

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

NORMATIVITÉS CITOYENNES À L'ŒUVRE DANS UN GROUPE
DE PATIENT·E·S PARTENAIRES EN SANTÉ MENTALE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
DENIS POULIOT-MORNEAU

SEPTEMBRE 2019

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.07-2011). 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.»

Page laissée blanche intentionnellement.

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier ma direction de recherche, Pr Marcelo Otero, pour ses commentaires précis et formateurs, sa guidance allant droit au but. De même, je voudrais remercier ma codirection, Pr Jean-François Pelletier, qui m'a aimablement ouvert les locaux de l'organisme où il travaille et a gracieusement couvert les frais liés au dédommagement des participant·e·s à cette étude, à partir de son propre fonds de recherche : merci d'avoir permis de maintenir une éthique impeccable à ce sujet.

Je veux également remercier deux personnes sans qui je ne serais pas parvenu à rédiger ce qui suit. Julie Desrosiers, amie et collègue de toujours, qui sait si bien me poser des questions sur la compréhension et la pertinence. Surtout, surtout, je désire exprimer ma gratitude à Mélissa Leblanc, qui m'a soutenu et aidé sans compter, qui a aussi animé le groupe de validation : sans sa constance et la précision de ses commentaires, l'orientation du présent travail aurait été bien moins juste.

Je termine par des remerciements tous spéciaux aux personnes qui ont rendu ce projet possible : les participant·e·s aux groupes de discussion qui se sont livré·e·s de bonne foi et avec une immense générosité, à un processus de réflexion collective. En espérant que les pages qui suivent servent à approfondir des idées qu'ils et elles portent de manière éloquente.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	v
RÉSUMÉ	vii
INTRODUCTION.....	1
SECTION A THÉORIE ET MÉTHODOLOGIE	4
CHAPITRE I TENDANCES CONTEMPORAINES EN PSYCHIATRIE	5
1.1 Trois visées novatrices, quelques contradictions contextuelles	7
1.2 L'exemple du PIRAP et la thématique citoyenne.....	20
1.3 Problématiser les normativités de la vie civique.....	28
CHAPITRE II ORIENTATIONS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES	33
2.1 Cadre analytique : acteur-réseau et outils foucaaldiens	34
2.2 Méthode : un programme ethnographique.....	42
SECTION B UNE ETHNOGRAPHIE ANALYTIQUE.....	58
CHAPITRE III LA CITOYENNETÉ COMME PROJET.....	61
3.1 Représentations citoyennes	63
3.1.1 Vécus de minorisation et revendications pour des droits particuliers	72
3.1.2 Devoirs des individus	81
3.2 Description, prescription : dispositif et projet de société.....	86
3.2.1 Le dispositif comme clé de compréhension.....	90
3.2.2 Le projet (politique) de la citoyenneté.....	104

CHAPITRE IV MODIFICATIONS AU SEIN DU RÉGIME MÉDICAL	110
4.1 Des explications dans le registre médical	112
4.2 « Le rétablissement, pour moi, c'est ni plus ni moins que la guérison »	120
4.2.1 Savoir médicalisé versus expérience personnelle	130
4.3 Médecine disciplinaire et réflexe médicament.....	140
4.4 Les « bons soins » : souhaits normatifs	150
SECTION C CONCLUSIONS TRANSVERSALES.....	162
CHAPITRE V LA SOCIÉTÉ, UNE ASPIRATION	165
5.1 Ce à quoi on nous fait aspirer : l' <i>American Dream</i>	166
5.2 Ce qui nous aspire : dispositifs et grammaires.....	176
SECTION D ANNEXES	189
ANNEXE A LETTRE DE RECRUTEMENT	190
ANNEXE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	193
ANNEXE C CANEVAS DES GROUPES DE DISCUSSION FOCALISÉE.....	199
ANNEXE D GRILLE D'OBSERVATION	201
ANNEXE E CONCLUSIONS PROVISOIRES	203
BIBLIOGRAPHIE.....	209

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACFAS	Association francophone pour le savoir
AGIDD-SMQ	Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec
AJS	Autorisation judiciaire de soins
AMPAQ	Association des mentors pairs-aidants du Québec
ANT	<i>Actor-Network Theory</i> (Théorie de l'acteur-réseau)
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CÉR	Comité d'éthique de la recherche
CÉS	Comité d'évaluation scientifique
CETM	Commission d'examen des troubles mentaux
CIUSSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EGF	Échelle globale du fonctionnement
ÉUA	États-Unis d'Amérique
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec
HLHL	Hôpital Louis-H. Lafontaine
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> des ÉUA
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASM	Plan d'action en santé mentale
PIRAP	Programme international de recherche-action participative
RRASMQ	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
TAQ	Tribunal administratif du Québec
UdeM	Université de Montréal
UQAM	Université du Québec à Montréal
WHODAS 2.0	<i>World Health Organisation Disability Assesment Schedule 2.0</i>

RÉSUMÉ

Le présent mémoire de maîtrise présente une ethnographie sommaire d'un groupe de patient·e·s partenaires en santé mentale. Il est centré sur l'analyse critique du concept de citoyenneté comme philosophie et objectif d'intervention au sein du Programme international de recherche-action participative (PIRAP), devenu l'Association des mentors pairs-aidants du Québec (AMPAQ). Il s'agit d'un groupe inscrit dans le dispositif psychiatrique montréalais, qui cherche à se positionner comme fer de lance d'une conception du rétablissement à la suite de troubles de santé mentale. La citoyenneté y est posée comme aboutissement des interventions et comme objectifs du suivi, de la recherche et de l'enseignement dans le domaine psychiatrique. Des groupes de discussion composés de participant·e·s au PIRAP/AMPAQ ont été réalisés afin de recueillir la parole de personnes ayant elles-mêmes vécus ou vivant toujours avec des troubles de santé mentale et participant au Programme dans le cadre de leur rétablissement personnel.

