé (Demailly et Garnoussi, 2016), les interventions effectuées peuvent elles aussi être analysées sous le prisme des normes ambiantes. Justement, Otero (2005) affirme que les interventions

sociales ont lieu dans des contextes où un écart à la norme existe. Qu'elles soient effectuées dans un but de soutien ou de répression, celles-ci tendent à diminuer l'écart entre l'élément problématique et ce qui est attendu, c'est-à-dire la norme. Par exemple, une intervention effectuée auprès d'une personne vivant avec une maladie mentale prend comme référence son pendant normatif, soit la bonne santé mentale. Il est important de noter que l'objectif de l'ensemble des interventions n'est pas l'annihilation de toute diversité, mais plutôt d'organiser une « distribution stratégique autour de la norme » (*idem*).

Quels liens est-il possible de faire entre l'aller-mieux comme décrit ci-haut et le rétablissement, approche actuellement prédominante en santé mentale ? À ce titre, Doucet (2017) souligne que malgré des facettes évoquant l'*empowerment*, le discours sur le rétablissement est surtout axé sur des finalités telles que le retour à un niveau de fonctionnement social optimal et la responsabilisation. Bref, il est question d'être autonome. Encore là, il convient d'apprécier la place que prend l'autonomie en tant que norme dans le champ de la santé mentale.

2.4 Retour sur l'hypothèse de l'autonomie comme condition de l'aller-mieux en santé mentale

À partir de la littérature au sujet de la santé mentale, de l'autonomie et de l'aller-mieux, des liens furent tracés entre chacune de ces notions. Je dispose donc de davantage d'appuis pour soutenir l'hypothèse que dans l'actuel contexte de grand renversement, l'autonomie est une condition de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Bien que le concept d'autonomie comprenne une dimension d'émancipation, lorsqu'il est question de l'intervention en santé mentale, la littérature recensée tend à mettre davantage l'accent sur son pendant adaptatif. De la même manière, dans cette recherche, une attention plus grande sera accordée à la dimension adaptative de l'autonomie. En effet, la manière dont un individu répond à l'injonction d'autonomie est déterminante lorsque l'on apprécie son état mental. Le comportement et les capacités mises en œuvre par l'individu font l'objet d'observations visant à savoir si celui-ci se situe du côté du pôle de la santé mentale ou de celui de la souffrance psychique. Dans le même ordre d'idées, c'est sur ces capacités et comportements que les intervenants travailleront pour accompagner la personne vers l'aller-mieux. Cet aller-mieux consiste en grande partie à un rapprochement des normes. Comme l'autonomie est une « valeur suprême » actuellement, c'est vers celle-ci que l'on tend lors des interventions (on aspire à ce que la personne acquiert des capacités, qu'elle ne dépende pas des services, etc.). Dans tous les cas, que ce soit au moment de juger de l'état de santé mentale de quelqu'un, de lui apporter de l'aide professionnelle ou bien de considérer s'il va mieux, c'est à l'autonomie que l'on fait référence. Nous sommes en quelque sorte devant un cercle vertueux ; aller mieux c'est être autonome et c'est en développant notre autonomie que l'on va mieux. Ainsi, comme le demande Otero : « Quelle forme prendrait aujourd'hui une santé mentale distincte de l'adaptation sociale formulée en termes d'autonomie et de responsabilités ? » (2012, p. 49)

2.5 Pertinence scientifique de la recherche

Au premier chapitre, j'insistais sur la pertinence de procéder à l'analyse des politiques et plans d'action en santé mentale afin de mieux comprendre le milieu de pratique des travailleurs sociaux québécois et contribuer à la réflexivité au sujet de la pratique du travail social en santé mentale. À ce stade-ci, je considère important de souligner que

ce projet de recherche est aussi pertinent de par le concept d'aller-mieux qui y est mobilisé.

En effet, en consultant la base de données ProQuest ainsi que les dépôts institutionnels des universités québécoises offrant des programmes de cycles supérieurs en travail ou en service social, j'ai constaté qu'aucune recherche issue de cette discipline n'avait mis l'accent sur le concept de l'aller-mieux en santé mentale. Conséquemment, cette démarche contribue à mettre en lumière un nouvel angle pour concevoir les interventions en travail social lorsqu'il est question de santé mentale.

Au prochain chapitre, on retrouve la présentation des méthodes de recherche employées pour étudier les politiques et plans d'action québécois en santé mentale en fonction de l'hypothèse présentée plus haut.

CHAPITRE III

MÉTHODE DE LA RECHERCHE

Les deux précédents chapitres ont permis de retracer l'histoire des interventions effectuées dans le champ de la santé mentale et de décrire l'état de la situation actuelle. Il fut souligné que cette situation se distingue par le déploiement du grand renversement ainsi que par l'autonomie comme « valeur suprême », telle qu'elle a été énoncée par Ehrenberg. Ce récit a mené à la formulation de la question de recherche, à savoir quel est, en cette époque de grand renversement, le principal vecteur de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental ? Pour répondre à cette interrogation, l'hypothèse fut posée selon laquelle c'est l'autonomie qui constitue ce vecteur principal de l'aller-mieux.

Dans ce chapitre décrivant la méthode de recherche, il est question du corpus constitué aux fins de l'analyse et des différentes démarches effectuées pour répondre à la question de recherche. Finalement, les forces et limites de la recherche sont abordées.

3.1 Présentation du corpus

Comme mentionné précédemment, afin de cerner quel est le vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental, j'ai choisi d'analyser les politiques et plans d'action québécois en santé mentale. Au fil des prochaines pages,

j'expliquerai pour quelles raisons j'ai choisi de poser le regard sur ces publications en particulier, les critères de constitution du corpus seront énoncés puis chacune des publications sélectionnées sera décrite.

3.1.1 Les politiques et plans d'action québécois en santé mentale comme objet de recherche.

Afin de répondre à la question de recherche, procéder à l'examen des politiques et plans d'action du MSSS constitue une avenue intéressante. En effet, le MSSS est un acteur majeur dans le domaine de l'intervention, que ce soit en tant que planificateur et dispensateur de services ou même d'employeur de milliers d'intervenants. L'éthos⁶ de l'auteur des politiques et plans d'action confère donc en soi une pertinence au corpus choisi. De fait, les politiques et plans d'action en santé mentale constituent un reflet intéressant des orientations du MSSS et, par conséquent, des orientations globales des interventions en santé mentale au Québec. L'OMS décrit les politiques et plans en santé mentale ainsi :

Une politique de santé mentale est la déclaration officielle d'un gouvernement définissant un projet et décrivant de manière détaillée un ensemble de valeurs, de principes, d'objectifs et de domaines d'action visant à améliorer la santé mentale d'une population. Un plan pour la santé mentale décrit les stratégies et les activités, détermine les calendriers et les budgets qui seront mis en œuvre pour réaliser ce projet et atteindre les objectifs fixés par la politique ainsi que les produits, cibles et indicateurs escomptés qui pourront être utilisés pour évaluer la réussite de la mise en œuvre (OMS, 2013, p. 42).

⁶ Le terme éthos est ici utilisé dans le sens de « statut institutionnel du locuteur, les fonctions ou la position dans le champ qui confère une légitimation à son dire » (Amossy, 2010, p.70)

3.1.2 Constitution du corpus

Constituer un corpus ne se résume pas à rassembler plusieurs textes. En effet, « le corpus fournit à la fois des éléments à étudier, mais aussi l'environnement descriptif de ces éléments. Le corpus est un tout, un vaste ensemble, qui constitue à lui seul le cadre et le référentiel de l'analyse » (Bommier-Pincemin, 1999, p. 415). Une sélection habile du corpus agit comme un rempart pour assurer la qualité d'une recherche. D'ailleurs, c'est à l'intérieur d'un corpus soigneusement conçu que chacun des documents peut être étudié de façon optimale. Dans le cas des politiques et plans d'action, cela se traduit entre autres par une possibilité accrue de comparer les textes du corpus entre eux étant donné qu'ils sont rédigés selon les mêmes codes (ils ont le même format, parlent des mêmes acteurs, etc.). Prenons par exemple le terme « utilisateur de services » dont il sera question lors de la présentation des résultats. Dans le cadre de cette recherche, celui-ci est d'autant plus intéressant à étudier dans le contexte où l'on sait qu'il désigne les mêmes personnes que le mot « bénéficiaires » trente ans auparavant. Cette donnée porte à se questionner plus en détail sur la signification du mot « utilisateur » et la raison pour laquelle on l'emploie aujourd'hui.

L'ensemble des publications du Gouvernement du Québec concernant la santé mentale peut être facilement récupéré sur la page *Documentation* de la section *Santé mentale* du site Internet du MSSS. Ce sont finalement les publications suivantes qui ont été retenues pour constituer le corpus à l'étude :

- Politique de santé mentale (Gouvernement du Québec, 1989) ;
- Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (Gouvernement du Québec, 1998a) ;
- Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens (Gouvernement du Québec, 2005) ;

- Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (Gouvernement du Québec, 2015).

Selon Bommier-Pincemin (1999, pp. 416-419), la constitution d'un corpus doit se faire en fonction de trois conditions : c'est-à-dire les conditions de signifiante, d'acceptabilité et d'exploitabilité. Le corpus à l'étude respecte ces trois conditions que j'explique maintenant :

En premier lieu, pour ce qui est des *conditions de signifiante*, il se trouve que le corpus formé est bel et bien pertinent (en lien avec l'objectif d'étude) et cohérent (les publications sont davantage semblables que dissemblables). Dans le cas présent, la signifiante du corpus passe entre autres par les dates de publication des documents choisis. Il est judicieux de rappeler ici que la période qui m'intéresse est celle qu'Ehrenberg nomme le grand renversement. Selon les écrits recensés au premier chapitre, cette période fait suite à celle du grand désenfermement, qui a eu lieu au cours des années 1960. Plus précisément, Ehrenberg (2005a) retrace les débuts du grand renversement lors de la décennie 1980 ; ce sont donc sur les publications publiées depuis cette période qu'il faut se pencher. C'est justement la décennie 1980 qui a vu paraître les premières publications gouvernementales québécoises à propos de la santé mentale.

En second lieu, les *conditions d'acceptabilité* furent aussi remplies. En effet, la sélection est représentative (les éléments sélectionnés ou laissés de côté l'ont été pour des raisons précises) et respecte la règle de complétude (la sélection est exhaustive en regard de l'objectif de l'analyse).

Finalement, les *conditions d'exploitabilité* sont aussi présentes. En effet, le corpus est homogène (les publications partagent suffisamment de variables⁷ de même nature pour pouvoir être comparées entre elles) et son volume, environ 180 pages, est adéquat (assez petit pour être analysé dans le cadre d'un mémoire et assez grand pour offrir des réponses à la question de recherche).

Cependant, il faut noter que certaines publications qui étaient aussi disponibles sur le site du MSSS n'ont pas été sélectionnées. Il s'agit de la *Stratégie québécoise d'action contre le suicide* (Gouvernement du Québec, 1998b) et de la *Proposition de plan d'action de 1985* (Gouvernement du Québec, 1985). Le choix de ne pas les retenir tient aux raisons suivantes. Tout d'abord, le plan d'action au sujet du suicide fut mis de côté, car il porte uniquement sur la question du suicide, ce qui n'est pas le sujet de ce mémoire. En effet, je m'intéresse aux interventions en santé mentale en général et non à celles portant spécifiquement sur la problématique du suicide. Pour ce qui est de la proposition de plan d'action de 1985, quoique signée par le Gouvernement du Québec, la majorité des propos qui y sont tenus proviennent de consultations des différents acteurs impliqués dans le champ de l'intervention en santé mentale. De plus, les avenues qui y sont présentées constituent des propositions et non pas une planification des actions à venir. Or, ce que je souhaitais retrouver dans les documents étudiés, ce sont des orientations promues par le MSSS et non des pistes de solutions proposées par d'autres acteurs.

⁷ Ces variables communes font référence au fait que les textes choisis sont tous signés par le même auteur, sont rédigés selon les mêmes codes (politiques et plans d'action), abordent le même sujet et poursuivent les mêmes objectifs généraux.

3.1.3 Description des quatre politiques et plans d'action

En 1989, après quelques activités de consultation des acteurs du domaine de la santé mentale, est publiée la *Politique de santé mentale*. Celle-ci s'articule autour de deux principales visées : axer les interventions sur la « primauté de la personne » (c'est-à-dire offrir des services adaptés aux besoins et préférences de chacun) et améliorer la santé mentale de la population québécoise dans son ensemble. Les lacunes du système de santé en ce qui concerne la dispensation des services en santé mentale et le processus de désinstitutionnalisation y sont soulignées abondamment. La solution proposée pour venir à bout de ces difficultés est de recentrer les services sur la personne. Les questions du respect des droits des usagers, des services de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale à offrir en proximité au milieu de vie des personnes, prennent une place importante dans cette politique.

En 1998, suite à un document issu d'une consultation publié en 1997 (*Les orientations pour la transformation des services de santé mentale*), le MSSS publie le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Ce plan met de l'avant deux principes : l'appropriation du pouvoir par les personnes et l'adéquation des services offerts dans la communauté avec les besoins de celles-ci. Il est important de préciser que même si certaines orientations cliniques sont expliquées dans ce plan, ce dernier aborde surtout la transformation du réseau de services en santé mentale. Pour cette raison, comme il sera démontré dans le chapitre de présentation des résultats, plusieurs thèmes relatifs aux aspects cliniques y sont présents, mais en moins grand nombre que dans les autres publications.

En 2005 est publié le *Plan d'action en santé mentale : la force des liens*. L'orientation stratégique qui sous-tend le plan est d'offrir un maximum de services de première ligne accessibles à tous pour diminuer l'engorgement au sein des services de deuxième et de

troisième ligne. La « force des liens » fait référence au partenariat entre tous les intervenants impliqués en santé mentale. Ce plan fait la promotion des valeurs de pouvoir d'agir et de rétablissement lorsque vient le temps d'intervenir avec des personnes souffrant de problème de santé mentale. Il y est aussi question de miser sur les services de première ligne pour, entre autres, régler les problèmes d'accès aux services en santé mentale. Ce plan fut produit dans un contexte organisationnel en changement, en raison de la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

En 2015, le Gouvernement du Québec a publié le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Ce plan fut rédigé dans la foulée de la restructuration des services sociaux et de santé engendrée par le projet de loi 10, soit le démantèlement des CSSS. Il s'inscrit dans le même esprit que celui de 2005, c'est-à-dire qu'il met l'accent sur le rétablissement et l'utilisation des services de première ligne. Toutefois, en plus du rétablissement, il présente la notion de pleine citoyenneté des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ce terme reprend les valeurs du rétablissement (apprendre à vivre avec la maladie et développement de l'autonomie), mais en y incluant les concepts d'égalité des chances et de participation citoyenne (Institut universitaire en santé mentale, 2015). Un accent particulier est mis sur l'organisation des services, dans le souci de répondre le plus efficacement possible aux besoins de la population.

3.2 Description des méthodes choisies

Afin d'étudier les publications sélectionnées, j'ai procédé à une analyse thématique, tout en accordant une attention particulière aux stratégies d'énonciation employées. Il

est décrit ci-après en quoi consiste l'analyse thématique ainsi que ce qui est entendu par « stratégies d'énonciation ».

3.2.1 Analyse thématique

L'analyse thématique permet à la fois de repérer tous les thèmes pertinents à l'analyse et d'en « documenter l'importance » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 162). La mise en œuvre de cette méthode repose donc sur une identification des thèmes présents dans un corpus. Il ne s'agit donc pas d'interpréter le contenu du texte, d'apposer des étiquettes théoriques sur ce que l'on trouve ou encore de tenter d'extraire le sens d'une expérience dont le texte ferait état (*idem*, p. 176). Autrement dit, le chercheur doit attribuer aux passages qu'il retient des thèmes de faible ou de moyenne inférence. Rappelons qu'un thème de faible inférence signifie que le thème choisi est près de ce qui est écrit dans le texte, c'est-à-dire qu'il ne contient pas d'élément théorique ou interprétatif. C'est lors d'étapes subséquentes au codage que l'on se livre à l'interprétation des données. Ces étapes seront décrites au point 3.3 lorsque le processus d'analyse sera abordé.

3.2.2 Identification de stratégies d'énonciation

Bien que n'ayant pas la prétention d'effectuer une analyse de discours, je me suis inspirée de cette méthodologie pour étoffer la méthode de recherche. L'analyse de discours cherche à « appréhender le discours comme articulation de textes et de lieux sociaux. Son objet n'est ni l'organisation textuelle, ni la situation de communication, mais ce qui les noue à travers un certain dispositif d'énonciation » (Maingueneau, 2012, p. 2). Au cours des lectures du corpus à l'étude, une attention fut donc portée à ce

« dispositif d'énonciation », mais sans en faire le cœur de l'analyse. Ce dispositif peut être construit par exemple par des expressions équivoques, des énoncés performatifs, des formules dont le sens est implicitement révélé ou encore par l'utilisation de champs lexicaux particuliers (Krieg-Planque, 2013). En d'autres mots, alors que l'analyse thématique permet de retracer *ce qui est dit*, l'analyse de discours permet de comprendre *comment* un discours est élaboré dans un contexte particulier, par un locuteur particulier.

3.3 Analyse

À partir des orientations méthodologiques mentionnées ci-haut, l'analyse du corpus fut planifiée. Avant de débiter, il a fallu procéder à un tri des sections des publications sur lesquelles porterait l'analyse. Dans cette section, ces règles de tri sont tout d'abord présentées. Ensuite, je décris plus en détail comment j'ai procédé à l'analyse thématique et quelles sont les stratégies d'énonciation qui ont été identifiées.

3.3.1 Sélection des éléments du corpus à analyser

Étudier des textes préexistants à ce projet de recherche comportait certains enjeux. En effet, bien que ces textes soient organisés de façon semblable (mot du ou de la ministre, état de la situation, solutions mises de l'avant, etc.), ils pouvaient présenter des caractéristiques particulières. Notons par exemple l'usage fait des annexes, qui pouvaient varier d'un document à l'autre, ou le fait que certains d'entre eux présentaient des tableaux et d'autres non. Dans ces circonstances, mes préoccupations étaient de :

- Ne pas donner une importance indue à certains thèmes (certaines publications comportaient plus de sections récapitulatives que d'autres) ;
- Ne pas analyser des passages dont le contenu pourrait constituer un biais à l'analyse, compte tenu de la question de recherche et des orientations théoriques du mémoire.

Afin de ne pas accorder une importance indue à certains thèmes, lors du codage, seulement le corps de texte fut considéré. Ainsi, j'ai ignoré les titres et les sous-titres afin d'éviter de coder deux fois de suite la même idée. Pour la même raison, j'ai refusé d'apposer plus d'une fois un même code dans un même paragraphe. Cette dernière règle ne fut pas contraignante dans le contexte où dans tous les cas, ces publications présentent justement une idée par paragraphe. Les tableaux et encadrés ne furent pas considérés dans l'analyse puisque ceux-ci présentaient du contenu déjà présent dans le corps de texte et que, comme il vient d'être mentionné, il fallait éviter de coder des idées « en double ». De plus, ce ne sont pas toutes les publications qui comportaient des tableaux ou des encadrés et encore là, je ne voulais pas accorder trop d'importance à une idée dans un texte parce que celle-ci aurait été présentée à la fois dans le corps de texte et dans un tableau récapitulatif. Pour ce qui est des annexes, seulement *l'Annexe I Précisions sur certains éléments de la gamme des services* du Plan d'action de 2005 fut conservée, étant donné, que comme son nom l'indique, elle contient des précisions et non pas une récapitulation des orientations.

Dans le but de ne pas analyser de passages non pertinents ou pouvant biaiser les résultats, d'autres sections des textes furent ignorées. Je n'ai donc pas analysé les sections abordant les services pour les jeunes. Dans le contexte d'une recherche s'intéressant à l'autonomie comme vecteur de l'aller-mieux, il apparaissait incohérent de s'intéresser à la fois aux interventions offertes aux jeunes et aux adultes. En effet, l'exercice de l'autonomie constitue un enjeu différent lorsqu'il est question de jeunes

en développement ou d'adultes. Dans le même ordre d'idées, les passages où les interventions de crise et le suicide étaient abordés ne furent pas considérés. Ceci s'explique par le fait que ces interventions poursuivent *de facto* des objectifs différents des interventions faites sur le long terme. En effet, les enjeux de l'autonomie ne se posent pas de la même façon si l'on est dans une situation où une personne est potentiellement en danger ou dans un contexte d'interventions régulières. Finalement, les passages où les propos d'autres acteurs étaient rapportés n'ont pas été codés étant donné que ce sont les propos du MSSS qui m'intéresse pour répondre à la question de recherche.

3.3.2 Étapes de l'analyse

L'objectif de ce mémoire est de s'interroger sur l'aller-mieux en santé mentale. Plus particulièrement, je me demande quel est le vecteur principal de l'aller-mieux en ce contexte de grand renversement et je pose l'hypothèse selon laquelle il s'agirait de l'autonomie. Afin de vérifier cette hypothèse, j'ai choisi d'examiner la place de l'autonomie dans des politiques et plans d'action en santé mentale publiés à différents moments du grand renversement; période qui a débuté dans les environs des années 1980. Tout comme le grand renfermement et le grand désenfermement avant lui, le grand renversement n'est pas un phénomène figé, qui se serait installé du jour au lendemain. Il représente plutôt un ensemble de changements qui sont en train d'avoir lieu.