Les propos des participant·e·s ont été analysés à partir d'outils de la théorie de l'acteur-réseau et de référents foucaaldiens, pour en tirer quelques concepts analytiques centraux. En ressort une analyse en terme de dispositif, qui permet de situer la référence à la citoyenneté dans le cadre des institutions étatiques de soins, d'enseignement et de recherche, où se fait jour une lutte pour la reconnaissance du savoir expérientiel des personnes vivant des difficultés de santé mentale. Cette demande de reconnaissance se fait au sein même des institutions établies qui sont, elles, articulées autour de la compréhension médicale de la santé mentale, dont les moyens et les fins entrent en résonance avec diverses injonctions contemporaines telles la responsabilisation et l'adaptation aux conditions environnantes. L'exigence d'égalité et la valorisation de la singularité sont captées par un dispositif qui contribue à produire des individus responsabilisés pour leur santé, à travers un projet normatif de participation aux institutions sociales majoritaires.

Mots clés : normativité; citoyenneté; ethnographie; rétablissement; santé mentale

INTRODUCTION

Après plus d'un demi-siècle de travaux critiques célèbres et de mobilisations, sur la place publique comme en recherche, le milieu des interventions psychiatriques se présente aujourd'hui comme un domaine riche d'expériences, d'innovations, mais aussi de contradictions.

Dans une grande diversité de lieux de recherche et de pratique clinique, particulièrement en Occident et dans le monde anglo-saxon, sont mis de l'avant des notions comme la reprise du pouvoir par les patient·e·s¹, les groupes auto-organisés « par et pour » les personnes utilisatrices de services, les pairs-aidant·e·s, le partenariat patient : des idées et pratiques qui visent à redonner le contrôle sur leur vie et leurs soins à des gens ayant vécu des crises importantes, lues dans la grammaire de la santé mentale. Ces orientations sont non seulement le propre de mouvances alternatives et communautaires, mais leurs vocables sont de plus en plus mis de l'avant par les institutions officielles et majoritaires qui régulent, organisent et prodiguent les soins et

1- Une précision sur la féminisation du présent texte et l'utilisation d'un langage épïcène, pour terminer cette introduction : il sera fait usage du point typographique pour féminiser les termes, et du dédoublement des mots, lorsque nécessaire, en plus de l'accord de proximité. La « lourdeur du texte », justifiant l'usage de la grammaire conventionnelle, paraît surtout être une question d'habitude : ceux et celles qui ne l'ont pas voudront bien m'excuser de ne pas pouvoir faire abstraction, dans le cadre de cette étude sise dans la minorité, des normativités majoritaires transmises par le langage même.

Ces normativités sont véhiculées notamment par l'utilisation d'un genre particulier pour signifier la neutralité, ce qui nie le particularisme de son point de vue se présentant comme universel. C'est que cette opération me paraît rappeler certains problèmes spécifiques de la psychiatrie : un usage normalisé qui se présente comme une généralité neutre faisant face à une déviation avec, d'un côté, le masculin, neutre et particulier à la fois, selon les usages, face au féminin toujours Autre et spécifique; et, de l'autre, la raison discourant à propos de la folie et de la déviation face à ses normes.

services psychiatriques, comme les ministères, les instituts de recherche, les facultés médicales universitaires. D'aucuns voient là une amélioration et une tendance porteuse d'espoirs de transformations réelles et profondes; certain·e·s demeurent toutefois sceptiques, notamment face aux rapports de pouvoir réels qui façonnent les services et face au maintien de mécanismes psychiatriques coercitifs.

Tout un pan de la recherche et de la pratique dans ce domaine semble effectivement entrer en contradiction avec la reprise du pouvoir prônée. La prolifération des ordonnances judiciaires de traitement, tout comme de travaux qui paraissent réduire les expériences humaines à leur substrat biologique, laissent dans les faits le rôle central aux experts du domaine et évacuent une grande part du vécu personnel et singulier de l'expérience des « troubles de santé mentale ». De même, le peu de prise en compte directe lors des interventions individuelles de l'importance des déterminants sociaux de la santé (globale et mentale), pourtant reconnus comme étant de première importance dans la genèse et le développement des « troubles », laisse place au questionnement sur les liens entretenus par de telles recherches avec les initiatives centrées sur les patients et usagères.