Le raisonnement sous-tendant la méthode de recherche est le suivant : en étudiant des politiques et plans d'action publiés tout au long du grand renversement (dix années d'intervalle environ entre chaque document) puis en les comparant entre eux, je suis à même de constater s'il est juste d'avancer qu'en période de grand renversement,

l'autonomie devient le vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental. Les paragraphes suivants font état des étapes suivies pour procéder à cette analyse.

Afin de recueillir les données, j'ai utilisé le logiciel QDAMiner. Au niveau de l'analyse thématique, celui-ci permet de coder des documents, de bâtir un relevé de thèmes et de comparer les données selon les variables désirées (les années des publications dans le cas présent). De surcroît, par le biais de son application WordStat, il offre entre autres la possibilité de réaliser des analyses textométriques.

3.3.2.1 Analyse thématique en continu

Ce sont les lignes directrices de Paillé et Muchielli (2012) au sujet de l'analyse thématique en continu qui ont orienté la démarche ici présentée. Comme décrit plus haut, dans le cadre de ce type d'analyse, l'interprétation des données ne se fait pas durant la thématisation (ou codage), mais plutôt lors d'étapes subséquentes, notamment lors de la création du relevé de thèmes. Précisons d'abord qu'avant de commencer cette recherche, j'avais déjà eu l'opportunité de parcourir les politiques et plans d'action. Suite à cette lecture préliminaire, trois catégories heuristiques qui allaient guider la thématisation des documents ont été cernées : les personnes visées, les problèmes présentés et les interventions mises de l'avant. Ces catégories sont présentées plus en détail au point suivant (3.3.2.2).

Tout en gardant ces catégories heuristiques en tête, j'ai procédé à une deuxième lecture du corpus en prenant des notes au sujet des éléments qui semblaient intéressants de prime abord, mais sans débiter la thématisation. Cette lecture a permis de bien comprendre le propos général de chacune des publications. Je suis ensuite retournée

consulter la problématique, la question de recherche ainsi que les éléments théoriques du projet de recherche afin de demeurer centrée sur l'objectif de recherche et campée dans une posture d'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 199).

Après cette deuxième lecture, j'ai repris un à un les documents pour effectuer la thématization. Entre les analyses de chacune des publications, un retour sur les grandes orientations de la recherche fut pratiqué, tel que cela a été décrit au paragraphe précédent. À chaque fois qu'un élément du texte semblait concerner une personne visée par les interventions, une situation posant problème ou une intervention prônée par l'auteur, un code y fut apposé. Au fil du processus de thématization, j'ai procédé à des regroupements de thèmes apparentés et fait des liens hiérarchiques entre ceux-ci afin de construire l'arbre thématique. Pour en arriver aux résultats finaux, l'opération de thématization aura nécessité trois lectures supplémentaires du corpus.

Le lecteur trouvera en annexe une version de l'arbre thématique résultant de l'analyse décrite ci-haut. Sous chaque thème présenté dans l'arbre thématique, la fréquence d'apparition de celui-ci dans chacune des publications est inscrite. Ce sont ces dénombrements qui ont permis de comparer les publications entre elles au terme de l'analyse thématique.

3.3.2.2 Catégories heuristiques guidant l'analyse thématique

Le choix des catégories heuristiques guidant l'analyse thématique repose sur deux considérations. Premièrement, ces catégories (personnes visées, problèmes et interventions prônées) représentent en quelque sorte les trois grands sujets qui sont abordés dans chacune des publications. Deuxièmement, elles permettent aussi de regrouper les changements importants ayant marqué le grand renfermement et le grand

désenfermement. Il semblait alors que d'étudier le corpus selon ces catégories heuristiques permettrait de dégager les transformations s'étant opérées pendant le grand renversement, concernant le rôle de l'autonomie dans la notion d'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental. Les trois catégories heuristiques sont définies ci-après :

- *Conception des personnes visées par les politiques et plans d'action* : il s'agit pour cette catégorie de cerner qui sont les personnes visées par les interventions ainsi que la façon dont on les décrit.
- *Problèmes identifiés* : Cette catégorie inclut ce qui est dépeint comme étant un problème ou une difficulté dans une publication. Ces éléments peuvent être décrits comme des problèmes individuels, familiaux ou sociaux.
- *Interventions mises de l'avant par le gouvernement* : Il est ici question de ce qui a trait aux principes directeurs et aux interventions prônées dans les politiques et plan d'action. Il est ici question autant de valeurs phares que des modalités d'interventions.

3.3.2.3 Analyse des stratégies d'énonciation

Comme énoncé précédemment, s'intéresser aux stratégies d'énonciation revient à étudier comment les textes ont été construits et à identifier quelles méthodes ont été utilisées pour transmettre le contenu aux destinataires. Trois stratégies d'énonciation ont retenu mon attention lors de l'analyse du corpus.

Tout d'abord, j'ai examiné quels étaient les mots qui étaient utilisés pour nommer les personnes recevant des services en santé mentale (par exemple : patients, usagers, etc.) et si ceux-ci variaient selon les publications. Ensuite, je me suis attardée à un phénomène m'ayant marquée au fil des lectures, soit l'emploi de mots de ce que l'on

pourrait appeler le champ lexical de l'espoir (par exemple : foi, conviction, etc.). L'application Wordstat fut ainsi utilisée pour retracer la présence de ces mots dans l'ensemble du corpus et voir si celle-ci varie selon les publications. La dernière stratégie d'énonciation que j'ai étudiée est l'utilisation de propos de personnes recevant des services en santé mentale. En d'autres mots, j'ai vérifié si le discours des destinataires de l'intervention était présent dans les discours du MSSS. La présence du discours des destinataires de l'intervention peut être identifiée si, par exemple, une phrase indique que « la majorité des usagers ont dit vouloir telle chose » ou plus directement par la retranscription de témoignages dans le texte.

3.4 Forces et limites de la recherche

La méthode de recherche ici proposée comporte bien entendu certaines limites. Tout d'abord, bien qu'analyser les politiques et plans d'action soit adéquat pour répondre à la question de recherche, le corpus constitué ne représente qu'une infime partie de tout ce qui a été écrit sur l'intervention en santé mentale durant le grand renversement. J'ai expliqué plus haut pour quelles raisons je me suis arrêtée sur ces publications, mais on peut s'imaginer que dans un contexte où le temps et les ressources disponibles pour mener cette recherche auraient été plus abondants, j'aurais pu analyser des matériaux supplémentaires pour bonifier l'analyse. Par exemple, l'analyse des discours d'autres acteurs dans le même domaine (organismes communautaires, groupes de défense de droits, etc.) ou la réalisation d'entrevues avec des personnes impliquées dans le domaine de la santé mentale (usagers, intervenants, etc.) depuis les années 1980 auraient pu constituer d'autres avenues intéressantes. Une limite supplémentaire a trait à l'absence de procédure de validation inter-juges systématique lors de l'analyse thématique. À l'instar de la première limite soulevée, celle-ci s'explique aussi par les ressources disponibles.

Cependant, la démarche présentée comporte des forces importantes. Tout d'abord, l'analyse thématique de données documentaires représente une méthode appropriée pour étudier l'évolution d'un phénomène social à un niveau historique ou les « changements dans une organisation » (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p. 179). Elle s'avère ainsi pertinente pour étudier l'autonomie comme vecteur de l'aller-mieux en santé mentale au fil du grand renversement dans les politiques et plans d'action publiés par le MSSS. Dans le même ordre d'idées, l'emploi de deux méthodes d'analyse constitue un moyen de produire des résultats complémentaires, ajoutant par le fait même à la qualité de la démarche. Ensuite, comme il en a été question au point 3.1.2, le corpus étudié fut soigneusement constitué, ce qui constitue une façon d'assurer la qualité d'une recherche. Finalement, la démarche suivie permet la transférabilité de la recherche, c'est-à-dire « la capacité de [la] recherche (ses conclusions) de faire sens ailleurs » (Mukamurera *et al.*, 2006, p. 129). En effet, une recherche présente une possibilité de transférabilité lorsque l'échantillonnage (la constitution du corpus dans ce cas-ci) est adéquatement effectué, que chacun de ses éléments est décrit suffisamment et que l'interprétation des résultats présente un niveau d'abstraction permettant de faire des liens avec d'autres phénomènes. La démarche de recherche présentée dans ce chapitre respecte ces trois principes.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les derniers chapitres ont permis de retracer l'histoire de ce que l'on appelle aujourd'hui la santé mentale. Cette histoire se divise en trois grands moments de l'intervention en santé mentale, soit le grand renfermement, le grand désenfermement, puis le grand renversement. Ce dernier correspond à l'époque actuelle. Chacune de ces périodes est caractérisée par une façon de concevoir les troubles mentaux et ainsi l'horizon de l'aller-mieux s'offrant aux personnes qui en sont atteintes. Je me suis donc demandé quel est le vecteur principal de l'aller-mieux en santé mentale en cette période de grand renversement. Cette recherche repose sur l'hypothèse selon laquelle ce vecteur est en fait l'autonomie. C'est par le biais de l'analyse des politiques et plans d'action québécois en santé mentale publiés de 1989 à 2015 que cette proposition a été vérifiée.

Au fil des pages suivantes, les résultats de cette analyse sont illustrés. Cette présentation est divisée selon les trois catégories heuristiques présentées précédemment : personnes visées, problèmes et interventions mis en avant. Avant de passer à la présentation des résultats, il est pertinent de rappeler que l'objectif de la recherche était de mettre en lumière une certaine évolution dans le discours du MSSS. Force est de constater que cette évolution ne s'est pas faite de façon tout à fait graduelle, elle fut plutôt constituée de certains allers-retours. Dans ce contexte, j'ai cherché à exposer de grandes tendances, c'est-à-dire les éléments par rapport auxquels un changement cohérent fut constaté dans la durée.

4.1 Personnes visées par les interventions dans le champ de la santé mentale

Les personnes visées par les politiques et plans d'action en santé mentale ne forment pas un groupe homogène. Selon les types d'interventions qui sont décrits, différentes personnes sont concernées. Au sein du corpus, trois principaux groupes de personnes furent identifiés : les personnes auprès de qui l'on effectue des interventions préventives afin d'éviter qu'elles ne développent un trouble mental, les personnes recevant des services en situation de crise et finalement, les personnes bénéficiant d'un suivi sur une base régulière. Dans cette section, j'aborde d'abord qui sont, selon les publications, les personnes considérées comme étant à risque de développer un trouble mental, c'est-à-dire les personnes pour lesquelles des activités de prévention sont prévues. Ensuite, je m'intéresse aux personnes à qui s'adressent les services de suivi régulier. Plus spécifiquement, la description de leur état de santé mentale et la façon dont on les nomme au fil des années sont présentées. Dans cette optique, la situation particulière des personnes visées par les services de crise est aussi traitée.

4.1.1 La disparition des « groupes à risque »

Dans la Politique de 1989, on fait souvent référence à certains groupes dans la population auxquels il faut porter une attention particulière. Ceux-ci seraient plus vulnérables et encourraient davantage de risques de développer un problème de santé mentale. Ces ensembles seront ici nommés « groupes à risque ». Il est question, par exemple, des « personnes qui vivent seules, celles qui sont peu scolarisées, celles qui ne travaillent pas à l'extérieur du domicile, les personnes âgées isolées, les réfugiés et les immigrants coupés de leur support social d'origine » (Gouvernement du Québec, 1989, p. 11). Du reste, notons qu'en plus de cibler des individus à risque comme c'est

le cas au sein des groupes qui sont nommés dans cette citation, on parle aussi de familles entières qui seraient plus vulnérables face aux troubles mentaux. C'est notamment le cas des familles qui doivent prendre soin de l'un des leurs qui est malade (*idem*, p. 41).

Le fait qu'il soit question de groupes à risque dans la Politique de 1989 constitue une particularité de cet élément du corpus. En effet, aucune autre publication ne fait mention d'ensembles d'individus qui seraient plus à risques de développer des troubles mentaux en raison d'un trait commun qu'ils partageraient. Mentionnons cependant que dans le Plan d'action en santé mentale (PASM) de 2015, il est question de périodes plus propices pour développer des troubles mentaux (soient le début et la fin de la vie), mais pas de groupes d'individus qui seraient ciblés.

J'ai constaté au sein du corpus qu'une autre façon de parler du risque de développer un trouble de santé mentale consiste à identifier des facteurs pouvant influencer sur ce risque. Ces facteurs, que l'on peut aussi appeler déterminants de la santé⁸, sont abordés dans la Politique de 1989, le PASM de 2005 et le PASM de 2015. Les déterminants relevés sont par exemple la possibilité d'éviter une accumulation d'événements stressants, le revenu familial (Gouvernement du Québec, 1989, p. 11) ou plus largement les politiques sociales en vigueur (Gouvernement du Québec, 2015, p. 13) et l'organisation des services offerts (Gouvernement du Québec, 2005, p. 77).

La nuance entre groupe à risque et déterminants de la santé est importante. Les déterminants peuvent s'appliquer à tous les citoyens et peuvent influencer autant positivement que négativement le risque de développer un problème, tandis que

⁸ Les déterminants de la santé sont des « facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global » (Gouvernement du Québec, 2012, p. 5).

l'expression « groupe à risque » ne fait référence qu'à certains individus et les dépeint comme étant d'emblée plus à même de développer un problème d'ordre mental.

On peut dès lors avancer qu'au cours de la période étudiée dans les politiques et plans d'action québécois, on est passé d'une conception de la propension à développer un trouble mental en termes de groupes à risque et de déterminants de la santé à une conception reposant uniquement sur des déterminants de la santé. Je démontre au cours des prochaines lignes comment se sont modifiées les façons d'appréhender les personnes visées par les interventions en santé mentale.

4.1.2 Populations visées : la particularité des services de crise

Sans surprise, tous les textes étudiés se concentrent principalement sur les personnes vivant avec un trouble mental. Néanmoins, selon les services dont il est question, certaines nuances sont relevées dans la façon de décrire les populations auxquelles ceux-ci s'adressent. Ces nuances peuvent notamment avoir trait à la gravité attribuée aux troubles dont souffrent les personnes ou aux diagnostics dont elles font l'objet. Par conséquent, c'est le cas particulier des personnes visées par les services de crise qui a attiré mon attention.

Dans le cadre de cette recherche, les services ayant été considérés comme des services de crise sont ceux qui étaient nommés ainsi dans les publications. Les modalités de ceux-ci pouvaient donc changer selon l'élément du corpus qui était analysé. Toujours est-il que ces services consistent généralement en des activités telles que l'intervention téléphonique, l'hébergement de crise, les soins à l'urgence psychiatrique, etc.

Dans la Politique de 1989, très peu d'informations sont données au sujet des populations visées par les services de crise, outre le fait que des personnes suicidaires peuvent en faire partie. Quant au plan d'action de 1998, il ne définit aucunement à qui s'adressent les services de crise. C'est dans les PASM de 2005 et de 2015 que ces populations sont davantage décrites. Les descriptions faites de ces personnes permettent de constater un élargissement de la population visée par les derniers PASM. En effet, bien que ce soit des documents portant sur la santé mentale dont il est question, les services de crise décrits, eux, sont destinés à répondre à une variété de problématiques dépassant le champ de la santé mentale. En guise d'exemples, mentionnons que l'on retrouve au sein des personnes visées « les personnes sinistrées en contexte de sécurité civile » ou celles « qui éprouve[nt] un problème social ou psychologique – ou ayant des questions à cet égard » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 50). Il va sans dire que le fait d'avoir vécu un sinistre ou d'éprouver un problème social ne suppose pas d'emblée la présence d'un problème de santé mentale.

La description des personnes visées par les interventions de crise au fil des publications met en lumière que les actions promues dans les PASM des années 2000 dépassent le champ de la psychiatrie. Ce qui est intéressant ici, ce n'est pas que ces services de crise généraux existent, mais plutôt que l'on en fasse la description dans des documents dont l'objectif est de s'intéresser précisément à la santé mentale. Alors que les populations visées par les services de crise ont été décrites plus haut, la prochaine section porte sur celles des personnes recevant des services de façon plus soutenue.

4.1.3 De bénéficiaires à utilisateurs de services

La façon dont on fait référence aux personnes auprès de qui l'on intervient au sein des services de santé mentale s'est modifiée de façon assez linéaire, comme en témoigne

la figure 4.1. Précisons que lors du traitement des données, seuls les passages où il est question des personnes recevant des services généraux en santé mentale (ex. suivi psychosocial, suivi intensif dans le milieu, accueil au CLSC, etc.) ont été retenus. Les passages où l'on faisait référence à un rapport médecin-patient n'ont, quant à eux, pas été retenus. Le motif de cette décision est que la définition du mot patient est justement : « personne qui est l'objet d'un traitement, d'un examen médical » (Robert *et al.*, 2017). De ce fait, s'intéresser au fait que l'on appelle « patient » les personnes recevant des services de la part de médecins n'aurait pas apporté de plus-value à la recherche.

Le premier constat se dégageant du diagramme présentant les dénominations des personnes recevant des services au fil du temps est la disparition du terme « bénéficiaire » après la Politique de 1989. Ce terme fut remplacé par le terme « usager » dans le plan d'action de 1998. Dans cette publication, « usager » est même la dénomination la plus utilisée. La publication de l'année 1998 se démarque aussi du reste du corpus par l'utilisation du mot « client ». L'utilisation de ces deux termes (usager et client) a diminué dans les publications des années 2000. Quant à lui, le mot « patient » fait quelques apparitions⁹ dans les PASM de 2005 et 2015. Du reste, c'est la variation dans l'utilisation de l'expression « utilisateur de services » qui se distingue le plus. Observée à un seul moment dans le plan d'action de 1998, l'utilisation de cette expression croît de façon exponentielle dans les PASM de 2005 (22 reprises) et de 2015 (54 reprises). Quelle analyse pouvons-nous tirer de ce changement dans la façon de nommer les personnes auprès de qui on intervient ?

⁹ Respectivement trois fois et deux fois.

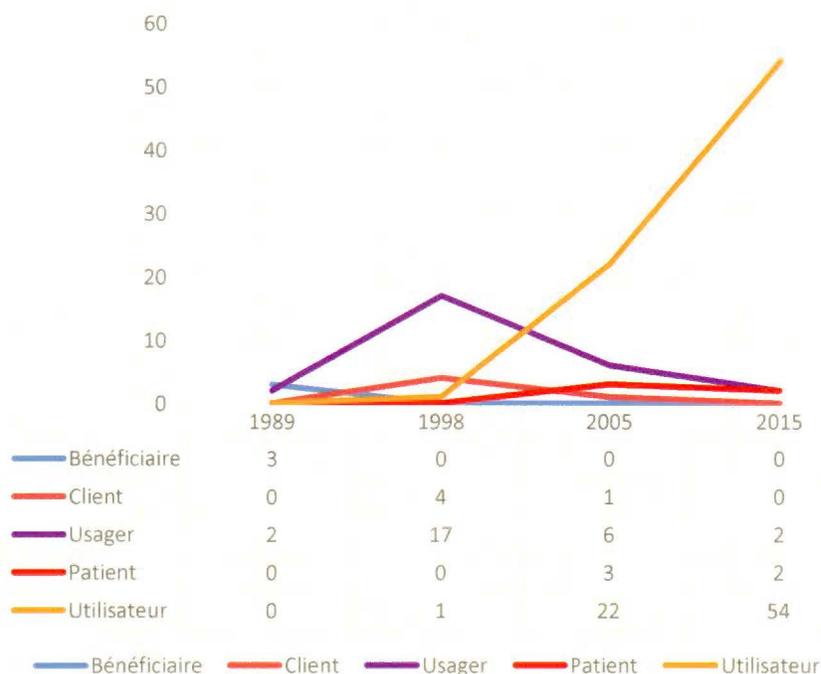


Figure 4.1 Dénominations des personnes recevant des services en santé mentale

Tout d'abord, penchons-nous sur l'utilisation du mot « bénéficiaire ». Celui-ci signifie : « personne qui bénéficie d'un avantage, d'un droit, d'un privilège » (Robert *et al.*, 2017). Que ce soit dans le dictionnaire Larousse, Le Petit Robert ou le Grand dictionnaire terminologique, il n'est jamais fait mention de l'utilisation de ce mot dans un contexte de services de santé ou de services sociaux. En outre, selon l'Office québécois de la langue française (OQLF) (2011) l'usage du terme « bénéficiaire » serait « abusif » en contexte de soins de santé. Dans cette situation, ce serait le terme « usager » qui serait à privilégier. Nonobstant ces préoccupations sur l'utilisation du mot « bénéficiaire », ce qu'il faut retenir est que ce dernier fait référence à une personne qui *bénéficie*, qui se voit accorder un soin ou un service. Ainsi, cette dénomination

renvoie à une personne qui se trouve dans une position qui peut être qualifiée de passive.

Définissons maintenant les dénominations utilisées dans le plan d'action de 1998, c'est-à-dire « client » et « usager ». Comme mentionné précédemment, le mot « usager » est celui qui est priorisé par l'OQLF, étant donné qu'il veut dire : « personne qui a recours à un service public ou qui utilise un bien du domaine public » (2011). Le mot « client » fait référence quant à lui à un « consommateur » (Robert *et al.*, 2017) ou bien à une « personne qui requiert des services moyennant rétribution » (*idem*). Au-delà des questionnements à savoir quel terme est le plus adéquat dans le contexte de dispensation de services sociaux ou de santé, ce qui se dégage de ces définitions est qu'elles font référence à des personnes en action. Il va sans dire que d'« avoir recours » ou de « requérir » implique une certaine action du client ou de l'utilisateur, ne serait-ce que par l'acte de formuler une demande.