La présente étude s'inscrit dans ce contexte et ces questionnements. Elle s'intéresse à l'inscription subjective de normativités contemporaines dans le cadre d'interventions psychiatriques à visées novatrices. Plus précisément, elle regarde de l'intérieur une initiative de patients partenaires au sein du dispositif psychiatrique² montréalais, qui

2- Les termes *dispositif psychiatrique* seront privilégiés ici pour se référer à la nébuleuse regroupant l'ensemble des intervenant·e·s et professions qui accompagnent les personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique. Il s'agit d'un terme caractérisant « un ensemble hétérogène; une sorte de réseau qui inclut tant du dit que du non-dit, c'est-à-dire aussi bien des discours, des lois, des règlements, des énoncés administratifs ou scientifiques que des institutions ou des ensembles architecturaux ». [Blanchette, L.-P. (2006). Michel Foucault : Genèse du biopouvoir et dispositifs de sécurité. *Lex Electronica*, 11(2), p. 6. Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9528>]. Parfois, cependant, cette formulation est inadéquate d'un point de vue syntaxique ou usuel. Dans ces circonstances, les termes *domaine psychiatrique* seront privilégiés. Ils sont utilisés comme synonymes.

s'appuie sur les concepts de pleine citoyenneté et de rétablissement civique pour conceptualiser et orienter ses actions. Elle vise à saisir quels projets normatifs sont sélectionnés, promus et produits par le programme de recherche du Programme international de recherche-action participative (PIRAP), devenu depuis lors l'Association des mentors pairs-aidants du Québec (AMPAQ), à partir des propos recueillis auprès d'un groupe de ses participant·e·s.

La première section, composée de deux chapitres, servira à en présenter la mise en place théorique et méthodologique. Le chapitre premier cernera la problématique, en la situant dans le contexte précis d'où elle a émergé, ainsi qu'en en circonscrivant et précisant l'objet. Le second chapitre détaillera les outils analytiques et de méthode retenus, de même que la forme précise qu'a prise l'étude tirée de ces réflexions.

Par la suite viendra la section centrale de cette étude, soit l'ethnographie analytique sommaire réalisée, qui couvrira deux chapitres. Le chapitre trois s'intéressera ainsi au premier thème dégagé, soit celui de la citoyenneté, apparu tout au long de l'étude comme un projet normatif particulier, souvent implicite, inscrit dans les formes mêmes du dispositif de travail et de recherche en psychiatrie. Le chapitre quatre s'intéressera à la seconde thématique rencontrée, soit le régime médical comme arrière-fond d'une grande part du vécu des personnes faisant usage de services psychiatriques : il comprend le registre explicatif privilégié des vécus individuels des personnes rencontrées, tout en produisant des dérives abusives décriées dans les dernières décennies et des avenues de transformation souhaitées.

La troisième et dernière section consistera en un chapitre de conclusions transversales. Les thèmes de la citoyenneté et du régime médical seront croisés, afin de dégager quelques orientations sociétales portées par le courant du rétablissement civique, dont certains appels troublants à la responsabilité individuelle, dans le cadre d'une santé conçue comme paradigme de participation sociale.

SECTION A

THÉORIE ET MÉTHODOLOGIE

La première partie de cette recherche met en place l'objet de recherche, ainsi que la méthode utilisée afin de parvenir aux objectifs visés. Ainsi, le premier chapitre cerne l'objet à partir d'une mise contexte à l'aide d'écrits dans le domaine et formule la problématique qui circonscrit l'étude. Le second chapitre présente quant à lui le cadre d'analyse disciplinaire mobilisé pour réaliser la recherche, tout comme il expose le programme méthodologique retenu et sa mise en pratique concrète dans le terrain effectivement conduit.

CHAPITRE I

TENDANCES CONTEMPORAINES EN PSYCHIATRIE

[L]e legs le plus radical de cette époque n'est peut-être pas la critique du modèle médical, la négation de la réalité de la folie ou la dénonciation du pouvoir psychiatrique. La façon la plus radicale de « détacher le pouvoir de la vérité des formes d'hégémonies [...] à l'intérieur desquelles [...] elle fonctionne » est peut-être alors tout simplement d'affirmer que les sujets de la psychiatrie doivent avoir le droit, le pouvoir en fait, de participer à la mise sur pied des traitements qu'ils reçoivent³.

- Nicolas Rose, *Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique*, 2006

La psychiatrie est un champ de savoirs et de pratiques profondément lié à la modernité occidentale. Elle est associée au pouvoir judiciaire pour la définition de la normalité et de la responsabilité juridique des individus dans les États de droit⁴; ses pratiques

3- Rose, N. (2006). Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique. *Sociologie et sociétés*, 38(2), p. 129. [La citation entre guillemets est attribuée dans le texte original à la page 133 du texte de Gordon, C. (1990). Histoire de la folie : an unknown book by Michel Foucault. History of the Human Sciences, 3(1), 3-26. Il a cependant été impossible à l'auteur de retrouver cette citation.]

4- Bernheim, E. (2009). Une tension normative irréconciliable. Les discours psychiatrique et juridique sur le risque psychiatrique. *Revue de droit de Sherbrooke (RDUS)*, 40, 33-37. Récupéré de <http://www.archipel.uqam.ca/7284/1/Bernheim.pdf>

cliniques et ses constructions théoriques ont joué un rôle important dans l'émergence de l'individualité psychologique comme régime incontournable de la saisie et de la mise en forme de la vie intérieure⁵. Des travaux d'archéologie et de généalogie, des témoignages, ainsi que des enquêtes critiques, ont souligné dans les dernières décennies comment les pratiques et les théories psychiatriques se sont historiquement constituées à partir d'un « monologue de la raison sur la folie⁶ », où les voix des personnes psychiatisées ont été ignorées, placées qu'elles furent au sein de divers cadres où leurs personnes physiques ont été mises à l'écart ou contraintes⁷.

Depuis l'émergence et la dissémination de ces constats, diverses initiatives ont cherché à modifier cet état de fait : elles se présentent comme ce que le domaine psychiatrique recèle de plus novateur dans ses pratiques et théorisations. Il existe toute une diversité de modalités sous lesquelles se présentent ces aspirations à des changements en psychiatrie. Trois voies peuvent être sommairement identifiées, qui permettent de schématiser ces éléments à partir des approches qui sont reconnues et diffusées à l'époque actuelle : il ne faut pas y voir la totalité des courants travaillant au changement, mais plutôt la pointe visible à partir du point de vue des politiques étatiques et des praticien·ne·s des soins de santé. Ces trois avenues incluent les politiques publiques intégrant le courant du Rétablissement⁸, le tournant patient partenaire⁹ en recherche, en

5- Foucault, M. (1972 [1961]). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Éditions Gallimard, p. 359-360.

6- Tiré de la préface à la première édition de *Folie et Dérison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Foucault, M. (2001 [1961]). Préface. Dans *Dits et écrits I. 1954-1975*. Paris : Éditions Gallimard, coll. Quarto, p. 188.

7- Voir notamment à ce sujet les études éclairantes, et qui ont fait école, de Michel Foucault et de Erving Goffman, de même que le témoignage de Jean-Charles Pagé [Foucault, M. (1972 [1961]). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Éditions Gallimard; Goffman, E. (1968). *Asiles*. Paris : Les Éditions de Minuit, coll. Le sens commun; Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours!* Montréal : Éditions du Jour.]

8- Le terme Rétablissement, lorsque utilisé avec une majuscule, vise à signifier qu'il s'agit là d'un courant particulier, avec ses approches, techniques, théories et, surtout, relais (institutions, chercheurs, chercheuses et clinicien·ne·s).

9- Les termes sont non épiciènes chez les institutions qui les utilisent. Ils seront dès lors présentés ainsi dans le présent texte.

clinique et en enseignement médicaux, ainsi que les approches dites holistiques, particulièrement celles du courant de la pleine citoyenneté.

1.1 Trois visées novatrices, quelques contradictions contextuelles

[C]'est sûr qu'avant, on nous incarcérait et qu'aujourd'hui on est plus libres. Mais c'est quand même entre guillemets, parce que moi j'ai eu beaucoup d'ordonnances de traitement¹⁰.

- R., 1er groupe de discussion, déc. 2016

La première des trois tendances à visées novatrices identifiées est celle du partenariat patient, qui est répandue dans le système de santé québécois. Il s'agit d'une forme de pratique qui vise à intégrer l'usager, l'usagère de services de santé dans des instances de « collaboration avec une équipe de médecins, de professionnels de la santé et de chercheurs et qui partage son savoir expérientiel comme personne vivant avec la maladie¹¹ ». Cette tendance fait l'objet d'instances propres dans des institutions reconnues : par exemple, le Bureau du partenariat patient-usager-citoyen au Centre intégré de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, ou encore la Direction collaboration et partenariat patient de la Faculté de médecine de l'UdeM, qui inscrit son propre virage dans une tendance généralisée¹². Ce partenariat patient se diffuse dès lors dans tout le réseau des services de santé, du moins dans les

10- (gr1p60 R.) *Les références aux propos recueillis dans les groupes de discussion sont données avec les renvois aux documents de transcription des verbatims utilisés pour l'analyse et avec la lettre attribuée aux participant-e-s afin de conserver leur anonymat.*

11- PIRAP. (2016). Couverture d'événement. Perspectives [sic] sur le partenariat patient en recherche : Tendance des Instituts de recherche en santé du Canada. *Bulletins*, 4(11). Récupéré de <http://pirap.org/bulletins-2/volume-4-2015-2016/no-11-fevrier-2016/>

12- Faculté de médecine de l'Université de Montréal. [s.d.]. *Direction collaboration et partenariat patient*. Récupéré de <http://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/>

politiques et événements officiels au Québec¹³. Il est dès lors attendu, particulièrement des projets qui se veulent d'avant-garde, que les personnes utilisatrices de services en santé mentale soient intégrées en tant que partenaires dans tout le continuum de soins, allant de la recherche à l'enseignement, en passant par les services prodigués.

Sans avoir à y regarder de près, de nombreuses questions peuvent être soulevées par le terme de partenariat, tout comme par celui de patient. Ce dernier terme implique un rapport de soins, dont les implications en termes de rôles sociaux, de rapports institutionnels et de différentiels de pouvoir, ainsi que leurs diverses conséquences et implications, font l'objet de beaucoup d'études et de commentaires. Le vocable partenariat pose lui aussi son lot de questions, tant en ce qui concerne l'approche concrète rattachée au terme que les rapports de pouvoir qui continuent de se poser malgré un changement de vocabulaire visant à soutenir plus d'égalité. Reste par exemple à interroger de quel partenariat il est question, tout comme qui le propose, à qui et dans quelles conditions.

La seconde tendance est celle dite du Rétablissement. Il s'agit d'une philosophie actuellement en vogue dans les soins et services de santé mentale, qui est devenue au Québec la politique officielle en matière de soins et services de santé mentale, depuis que le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a adopté son Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010, intitulé *La force des liens*¹⁴. Cette orientation a été renouvelée dans le PASM 2015-2020 *Faire ensemble et autrement*¹⁵.

13- Clément, M. (2015). Participation publique et santé mentale : la réponse contrastée et inachevée des utilisateurs de services. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 81-100.

14- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*. Québec : l'auteur. Publication no : 105-914-01. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>

15- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*. Québec : l'auteur. Publication no : 15-914-04W. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

Un extrait de la section sur ce principe directeur dans dernier PASM permet de saisir comment le MSSS se représente le Rétablissement en tant qu'approche :

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

Les soins et les services axés sur le rétablissement diffèrent des services traditionnels : au-delà de l'intervention sur la maladie et sur les incapacités qui en découlent, les intervenants suscitent de l'espoir, soutiennent la personne et sont animés par la conviction que celle-ci peut agir dans :

- la reprise de pouvoir sur sa vie;
- la détermination de ses besoins et de ses forces;
- le développement de ses habiletés;
- sa responsabilisation;
- l'utilisation des ressources disponibles qu'elle juge pertinentes pour répondre à ses besoins¹⁶.

L'officialisation du paradigme et sa généralisation chez les praticiennes et praticiens de la santé mentale n'en font pas pour autant un terme consensuel ni facilement défini. Il faut noter tout d'abord que le Rétablissement n'est pas un concept univoque. Comme l'a bien montré J. Gagné, professeur à l'Université TÉLUQ, il s'agit d'un terme polysémique qui signifie, selon les personnes qui le manipulent, tant « une attitude générale, un processus ou un résultat. Lesquels peuvent s'appliquer autant à une orientation gestionnaire, aux modalités de traitement qu'à un projet personnel.¹⁷ »

16- MSSS. (2015), *op. cit.*, p. 10.

17- Gagné, J. (2014). Rétablissement et appropriation du pouvoir : quelques enjeux brouillent le consensus. Dans E. Oldenhove (dir.), *Actes du colloque international francophone. Communautés thérapeutiques : aussi intempestives que nécessaires* (p. 2). Bruxelles, Belgique : Maison du Wolvendael. Récupéré de <http://r-libre.telug.ca/342/>

L'histoire du Rétablissement est ainsi éloquent en termes d'absence d'unanimité, puisqu'il s'y trouve au moins deux récits divergents. L'un se centre strictement sur ce terme et son pendant anglophone *Recovery*, puisque c'est dans l'aire culturelle anglo-saxonne qu'il a pris son élan, tandis qu'un autre le lie plutôt au passé récent, où le terme n'était pas en vogue, mais où certaines des pratiques ayant cours et certains des acquis réalisés dans le domaine de la réadaptation psychosociale, notamment, auraient servi à l'émergence du courant en faveur du Rétablissement.

En ce qui a trait au terme lui-même, *Recovery* commence à être utilisé en santé mentale aux États-Unis d'Amérique (ÉUA) dans les années 90, par des personnes utilisatrices des services insatisfaites des soins reçus et des perspectives de vie offerte par les traitements¹⁸. Appuyées par des chercheurs et cliniciens, elles publient des témoignages qui visent à provoquer des changements¹⁹. D'aucuns y voient la naissance du courant actuel du Rétablissement, dont les pratiques et études ont validé sur le long court les possibilités et avantages de se centrer sur la reprise d'une vie satisfaisante plutôt que sur l'attente d'une rémission clinique principalement symptomatique²⁰.

D'un autre côté, un regard un peu élargi peut voir dans le Rétablissement un héritier problématique et incertain de courants et de pratiques qui l'ont précédé. Problématique, car certains commentaires y décèlent la récupération par les professionnel·le·s des soins de mouvements initiés par des personnes utilisatrices : on y dénote un changement de vocabulaire sur fond de maintien des mêmes pratiques, comme le suggèrent quelques

18- Shepherd, G., Boardman, J. et Sladesource, M. (2012). *Faire du rétablissement une réalité* (Éd. québécoise). Montréal : Institut universitaire de santé mentale Douglas, p. 3-4. Traduction de (2007). *Making Recovery a Reality*. Londres : Sainsbury Centre for Mental Health. Récupéré de http://www.douglas.qc.ca/publications/220/file_fr/faire_du_retablissement_une_realite_2012.pdf

19- Gagné, J., *op. cit.*, p. 1-19; Shepherd et coll., *op. cit.*; Hamer, H. P., Finlayson, M. et Warren., H. (2014). Insiders or outsiders? Mental health service users' journeys towards full citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 203-211.

20- Sheperd, G. et coll., *op. cit.*, p. 5.

études²¹. Héritier incertain aussi, puisque certain·e·s y voient une dépolitisation et une minimisation d'un aspect de la critique de la psychiatrie qui animait et anime toujours d'autres courants²² : parler d'*advocacy*²³, comme rôle du thérapeute, ou d'appropriation du pouvoir²⁴, par la personne qui utilise les services, n'a effectivement pas la même charge que d'utiliser un terme qui signifie « retour à la santé²⁵ », ce qui reconnaît implicitement l'existence de la maladie mentale telle que définie par la nosographie médicale.

Dans le cadre de la présente étude, le terme Rétablissement sera défini d'après deux volets : il s'agit d'un côté d'un processus individuel et, de l'autre, d'une approche pour la pratique des soins et services de santé. Du côté individuel, nous retrouvons un processus de modification de soi-même en fonction des impacts de la « maladie mentale » et de reprise d'une vie active, à partir d'un projet de vie²⁶. Du côté des

21- Hamer, H. P. et coll., *op. cit.* Aussi, voir Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M. R. et Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 480-487.

22- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale qu Québec (AGIDD-SMQ). (2015). *Pour une pratique en santé mentale basée sur l'exercice des droits et l'appropriation du pouvoir : De l'advocacy au rétablissement, la dérive des mots*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.agidd.org/?publications=pour-une-pratique-en-sante-mentale-basee-sur-l'exercice-des-droits-et-l'appropriation-du-pouvoir-de-ladvocacy-au-retablissement-la-dérive-des-mots>

23- *Advocacy* est l'un de ces termes difficile à traduire, qui implique la défense des droits, l'accompagnement à la prise de parole et la promotion de la voix des personnes concernées. *Ibid.*, p. 6.