De leur côté, les PASM de 2005 et de 2015 contiennent les dénominations « patient » et « utilisateur de services ». Comme mentionné précédemment, le terme « patient » réfère à une personne recevant des services médicaux. On emploie toutefois le mot « patient » dans ces plans alors qu'il n'est pas précisément question de rendez-vous avec un médecin ou en milieu hospitalier, comme c'est le cas ici : « le guichet d'accès est le lieu où s'effectue l'évaluation des patients par l'équipe de première ligne » (Gouvernement du Québec, 2005, p. 23). Hormis ces mentions du mot « patient », ces deux documents suivent le mouvement initié dans la publication de 1998, en mettant l'accent sur la posture active des personnes visées par les interventions. En effet, l'expression « utilisateur de services », dont l'usage augmente de façon substantielle entre 1998 et 2015, sous-entend que les personnes font plus que recevoir : elles prennent aussi part au déroulement des interventions. Cette dénomination n'est pas présente dans le Vocabulaire de la prestation de services de l'OQLF (2011) et est très

peu utilisée dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ). Serait-ce une nouvelle expression dans le domaine de la prestation de services publics québécois ?

Au demeurant, bien que la dénomination des personnes auprès de qui l'on intervient ait évolué pour mettre en lumière leur posture active, leur vulnérabilité n'en est pas moins soulignée tout au long du corpus. Dans le plan d'action de 1998 par exemple, il souligné que « les personnes souffrant de troubles mentaux graves représentent un des groupes les plus vulnérables de la société » (Gouvernement du Québec, 1998, p. 17). Soulignée à deux reprises dans chaque publication, la vulnérabilité est un thème abordé de façon constante au sein de corpus. Cela étant dit, les utilisateurs de services ne sont pas perçus comme étant uniquement des personnes vulnérables. En effet, leur aptitude à prendre part aux services leur étant offerts est aussi soulignée à partir de 1998.

Afin d'identifier les passages où il était question de la capacité des utilisateurs de services à tenir un rôle actif dans les interventions, je leur ai apposé le code « patient compétent – acteur du traitement ». Cette appellation n'est pas sans lien avec les écrits d'Ehrenberg (2005a, 2005b), dont il a été fait mention au deuxième chapitre. Ce code a été utilisé pour la première fois dans le plan d'action de 1998 (une fois) puis sa présence s'est accrue dans les PASM de 2005 puis de 2015, dans lesquels il apparaît respectivement à cinq et quatre reprises. La citation suivante illustre dans quel contexte les utilisateurs de services sont qualifiés selon cette compétence : « 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 » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 10).

Dans la même publication, on fait référence au savoir expérientiel des utilisateurs de services, dont il faut tenir compte lorsque l'on met des services en place

(Gouvernement du Québec, 2015, p. 7). Il ne semble pas anodin que la publication de 2005, au sein de laquelle on constate un accroissement de la présence du code « patient compétent – acteur du traitement », soit aussi celle où l'on inclut des témoignages d'utilisateurs de services. Ces témoignages comptent entre autres des propos au sujet de ce que des utilisateurs ont trouvé aidant ou non de la part des professionnels de la santé. Ne s'agit-il pas d'une façon d'illustrer que leur savoir expérientiel compte ? Dans la même veine, notons que dans les documents de 1998 et de 2005, les souhaits des utilisateurs sont rapportés dans le texte. On dit par exemple que la majorité d'entre eux qui « vivent maintenant dans la communauté [...] désirent y demeurer » (Gouvernement du Québec, 1998a, p. 10), ou encore, on rapporte les résultats d'une étude faisant état du désir des utilisateurs de recevoir davantage de services pour les soutenir dans l'exercice de leurs rôles sociaux (Gouvernement du Québec, 2005, p. 15).

En outre, la possibilité d'offrir aux utilisateurs de services des choix concernant les modalités d'intervention possibles est inscrite à partir du Plan d'action de 1998 (Gouvernement du Québec, 1998, p. 17). Cette volonté d'offrir des choix aux personnes met en exergue leur capacité présumée de faire des choix concernant leur plan d'intervention. Dans le même ordre d'idées, dans la section abordant le rétablissement du PASM de 2005, il est indiqué que ce principe consiste entre autres à croire « 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) ». À ce moment, il est envisageable de tirer la conclusion selon laquelle depuis la publication de 1989, les utilisateurs de services ont été de plus en plus considérés comme des utilisateurs compétents ayant les capacités nécessaires pour participer aux interventions reçues.

4.1.4 Synthèse

La présente section a permis de mettre en lumière le fait que les personnes visées par les politiques et plans d'action en santé mentale ont été nommées et décrites différemment au fil des publications. Tout d'abord, les mentions de groupes à risque ont disparu après 1989, pour laisser la place aux seuls déterminants de la santé. C'est désormais selon ces déterminants que l'on estime si une personne présente plus ou moins de facteurs de risque ou de protection face à l'éventualité de développer un trouble mental.

Quant à elles, les personnes à qui s'adressent les services de crise ne faisaient pas l'objet de définitions particulières avant 2005. Il était uniquement fait mention dans la Politique de 1989 que celles-ci pouvaient être suicidaires. Puis, lorsque l'on a commencé à les décrire davantage en 2005 et en 2015, elles étaient représentées comme faisant partie d'une population plus grande que celle incluant uniquement les personnes vivant avec des troubles mentaux. Ces données m'incitent à conclure que la population visée par les politiques et plans d'action en santé mentale s'est agrandie au cours des trente dernières années.

La situation s'est aussi transformée pour les personnes recevant des services en santé mentale sur une base régulière. Alors qu'on les appelait au départ des « bénéficiaires », elles sont, depuis 1998, mais plus particulièrement depuis 2005, appelées « utilisatrices de services ». En plus de leur nouvelle dénomination qui sous-entend une posture plus active dans la relation d'intervention, les utilisateurs de services sont de plus en plus décrits comme des utilisateurs compétents. En effet, il est maintenant fait mention de leur capacité à prendre part aux interventions les concernant et à prendre des décisions dans la planification de celles-ci. Il est pertinent de noter que cette compétence

reconnue aux utilisateurs de services n'exclut pas que ceux-ci soient toujours décrits comme présentant une vulnérabilité de par leur état de santé mentale.

4.2 Problèmes rapportés dans le corpus

Rappelons rapidement que lors de l'analyse, les éléments ayant été considérés comme des problèmes sont ceux qui étaient décrits comme tels par les auteurs des publications. Ceux-ci pouvaient avoir trait aux individus, à l'entourage des personnes vivant avec un trouble mental ou à la société dans son ensemble. C'est selon ces trois niveaux que les résultats sont présentés ici.

4.2.1 L'importance d'occuper un emploi

Un certain nombre de préoccupations sont abordées dans chacune des publications, mais l'une d'elles, qui fit son apparition en 1998, s'est démarquée du fait de l'augmentation de l'importance qui lui a été accordée au fil du temps. Il s'agit de la difficulté d'intégrer un emploi et/ou d'être productif économiquement, que l'on attribue au fait d'être atteint d'un trouble mental. Alors que celle-ci est mentionnée dans un seul paragraphe en 1998, elle est soulignée à trois reprises en 2005 et en 2015. Par exemple, dans le PASM de 2005, il est question des nombreux enjeux que comportent les projets d'intégration au travail. Il y est écrit qu'en raison des obstacles se dressant devant les personnes vivant avec un trouble mental voulant intégrer le marché du travail, l'emploi ne doit pas être la seule finalité des interventions visant l'intégration sociale (Gouvernement du Québec, 2005, p. 55). La section 4.3.1 porte justement sur les visées des interventions, dont la visée d'intégration sociale par le travail.

Au demeurant, il est intéressant de noter que l'enjeu de l'intégration en emploi gagne en importance, tandis que le poids d'autres enjeux demeure stable. C'est le cas des difficultés d'intégration sociale en général et des déficits capacitaires entraînés par les troubles mentaux. Brièvement, notons que ces déficits pouvaient avoir trait, par exemple, à des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne, ou plus généralement, à des obstacles au niveau du fonctionnement habituel d'une personne.

4.2.2 Au-delà de l'importance d'occuper un emploi : la productivité des proches

Dans le même ordre d'idées que ce qui a été mentionné précédemment concernant les problèmes d'employabilité des personnes vivant avec un trouble mental, ce qui est ressorti concernant les problèmes vécus par les membres de leur entourage a trait à la productivité économique de ceux-ci. En effet, le thème de l'impact des troubles mentaux sur la productivité de l'entourage des personnes qui en souffrent a fait son apparition dans le PASM de 2015. Plus précisément, dans la section concernant les coûts des troubles mentaux, il est mentionné que « les maladies mentales occasionnent également des coûts indirects associés à leur impact sur la productivité économique des personnes atteintes et de leur entourage » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 5).

4.2.3 Les coûts des troubles mentaux pour la société

Cette citation rapportée au dernier paragraphe met en lumière un autre problème qui a pris de l'importance au fil du temps : l'impact financier négatif des troubles mentaux sur la société. Ce thème peut se scinder en deux sous-thèmes. D'une part, on retrouve les coûts non spécifiés pour la société et d'autre part, on retrouve l'impact financier des

troubles mentaux pour le système de services sociaux et de santé. Le premier sous-thème a été comptabilisé une fois en 1989, à nouveau une fois en 2005, puis cinq fois en 2015. Le deuxième sous-thème est présent une fois en 1989, puis quatre fois en 2015. Le PASM de 2015 est aussi la publication où le mot « fardeau » est utilisé le plus souvent pour parler des conséquences des troubles mentaux. Il est présent à trois reprises dans ce document, aucune fois dans celui de 1998 et une fois dans ceux de 1989 et de 2005.

Dans le même sens, il est intéressant de noter que dans la section du PASM de 2015 où sont abordées les interventions dans le contexte de premiers épisodes psychotiques, il est question du « gain de revenus occasionné par le maintien des activités scolaires ou professionnelles ou un retour à ces activités » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 39). Manifestement, les effets économiques des troubles mentaux pour la société et des services dans ce domaine constituent une préoccupation importante dans le PASM de 2015.

4.2.4 Synthèse

À la lumière des résultats concernant les problèmes aux niveaux microsocial et macrosocial repérés au sein du corpus, ce qui a été relevé est l'importance grandissante accordée à l'aspect économique des troubles mentaux, que ce soit par rapport aux coûts engendrés par les services offerts ou par rapport à leur impact sur la productivité des individus. Il est intéressant de noter que dans le PASM de 2015, la détresse ou la dépression pouvant découler des troubles mentaux sont abordées aussi souvent que la difficulté à intégrer le marché du travail. Cette place considérable accordée à la productivité dans les PASM de 2005 et de 2015 est cohérente avec la définition actuellement reconnue d'une bonne santé mentale. En effet, l'OMS définit cet état

comme étant « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (Organisation mondiale de la Santé, 2013, p. 7). De manière analogue, dans le PASM de 2005, les troubles mentaux sont décrits comme étant graves « lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail » (Gouvernement du Québec, 2005, p. 40). Pour ainsi dire, dans les deux plus récents documents analysés, un indicateur non négligeable de l'état de santé mentale de quelqu'un a trait à sa capacité à travailler.

4.3 Interventions mises en avant dans les politiques et plans d'action

Comme le présentent les deux sections précédentes, les politiques et plans d'action étudiés ciblent les populations auprès desquelles il faut intervenir et cernent les problèmes existants dans le domaine de la santé mentale. Néanmoins, il reste que le but poursuivi par la rédaction de ces documents est l'amélioration de la santé mentale de la population en général et la mise en œuvre de solutions à offrir aux personnes vivant avec des troubles mentaux. Dans la présente section sont présentées les orientations mises en avant et les modalités d'intervention promues par le MSSS.

4.3.1 De l'intégration sociale à la participation sociale

Dans les publications étudiées, l'idée d'intégration sociale précède celle de participation sociale. En quoi ces notions sont-elles différentes l'une de l'autre ? Tout d'abord, l'intégration sociale fait référence au fait d'*être* dans la société, c'est-à-dire

notamment de vivre dans la communauté, de pouvoir y socialiser et d'avoir accès aux mêmes services que l'ensemble des citoyens (Gouvernement du Québec, 2001).

[Quant à elle, la participation sociale] implique un échange réciproque entre l'individu et la collectivité; elle met en cause, d'une part, la responsabilité collective de permettre à tous de participer activement à la vie en société et, d'autre part, la responsabilité individuelle d'agir en citoyen responsable (Gouvernement du Québec, 1997, p.3 dans Gouvernement du Québec, 2001, p.43)

Ainsi, la distinction entre l'intégration sociale et la participation sociale peut se résumer rapidement par le fait que la première consiste en ce que les personnes peuvent vivre dans la communauté tandis que la deuxième consiste en ce que les personnes contribuent à la vie communautaire.

Il est important de souligner qu'au fil du temps, ce ne sont pas les mêmes éléments qui ont été considérés comme appartenant à des mesures d'intégration sociale ou de participation sociale. C'est notamment le cas des intégrations en emploi ou en logement, qui ont été considérées jusqu'en 2005 comme des vecteurs d'intégration sociale et qui, dans le PASM de 2015, sont plutôt décrites comme des vecteurs de participation sociale. Afin d'illustrer ceci, reprenons un passage du PASM de 2005, qui aborde les actions prioritaires en notant qu'il faut : « établir des mesures d'intégration à la vie en société, incluant des actions intersectorielles pour le logement, le travail et les études » (Gouvernement du Québec, 2005, p. 66). Toutefois, lorsqu'il est question d'accès au logement dans le PASM de 2015, on précise que d'« être logé est un élément fondamental du rétablissement, de l'intégration et de la participation sociale des personnes atteintes d'un trouble mental » et que « de plus, la stabilité résidentielle est un élément déterminant lorsqu'une personne désire retrouver son pouvoir d'agir » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 22).

Les thèmes de l'intégration au travail et de l'implication sociale font l'objet du même genre de transformations. Par exemple, dans le PASM de 2015, ces projets sont décrits comme pouvant « exercer une grande influence sur la santé, la qualité de vie et le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental » (*idem*, p.27). Selon cette citation, occuper un emploi ou s'impliquer socialement procure des bienfaits dépassant la simple intégration sociale. Peut-être que ce glissement des thèmes prédominants, tels que l'accès à l'emploi ou au logement de la catégorie de l'intégration sociale à celle de la participation sociale, explique pourquoi il est de moins en moins question d'objectifs d'intégration sociale au fil des années.

En effet, la visée d'intégration sociale qui tenait une place des plus importantes dans la Politique de 1989 (abordée 27 fois) a vu sa place décliner au fil du temps pour n'être abordée qu'à cinq reprises dans le PASM 2015. L'extrait suivant témoigne de la prégnance de l'objectif d'intégration sociale dans la Politique de 1989 :

Toutes les formes d'intervention en santé mentale doivent rechercher des réponses adaptées aux caractéristiques spécifiques de chaque communauté et de ses membres. Elles doivent être élaborées en étroite association avec ce milieu et favoriser le maintien dans le milieu de vie et la réintégration sociale des personnes (Gouvernement du Québec, 1989, p. 25).

Rappelons qu'au moment de la rédaction de la Politique de 1989, le projet de désinstitutionnalisation constituait encore un enjeu important de la planification des services en santé mentale. Ceci peut expliquer pourquoi l'intégration sociale faisait à ce moment office de grand projet. Il demeure toutefois intéressant d'apprécier la différence entre les assises de la Politique de 1989 et celles du dernier PASM. En faisant l'économie du concept d'intégration sociale, les auteurs du PASM de 2015 décrivent ainsi le projet soutenant le Plan :

Le Québec fonde les soins et les services du secteur de la santé mentale sur l'approche orientée vers le rétablissement. 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 (Gouvernement du Québec, 2015, p. 10).

Au cours des trente dernières années, il semble que lorsqu'il s'agit de planification des services en santé mentale, on a quelque peu mis de côté l'idéal de réintégration sociale pour tendre vers un idéal de pleine participation à la vie collective. Plusieurs types d'activités mentionnées dans les politiques et plans d'action constituent des façons de participer à la vie sociale. La figure 4.2 démontre l'évolution de l'importance accordée à chacune de ces activités dans chacun des documents étudiés.

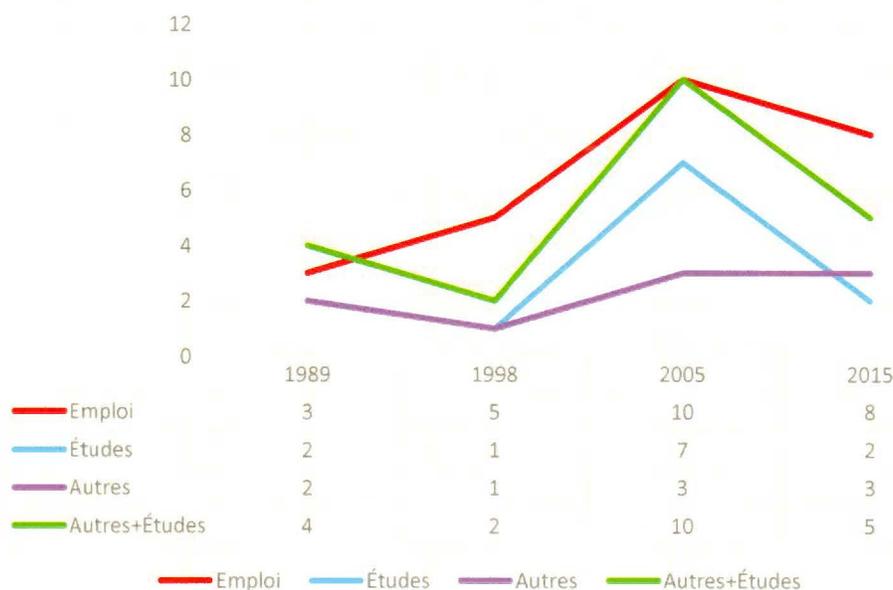


Figure 4.2 Activités promues pour favoriser la participation à la vie sociale

Afin d'analyser les activités promues pour que les utilisateurs de services participent à la vie sociale, les activités recensées ont été divisées en trois ensembles : le travail, les études et les autres activités. Le dernier ensemble inclut les loisirs, les ateliers, les activités sociales, les activités communautaires et le bénévolat. Pour les fins de l'analyse, un quatrième ensemble de données fut ajouté, soit le total des activités scolaires et autres.

On peut tout d'abord constater que le PASM de 2005 se démarque par une augmentation prononcée de la promotion des activités scolaires et professionnelles. La présence de l'ensemble des activités décline ensuite un peu dans le PASM de 2015. Cependant, ce qui ressort est le fait que si l'on compare la variation entre la première et la dernière publication, c'est la visée d'intégration au travail qui a le plus gagné en importance. Ce résultat est cohérent avec ce qui était présenté au point 4.2.1, comme quoi la préoccupation des difficultés d'intégration sur le marché du travail était de plus en plus abordée au fil des publications. En effet, dans le contexte où la difficulté d'intégrer le marché du travail figure comme un enjeu important, il apparaît logique que l'accent soit mis sur les interventions favorisant l'intégration à l'emploi.

4.3.2 Du fonctionnement à la responsabilisation

Il fut illustré au chapitre précédent que l'époque actuelle se démarque par l'accent mis sur le développement des capacités et, de ce fait, sur le fonctionnement des individus. Il est étonnant de constater qu'en dépit de ce contexte décrit par Demailly et Garnoussi (2016) ainsi que par Ehrenberg (2017), au fil des années, l'accent mis sur le développement des capacités et le fonctionnement des personnes vivant avec un trouble mental a diminué quelque peu. En effet, le thème nommé « fonctionnement » servant à identifier les extraits abordant le développement des aptitudes et habiletés tant au

niveau social que des tâches quotidiennes, la capacité de fonctionner de façon autonome ainsi que la réadaptation, ont été comptabilisés treize fois dans la Politique de 1989, quatre fois dans le Plan de 1998 et respectivement huit et neuf fois dans les PASM de 2005 et de 2015. Autrement dit, alors que l'on aurait pu croire que cet objectif aurait gagné en importance, c'est le contraire qui a été constaté.

Au moment où le développement des capacités fonctionnelles est un peu moins mis en avant en tant qu'objectif d'intervention, un nouvel objectif émerge dans le PASM de 2015 : la responsabilisation des utilisateurs de services. Par exemple, alors que l'on y décrit ce en quoi consiste une approche axée sur le rétablissement, il est mentionné que les intervenants travaillant selon cette approche sont « animés par la conviction que celle-ci [la personne utilisatrice] peut agir dans [...] sa responsabilisation » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 10). En outre, un peu plus loin, il est souligné que les acteurs dans le champ de la santé mentale « ont [notamment] pour rôle d'encourager ces personnes à prendre conscience de leurs responsabilités » (*idem*, p.17). De fait, on observe un déplacement des attentes exprimées envers les utilisateurs de services. C'est-à-dire que celles-ci se sont déplacées de l'amélioration du fonctionnement à la responsabilisation des personnes utilisatrices de services. Il est possible de risquer un début de réflexion à ce sujet : est-il possible que l'on vise la responsabilisation des utilisateurs de services parce que ceux-ci seraient dorénavant *de facto* perçus comme démontrant un niveau suffisant de fonctionnement ? Toutefois, ne faut-il pas d'abord présenter certains acquis avant de pouvoir se responsabiliser ?