24- Il s'agit de l'une des traduction du terme *empowerment*, lui-même polysémique dans sa langue originelle, termes qui sont devenus populaires dans le domaine de la santé mentale. L'appropriation du pouvoir est entrée dans le vocabulaire du mouvement alternatif en santé mentale au Québec dans les années 1990, qui la définit comme une démarche individuelle et collective comprenant quatre éléments : avoir la possibilité d'exercer des choix libres et éclairés; participer activement aux décisions qui ont un impact sur sa vie; pouvoir actualiser son potentiel de croissance personnelle, professionnelle et sociale; pouvoir connaître, comprendre, exercer et défendre ses droits. [Le Bossé, Y. (2003). De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment1. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51. doi : 10.7202/009841ar]

25- Antidote 8. (2015). Rétablissement. Dans *Dictionnaire de définitions* [Logiciel, version 5.1]. Montréal : Druide informatique.

26- Anthony, W. A. (1993), cité dans Shepperd, G. et coll., *op. cit.*, p. 2.

pratiques, est affirmée une volonté de transformation des soins et services pour les axer non plus sur la guérison de la maladie, mais plutôt sur le *vivre avec* cette différence et s'en remettre. Cette approche centrée sur le projet de vie et les particularités individuelles est celle qui a été reprise dans le cadre officiel mis en place par le MSSS²⁷. Le choix de cette définition dans le cadre du présent texte vient donc moins d'un appui à la justesse de celle-ci que du contexte institutionnel actuellement existant, tant en recherche, en clinique qu'en enseignement, où les termes tels que définis par les autorités tendent à se répandre et être repris.

Divers acteurs et actrices ont jugé que cette avenue paraissait prometteuse, mais qu'elle gagnerait à être bonifiée. Pelletier, Le Cardinal, Roelandt et Rowe décrivent ainsi trois volets du Rétablissement, qui se succèdent, s'imbriquent et se complètent dans le processus idéal de soins²⁸. Le Rétablissement clinique correspond dans cette conception à la pratique psychiatrique médicale qui s'adresse à la symptomatologie. Il est suivi du Rétablissement social, qui se concentre sur la reprise des activités habituelles de la vie. Puis vient le Rétablissement civique, qui est le moins développé des volets dans les soins et services, et qui viserait à s'assurer de la participation réelle et égalitaire des personnes utilisatrices de services à leur communauté d'attache. Ce volet du Rétablissement ouvre sur les approches dites holistiques et sur la citoyenneté comme philosophie d'intervention.

La troisième tendance regroupe les approches holistiques, qui poursuivent elles aussi la volonté de considérer la personne dans son entièreté. Leur particularité vient de ce qu'elles visent à dépasser les pratiques habituelles de soins, qui considèrent comme

27- *Ibid.*, p. 3.

28- Pelletier, J.-F., Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L. et Rowe, M. (2012). Le rétablissement civique. *Revue Développement humain, handicap et changement social - Journal of Human Development, Disability, and Social Change*, 20(2), p. 15.

hors de leur portée les facteurs extra-individuels, telles les conditions de vie²⁹. Dans cette mouvance se retrouvent des orientations qui visent à prendre en compte les éléments socioéconomiques, particulièrement le support et les liens sociaux, partie intégrante des « déterminants sociaux de la santé (mentale) »³⁰. Le thème de la *pleine citoyenneté* y est rencontré, en ce que le vécu des personnes ayant reçu un diagnostic de trouble de santé mentale est fréquemment qualifié de citoyenneté de second ordre, avec des liens brisés avec les institutions et des expériences de stigmatisation, de discrimination et d'isolement³¹. Viser « l'exercice des droits et responsabilités liés à la pleine citoyenneté³² » comprend donc une insertion plus complète de la personne dans la société, en favorisant que les individus fassent partie *de* la communauté, plutôt que simplement *dans* celle-ci suite à la sortie des institutions de soins³³.

Le thème de la citoyenneté traverse aussi plus largement l'époque actuelle. Le mot est aujourd'hui sur toutes les lèvres et de tous les formulaires : parole citoyenne, citoyenneté active, pleine ou inclusive, recherche à propos de la citoyenneté et avec des partenaires citoyen·ne·s, projets promouvant ou prenant en compte la citoyenneté... Il

29- Voir à ce sujet Sicot, F. (2006). La maladie mentale, quel objet pour la sociologie? *Déviance et Société*, 30(2), p. 209, ainsi que Otero, M. (2010). Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles. *Sociologies, Théories et recherches*, 29 septembre 2010. Récupéré de <http://sociologies.revues.org/3268>

30- Mouvement Santé mentale Québec. (2014). *Déterminants sociaux de la santé*. Récupéré de <http://www.acsm.qc.ca/sante-mentale/determinants>; Beaulieu, A., Morin, P., Provencher, H. et Dorvil, H. (2002). Le travail comme déterminant social de la santé pour les personnes utilisatrices des services de santé mentale (notes de recherche) – *Santé mentale au Québec*, 27(1), p. 180. doi : 10.7202/014546ar; Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, p. 80; Moleux, M., Schaetzel et F., Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*. [Rapport] Paris : IGAS. Récupéré de <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>.