4.3.3 L'appropriation du pouvoir

Dans la lignée de ce qui pourrait sous-tendre l'apparition du thème de la responsabilisation, il y a aussi la question de l'appropriation du pouvoir¹⁰ qui émerge. Ce thème apparaît pour la première fois dans le plan d'action de 1998 et son emploi reste stable jusqu'au PASM de 2015. Plus précisément il se répertorie entre quatre et cinq fois par publication. Dans le plan de 1998, il est expliqué que la notion de 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 » (Gouvernement du Québec, 1998a, p. 17). Dans les PASM de 2005 et de 2015, elle s'illustre aussi comme la reprise de contrôle des personnes ayant un trouble mental sur leur trouble et sur leur vie (Gouvernement du Québec, 2005, p. 15). Reprendre le contrôle sur sa vie en arrivant à contrôler sa maladie et en prenant soi-même les décisions importantes nous concernant représente ce qu'est l'appropriation du pouvoir dans les PASM. Lorsqu'il s'agit d'encourager la responsabilisation des utilisateurs de services, la volonté de travailler à ce qu'ils s'approprient leur pouvoir sur leur vie s'ajouterait donc au fait qu'on leur attribue d'emblée un niveau de fonctionnement suffisant.

4.3.4 Le rétablissement et l'épanouissement : des préoccupations grandissantes

Les objectifs d'intervention mentionnés jusqu'à maintenant ont trait à ce que les personnes vivant avec un trouble mental font : la place qu'elles prennent en société, la façon dont elles fonctionnent, leur responsabilisation et le pouvoir qu'elles s'approprient. Toutefois, d'autres objectifs, ayant ceux-là plus à voir avec la façon dont

¹⁰ Dans le but d'alléger le texte, les expressions « appropriation du pouvoir », « pouvoir d'agir » et « réappropriation du pouvoir » sont utilisées indistinctement.

les personnes se sentent, sont aussi présents dans le corpus. Pour aborder cette question, j'ai regroupé dans un même thème tout ce qui avait trait à l'amélioration de la qualité de vie et à l'épanouissement des utilisateurs de services. Or, il se trouve que ce thème a pris de plus en plus de place au fil des publications des politiques et plans d'action en santé mentale. Cette tendance a abouti avec la montée exponentielle d'un autre thème, soit celui du rétablissement, comme on peut l'observer à la figure 4.3.

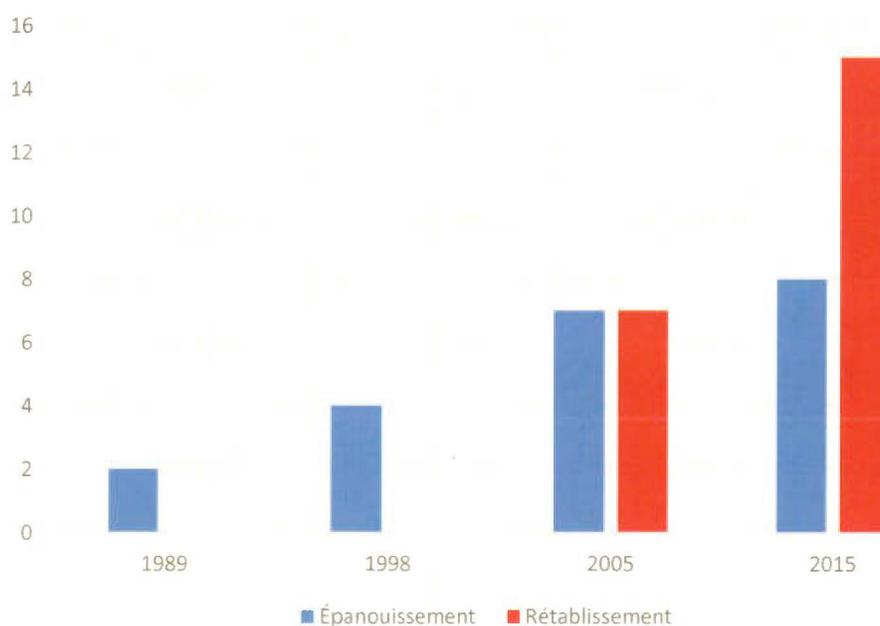


Figure 4.3 Épanouissement et rétablissement

Attardons-nous un moment à la façon dont l'épanouissement est abordé d'un document à l'autre. Les deux passages identifiés par ce code dans la Politique de 1989 parlent de l'importance d'améliorer la qualité de vie des utilisateurs de services, notamment ceux devant demeurer en établissement malgré le processus de désinstitutionnalisation. Le thème de l'épanouissement se voit enrichi dans le Plan d'action de 1998. Il y est

notamment question de viser le mieux-être des utilisateurs (Gouvernement du Québec, 1998a, p. 19). L'intégration au travail y est quant à elle décrite comme un « facteur primordial d'épanouissement » (*idem*, p. 32). De son côté, le PASM de 2005 met en lumière la nécessité que les services soient adaptés aux aspirations des personnes utilisatrices (p.51) et qu'ils contribuent à leur insuffler de l'espoir (p.11). Concernant la participation sociale, on y spécifie que celle-ci contribue à « un sentiment d'utilité et de valorisation » (*idem*, p. 55). La notion s'élargit davantage dans le PASM de 2015 : aux composantes mentionnées précédemment, s'ajoute l'objectif d'axer les interventions sur le « cheminement [de la personne] vers une vie qu'elle considère comme satisfaisante et épanouissante » (p. 10) tout en l'encourageant « à profiter des occasions de changement et de croissance » (p. 17). Ces extraits illustrent l'importance croissante qui est accordée aux objectifs concernant l'épanouissement des personnes utilisatrices de services.

Cet élargissement des visées d'amélioration de la situation des personnes vivant avec un trouble mental et la présence de plus en plus grande de cet objectif dans les politiques et plans d'action vont de pair avec l'augmentation de la place que prend la visée de rétablissement dans ces mêmes publications. Le rétablissement est décrit dans le PASM de 2005 comme une perspective invitant les intervenants « 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 [...] » (p. 15). On y mentionne aussi croire en « la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la vie en société » (p.12).

À la vue de ces résultats, il est possible d'avancer que les politiques et plans d'action en santé mentale mettent avec le temps de plus en plus l'accent sur une perspective d'amélioration de la situation des personnes ayant un trouble mental. Au-delà d'apprendre à vivre avec la maladie, on souhaite que ces dernières puissent s'épanouir

en tant que personnes. Ceci implique notamment qu'elles bénéficient d'une meilleure qualité de vie et qu'elles atteignent un certain bien-être, mais aussi qu'elles prennent le contrôle de leur vie, qu'elles réalisent leurs aspirations et qu'elles s'épanouissent au travail. Force est de constater que la liste des cibles à atteindre s'est allongée pour les utilisateurs de services depuis la Politique de 1989. Rappelons qu'à ce moment, c'était la désinstitutionnalisation qui figurait comme ultime projet.

En matière d'optimisme dans les descriptions des interventions mises de l'avant, il n'y a pas que l'essor des thèmes de l'épanouissement et du rétablissement qui a attiré mon attention. En effet, il fut aussi possible d'observer que l'utilisation de mots appartenant à ce que j'appelle « le champ lexical de l'espoir » a débuté dans le PASM de 2005. La figure 4.4 fait état du dénombrement des mots considérés comme appartenant à ce champ lexical.

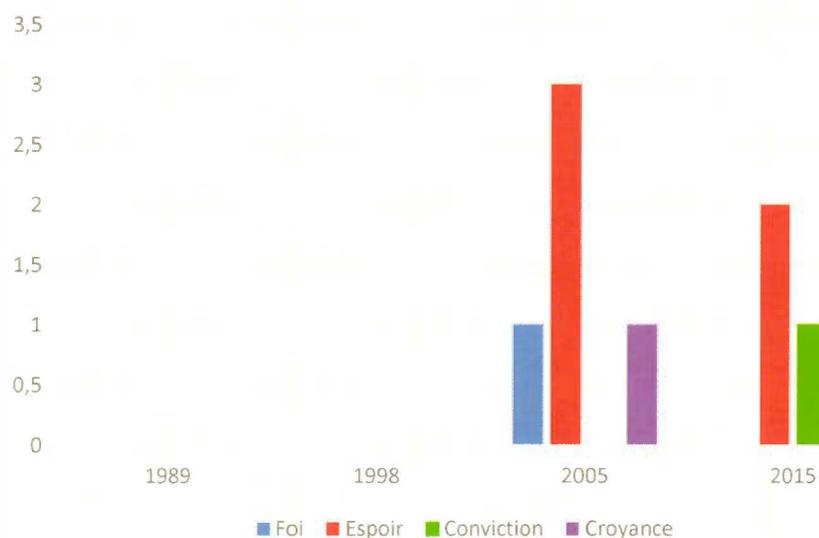


Figure 4.4 Champ lexical de l'espoir

Il faut noter que ces mots ont été comptabilisés lorsqu'ils étaient utilisés pour signifier deux choses : qu'il faut croire aux capacités des personnes utilisatrices de services ou que les interventions ont entre autres la fonction de donner de l'espoir aux utilisateurs ou à leurs proches. Comme l'illustre la figure 4.4, aucun mot appartenant au champ lexical analysé n'a été comptabilisé dans les documents de 1989 et de 1998. C'est plutôt en 2005 et en 2015 que les mots « foi », « espoir », « conviction » et « croyance » ont commencé à être employés.

À la lumière de ce qui précède, il est possible d'estimer que simultanément à l'accroissement de la présence des thèmes de l'épanouissement et du rétablissement, un accent plus grand a été mis sur l'espoir devant être ressenti et exprimé par les intervenants. Ceux-ci doivent avoir espoir en les capacités des utilisateurs de services d'atteindre leurs buts et doivent le leur communiquer pour les encourager en ce sens. Bien entendu, outre les encouragements, de nombreuses autres modalités d'interventions sont promues afin d'atteindre les objectifs mentionnés plus haut. Deux de ces modalités, soient les services dans la communauté et la pair aide, sont présentées dans les prochaines sections.

4.3.5 Offrir les services dans la communauté et éviter les hospitalisations

J'ai rappelé plus haut qu'un élément important de la politique de 1989 était la poursuite du projet de désinstitutionnalisation. Par conséquent, une place importante de ce document fut accordée aux services à offrir dans la communauté, afin de permettre aux utilisateurs de services de vivre hors des institutions. On parlait alors de « débordement des lieux traditionnels de pratique » (p. 35) et de « rapprochement [des services] des milieux naturels de vie » (p. 14). Le code « services dans la communauté » a été posé sur quinze extraits de la Politique de 1989. Par la suite, il s'est montré de moins en

moins fréquent avec les années, pour n'apparaître finalement qu'à quatre reprises dans le PASM de 2015.

En revanche, le code « suivi dans la communauté » a, quant à lui, connu une progression à partir du Plan d'action de 1998. Ce qui distingue les codes « services dans la communauté » et « suivi dans la communauté » est que le premier réfère aux services offerts *près* des milieux de vie tandis que le second réfère aux services offerts *dans* les milieux de vie. Ce dernier type de services inclut notamment les interventions effectuées par les équipes de suivi intensif et de suivi d'intensité variable. Les interventions en contexte de suivi dans la communauté « ont pour principale fonction de favoriser l'acquisition d'un degré de fonctionnement autonome optimal en société. Ils jouent ainsi un rôle déterminant dans le processus de rétablissement et d'intégration de personnes atteintes d'un trouble mental grave... » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 53). Suivant une courbe ascendante, comme mentionné plus haut, on retrouve le thème « suivi dans la communauté » à quatre reprises en 1998, à douze reprises en 2005 et finalement à neuf reprises dans le dernier PASM.

Dans le même ordre d'idées, le PASM de 2005 met en avant le projet de diminuer le nombre de places en hébergement de groupe de type ressource intermédiaire (RI) et de type familial (RTF)¹¹ afin de rediriger l'offre de services vers l'accroissement de « l'offre de logements autonomes avec soutien » (p. 53). Axer l'offre de services sur le suivi dans la communauté s'accompagne donc d'une réduction d'un autre pan de l'offre, soit l'hébergement de groupe.

¹¹ Les RI et les RTF sont des ressources résidentielles dont le propriétaire est signataire d'une entente avec un établissement de services sociaux et de santé de sa région. Selon cette entente, les ressources sont tenues d'offrir des services adaptés à chacun des résidents, services qui sont déterminés par les équipes traitantes. Ces services incluent notamment les repas, l'entretien de l'espace, le nettoyage des vêtements, des interventions favorisant l'intégration sociale, etc. (Gouvernement du Québec, 2018).

Parallèlement au rapprochement de l'intervention du domicile des utilisateurs de services, on observe une plus grande préoccupation concernant le recours à l'hospitalisation. Cet enjeu se traduit par l'objectif de réduire le nombre d'hospitalisations, ou le fait que certains services soient décrits en fonction des hospitalisations qu'ils permettent d'éviter.

À cet effet, six passages du PASM de 2015 sont marqués du code « éviter les hospitalisations ». Ces passages décrivent les services de suivi intensif dans la communauté, des interventions en contexte de premiers épisodes psychotiques et d'évaluation dans la communauté pour les personnes suivies en psychiatrie légale, ainsi que des services offerts par les pairs aidants. On parle du virage ambulatoire comme ayant permis « à de nombreux citoyens d'obtenir des soins et des services médicaux et chirurgicaux sans accaparer des lits hospitaliers » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 59). La plus grande présence du thème de l'évitement des hospitalisations et le fait que moins de lits soient « accaparés » sont vus comme une donnée positive, témoignent de la volonté du MSSS d'offrir des soins psychiatriques en dehors des murs des hôpitaux.

Pour ainsi dire, avec l'évolution des modalités d'intervention promues, un glissement des lieux de pratique s'observe. Plus les lieux de pratique tendent à se rapprocher du domicile (ou à *être* le domicile) des utilisateurs de services, plus on cherche à éviter le recours aux unités d'hospitalisation.

Qui plus est, il n'y a pas que les lieux de pratique qui se sont transformés ; les équipes traitantes l'ont aussi été. Le changement le plus marquant à cet égard est l'inclusion de pairs aidants dans les équipes.

4.3.6 De l'entraide à la pair aidance

Les retombées positives des interventions effectuées par des personnes vivant avec un trouble mental auprès d'autres personnes dans la même situation sont reconnues dans tous les documents étudiés. L'entraide est décrite dans les documents comme étant une façon de trouver des solutions par soi-même (Gouvernement du Québec, 1989, p. 50), une source de soutien (Gouvernement du Québec, 1998a, p. 21) et comme un moyen de briser l'isolement et même de contribuer à un changement social (Gouvernement du Québec, 2005, p. 91).

En dépit du fait que l'aide pouvant être reçue par les pairs soit évoquée tout au long du corpus, la façon dont on la conçoit dans le PASM de 2015 se distingue des autres. Alors que jusque-là, c'est d'entraide au sein de groupes de soutien dans les organismes communautaires dont il était question, le dernier PASM vise plutôt à intégrer des pairs aidants au sein des équipes traitantes. Le pair aidant y est décrit comme

une personne qui présente ou qui a présenté un trouble mental et dont les aptitudes personnelles, professionnelles et la formation de pair aidant en font un modèle de rétablissement positif pour l'équipe soignante ainsi que pour les personnes utilisatrices de services. Ce dernier intègre son milieu de travail à titre de membre du personnel. Il représente une source d'espoir et de reprise du pouvoir d'agir, procure entre autres un soutien social en brisant l'isolement, fait bénéficier la personne utilisatrice de services d'une reconnaissance de son vécu, participe à la réduction des hospitalisations, facilite le maintien de la personne dans la communauté tout en rehaussant la qualité des services offerts. (Gouvernement du Québec, 2015, p. 16)

La profession de pair aidant semble être l'incarnation des visées et interventions mises de l'avant par le MSSS actuellement. En effet, on retrouve dans la définition rapportée plus haut les notions de rétablissement, d'espoir, de pouvoir d'agir, de reconnaissance du vécu des utilisateurs de services, de réduction des hospitalisations. Bref, ce sont tous

là des éléments majeurs de l'intervention en santé mentale telle qu'elle est définie aujourd'hui. Qui plus est, le cheminement menant à un poste de pair aidant est un calque des attentes énoncées envers les utilisateurs de services, c'est-à-dire de travailler à son rétablissement et d'occuper un emploi autant que possible.

4.3.7 Synthèse

Il est possible de résumer en quatre points les changements concernant les interventions mises de l'avant dans les politiques et plans d'action québécois en santé mentale au cours des trente dernières années. Tout d'abord, les résultats démontrent que les interventions sont passées d'une visée d'intégration sociale à une visée de rétablissement et d'épanouissement des utilisateurs de services. À cela s'ajoute une nouvelle attente dont les utilisateurs de services font l'objet : celle de se responsabiliser. De plus, les changements au niveau des objectifs sous-tendant les interventions se sont accompagnés d'une transformation des modalités d'intervention. Les lieux d'interventions se sont déplacés des institutions vers le domicile des utilisateurs de services dans plusieurs cas. Enfin, les équipes traitantes virent aussi leur composition être modifiée, étant donné l'ajout de pairs aidants en leur sein. L'émergence de la pair aidance concorde avec la fin des mentions d'activités d'entraide se faisant historiquement au sein des organismes communautaires.

En quelques mots, il est possible de résumer ces changements en disant que l'horizon s'offrant aux personnes vivant avec une maladie mentale décrit dans les publications s'est en quelque sorte élargi. Alors que l'ultime projet qui s'offrait à elles auparavant était de s'intégrer socialement, on les considère désormais capables de se responsabiliser. On espère maintenant qu'elles se rétablissent et s'épanouissent. Plus encore, le fait d'avoir vécu un trouble mental peut même devenir un atout pertinent

pour fournir une aide professionnelle à d'autres personnes vivant avec un trouble mental.

4.4 Synthèse du chapitre

En définitive, ce chapitre a permis d'identifier plusieurs grandes tendances se dégageant de la comparaison sur un plan diachronique des politiques et plans d'action en santé mentale de 1989 à 2015. Ces résultats en regard des personnes visées, des problèmes exposés et des interventions prônées par le biais du corpus étudié éclairent ma réflexion, à savoir si l'autonomie fait figure de vecteur de l'aller-mieux dans celui-ci. Cette réflexion est explicitée au cinquième chapitre.

Il fut tout d'abord question du bassin de personnes visées par les interventions de crise, lequel s'est agrandi dans un contexte où l'on promeut désormais ces services pour des motifs qui incluent, mais qui peuvent aussi dépasser, les problèmes de santé mentale. Cette augmentation du nombre de personnes visées par les interventions de crise va de pair avec la disparition des groupes dits à risque. Dans la Politique de 1989, certains groupes de la population étaient considérés comme plus à risque de développer des troubles mentaux et on leur accordait donc une attention particulière. Sans spécifications à propos des personnes plus à risque, il semble que chaque individu est à présent exposé au risque de développer un trouble mental, selon les différents déterminants sociaux s'appliquant à sa situation.

Les personnes recevant des services réguliers sont quant à elles décrites différemment selon les époques. Bien que les personnes vivant avec un trouble mental soient toujours perçues comme présentant une vulnérabilité, c'est leur capacité à agir en tant qu'actrices de leur traitement qui est de plus en plus mise en avant avec le temps. Ceci

coïncide avec leur dénomination, qui est passée de « bénéficiaires » à « utilisateurs de services ». Cette dernière dénomination laisse entendre la posture active des personnes dans leur plan d'intervention. Comme symbole de la reconnaissance nouvelle de la compétence des utilisateurs et de leur savoir expérientiel, l'entraide entre pairs s'est vue professionnalisée en la fonction de pair aidant.

Incidemment, les attentes envers les utilisateurs de service se sont aussi transformées. L'accent qui était précédemment mis sur l'objectif d'intégration sociale s'est transposé sur l'exercice du pouvoir d'agir, la responsabilisation ainsi que le rétablissement et l'épanouissement de l'utilisateur. Résolument, ce qui est visé dans les documents analysés dépasse l'amélioration de l'état de santé mentale. Dans le même ordre d'idées, l'intégration au travail est une cible qui est abordée davantage de publication en publication dans le corpus étudié. Encore là, c'est de mise en action dont il s'agit.

Le fait que l'on désigne l'intégration au travail comme objectif des interventions en santé mentale est aussi cohérent avec le fait que la difficulté d'intégration au travail pour les personnes vivant un trouble mental est un enjeu qui a gagné en importance depuis la Politique de 1989. Les conséquences économiques des troubles mentaux figurent comme une préoccupation de plus en plus importante. De surplus, le thème des coûts des problèmes de santé mentale s'observe davantage en fin de corpus. Le chapitre suivant permet de relier ces grandes tendances avec l'hypothèse de recherche : j'y explore comment ces résultats peuvent témoigner du fait qu'en cette période de grand renversement, l'autonomie figure comme vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental.

CHAPITRE V

DISCUSSION

La présentation de l'histoire des interventions en santé mentale au premier chapitre a permis de constater que chacune des périodes décrites, soit le grand renfermement (Foucault, 1961), le grand désenfermement (Castel, 1973) et le grand renversement (Ehrenberg, 2005a), porte en elle une conception distincte des troubles mentaux et des horizons d'amélioration de l'état des personnes qui en souffrent. Plus particulièrement, l'époque actuelle se caractérise par l'englobement du concept de maladie mentale par celui de santé mentale (*idem*) ainsi que par l'autonomie comme « valeur suprême » (Ehrenberg, 2009). À la lumière de ces informations, j'ai posé la question suivante : *Quel est, en ce contexte de grand renversement, le vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental ?* Le terme « aller-mieux » fait ici référence à l'idée d'un rapprochement des normes caractérisant un idéal de santé (Demailly, 2016).