31- Rowe, M. et Pelletier, J.-F. (2012). Citizenship: A Response to the Marginalization of People with Mental Illnesses. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12(4), p. 370. Récupéré de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15228932.2012.697423>

32- IUSMM. (2016). *Pleine citoyenneté*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.iusmm.ca/pleinecitoyennete.html>

33- (Souligné dans l'original.) PIRAP. (2015b). *Projet de recherche. Le rétablissement civique*. Récupéré de <http://pirap.org/projets-de-recherche/le-retablissement-civilique/>

ne s'agit pas pour autant d'un nouveau concept : déjà à la période des Lumières, qui ont revisité les penseurs grecs et romains, il était une mise en forme répandue de l'égalité formelle de statut qui a servi de caution aux révolutions démocratiques de France et des futurs États-Unis d'Amérique. À l'époque contemporaine, la multiplication des références à ce terme peut laisser une impression de renouveau ou de renaissance. Il devient difficile d'échapper à ce terme dans les domaines de la société qui touchent un tant soit peu au social et au politique, en ce qu'il semble incarner et valider la prise en compte de la parole de tous les membres de la société : forum citoyen, parole citoyenne et autres mouvements citoyens sont des formulations fréquemment rencontrées quand il s'agit de faire référence à « M. et Mme Tout-le-Monde », à la population, aux non-experts·e·s.

La citoyenneté est néanmoins un concept polysémique qui recouvre d'entrée de jeu des notions variées, la première étant celle d'un statut imparti aux membres d'un État³⁴. Le concept est aussi parfois utilisé comme synonyme de populaire, comme dans *parole citoyenne*, formule qui se targue ici d'une certaine représentativité de la population, de la majorité (silencieuse) ou encore de la masse. Dans une direction similaire, d'autres usages servent à légitimer des pratiques qui l'utilisent pour dire consultatif, comme dans *forum citoyen*. D'autres occurrences encore se placent plutôt dans le champ de l'éthique, comme prescriptions à l'intention des individus ou des institutions, à propos de la manière dont les relations entre ceux-ci devraient se dérouler : nous nous trouvons alors plutôt autour du champ sémantique du civisme, comme dans les approches citoyennes qu'adoptent des institutions.

Ces diverses significations traversent aussi les usages du terme qui concernent les pratiques jugées prometteuses dans le domaine des soins et services psychiatriques. Son utilisation dans les PASM du MSSS est à ce titre évocatrice : les deux plans

34- Article « citoyenneté » et son renvoi à « citoyen ». Antidote 8. (2015). Citoyenneté, *op. cit.*

d'action utilisent abondamment le terme, qui y apparaît comme résumant à la fois l'approche consultative de l'institution et la participation sociale complète de l'individu³⁵.

Les trois grandes tendances présentées sont des courants de pratique qui sont aujourd'hui intégrés aux énoncés de principes et aux orientations d'institutions reconnues de soins, de recherche et d'enseignement du dispositif psychiatrique³⁶. Ils ont en commun de s'éloigner du modèle purement biomédical du trouble mental. Ces approches participent aussi à un élargissement des notions de *maladie mentale* ou de *trouble mental* vers celle plus étendue de *santé mentale*. Cette formule est censée être moins centrée sur la pathologie, pour faire place à une prise en compte du vécu des personnes aux prises avec des problèmes ou troubles de santé mentale. Cet élargissement a aussi pour effet de généraliser cette notion : la santé mentale concerne tout le monde et toutes les situations, en ce que les individus peuvent avoir une plus ou moins bonne santé mentale sans pour autant souffrir d'une maladie spécifique, tout comme les circonstances sont susceptibles d'être analysées comme favorisant ou non le maintien de cette même santé mentale. Comme on peut le voir à ces quelques éléments, il s'agit là d'une théorisation éminemment normative : nous retrouvons là des concepts qui charrient des représentations sur la manière de bien et mieux vivre.

Les trois orientations dites novatrices identifiées sont toutes à première vue en concordance avec les réclamations des patient·e·s et de leurs allié·e·s. Il est dès lors

35- MSSS (2005), *op. cit.* et MSSS (2015), *op. cit.*

36- À ce sujet, l'exemple de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) est probant : la pleine citoyenneté a fait l'objet d'un cadre de référence et d'un outil de vulgarisation [IUSMM. (2015). *Cadre de référence : une vision clinique de la psychiatrie centrée sur la pleine citoyenneté*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.iusmm.ca/institut/pleine-citoyennete/la-citoyennete/cadre-de-reference.html>].

De plus, il existe un Bureau partenariat patient-usager-citoyen (au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, auquel est affilié le IUSMM) et l'implication des patients partenaires fait l'objet de publications sur le site web de l'Institut [IUSMM. (2016b). *L'implication des patients-partenaires*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.iusmm.ca/institut/pleine-citoyennete/implication-des-patients-partenaires.html>].

coutume de croire révolue l'époque sombre mise à jour par les critiques évoquées ci-haut, reléguées dans un passé lointain, fort éloignées au demeurant de la pratique psychiatrique actuelle, scientifique, factuelle et humaine, humaniste, humanisée. Pourtant, nombre d'études et d'essais contemporains tendent à démontrer la perpétuation des états de fait ayant mené aux critiques, ainsi que l'omniprésence clinique du modèle biomédical³⁷, qui en reconduit aussi des aspects. Ces deux éléments sont des aspects du dispositif psychiatrique contemporain qui méritent d'être problématisés.