La littérature recensée au sujet de la santé mentale, de l'autonomie et de l'aller-mieux m'a permis d'avancer que c'est l'autonomie qui est le vecteur principal de cet aller-mieux. Afin de vérifier si ce postulat peut se confirmer de façon empirique, j'ai analysé les quatre politiques et plans d'action québécois en santé mentale rédigés entre 1989 et 2015. Pour ce faire, j'ai réalisé une analyse thématique de ces derniers, tout en portant une attention particulière aux stratégies d'énonciation mises en œuvre par les auteurs. Par le biais d'une comparaison des résultats sur un plan diachronique, j'ai pu vérifier si l'autonomie était effectivement devenue le principal vecteur de l'aller-mieux au

cours du grand renversement. Enfin, la présentation des résultats s'est effectuée selon trois catégories heuristiques, soient les personnes visées, les phénomènes conçus comme problématiques et les interventions promues.

La discussion des résultats se divise en quatre étapes. Tout d'abord, je résume ces résultats en six grandes tendances, sur lesquelles repose l'ensemble de la discussion. Ensuite, je démontre comment les préoccupations exprimées au sein des politiques et plans d'action québécois en santé mentale se sont, au fil des années, de plus en plus calquées sur les enjeux caractéristiques du grand renversement. Par la suite, je m'intéresse aux descriptions des interventions mises en avant dans le corpus, afin d'y apprécier la place que l'autonomie prend dans le cheminement vers l'aller-mieux à l'époque actuelle. Pour conclure, le concept de cercle vertueux de l'autonomie et de l'aller-mieux est repris afin de synthétiser l'ensemble des résultats.

5.1 Tendances observées lors de l'analyse du corpus

La première tendance cernée lors de l'analyse du corpus est l'élargissement du champ des problématiques visées par des interventions en santé mentale. C'est le concours de deux résultats obtenus qui permet d'en venir à cette conclusion. Le premier est la disparition des « groupes à risque » au profit d'une définition du risque en termes de déterminants de la santé. Le second correspond à l'augmentation du nombre de problématiques pouvant être appréhendées par les services de crise en santé mentale. Par ce double mouvement, le champ de ce qui peut être analysé sous le prisme de la santé mentale se trouve élargi (il peut s'agir, par exemple, de maladie mentale, de problèmes psychosociaux, de sinistres, etc.). Autrement dit, au fil du temps, l'ensemble des citoyens sont devenus de potentiels utilisateurs des services en santé mentale.

La deuxième tendance observée est l'augmentation de l'attention portée aux aspects économiques des troubles mentaux. Entre 1989 et 2015, les difficultés d'intégration en emploi des personnes vivant avec un trouble mental, le déficit de productivité attribué aux troubles mentaux, ainsi que les coûts associés à ces problématiques sont devenus des thèmes de plus en plus importants dans les politiques et plans d'action.

La troisième tendance mise en lumière est la place grandissante accordée au paradigme du rétablissement. Celui-ci propose qu'une personne vivant avec un problème de santé mentale parvienne à s'épanouir malgré le fait qu'elle ne puisse réellement *guérir* de sa maladie (MSSS, 2015). Le rétablissement devient à la fois l'objectif des interventions et le principe sur lequel elles se basent.

La quatrième tendance correspond au déplacement des lieux d'interventions et des lieux d'hébergement définis dans les politiques et plans d'action. Entre la Politique de 1989 et le dernier PASM en 2015, ce sont les appartements autonomes qui sont devenus les lieux d'habitation des personnes utilisatrices de services ainsi que, bien souvent, les lieux de pratique des intervenants.

La cinquième tendance se rapporte à la transformation du rôle assigné aux utilisateurs de services lors des interventions. Alors que ceux-ci étaient décrits comme occupant un rôle de « bénéficiaire » au début du corpus, on les reconnaît désormais comme partie prenante des interventions. Cette reconnaissance se traduit par l'attente que les utilisateurs de services tiennent un rôle plus actif dans leur plan d'intervention.

La sixième tendance est l'apparition de la promotion de la pratique de la pair aidance dans les publications à la fin de la période étudiée. La pair aidance fait ici référence à des interventions effectuées par des intervenants ayant traversé des difficultés semblables à celles vécues par les destinataires de l'intervention. Alors qu'au début du

corpus, l'aide entre pairs s'incarnait dans les groupes d'entraide du milieu communautaire, le dernier PASM encourage l'intégration de pairs aidants dans les équipes traitantes en milieu institutionnel.

Le tableau suivant rappelle les six tendances nommées ci-haut. Elles sont divisées en deux catégories : celles ayant trait aux préoccupations énoncées dans le corpus et celles relatives aux interventions mises de l'avant par le MSSS. Dans les prochaines sections, chacune de ces tendances est reprise et des explications supplémentaires sont données à leur sujet.

Tableau 5.1

L'évolution du corpus en six tendances

Préoccupations (5,2)	Interventions mises de l'avant (5,3)
Élargissement du champ des problématiques pouvant être exprimées en termes de santé mentale	Place grandissante accordée au paradigme du rétablissement
Augmentation de la préoccupation pour les impacts économiques des problèmes de santé mentale	La désignation de l'appartement autonome comme milieu de vie et d'interventions
	Reconnaissance de l'utilisateur de services comme partie prenante de l'intervention
	Promotion de la pair aideance

Dans la prochaine section, j'explique comment les préoccupations décrites dans le corpus se sont, avec les années, de plus en plus collées aux préoccupations caractéristiques du grand renversement. Ce sont donc les deux premières tendances décrites, c'est-à-dire l'élargissement du champ des problématiques pouvant être

exprimées en termes de santé mentale et l'augmentation de la préoccupation pour les impacts économiques des problèmes de santé mentale, qui sont abordés.

5.2 Les préoccupations soulevées dans les politiques et plans d'action en santé mentale en période de grand renversement

Comme mentionné précédemment, le grand renversement a débuté dans les environs des années 1980 et est toujours en cours. Principalement, c'est l'englobement du concept de maladie mentale par le concept de santé mentale (Ehrenberg, 2005a) ainsi que l'autonomie faisant office de « valeur suprême » (Ehrenberg, 2014b) qui distinguent le grand renversement des autres moments de l'histoire de la santé mentale. Quatre facteurs sous-tendent son avènement : l'expression des problèmes de santé mentale dans un vocabulaire provenant du champ lexical de la souffrance ; la conception des problèmes de santé mentale comme des handicaps plutôt que des pathologies ; l'élargissement du champ des problématiques pouvant être nommées dans les termes de la santé mentale ; et finalement, la notion de contrainte aux soins qui a laissé la place à la notion de consentement aux soins, constituant la personne recevant des services en tant qu'actrice de son traitement (Ehrenberg, 2005a).

Au fil du temps, l'analyse des problèmes soulevés dans les politiques et plans d'action a permis de constater que ceux-ci se rattachent de plus en plus au contexte de grand renversement. J'en fais ici l'illustration en abordant l'élargissement du champ des problèmes considérés sous l'angle de la santé mentale ainsi que les aspects économiques des troubles mentaux.

5.2.1 Élargissement de l'étendue des problématiques pouvant être exprimée en termes de santé mentale

Deux éléments de résultats rapportés au dernier chapitre tendent à valider les propos d'Ehrenberg (2005a), soit qu'un élargissement du champ couvert par les interventions en santé mentale aurait eu lieu lors du grand renversement. Ces éléments sont la disparition des groupes à risque après la publication de 1989 et l'étendue grandissante du bassin de personnes visées par les interventions de crise.

Tout d'abord, l'évacuation de la notion de groupes à risque pour ne laisser place qu'aux déterminants comme facteurs de risque ou de protection face aux troubles mentaux met en lumière le fait que tous les individus peuvent potentiellement développer un problème de santé mentale. En effet, concevoir la propension à développer un problème de santé mentale en termes de déterminants de la santé constitue une vision plus dynamique des facteurs de risque et de protection. Le MSSS souligne notamment que « l'analyse des déterminants de la santé doit se situer dans le temps, puisque les déterminants changent, et dans l'espace, puisque l'importance relative d'un déterminant peut varier d'un lieu à l'autre » (Gouvernement du Québec, 2012, p. 6). À l'inverse, l'appréciation du risque en termes de groupes ciblés en fonction d'une ou de quelques caractéristiques relève d'une conception plus figée du risque. Il va sans dire qu'il est difficile de renverser des situations telles que le fait d'être peu scolarisé ou de vivre loin de ses proches restés au pays d'origine¹². En revanche, les déterminants de la santé nous affectent différemment tout au long de notre vie. Ainsi, « personne n'est à l'abri de la maladie mentale » (Gouvernement du Québec, 2015, p. iii) et c'est ce sur quoi les politiques et plans d'action en santé mentale mettent de plus en plus l'accent au fil du temps.

¹² Deux des groupes à risque mentionnés dans la Politique de 1989 étaient décrits comme étant des personnes peu scolarisées ou des personnes immigrantes vivant loin de leurs proches.

Les descriptions des personnes visées par les interventions de crise ont subi des transformations semblables à celles décrites pour les groupes à risque. Jusqu'en 2005, celles-ci étaient très peu détaillées ; on mentionnait seulement que ces personnes pouvaient être suicidaires. Après 2005, il devint clair que ce n'étaient pas seulement les personnes atteintes d'un trouble mental ou suicidaires qui étaient visées par ces interventions. Rappelons que l'on retrouve notamment parmi elles des personnes sinistrées, ainsi que des personnes ayant des questions à propos des problèmes psychologiques ou sociaux (Gouvernement du Québec, 2015).

Le point commun entre ces deux éléments des résultats est qu'ils témoignent de l'élargissement et de l'assouplissement de l'étendue du champ de la santé mentale lors du grand renversement. Que des problèmes divers soient « traités » selon les codes de la santé mentale n'est pas un phénomène nouveau ; nous l'avons vu lorsque le grand renfermement a été décrit au premier chapitre¹³. Toutefois, ce phénomène est dorénavant accentué, étant donné que le grand renversement a amené avec lui la santé mentale en tant que langage pour exprimer des difficultés en tout genre (Ehrenberg, 2011). Que les services de crise génériques offerts à l'ensemble de la population soient décrits dans les plans d'action en santé mentale en constitue une illustration forte. À la lecture de ces résultats, on peut se demander si tout le monde ne vivra pas un jour ou l'autre un problème pouvant s'exprimer en termes de santé mentale.

Ce phénomène d'élargissement du champ de la santé mentale est en adéquation avec l'élargissement des visées des interventions dans ce domaine. En contexte de grand renversement, les interventions en santé mentale visent à la fois l'amélioration de la

¹³ Lors du grand renfermement, on associait notamment la « folie » au fait d'être pauvre. Dans les maisons d'internement, des personnes vivant toutes sortes de difficultés étaient rassemblées (chômeurs, personnes handicapées, personnes ayant des troubles mentaux, etc.) (Foucault, 1961 ; Boudreau, 2003)

situation des personnes n'ayant pas de diagnostic psychiatrique et l'accompagnement des personnes vivant des troubles considérés comme graves (Ehrenberg, 2005b). Ainsi, non seulement tout le monde est à risque de développer un trouble mental, mais ce qui est certain, c'est que tout le monde peut recevoir des services en santé mentale.

À notre époque, la définition des problèmes de santé mentale dépasse les symptômes cliniques qui leur sont d'ordinaire associés. Ces problèmes comportent en fait des aspects sociaux importants. En effet, chaque époque et société fournit son cadre d'analyse pour juger de la « normalité » d'un comportement. Qui plus est, conséquemment au grand renversement, la frontière entre les composantes « social problématique » et « mental pathologique » devient ambiguë (Otero, 2012). L'emploi qui est fait actuellement de l'idiome de la santé mentale pour décrire ces deux aspects des troubles mentaux rend difficile la distinction entre maladie mentale et difficultés et souffrances habituelles de la vie.

Ces éléments théoriques permettent de comprendre comment l'on peut en être venu à inclure les interventions auprès de citoyens sinistrés ou auprès de personnes ayant des questionnements au sujet de la santé mentale dans la description des interventions de crise en santé mentale. Du moment que ces personnes expriment leur détresse vécue ou les questionnements qui les tenaillent en termes de souffrance — ce à quoi l'on peut s'attendre en contexte de grand renversement (Ehrenberg, 2010) —, elles se qualifient pour devenir des utilisatrices de services en santé mentale.

Du reste, cet accent mis sur le fait que tout le monde puisse développer un trouble mental rappelle un phénomène semblable mentionné au premier chapitre. Plus précisément, il y était rapporté que les troubles mentaux constatés chez des soldats déployés lors de la Deuxième Guerre mondiale avaient mené à des changements dans le DSM et la CIM. Or, le fait que des soldats puissent être affectés de tels troubles vint

aussi modifier positivement les perceptions de la population au sujet des troubles mentaux (Pelletier-Audet et Cellard, 2014). Il devint alors admissible de penser que ceux-ci n'étaient pas que des problèmes de personnes marginales. L'élargissement du champ des problématiques pouvant être exprimées en termes de santé mentale contribue-t-il à la poursuite de ce mouvement d'acceptation des troubles mentaux ?

5.2.2 Augmentation de l'importance accordée aux aspects économiques des troubles mentaux

Du moment où la « valeur suprême » est l'autonomie, il est attendu des individus qu'ils soient responsables d'eux-mêmes (Ehrenberg *et al.*, 2005). En ce sens, la grande place accordée à l'intégration sociale par le travail dans les politiques sociales fut abordée par Poirel et Weiss (2014). Or, les résultats de la présente recherche pointent dans la même direction. Effectivement, les enjeux liés à l'employabilité ont gagné en importance dans les dernières publications du corpus, tandis que l'attention portée à d'autres problématiques, telles que les difficultés d'intégration sociale ou les déficits aux niveaux des habiletés, est demeurée stable ou a diminué dans le temps. Ce constat s'inscrit dans la lignée des changements provoqués par le grand renversement, mais quelques nuances doivent être apportées.

Cette considération pour l'intégration sur le marché du travail ne prend pas seulement place dans le domaine des interventions en santé mentale. Plus largement, l'« injonction à l'autonomie économique » (Herman, 2011) est véhiculée dans toutes les sphères du travail social¹⁴. Il a été abordé au deuxième chapitre que les interventions effectuées à l'époque actuelle sont caractérisées par l'accent qu'elles mettent sur le

¹⁴ L'expression « travail social » est ici utilisée au sens français du terme, c'est-à-dire qu'elle réfère à l'intervention sociale en général et non pas précisément aux actions des travailleurs sociaux portant le titre réservé.

développement des habiletés (Demailly et Garnoussi, 2016) ainsi que sur l'amélioration du fonctionnement social (Ehrenberg, 2017). Les résultats de mon analyse portent à croire que plus précisément, en contexte de grand renversement, au-delà des capacités et du fonctionnement social, ce qui importe le plus est d'atteindre un niveau de fonctionnement permettant d'intégrer le marché du travail et, par conséquent, d'atteindre l'autonomie économique. Ces préoccupations pour l'emploi et l'autonomie économique rejoignent et rappellent les résultats obtenus au sujet de la participation sociale. Au chapitre IV, il a été souligné qu'au début du corpus, le MSSS mettait en avant l'objectif d'intégration sociale des personnes vivant avec une maladie mentale. Or, au fil du temps, cet objectif a laissé la place à celui de la participation sociale. En d'autres mots, on ne s'attend plus « seulement » à ce que ces personnes vivent parmi leurs concitoyens, mais aussi qu'elles soient actives dans la société, notamment par le travail.

Ces résultats sont congruents avec les propos de Soulet (2005) au sujet de la vulnérabilité. En effet, ce sociologue rapporte qu'à notre époque, « l'intégration se manifeste de plus en plus sous la forme de la participation (ou d'une intention à le faire pour les plus fragilisés) » (*idem*, p.49). En définitive, pour un individu qui vivrait avec un problème de santé mentale, il ne suffit pas d'*être* dans la société. Il faut démontrer un intérêt à y contribuer et à la coconstruire avec autrui. L'individu doit à la fois travailler à se construire lui-même et à prendre (au sens actif du terme) une place dans la société. En ce sens, il est conséquent qu'en contexte de grand renversement, des activités en lien avec l'intégration socioprofessionnelle ou le bénévolat soient intégrées aux interventions promues dans le domaine de la santé mentale.

Néanmoins, il ne faudrait pas oublier que ces attentes d'autonomie économique et de participation sociale exprimées correspondent aux désirs de plusieurs personnes vivant avec un problème de santé mentale. Dans un article sur les services d'intégration au

travail en santé mentale, Charbonneau (2002) reprend les conclusions de différents travaux (Dorvil et al., 1997 ; Mercier et al., 1999 ; Morin, 1996) qui permettent de décrire l'emploi comme contribuant à l'épanouissement des individus. Par exemple, celui-ci permet pour ces personnes de s'intégrer socialement, de mieux gérer les symptômes de leur maladie, de se réaliser en participant à un projet qui corresponde à leurs valeurs et qui est source d'*empowerment*. En ce sens, la préoccupation concernant les difficultés d'intégration au travail n'est pas seulement celle des décideurs, mais aussi celle d'un grand nombre de personnes visées par les politiques et plans d'action en santé mentale.

Par ailleurs, il est intéressant de mettre en relief que, parallèlement à l'enjeu de l'intégration au travail, le MSSS a commencé en 2005, mais plus particulièrement en 2015, à souligner les coûts engendrés par les troubles de santé mentale sur l'ensemble de la société et leurs impacts sur le système de services. Dans un contexte de grand renversement, il est possible de tracer des liens entre « l'injonction à l'autonomie économique » (Herman, 2011) et l'accent mis sur les coûts engendrés par les troubles mentaux (parfois même appelés « fardeau ») (Gouvernement du Québec, 2015). Tous deux se rapportent à la problématique que représente le fait qu'un individu ne puisse pas dépendre complètement de lui-même. D'une part, il est question de l'emploi salarié qu'il devrait pouvoir occuper. D'autre part, il est question des coûts qui, idéalement, ne devraient pas être engendrés. Dans les deux cas, la situation souhaitée consisterait à ce que toute personne vivant avec un trouble mental puisse exercer son autonomie, c'est-à-dire qu'elle présente « la capacité à agir de soi-même dans la plupart des situations de la vie » (Ehrenberg, 2012, p. 12).

5.2.3 Résumé

À la lumière de ce qui précède, il est possible d'avancer que, lorsqu'elles sont analysées d'un point de vue diachronique, les problématiques soulevées dans les politiques et plans d'action en santé mentale incarnent de plus en plus les caractéristiques du grand renversement. Tout d'abord, cette analyse permet de constater que davantage de situations qu'avant deviennent susceptibles d'être considérées sous l'angle de la santé mentale. Ce phénomène était décrit plus haut comme l'un des facteurs sous-tendant le grand renversement (Ehrenberg, 2005a). De plus, les enjeux rattachés aux aspects économiques des troubles mentaux sont ceux qui gagnent le plus en importance. Il est notamment souligné la difficulté des personnes vivant avec un trouble mental à s'insérer sur le marché du travail et à répondre eux-mêmes à leurs besoins. Ceci concorde avec la « valeur suprême » de notre époque : l'autonomie.

Les tendances présentées dans cette section permettent de statuer que l'évolution des politiques et plans d'action québécois en santé mentale est cohérente avec le processus du grand renversement. De ce fait, l'appréciation de la place de l'autonomie dans les orientations qui y sont promues s'avère une façon adéquate de confirmer l'hypothèse de recherche, à savoir que l'autonomie est à notre époque le vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental. Cette démarche est exposée dans la section suivante.

5.3 Vers l'aller-mieux : la place de l'autonomie

Comme il l'a été abordé précédemment dans la revue de la littérature, l'aller-mieux et de l'autonomie ne peuvent aller l'un sans l'autre lors du grand renversement. J'examine

dans la section qui vient comment cela s'observe via les interventions mises en avant par le MSSS. Dans cette perspective, ce sont les quatre tendances regroupées sous la colonne « Interventions mises de l'avant » du tableau 5.1 qui sont explicitées, soient la montée du paradigme du rétablissement, la désignation de l'appartement autonome comme lieu d'hébergement et d'intervention, la reconnaissance de l'utilisateur de services comme partie prenante de l'intervention et la promotion de la pair aide. Des enjeux découlant de ces tendances sont aussi abordés.

5.3.1 La montée du paradigme du rétablissement : *Que suis-je capable de faire ?*

Un aspect caractéristique du grand renversement est le passage de l'autonomie comme aspiration à l'autonomie comme condition. Dans ces circonstances, les individus ne s'interrogent plus sur ce qu'ils ont le droit de faire, mais plutôt sur ce qu'ils sont capables de faire (Ehrenberg, 2012). Parallèlement, les politiques et plans d'action en santé mentale s'inscrivent de plus en plus dans la lignée de l'approche du rétablissement.

Au moment de la présentation des résultats, la définition de l'approche axée sur le rétablissement utilisée dans le plan d'action de 2015 fut rapportée :

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. (p. 10)

Une autre définition régulièrement utilisée est celle de William Anthony, qui décrit le rétablissement comme :

une démarche personnelle et unique, visant à changer l'attitude, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les capacités et/ou les rôles de chacun. C'est la façon de vivre une vie satisfaisante et utile, où l'espoir a sa place malgré les limites imposées par la maladie. Pour guérir, le malade doit donner un nouveau sens à sa vie, et passer outre aux effets catastrophiques de la maladie mentale (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2013).

Les composantes importantes que je retiens de ces définitions sont la singularité du parcours de chaque personne, la visée d'épanouissement, le fait que la personne atteinte d'un trouble doit retrouver un nouveau sens à sa vie et tout cela dans le contexte où l'entière des symptômes ne disparaîtra pas. En mettant en évidence l'idée selon laquelle une guérison n'aura pas lieu, l'approche axée sur le rétablissement s'inscrit tout à fait dans le grand renversement, dont l'une des composantes est la conception des troubles mentaux comme handicaps et non plus comme maladies. Par ailleurs, l'espoir s'avère être un des ingrédients du rétablissement. À cet effet, la place attribuée à l'espoir dans ces définitions vient faire écho à la plus grande utilisation du champ lexical de l'espoir observée dans les plans d'action abordant le rétablissement.

Au deuxième chapitre, l'aller-mieux a été décrit comme une « traversée temporelle positive par rapport à des normes qui mettent en jeu l'idéal ou le fantasme de la santé » (Demailly, 2016, p. 30). L'accent mis sur l'épanouissement dans les définitions rapportées ci-haut porte à croire que, lorsqu'il est question de rétablissement en santé mentale, c'est l'idéal de la « grande santé » qui soit à atteindre. Plus que d'apprendre à vivre avec la maladie, il est attendu que cette épreuve est source d'épanouissement et qu'elle permette de redonner un nouveau sens à la vie. Comme l'écrivait Nietzsche en parlant de la « grande santé », « ce qui ne me fait pas mourir me rend plus fort » (2009, p. 12). En outre, ce souhait d'épanouissement véhiculé dans le corpus est d'autant plus compatible avec le concept d'aller-mieux, dans le contexte où tous deux ne comportent pas de coordonnées de départ ou d'arrivée. Autrement dit, peu importe d'où l'on part, il est toujours possible de s'épanouir davantage et d'aller encore mieux.

Au demeurant, selon le MSSS, la bonne santé mentale correspond à « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2013, p. 7). Là encore, l'importance de se « réaliser » est soulignée. Or, à l'instar de la souffrance que l'on n'exprime pas n'importe comment, on ne se réalise pas de n'importe quelle façon selon l'époque donnée. À présent, selon les interventions promues par les plans d'action en santé mentale, on peut comprendre que se réaliser va de pair avec la capacité de faire face au stress, d'occuper un emploi et de participer à la vie sociale.

Cette conception de la santé mentale comme état permettant de se réaliser peut rappeler l'autonomie comme émancipation décrite au deuxième chapitre (Demailly, 2014 ; Doucet, 2016). Cependant, les attentes qui sous-tendent le rétablissement incitent à nuancer cette possible association. En effet, encourager les personnes auprès de qui l'on intervient à intégrer le marché du travail et à pouvoir se débrouiller seuls revient à les encourager à s'adapter (Herman, 2011). Reprenons l'exemple de la dépression pour expliciter ce propos. Cette dernière revêt son statut de pathologie justement parce qu'elle constitue un obstacle à la réalisation de ces objectifs prescrits à l'individu contemporain (Otero, 2012). Selon cette perspective, inciter une personne dépressive à intégrer le marché du travail et à subvenir elle-même à ses besoins afin d'aller-mieux, c'est en fait lui demander de s'adapter aux normes en vigueur et non pas de s'en affranchir, comme l'idée d'émancipation le suggère. Ces explications sont conséquentes avec les propos de Doucet (2017) rapportés précédemment au sujet de l'autonomie : être autonome est à la fois ce qui est visé par les interventions axées sur le rétablissement et une condition pour être considéré comme étant en bonne santé mentale. Comme on a pu le voir précédemment, il est indéniable que l'autonomie a une

importance majeure dans le processus d'aller-mieux pour les personnes vivant un problème de santé mentale.

Si aller mieux revient à se rapprocher de cet idéal de bonne santé mentale, il va de soi que les moyens mis en avant par le MSSS visent principalement l'épanouissement, l'intégration au travail et la participation sociale. De la même façon que la définition de ce qui constitue un problème de santé mentale dépasse l'aspect clinique, les interventions prônées visent davantage que l'atténuation de symptômes. Il ne suffit pas de se sentir mieux : ce qui est souhaité est de fonctionner mieux. Cet impératif concerne directement le questionnement de l'individu contemporain : suis-je capable de le faire ? (Ehrenberg, 2012) Est-ce possible pour moi d'occuper un emploi ? Ai-je les capacités de répondre à mes propres besoins et de participer à la vie de ma communauté ?

Les questionnements soulevés à la fin du dernier paragraphe incitent à s'inspirer du concept de « capacité » pour analyser les attentes manifestées à l'égard des individus contemporains en processus de rétablissement. Ce concept fait référence à des « libertés ou des possibilités créées par une combinaison de capacités personnelles et d'un environnement politique, social et économique » (Nussbaum, 2012, p. 39 dans Bouffard, 2013, p. 266). Analysée en termes de « capacités », l'atteinte d'un niveau optimal de fonctionnement repose entièrement sur les « capacités personnelles » des individus en évacuant les autres facteurs influant sur leur liberté ou leurs possibilités d'action. En d'autres mots, en consacrant à l'autonomie la place qu'on lui connaît aujourd'hui dans la définition du rétablissement, on s'attarde seulement à une facette de ce qui constitue la « capacité » d'une personne. Ceci constitue un enjeu, considérant que dans le but d'améliorer le fonctionnement des utilisateurs de services, il pourrait s'avérer judicieux de s'intéresser aussi à d'autres obstacles ou défis auxquels ils font face. Ces écueils peuvent par exemple être liés à des difficultés d'ordre socioéconomiques (chômage, quartier peu doté en services, etc.) ou à des problèmes

d'ordre politique (désinvestissement dans les services publics, non-représentativité des élus, etc.). Une piste de solution réside peut-être dans l'*empowerment*, décrit au premier chapitre comme une approche importante du travail social auprès des personnes vivant avec un trouble mental (OTSTCFQ, 2013). Les interventions axées sur l'*empowerment* visent justement à aider les personnes à reprendre du pouvoir par le renforcement de l'estime de soi, l'acquisition de compétences, le soutien à la participation sociale et le développement de l'esprit critique. Ultimement, par l'*empowerment*, on ne cherche pas seulement à améliorer la vie d'un individu, mais plutôt à provoquer des changements structurels afin de diminuer les écarts de pouvoir entre les membres de la société (Ninacs, 2008). Changer la façon dont les pouvoirs sont répartis me semble un levier intéressant pour créer un environnement favorable à l'accroissement des « capacités » des personnes vivant avec un trouble mental.

En quelques mots, la place grandissante accordée au rétablissement au sein du corpus révèle la place importante de l'autonomie dans le cheminement vers l'aller-mieux à notre époque. Bien qu'elle puisse de prime abord faire penser à l'émancipation et à l'épanouissement, l'approche du rétablissement met aussi en avant l'importance des capacités individuelles et l'adaptation aux normes.

5.3.2 Désignation de l'appartement comme milieu de vie et lieu d'intervention : l'éloignement des institutions

L'analyse du corpus a démontré que depuis le début du grand renversement, les lieux d'habitation des utilisateurs de services ont changé. En 1989, un grand nombre d'entre eux vivaient en institution et l'objectif était qu'ils en sortent, que ce soit pour aller en ressource d'hébergement, dans leur famille ou en appartement. Aujourd'hui, on aspire à ce qu'ils vivent en appartement autant que possible. Un mouvement similaire s'est produit en ce qui concerne les lieux de pratique des intervenants. Ainsi, les

interventions qui se faisaient originalement au sein des institutions ont commencé à se faire dans des lieux *plus près* des milieux de vie des personnes, puis *dans* les milieux de vie des personnes. Alors qu'au début du grand renversement, c'était l'institution qui faisait office de lieu d'habitation et d'intervention, on souhaite aujourd'hui que ce soit le logement autonome qui remplisse ces deux fonctions. En concordance avec ce souhait, le recours à l'hospitalisation devient une avenue proscrite. Comme il le fut mentionné au dernier chapitre, l'évitement de l'hospitalisation devient un objectif en soi.

Ces résultats peuvent être expliqués à la lumière de l'autonomie comme vecteur principal de l'aller-mieux. En effet, une finalité de l'intervention paraît être que les individus puissent vivre en appartement autonome. Conséquemment, offrir du soutien dans le milieu de vie de la personne semble être une façon de soutenir ce projet. Afin de favoriser cette orientation, il est question de diminuer le nombre de places en hébergement de groupe et de réinvestir les fonds qui y étaient dévolus dans l'offre de « logements autonomes avec soutien » (Gouvernement du Québec, 2005, p. 53). Or, vivre en dehors des institutions et pouvoir répondre à ses besoins par soi-même, c'est aussi une façon d'être autonome. De ce fait, réussir à vivre seul en appartement constitue un moyen de démontrer que l'on va bien ou que l'on va mieux.

En outre, vivre seul en appartement peut aussi représenter l'une des façons par laquelle l'exercice de l'autonomie laisse voir sa dimension émancipatrice. En effet, selon une étude de Piat et al. (2008, cité dans Felx, 2013), vivre en logement autonome est le souhait d'un peu plus de 50 % des personnes qui résident en ressources résidentielles en santé mentale. Or, le milieu de vie souhaité peut changer au cours de la vie d'une personne : selon la situation, on peut à certains moments vouloir vivre seul et à d'autres souhaiter habiter dans un milieu offrant du soutien. Felx (*idem*) souligne à cet effet l'importance de suivre les préférences de la personne lorsque des décisions sont prises

par rapport à son orientation dans un milieu de vie. Ainsi, l'orientation en logement autonome correspond au projet que bon nombre de personnes souhaitent poursuivre. Encore une fois, lorsqu'il est question de l'autonomie comme vecteur de l'aller-mieux en santé mentale, il ne s'agit pas seulement de son pendant normatif, mais aussi de son pendant émancipateur dans le sens qu'elle permet d'atteindre pour la personne concernée ses propres objectifs.

Dans un autre ordre d'idées, la vie en logement autonome constitue un contexte favorable pour le développement des techniques d'autogestion des troubles mentaux¹⁵. Comme mentionné au premier chapitre, des outils d'autogestion sont facilement accessibles (Vitalité. Laboratoire de recherche sur la santé, s.d. ; Bilsker Ph.D et Paterson Ph.D, s.d.). En quelque sorte, vivre en dehors des ressources d'aide ne signifie pas ne plus avoir besoin de conseils ou d'encouragement ; cela signifie plutôt qu'il faut apprendre à répondre à ces besoins, le plus souvent seul.

Ces résultats me ramènent à l'interrogation de Castel rapportée au premier chapitre. Offrir des services en dehors des institutions comporte évidemment des aspects positifs ; toutefois, cette approche ne risque-t-elle pas « à travers son périple, [de] retisser sur l'ensemble social la toile désormais plus fine et plus souple, en quelque sorte transparente et élastique, de l'emprise médicale » ? (Castel, 1973, 1973, p. 212) Pour peu que l'on s'intéresse aux enjeux de l'élargissement du champ de la santé mentale et du déplacement des lieux d'interventions, cette question demeure d'actualité. En effet, sous prétexte de favoriser l'autonomie des utilisateurs de services ainsi que leur stabilité résidentielle en logement autonome, on oriente l'offre de services vers l'introduction des intervenants en santé mentale chez ceux-ci. Il sera intéressant dans l'avenir d'étudier les retombées de l'intervention à domicile. Cette

¹⁵ Celles-ci visent plus particulièrement les personnes ayant des troubles anxieux ou de l'humeur.

façon de faire mènera-t-elle à l'atteinte du niveau d'autonomie espéré ? Quels défis particuliers découleront de ce déplacement des lieux d'intervention ?

Ces déplacements des milieux de vie et des lieux de pratique ne sont pas sans rappeler le phénomène contemporain de déclin du programme institutionnel (Dubet, 2002). Ce dernier se manifeste entre autres par la transformation des modes de socialisation et l'atténuation de la sacralité auparavant reconnue aux institutions majeures (école, système de santé, etc.). Dans ce contexte, l'individu ne se trouve pas à être *moins* socialisé, mais plutôt à être socialisé *autrement*¹⁶. Dans une société où les institutions ne sont plus les vecteurs du vivre-ensemble qu'elles incarnaient auparavant, ce sont désormais les « règles de l'individualité qui incarnent la dynamique centrale de l'institutionnalisation contemporaine » (Otero *et al.*, 2017, p. 9). Les intervenants en santé mentale, agissant au nom des valeurs et des objectifs inhérents à leur profession et à l'organisation qui les engage, sont porteurs de ces règles de l'individualité contemporaine. Ce faisant, par l'intervention à domicile, la substance de « l'institution éventrée » (Otero *et al.*, 2017) se répand jusqu'aux domiciles des utilisateurs de services.

5.3.3 Reconnaissance de l'utilisateur de services comme partie prenante de l'intervention

Dans ses travaux, Ehrenberg a mis en exergue le rôle désormais attribué aux utilisateurs de services en contexte de grand renversement. On souhaite maintenant que ceux-ci deviennent des « agents de leurs propres changements » (Ehrenberg, 2014a) ainsi que des « acteur[s] [de leur] maladie » (Ehrenberg, 2004). Ces rôles ont bien plus à voir

¹⁶ On parle désormais d'individuation comme « processus structurel de fabrication des individus » (Martucelli, 2009, p. 22).

avec la dénomination « utilisateur de service », principalement utilisée depuis 2005, qu'avec la dénomination « bénéficiaire » qui était utilisée dans la Politique de santé mentale de 1989. En effet, il fut expliqué au chapitre précédent que le terme « utilisateur » souligne le rôle actif de la personne dans la relation d'aide, versus le rôle plus passif que l'on peut attribuer à un « bénéficiaire ». Cette transformation du rôle des personnes recevant des services en santé mentale vient asseoir l'autonomie qu'on leur confère dorénavant. Il va sans dire que cela est aussi cohérent avec la notion de consentement qui a pris la place de la contrainte en contexte de soins (Ehrenberg, 2005a). Attribuer une posture active à la personne auprès de qui l'on intervient implique le souhait que l'intervention se réalise dans un contexte de consentement et non de contrainte.

Dans le même ordre d'idées, les plans d'action de 1998 et de 2005 rapportent des propos et des opinions d'utilisateurs de services afin d'appuyer certaines de leurs orientations. Cette stratégie d'énonciation vient souligner que lorsqu'il est question de la planification des services à leur offrir, on reconnaît maintenant l'apport des utilisateurs. À cela s'ajoute le fait qu'au fil du temps, l'on décrit de plus en plus les utilisateurs de services comme des partenaires de l'équipe traitante. Assurément, ces éléments de résultats illustrent que lorsqu'il est question d'agir pour l'aller-mieux, on reconnaît « la liberté de choix au nom de la propriété de soi » (Ehrenberg, 2012, p. 12) des utilisateurs de services. En d'autres mots, ces changements dans les perceptions que l'on a des personnes recevant des services mettent en évidence le fait que l'on reconnaît leur compétence en tant qu'utilisatrices. À cet effet, leur savoir expérientiel est perçu comme un savoir pertinent et leur procure ainsi du pouvoir dans leur plan d'intervention. Cette façon de concevoir l'expertise des utilisateurs de services ainsi que leur implication dans les plans d'intervention est congruente avec certains des principes phares de la profession, dont l'autodétermination et l'appropriation du pouvoir par les personnes auprès de qui l'on intervient (OTSTCFQ, 2013).

De surcroît, cette participation aux interventions peut être liée à une autre composante de l'autonomie, soit l'autoactivation. Comme mentionné au deuxième chapitre, l'autoactivation veut dire que l'on attend des personnes utilisatrices de services qu'elles soient animées d'une motivation intrinsèque les poussant à agir de façon autonome (Ehrenberg, 2014a). Autrement dit, non seulement le chemin vers l'aller-mieux implique des efforts de la part de l'utilisateur de services, mais celui-ci doit également être motivé et actif durant le processus, au même titre que les intervenants.

Des liens peuvent être tracés entre ce qui précède et la notion de responsabilisation des utilisateurs de services qui apparaît dans le dernier plan d'action. Dans cette publication, la responsabilisation est dépeinte comme un objectif à atteindre. La mention de cet objectif demeure toutefois équivoque, du fait que l'on n'y attribue aucun qualificatif. Parle-t-on de responsabilisation dans son traitement, dans son processus de rétablissement ou dans sa vie en général ? Néanmoins, dans le contexte où les notions d'autoactivation et de responsabilisation jouissent d'une si grande importance, il apparaît logique que circule abondamment l'idée selon laquelle, en tant qu'intervenant, il ne faut pas « vouloir » (ou travailler) plus que le client. Cette façon de voir la relation d'aide comme un partenariat au sein duquel l'intervenant et l'utilisateur de services engagent autant d'efforts va de pair avec la modalité d'intervention qui caractérise le grand renversement : l'accompagnement (Ehrenberg, 2005a).

Enfin, tout n'a pas changé lorsqu'il s'agit de décrire les utilisateurs de services. Alors que ceux-ci sont de plus en plus dépeints comme des « patients compétents » (Ehrenberg, 2005b), les résultats présentés précédemment démontrent que l'on continue tout de même souligner la vulnérabilité de plusieurs d'entre eux. Dans les mêmes documents, le fait de vivre avec un trouble mental inscrit la personne concernée dans deux positions distinctes : celle de l'individu vulnérable qu'il faut protéger et

celle de l'individu qui doit être l'« acteur de sa maladie » et de son traitement (Ehrenberg, 2004).

5.3.4 La promotion de la pair aidance : le pair aidant, l'idéal de l'aller-mieux

La profession de pair aidant est valorisée dans le dernier PASM. On mentionne dans ce document qu'il faut augmenter considérablement le nombre de pairs aidants dans le réseau de la santé et des services sociaux. Alors que l'on se trouve en période de grand renversement, le pair aidant semble incarner l'idéal de l'aller-mieux. En outre, par son parcours et le rôle qu'il occupe au sein de l'équipe traitante, il est aussi la représentation de l'autonomie comme vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental.

Rappelons brièvement ce qu'est l'approche du rétablissement. Les interventions inspirées de ce principe découlent de la conviction selon laquelle les personnes vivant avec un trouble mental peuvent trouver leur propre chemin pour s'épanouir et se réaliser, nonobstant le fait qu'elles ne guériront pas dudit trouble (Gouvernement du Québec, 2015 ; Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2013). Or, il se trouve que « [l]e pair aidant a un rôle très spécial et unique à jouer pour promouvoir et soutenir le paradigme du rétablissement [...] par sa simple présence il suscite l'espoir [...] le catalyseur du rétablissement » (Lagueux et Charles, 2008 dans Cloutier et Maugiron, 2016). Le pair aidant serait donc un soutien au paradigme du rétablissement. Il fut question précédemment des liens entre l'approche du rétablissement et l'idée de l'autonomie comme vecteur de l'aller-mieux. Si le pair aidant est décrit comme porteur du paradigme du rétablissement, il est aussi en quelque sorte porteur de l'autonomie comme vecteur de l'aller-mieux.

De plus, la reconnaissance de la pair aideance par le MSSS implique la reconnaissance du savoir expérientiel¹⁷ des personnes qui accèdent à cette profession. Cette reconnaissance des savoirs tirés de l'expérience vient aussi étayer les thèses proposées plus haut, à savoir que les utilisateurs de services sont maintenant considérés comme faisant partie de l'équipe de soins. De surcroît, le pair aidant incarne l'attente que l'on a envers les personnes recevant des services, c'est-à-dire qu'il travaille pour aller mieux. Étant déjà un acteur de son traitement, de par son statut d'intervenant, il est également un acteur du traitement d'autrui. En présentant les compétences nécessaires pour être pair aidant, il démontre une grande capacité à exercer son autonomie dans « la gestion de la maladie » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 29). La documentation à propos de la pair aideance sur le site de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) indique notamment que de recevoir les services d'un pair aidant suscite chez les utilisateurs de services de la motivation pour trouver des solutions à leurs problèmes, pour être plus actifs par rapport à leur traitement, tout en contribuant à augmenter leur sentiment d'autonomie. La personne paire aidante vivrait aussi des bénéfices de son travail ; celui-ci l'aiderait à continuer d'avancer sur le chemin du rétablissement (AQRP, 2013). Ainsi, le pair aidant vient encourager l'exercice de l'autonomie chez les utilisateurs de services, tout en consolidant la sienne.

L'autonomie exercée par le pair aidant peut être reliée à la fois à l'autonomie comme adaptation et à l'autonomie comme émancipation (Demailly, 2014 ; Doucet, 2016). En premier lieu, il s'agit d'une forme d'adaptation, étant donné que la pair aideance implique une intégration (ou un retour) sur le marché du travail, ce qui répond à « l'injonction à l'autonomie économique » (Herman, 2011). En second lieu, elle représente une forme d'émancipation, étant donné que l'exercice de l'autonomie par le pair aidant l'amène à vivre des changements qu'il espère positifs dans sa vie. Cette idée

¹⁷ Notons que d'avoir vécu un trouble mental n'est pas le seul critère d'accès à la profession. Une formation offerte par l'Université Laval et encadrée par l'AQRP doit être complétée (AQRP, 2014).

d'émancipation rappelle le concept de grande santé évoqué précédemment. Rapidement, la grande santé correspond à l'un des idéaux de santé vers lequel on peut tendre lors du processus d'aller-mieux et qui consiste à devenir plus fort grâce à un épisode de maladie (Demailly, 2016). À l'évidence, le chemin parcouru par la personne qui devient paire aidante correspond à l'atteinte de la grande santé. En effet, par le biais de la pair aidance, l'épreuve du trouble mental devient un moyen d'élargir ses possibles. C'est le fait d'avoir vécu un trouble qui permet de donner un nouveau sens à sa vie, de s'épanouir selon des moyens différents que ceux utilisés auparavant (Roche, 2014).

À la lumière des idées évoquées plus haut, il est possible d'avancer que le cheminement du pair aidant représente l'idéal de l'aller-mieux tel qu'il est décrit dans ce mémoire. Plus particulièrement, en étant « rétablie », la personne qui devient paire aidante occupe ainsi un emploi et peut espérer subvenir à ses besoins financiers par elle-même¹⁸. Se rétablir de son trouble mental pour ensuite trouver un emploi qui permet de vivre de façon autonome, ne serait-ce pas effleurer les « normes qui mettent en jeu l'idéal ou le fantasme de la santé » ? (Demailly, 2016, p. 30)

5.3.5 Résumé

Les interventions prônées par le MSSS et qui ont été décrites ici ont comme point commun l'autonomie comme principe central. Tout d'abord, le fait que le rétablissement soit désormais l'approche phare selon le MSSS, témoigne de l'importance accordée au développement et à l'exercice de l'autonomie, que ce soit comme façon de se rapprocher des normes ou comme moyen permettant aux personnes

¹⁸ Toutefois, il ne faut pas manquer de souligner que des enjeux concernant la sécurité d'emploi et les conditions de travail persistent pour de nombreux pairs aidants (Cloutier et Maugiron, 2016).

de davantage s'épanouir. Ensuite, la désignation du logement autonome comme lieu d'habitation et d'intervention évoque un éloignement des institutions, lesquelles assuraient précédemment la prise en charge des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Cet éloignement implique le développement de l'autonomie des utilisateurs de services, tant au niveau de leur fonctionnement au quotidien, qu'au niveau de la gestion de leur trouble mental. Dans le même ordre d'idées, le rôle désormais attribué aux utilisateurs de services évoque la compétence, l'autoactivation et la responsabilisation dont ils doivent faire preuve pour aller mieux. Finalement, le déploiement de la pair aidance apparaît comme le paroxysme de ce positionnement de l'autonomie comme vecteur de l'aller-mieux. En effet, le pair aidant est une personne ayant suffisamment cheminé dans son processus de rétablissement pour atteindre un niveau de fonctionnement lui permettant à la fois d'autogérer son trouble de santé mentale et d'occuper un emploi. Qui plus est, par son travail, il devient une source d'espoir pour ses clients et ses collègues afin de poursuivre le travail sur soi ou sur autrui selon les principes du rétablissement.

5.4 Cercle vertueux de l'autonomie et de l'aller-mieux

Les idées développées au sein de ce chapitre me permettent de confirmer mon postulat de base, à savoir qu'en période de grand renversement, c'est l'autonomie qui devient le vecteur principal de l'aller-mieux. Tout d'abord, j'ai démontré que les problèmes soulignés dans le corpus étudié découlent de plus en plus des enjeux caractéristiques du grand renversement. Ensuite, j'ai illustré de quelle façon l'autonomie est au cœur des interventions mises en avant par le MSSS. Autrement dit, le corpus étudié reflète bel et bien les changements découlant du grand renversement et son analyse révèle que, durant cette période, l'autonomie est devenue le vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental.

Pour conclure, je propose de reprendre l'image du cercle vertueux de l'autonomie et de l'aller-mieux évoquée au deuxième chapitre (section 2.4). Au moment de décrire les concepts de santé mentale, d'autonomie et d'aller-mieux, j'ai mentionné que ces concepts pouvaient former une sorte de cercle vertueux, c'est-à-dire que tout comme aller mieux, revient à dire que l'on est en mesure d'exercer notre autonomie, c'est par l'exercice de notre autonomie que l'on parvient à aller mieux. Cette idée est cohérente avec les résultats obtenus. En effet, durant le grand renversement, la préoccupation devenue la plus importante est le fait que les personnes vivant avec un trouble mental peinent trop souvent à intégrer le marché du travail. En d'autres mots, elles ne peuvent exercer leur autonomie comme cela est attendu. Le fait que les politiques et plans d'action désignent désormais le logement autonome comme milieu de vie souhaité correspond au même phénomène ; l'objectif visé par les interventions n'est pas d'intervenir directement sur le trouble de santé mentale, mais plutôt de faire en sorte que la personne puisse agir de façon autonome. L'aller-mieux espéré ne correspond pas directement à un état de santé amélioré, mais plutôt à un niveau de fonctionnement amélioré. Ainsi, comme mentionné plus haut : travailler à aller mieux, c'est développer et exercer son autonomie, et aller mieux, c'est être en mesure fonctionner de façon autonome.

Au-delà de la validation de l'hypothèse de recherche, les résultats de la présente recherche permettent d'avancer que si les concepts d'autonomie et de santé mentale sont aujourd'hui considérés comme un couple allant de soi, c'est parce qu'ils sont liés par le concept d'aller-mieux. Tant que l'aller-mieux s'incarnera dans le fait de pouvoir fonctionner de façon autonome, les interventions en santé mentale seront axées sur le développement de l'autonomie. Toutefois, si le passé est garant de l'avenir, il va sans dire que les prochaines décennies verront cette triade se modifier. Quelle sera alors la prochaine norme définissant l'aller-mieux en santé mentale ?

CONCLUSION

L'intérêt de départ motivant la réalisation de cette recherche était de mieux comprendre les liens entre les notions d'autonomie et de santé mentale. Plus précisément, il était question de s'intéresser aux raisons pour lesquelles le thème de l'autonomie prend une si grande place lorsque les interventions auprès des personnes vivant avec un trouble mental sont abordées.

Afin de trouver des pistes de réponses à ces interrogations, j'ai débuté en m'intéressant à l'histoire des interventions en santé mentale dans l'ouest de l'Europe et en Amérique du Nord. Plus précisément, j'ai effectué une revue de la littérature pour retracer comment, depuis le XVI^e siècle, les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ont été perçues, quels types de services et traitements ont été disponibles pour elles, puis quel horizon d'amélioration de leur situation s'est offert à elles. Cet historique a été découpé en trois périodes (Otero, 2005), soient le grand renfermement (Foucault, 1961), le grand désenfermement (Castel, 1973) puis le grand renversement (Ehrenberg, 2005a). Cette revue de la littérature a mené à la description de l'état de la situation actuelle, en ce qui concerne l'intervention auprès des personnes vivant avec un trouble mental.

Quelques grandes orientations ressortent de cet état de la situation. En effet, il est possible de dire qu'actuellement, les objectifs des interventions ont surtout trait à l'« optimisation des possibilités de vie » (Ehrenberg, 2005a, p. 366), à l'*empowerment* et au rétablissement (OPTSTCFQ, 2013). Afin d'atteindre ces objectifs, la modalité d'intervention qui est la plus prônée est celle de l'accompagnement (Ehrenberg, 2005a). Cette façon de concevoir les interventions se déploie dans un contexte où

l'idéal de santé mentale est représenté par un individu qui est bien socialisé. Et qu'est-ce qu'un individu bien socialisé à l'époque du grand renversement ? Il s'agit d'un individu autonome (Ehrenberg, 2014a).

Considérant l'interrogation de départ et les informations récoltées par le biais de cet historique et de cet état de la situation, j'ai pu clarifier la question de recherche, laquelle a été reformulée ainsi : en cette période de grand renversement, quel est le vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale ? Étant donné la place importante que prend l'autonomie dans la description qu'Ehrenberg fait de la santé mentale, j'ai posé l'hypothèse selon laquelle c'est justement l'autonomie qui est ce vecteur. C'est à partir de cette hypothèse que le cadre conceptuel de cette recherche fut construit.

Une question a guidé l'élaboration des orientations théoriques de ce mémoire : comment, dans un contexte marqué par le grand renversement, le développement de l'autonomie constitue-t-il une condition de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental ? C'est donc sur les concepts de santé mentale, d'autonomie et d'aller-mieux que j'ai posé mon regard. La recension de la littérature au sujet de ces trois concepts a permis d'illustrer que l'autonomie ne prévaut pas seulement lorsqu'il est question de santé mentale. En effet, celle-ci constitue la « valeur suprême » de notre époque (Ehrenberg, 2009). Son statut de « valeur suprême » fait d'elle ce que l'on peut appeler une norme (Ehrenberg, 2009 ; Geay, 2009 ; Duvoux, 2009). De fait, la façon dont les individus se conforment (ou non) à cette norme vient influencer la façon dont on apprécie leur état de santé mentale (Ehrenberg, 2000 ; Otero, 2012). De son côté, l'aller-mieux est décrit comme le fait de se rapprocher des normes ayant trait à une santé idéale (Demailly et Garnoussi, 2016). Dans ce contexte, l'aller-mieux consiste à se rapprocher de cette norme d'autonomie (Demailly et Garnoussi, 2016 ; Otero, 2005). Le cadre conceptuel ainsi construit a permis d'avancer que selon la littérature,

l'autonomie peut effectivement agir comme vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un trouble mental. Il fallait désormais élaborer une méthode pour étudier si ces postulats théoriques pouvaient s'observer de façon empirique.

L'analyse des politiques et plans d' action québécois en santé mentale s'est présentée comme la méthode indiquée afin d'atteindre cet objectif. Tout d'abord, tous ces documents ont été rédigés durant le grand renversement. Plus précisément le corpus à l'étude est constitué de la *Politique de santé mentale* de 1989, du *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* de 1998, du *Plan d'action en santé mentale* de 2005 et du *Plan d'action en santé mentale* de 2015. De plus, ces publications rédigées par le MSSS sont pertinentes pour répondre à la question de recherche, étant donné qu'elles ont pour but d'orienter les interventions en santé mentale effectuées au Québec. Le corpus constitué regroupe donc des informations se rapportant aux trois catégories heuristiques que j'avais déterminées pour extraire les données nécessaires à l'analyse : les personnes visées, les problèmes identifiés et les interventions mises de l'avant.

Deux voies ont été empruntées pour procéder à cette analyse. J'ai effectué une analyse thématique telle que décrite par Paillé et Mucchielli (2012) tout en portant une attention particulière aux stratégies d'énonciations mises en œuvre par les auteurs. D'une part, l'analyse thématique a mené à la création et à l'analyse de l'arbre thématique qui est joint en annexe. D'autre part, l'attention portée aux stratégies d'énonciation a permis de dégager certains résultats au regard des choix des mots des auteurs ou de certains propos d'autres acteurs qui sont rapportés dans les publications. Les résultats ont ensuite été comparés sur un plan diachronique pour cerner les changements ayant eu lieu dans les propos du MSSS au fil du temps.

Suite à l'analyse du corpus, les résultats présentés furent répartis selon les trois catégories heuristiques mentionnées précédemment. Tout d'abord, pour ce qui est des personnes visées par les interventions, j'ai constaté qu'au cours de la période étudiée, celles-ci faisaient l'objet de descriptions de plus en plus diversifiées. En effet, on a assisté à un élargissement du bassin de personnes et de problématiques pouvant être décrites selon le langage de la santé mentale. De plus, j'ai remarqué que malgré le fait que les personnes souffrant de troubles mentaux soient décrites comme vulnérables, un accent de plus en plus grand fut mis au fil du temps sur leur capacité à être des actrices de leur traitement.

Pour ce qui est des problèmes relevés dans les documents, ceux-ci ont évolué pour devenir de plus en plus axés sur l'impact économique des troubles mentaux. En effet, ces troubles tendent à être décrits de plus en plus comme des obstacles à l'intégration professionnelle des personnes et comme engendrant des coûts pour la société. Finalement, en ce qui a trait aux interventions mises de l'avant, leurs transformations avec le temps peuvent se résumer en quatre points : l'accent mis sur la participation sociale, le déploiement de l'approche du rétablissement, la désignation de l'appartement autonome comme milieu de vie et d'intervention et la promotion de la pair aidance.

L'interprétation des résultats fut exécutée en quatre étapes. Premièrement, j'ai rassemblé tous les éléments de résultats pour en venir à nommer six tendances dans les transformations des politiques et plans d'action en santé mentale. Ces tendances sont : l'élargissement du champ des problématiques pouvant être exprimées en termes de santé mentale ; l'augmentation de l'importance accordée aux aspects économiques des troubles mentaux ; la place grandissante accordée au paradigme du rétablissement ; la désignation de l'appartement autonome comme milieu de vie et d'intervention ; la reconnaissance de l'utilisateur de services comme partie prenante de l'intervention et

la promotion de la pair aideance. Deuxièmement, j'ai démontré comment l'évolution dans le temps des problèmes relevés dans le corpus s'inscrit dans le contexte de grand renversement. Troisièmement, j'ai mis en évidence la place centrale que l'autonomie a prise peu à peu au sein des interventions prônées dans les politiques et plans d'action. Enfin, il fut possible de conclure qu'effectivement, en période de grand renversement, l'autonomie peut être considérée comme le vecteur principal de l'aller-mieux pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale. Pour ce faire, j'ai rappelé l'image du cercle vertueux de l'autonomie et de l'aller-mieux décrite au deuxième chapitre. La mention de ce cercle vertueux revient à dire que lorsque l'on est atteint d'un trouble mental, aller mieux c'est être en mesure d'exercer son autonomie et, réciproquement, que c'est en développant et en exerçant son autonomie que l'on va mieux.

Il n'y a pas lieu de prétendre que le matériel étudié représente l'ensemble des interventions qui se font dans le champ de la santé mentale. Toutefois, étant donné le rôle majeur du MSSS dans l'organisation des services, je crois que mon analyse, si elle ne fournit pas de certitude, peut tout de même être éclairante concernant certaines tendances dans le domaine des interventions en santé mentale au Québec. Qui plus est, considérant que cette recherche repose sur des concepts qui ne sont pas seulement porteurs dans le champ de la santé mentale, mais bien dans toutes les sphères de la société contemporaine (aller-mieux et autonomie), il est possible d'imaginer que ses conclusions pourraient être intéressantes pour des chercheurs issus d'autres domaines. En effet, on peut se demander si les orientations dans d'autres champs d'intervention se sont modifiées de la même façon. Pourrait-on, par exemple, tirer des conclusions semblables en étudiant des interventions se rapportant à des problématiques telles que des maladies graves ou le vieillissement ¹⁹?

¹⁹ Voir Raymond et Grenier (2013) au sujet de l'évolution des politiques sociales québécoises en matière de vieillissement.

Finalement, les résultats de cette recherche s'avèrent pertinents sur le plan de la pratique en travail social. Comme on a pu le constater au cinquième chapitre, les attentes en termes d'autonomie qui sont exprimées à l'égard des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ne sont pas que des injonctions, elles peuvent aussi correspondre à des souhaits des personnes (avoir un emploi, vivre en appartement, avoir du pouvoir dans son plan d'intervention, etc.). Comme mentionné à quelques reprises, l'autonomie pourrait être source d'émancipation et d'épanouissement. Dans la mesure où la « croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer » et le « principe d'autodétermination » (OTSTCFQ, 2012, p. 7) sont primordiaux pour les travailleurs sociaux, on ne peut pas ignorer que le développement et l'exercice de l'autonomie est souhaitable lorsqu'elle est conséquente avec ces principes. Or, lorsque l'on évalue le fonctionnement social, il ne faut pas non plus perdre de vue dans notre pratique qu'il nous faut aussi avoir une réflexion critique au sujet des normes en vigueur, dont la norme d'autonomie (OTSTCFQ, 2011).

Dans un contexte où l'autonomie peut être conçue comme moyen d'émancipation, mais aussi comme une norme à laquelle on doit se conformer pour s'adapter, son positionnement comme vecteur d'aller-mieux pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale constitue donc un défi pour le travail social. Comment conjuguer les dimensions émancipatrice et adaptative de l'autonomie lorsque l'on accompagne des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale vers l'aller-mieux ?

Une piste de réponse repose peut-être sur une autre idée d'Ehrenberg. Celui-ci plaide pour une *politique de l'autonomie*, c'est-à-dire des interventions axées à la fois sur les capacités des personnes afin de favoriser leur responsabilisation et sur une « égale distribution des moyens d'agir » (Ehrenberg, 2014c, p. 114). En d'autres mots, il est question de « rendre capable » en assurant à la fois la protection des personnes

considérées vulnérables et le développement de leurs capacités. Cette idée est concevable d'un point de vue macrosociologique, mais je m'interroge à savoir comment on pourrait l'investir au point de vue des pratiques. Il s'agit là d'une piste intéressante pour une recherche ultérieure.

RÉSULTATS DE L'ANALYSE THÉMATIQUE

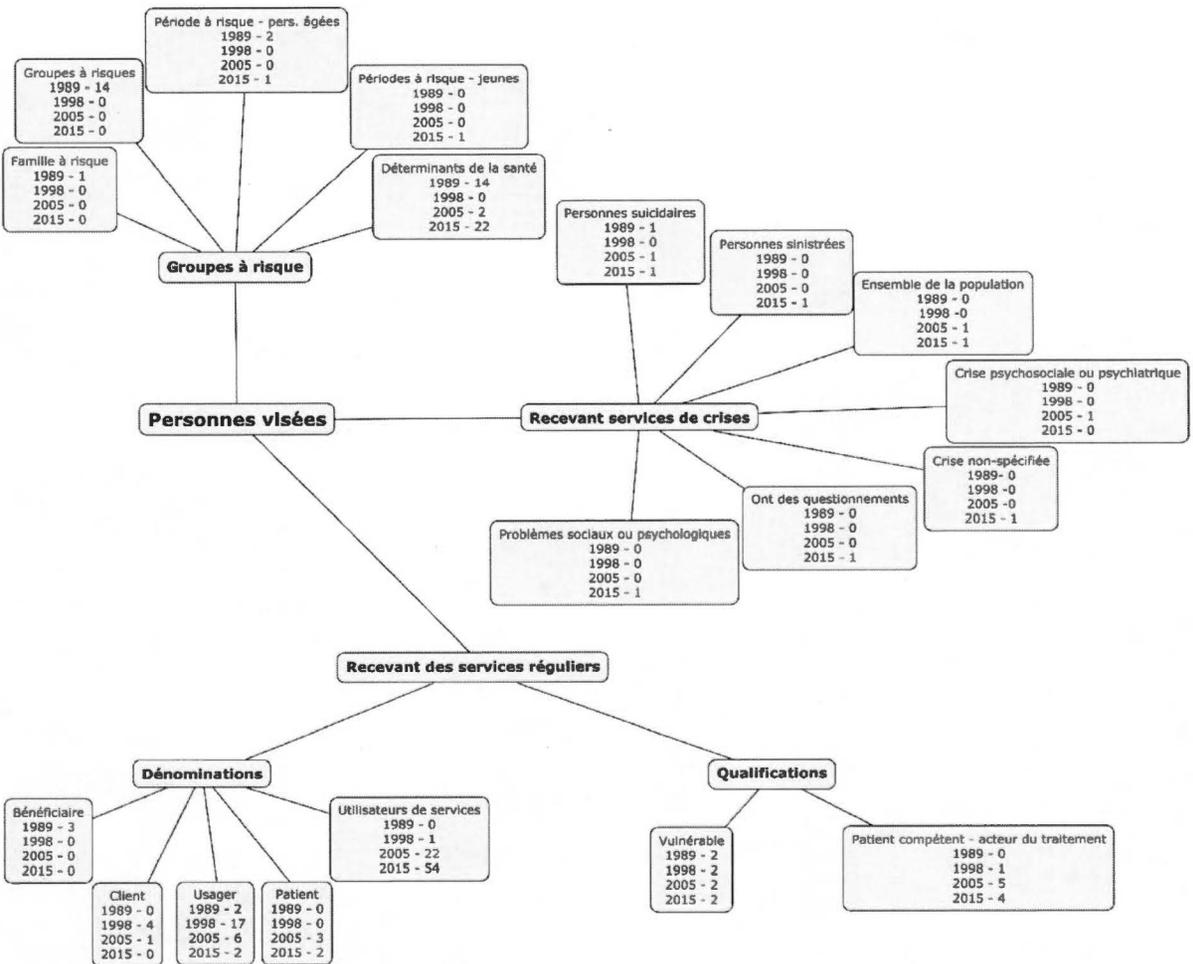


Figure A.1 Arbre thématique – Partie 1 : Personnes visées par les interventions dans le champ de la santé mentale

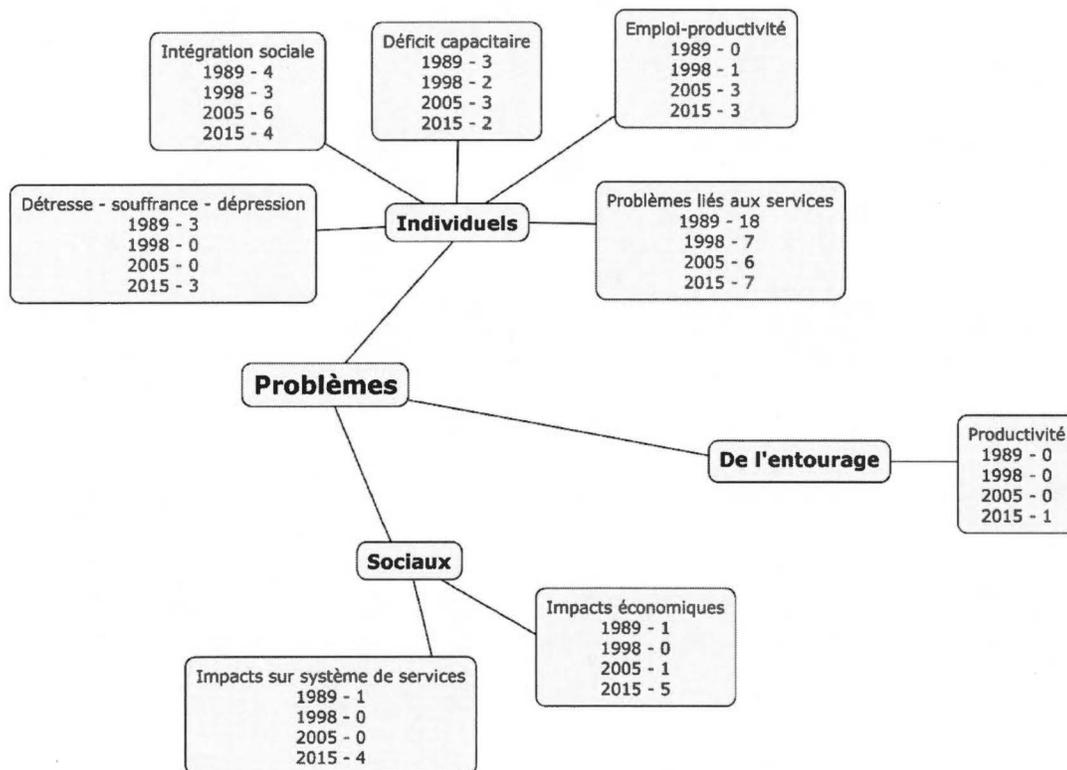


Figure A.2 Arbre thématique – Partie 2 : Problèmes rapportés dans le corpus

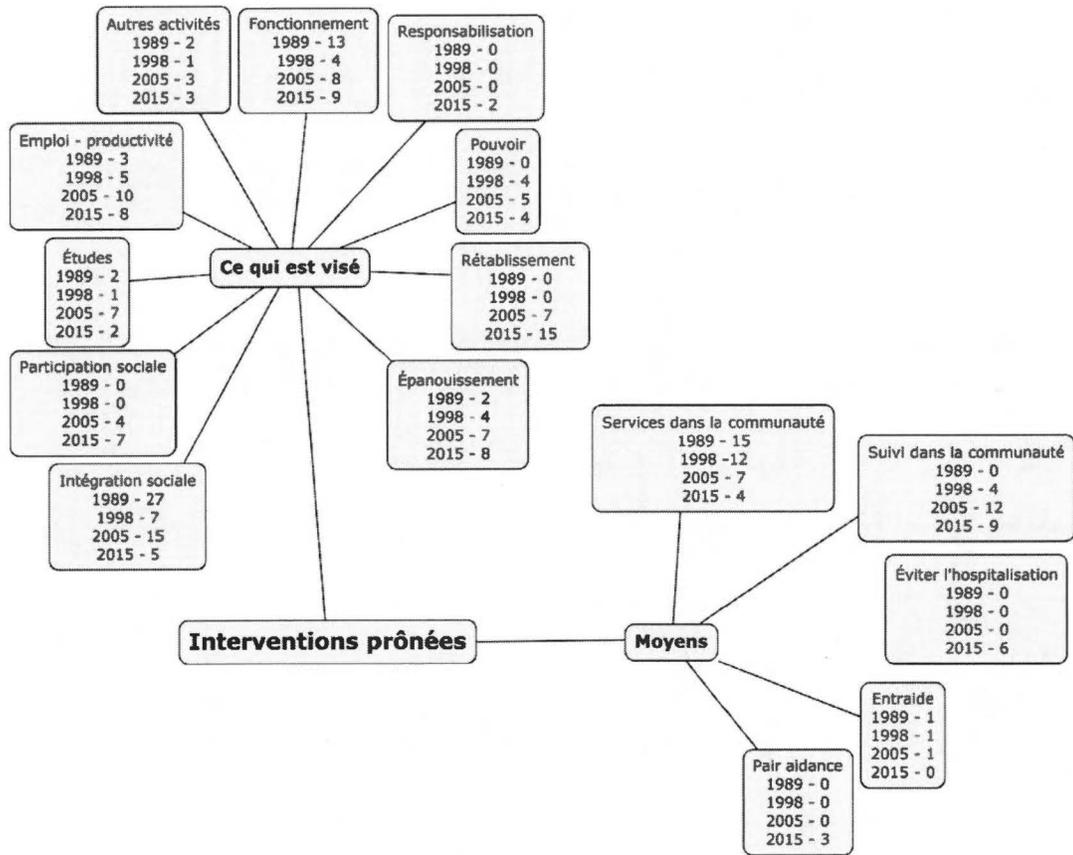


Figure A.3 Arbre thématique – Partie 3 : Interventions mises en avant dans les politiques et plans d'action

BIBLIOGRAPHIE

- Acte pour le soulagement des personnes dérangées dans leur esprit, et pour le soutien des enfants abandonnés*, S.B.C. (1801), 41 Geo. III, c. 6.
- AGIDD - SMQ et Gouvernement du Québec. (2006). *Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale*. Gouvernement du Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-914-01.pdf>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5^e éd.). Washington DC : American Psychiatric Edition.
- American Psychiatric Association. (2015). *History of the DSM*. Récupéré de <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history>
- Amossy, R. (2010). *L'éthos discursif ou la mise en scène de l'orateur*. Dans *L'argumentation dans le discours* (p. 61-81). Paris : Presses universitaires de France.
- Assistance publique. Hôpitaux de Paris. (2016). *Livret d'exposition : Bicêtre, une histoire de l'hôpital*. Récupéré de <https://www.aphp.fr/contenu/livret-dexposition-bicetre-une-histoire-de-lhopital>
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2013). *Rôle du pair aidant*. Récupéré de <https://aqrp-sm.org/groupes-mobilisation/pairs-aidants-reseau/role/>
- Bell Canada. (2018) *Nos initiatives*. Récupéré de <https://cause.bell.ca/fr/nos-initiatives/>
- Bilsker Ph.D., D. et Paterson Ph.D., R. (s.d.). *Guide d'autosoins pour la dépression : Développer des stratégies pour surmonter la dépression. Guide destiné aux adultes*. (p. 76). (2e) : Simon Fraser University. Faculty of Health Sciences et BC Mental Health & Addiction Services. Récupéré de <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/node/10881>

- Bommier-Pincemin, B. (1999). *Diffusion ciblée automatique d'informations : conception et mise en œuvre d'une linguistique textuelle pour la caractérisation des destinataires et des documents*. Paris IV Sorbonne, Paris. Thèse de doctorat.
- Boudreau, F. (2003). *De l'asile à la santé mentale : Les soins psychiatriques : Histoire et institutions*. (2e éd.). Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Bouffard, L. (2013). Recension de livre. *Revue québécoise de psychologie*, 34(3), 265-269. Récupéré de https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/FWG/GSC/Publication/1935/46/3976/1/61938/10/F2036550775_V34_N03_265_269.pdf
- Bourricaud, F. (2016). Encyclopædia Universalis [en ligne]. Récupéré de <http://www.universalis-edu.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/encyclopedie/autonomie/>
- Carle, M.-È., Kirouac, L. et Dorvil, H. (2014). La désinstitutionnalisation au Québec, 45 ans plus tard : Quels défis pour les services en santé mentale ? Point de vue de ses principaux « héritiers ». Dans Thifault, M.-C. et Dorvil, H. (dir.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec* (p. 141-178). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Castel, R. (1973). Le grand désenfermement. Dans *Le psychanalisme* (p. 202-233). Paris : Librairie François Maspéro
- Charbonneau, C. (2002). Développer l'intégration au travail en santé mentale, une longue marche à travers des obstacles sociopolitiques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 158-176. Récupéré de <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2002-v27-n1-smq1436/014545ar/>
- Chouinard, I. et Caron, J. (2015). Le recours aux approches réflexives dans les métiers relationnels : modélisation des conceptions de la réflexivité. *Phronesis*, 4(3), 11-21. Récupéré de id.erudit.org/iderudit/1035269ar
- Cloutier, G. et Maugiron, P. (2016). La pair aidance en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, 9(92), 755-760. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-9-p-755.htm>
- De Chalot, F. (1905, 1^{er} juillet). *Les asiles de la Longue-Pointe*. Album Universel, p. 262-263

- Demailly, L. (2014). Santé mentale et politiques du relationnel. Vers de nouvelles configurations. *Alterstice*, 4(2), 49-62. Récupéré de https://www.journal.psy.ulaval.ca/ojs/index.php/ARIRI/article/view/Demailly_Alterstice4%282%29
- Demailly, L. (2014). Pratiques de soin, pratiques de soi : Dynamiques et tensions dans les sociétés de la modernité avancée. Dans Doucet, M.-C. et Moreau, N. (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société : Les voies de la recherche en sciences sociales* (p. 229-249). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Demailly, L. (2016). Introduction de la première partie. Dans Demailly, L. et Garnoussi, N. (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques* (p. 29-34). Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.
- Demailly, L. et Garnoussi, N. (2016). Introduction générale. Se rétablir et/ou guérir : pluralité des expériences, des pratiques, des acteurs de l'aller mieux en santé mentale et ailleurs. Dans Demailly, L. et Garnoussi, N. (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques* (p. 15-26). Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.
- Donzelot, J. et Ehrenberg, A. (2010). La souffrance des individus : un problème social ? À propos de la Société du malaise d'Alain Ehrenberg. *Esprit*, 2010(7), 7-21. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-esprit-2010-7-page-7.htm>
- Dorvil, H. (1986). *Les patients(es) qui activent la porte tournante : étude clinique et socio-démographique d'une clientèle majeure à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*. Montréal : Centre de recherche psychiatrique, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Dorvil, H., Guttman, H.A., Ricard, N. et Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale : pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000243/?&date=ASC>
- Dorvil, H. (2007). Introduction. L'intervention sociale. Dans Dorvil, H. (dir.), *Problèmes sociaux. Théories et méthodologie* (Vol. IV, p. 1-13). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Doucet, M.-C. (2016). L'individu en travail : du mal-être existentiel à l'aller-mieux ? Dans Demailly, L. et Garnoussi, N. (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques* (p. 49-60). Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

- Doucet, M.-C. (2017). L'institution de soi : style de vie et épreuve sociale. Dans Otero, M., Dumais Michaud, A.-A. et Paumier, R. (dir.), *L'institution éventrée : De la socialisation à l'individualisation* (p. 73-92). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Éditions du Seuil.
- Dubet, F. (2010). Déclin de l'institution et/ou néolibéralisme. *Éducation et sociétés*, 1(25), 17-34. Récupéré de <http://www.cairn.info.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/revue-education-et-societes-2010-1-page-17.htm>
- Duvoux, N. (2009). *L'autonomie des assistés : Sociologie des politiques d'insertion*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi : Dépression et société*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2004). Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale : point de vue. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 77-88. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-française-des-affaires-sociales-2004-1-page-77.htm>
- Ehrenberg, A. (2005a). Conférence : Le grand renversement. *Annales Médico Psychologiques*, 163(3-4), 364-371.
doi : <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.03.029>
- Ehrenberg, A. (2005b). La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique*, 41(42), 14-41. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/1002458ar>
- Ehrenberg, A. (2009). L'autonomie n'est pas un problème d'environnement. Dans Jouan, M. et Laugier, S. (dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances* (p. 219-235). Paris : Presses Universitaires de France.
- Ehrenberg, A. (2010). Introduction : Le tournant personnel de l'individualisme : malaise dans la civilisation ou changement de l'esprit des institutions. Dans *La société du malaise* (p. 11-29). Paris : Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2011). La société du malaise. Une présentation pour un dialogue entre clinique et sociologie. *Adolescence*, 3(77), 553-570. Récupéré de

<http://www.cairn.info.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/revue-adolescence-2011-3-page-553.htm>

Ehrenberg, A. (2012). *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob.

Ehrenberg, A. (2014a). Narcissisme, individualisme, autonomie : malaise dans la société ? *Revue française de psychanalyse*, 78, 98-109. Récupéré de <http://www.cairn.info.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/revue-francaise-de-psychanalyse-2014-1-page-98.htm>

Ehrenberg, A. (2014b). Santé mentale : l'autonomie est-elle un malheur collectif ? *Esprit*(2), 99-108. Récupéré de <http://www.cairn.info.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/revue-esprit-2014-2-page-99.htm>

Ehrenberg, A. (2014c). Faire société à travers l'autonomie. Recherche et formation. *Open Edition Journals*, 19 novembre 2014, 76-2014, 107-118. Récupéré de <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2256>

Ehrenberg, A. (2017) Idéaux d'autonomie, santé mentale, psychologie. *66^e journées nationales d'étude. Perspectives et enjeux de la psychologie dans les champs de l'éducation, du développement et de l'orientation. Psychologue de l'éducation nationale : un corps adolescent*. Lyon, France, 19-22 septembre 2017. Lyon : Association des conseillers d'orientation-psychologues de France. Récupéré de <https://www.youtube.com/watch?v=OuO0Gfp9Xck&t=3459s>

Ehrenberg, A., Mingasson, L. et Vulbeau, A. (2005). L'autonomie, nouvelle règle sociale. Entretien avec Alain Ehrenberg. *Informations sociales*, 6(126), 112-115. Récupéré de <http://www.cairn.info.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/revue-informations-sociales-2005-6-page-112.htm>

Filipi, M. (2013). Au-delà de l'autonomie, l'empowerment. *Le sociographe*, (5), Hors-série n°6, 193-203. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2013-5-page-193.htm>

Fœssel, M. (2011). *Kant ou les vertus de l'autonomie*. *Études*, 2013 (3 [tome 414]), 341-351. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-etudes-2011-3-page-341.htm>

Foucault, M. (1961). *Folie et déraison : Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Librairie Plon.

- Geay, B. (2009). L'impératif d'autonomie... et ses conditions sociales de production. Dans Jouan, M. et Laugier, S. (dir.), *Comment penser l'autonomie? Entre compétences et dépendances* (p. 151-168). Paris : Presses Universitaires de France.
- Gouvernement du Québec. (1985). *Pour une réflexion sur la santé mentale, à nous de décider : Proposition d'un plan d'action*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=14237eab212317e7885aea84b19ca8b0.
- Gouvernement du Québec. (1989). *Politique de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=0d4d1b073a10b132749dfd96039bc13a.
- Gouvernement du Québec. (1997). *La participation comme stratégie de renouvellement du développement social : document de réflexion*. Conseil de la santé et du bien-être. Québec : Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1998a). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Direction des communications. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1998/98-710.pdf>.
- Gouvernement du Québec. (1998b). *Stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie*. Direction des communications. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_237.pdf.
- Gouvernement du Québec. (2001). *De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*. Direction des communications. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2001/01-840-01.pdf>.
- Gouvernement du Québec. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>.

- Gouvernement du Québec. (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>.
- Gouvernement du Québec. (2015). *Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.
- Gouvernement du Québec. (2018) *Ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/a-propos/>
- Gros, F. (s.d.). *Encyclopædia Universalis* [en ligne]. Récupéré de <http://www.universalis-edu.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca :2048/encyclopedie/michel-foucault/>
- Herman, E. (2011). Idéal féministe et injonction à l'autonomie économique. Le travail social des associations luttant contre les violences conjugales. *Pensée plurielle*, 1(26), 81-92. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2011-1-page-81.htm>
- Hôpital Louis-H. Lafontaine. (1991). *Bref historique de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu*. Bibliothèque du personnel. Montréal.
- Houle, J., Gascon-Debatie, M., Bélanger-Dumontier, G. et Cardinal, C. (2013). Depression self-management support : A systematic review. *Patient Education and Counseling*(91), 271-279. Récupéré de https://ac-els-cdn-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2443/S0738399113000402/1-s2.0-S0738399113000402-main.pdf?_tid=77fc9de0-d382-11e7-8ea7-00000aab0f26&acdnat=1511794477_0786228ed06caa05f262f576873743aa
- Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2013). *Rétablissement : qu'est-ce que c'est ?* Récupéré de <http://www.douglas.qc.ca/info/retablissement-sante-mentale>
- Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2014). *Historique*. Récupéré de <http://www.douglas.qc.ca/page/histoire>
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2015). *Une vision clinique de la psychiatrie centrée sur la pleine citoyenneté*. Récupéré de http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Institut/Pleine_Citoyennete-leger.pdf

- Krieg-Planque, A. (2013). *Analyser les discours institutionnels*. Paris : Armand Colin.
- Lagueux, N. et Charles, N. (2008). *Formation québécoise spécialisée en interventions par les pairs. Manuel du participant* [Version révisée en 2011]. Québec : Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.
- Larousse. (s.d.). Récupéré de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Maingueneau, D. (2012). Que cherchent les analystes du discours ? *Argumentation et analyse du discours*, (9). Récupéré de <http://aad.revues.org/1354>
- Martucelli, D. (2009). Qu'est-ce qu'une sociologie de l'individu moderne ? Pour quoi, pour qui, comment ? *Sociologie et sociétés*, 41(1). Récupéré de <https://www.erudit.org/fr/revues/socsoc/2009-v41-n1-socsoc3338/037905ar.pdf>
- Mayer, R. et Laforest, M. (1990). Problème social : le concept et les principales écoles théoriques. *Service social*, 39(2), 13-43. Récupéré de id.erudit.org/iderudit/706475ar
- Meloche, M. (2011). *Profession : travailleuse sociale : Quarante-cinq ans de service social hospitalier 1945-1995*. Montréal : Liber.
- Mercier, C., Provost, G., Denis, G., Vincelette, F.(1999). *Le développement de l'employabilité et l'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale*, Rapport final de la recherche-action « Impact-Travail », Verdun, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- Morin, E. (1996). *Psychologies au travail*, Gaëtan Morin éditeur, Montréal.
- Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives* 26(1), 110-138. Récupéré de http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26%281%29/mukamurera_al_ch.pdf
- Nietzsche, F. (2009). *Le crépuscule des idoles*. Paris : L'Herne.
- Nussbaum, M. (2012). *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* Paris : Flammarion.
- Office québécois de la langue française. (2011). *Vocabulaire de la prestation de services*. Récupéré de

https://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/terminologie_pds/fiches/index_francais.html

Ordre professionnel des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2012). *Référentiel des compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Récupéré de https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_compences_des_travailleurs_sociaux.pdf

Ordre professionnel des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2013). *L'intervention individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle : Énoncé de position*. Récupéré de <http://www.otstcfq.org/docs/default-source/actualit%C3%A9s/%C3%A9nonc%C3%A9-de-position-%28version-finale-04-10-2013%29.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Suisse : Organisation mondiale de la Santé. Récupéré de http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/.

Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* [Dixième révision]. Récupéré de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

Organisation mondiale de la Santé. (2018) *À propos de l'OMS*. Récupéré de <http://www.who.int/about/mission/fr/>

Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 65-89. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/1002460ar>

Otero, M. (2010). Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles. *SociologieS*. Récupéré de <http://sociologies.revues.org/3268>

Otero, M. (2012). *Ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal : Les Éditions du Boréal.

Otero, M., Dumais Michaud, A.-A. et Paumier, R. (2017). *L'institution éventrée. De la socialisation à l'individuation*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Otero, M., Dumais Michaud, A.-A. et Paumier, R. (2017). Introduction. Dans Otero, M., Dumais Michaud, A.-A. et Paumier, R. (dir.), *L'institution éventrée. De la socialisation à l'individuation* (p. 1-10). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- OTSTCFQ (2011). Cadre de référence : L'évaluation du fonctionnement social. Récupéré de <https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/cadre-reference-evaluation-fonctionnement-social.pdf>.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines* (p. 231-313). Paris : Armand Colin.
- Pelletier-Audet, A. et Cellard, A. (2014). Le second conflit mondial et la genèse de la désinstitutionnalisation au Canada, 1939-1961. Dans Thifault, M.-C. et Dorvil, H. (dir.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec : 1930-2013* (p. 13-41). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Perreault, I. et Guilbault, M. (2014). Des molécules dans la fosse aux serpents : réformes institutionnelles, thérapeutiques et politiques au Québec, 1940-1970. Dans Thifault, M.-C. et Dorvil, H. (dir.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec* (p. 43-62). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Poirel, M.-L. et 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. Dans Doucet, M.-C. et Moreau, N. (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société : Les voies de la recherche en sciences sociales* (p. 159-179). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ, c. S -4.2. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>
- Raymond, É. et Grenier, A. (2013). Participation in Policy Discourses: New Form of Exclusion for Seniors with Disabilities? *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 32(2), 117-129. Récupéré de https://muse-jhuedu.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2443/journals/canadian_journal_on_aging/v032/32.2.raymond.pdf

- Robert, P., Rey, A. et Rey-Debove, J. (2017). *Le Petit Robert de la langue française*. Paris : Éditions Le Robert
- Roc, M.-L. et Hébert, A. (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle : Énoncé de position*. Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Récupéré de [http://www.otstcfq.org/docs/default-source/actualit%C3%A9s/%C3%A9nonc%C3%A9-de-position-\(version-finale-04-10-2013\).pdf](http://www.otstcfq.org/docs/default-source/actualit%C3%A9s/%C3%A9nonc%C3%A9-de-position-(version-finale-04-10-2013).pdf)
- Roche, P. (2014). Normativité, grande santé et persévérance en son être. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16(1). Récupéré de <http://journals.openedition.org/pistes/3469>
- Soulet, M.-H. (2005). La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. *Pensée plurielle*, 2(10), 49-59. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2005-2-page-49.htm>
- Thifault, M.-C. et Desmeules, M. (2014). Sortir de Saint-Jean-de-Dieu : expériences de la désinstitutionnalisation, 1930-1976. Dans Thifault, M.-C. et Dorvil, H. (dirs.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec : 1930-2013* (p. 63-86). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4e éd.). Paris : Dunod.
- Vitalité. Laboratoire de recherche sur la santé. (s.d.) *Aller mieux à ma façon*. Récupéré de <http://vitalite.uqam.ca/component/content/article/2-non-categorise/105-allermieux-a-ma-facon.html>
- Vitiello, A. (2016). L'autonomie en devenir. L'émancipation comme (trans) formation infinie. *Revue du Mauss*, 2(48), 211-227. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2016-2-p-211.htm>