Le modèle biomédical est le cadre de raisonnement omniprésent dans la pratique des soins de santé et dans la recherche l'entourant, bien qu'il soit abondamment critiqué et associé de plain-pied à ce qui aujourd'hui vise à être dépassé dans la manière de prodiguer ces soins. Pourtant, il demeure le modèle hégémonique, dans la pratique comme dans la recherche médicales³⁸.

Du côté pratique, divers acteurs notent que le langage utilisé demeure *de facto* biomédical, puisque celui-ci est associé à l'autorité et à la rigueur scientifiques : en récuser l'usage revient à se placer en position de perte de crédibilité³⁹, dans un contexte où le pouvoir clinique effectif demeure médical⁴⁰. Ce vocabulaire organise de part en

37- Otero, M. (2015). *Les Fous dans la cité. Sociologie de la folie contemporaine*. Montréal : Les Éditions du Boréal; Bachand, A. (2012). *L'imposture de la maladie mentale : critique du discours psychiatrique*. Montréal : Les Éditions Liber; Larson, G. (2008) Anti-oppressive Practice in Mental Health. *Journal of Progressive Human Services*, 19(1), 39-54; Paquet, L. (2016). *Les parcours d'émancipation et les espaces de participation en santé mentale : un tremplin vers la citoyenneté*. (Thèse de doctorat). Université de Montréal. Récupéré de <http://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13559>; Rodriguez del Barrio, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, p. 249.

38- Paquet, L. (2016), *op.cit.*, p. 165; Smadja, D. (2015). Politiques de l'éthique : hégémonie médicale et pratiques de décodage des acteurs subalternes. Une observation ethnographique d'un dispositif participatif pilote de réflexion éthique. *Participations*, (12), 83-107; Mallette, L. (2003). La psychiatrie sous influence. *Santé mentale au Québec*, 28(1), p. 310. doi : 10.7202/006993ar

39- Larson, G., *op. cit.*

40- Smadja, D., *op. cit.*, par. 15; Mallette, L. *op. cit.*, p. 311.

part le raisonnement et les orientations cliniques, tel que peut le dénoter l'omniprésence de la pharmacutique et de la biologie dans la gestion et l'explication des perturbations entourant ce qui est identifié comme « maladie mentale »⁴¹. Malgré les réussites de ces explications et modes de gestion⁴², ce registre d'appréhension peut du même souffle participer à miner la reprise du pouvoir des personnes utilisatrices de service, en ce que leurs expériences continuent d'être appréhendées par la lorgnette de la maladie et à partir du regard des spécialistes, expert·e·s de la santé mentale. Les critiques de cette posture se centrent sur le fait que les possibilités de donner un sens sont en grande partie placées hors de l'histoire personnelle des personnes recevant un diagnostic et que l'essentiel du savoir jugé pertinent demeure entre les mains des professionnel·le·s⁴³.

En ce qui a trait à la recherche, l'omniprésence des neurosciences et de la psychopharmacologie s'inscrit elle aussi dans le paradigme biomédical. Ici, l'accent est mis sur le substrat des expériences et du vécu personnel, c'est-à-dire le cerveau et ses neurotransmetteurs. Cette particularisation de la recherche, pour nécessaire qu'elle apparaisse au vu des exigences de précision et de rigueur scientifiques, a pour effet pervers d'évacuer le narratif personnel du cœur de la recherche⁴⁴. La possibilité de donner un sens à ses expériences personnelles n'est certes pas absente de ces orientations, comme peut le démontrer l'utilisation de ces registres par nombre de

41- Fleury, É. (2016, 15 avril). Des jeunes gavés de pilules. *Le Soleil*. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201604/14/01-4971416-des-jeunes-gaves-de-pilules.php>; Provencher, D., Théoret, R. et Ouimet-Savard, T. (2016, 14 avril). Santé mentale des jeunes: nous ne pouvons plus détourner le regard [lettre ouverte]. *Le Huffington Post Québec*. Récupéré de http://quebec.huffingtonpost.ca/doris-provencher/sante-mentale-des-jeunes_b_9696308.html

42- Il ne faut pas perdre de vue l'utilité que nombre de personnes atteintes de « maladie mentale » accordent aux molécules pharmacologiques dans la reprise d'une vie jugée normale, comme aux explications cérébrales qui libèrent d'un sentiment de honte lié à un état, dont les causes deviennent ainsi « hors de leur contrôle », réduisant du même coup les possibilités de se culpabiliser face à son apparition. À titre d'exemple, voir les témoignages recensés dans le Bulletin d'octobre 2014. PIRAP (2014, octobre). *Bulletins* 3(7). Récupéré de <http://pirap.org/bulletins-2/volume-3-2014-2015/no-7-octobre-2014/>

43- Mallette, L. *op. cit.*, p. 306.

44- Gonon, F. (2011). La psychiatrie biologique : une bulle spéculative?. *Esprit*, 11(novembre), 54-73.

personnes ayant elles-mêmes un diagnostic de maladie mentale, mais il n'est pas pour autant interdit de noter que ces explications semblent aller à contre-courant de ce qui se présente partout comme les paradigmes de reprise de pouvoir par les patient·e·s : centrage sur la pathologie, absence de la voix des personnes les plus concernées, réduction de l'expérience à un dérèglement biochimique⁴⁵.

Les critiques du dispositif psychiatrique faites par le passé ont mis en lumière les pratiques inégalitaires, voire de domination, qui traversaient le domaine psychiatrique. Ce « déséquilibre sur le plan du matériel, du symbolique et du savoir⁴⁶ », loin d'avoir disparu suite aux « cris au secours⁴⁷ » de patient·e·s, paraît toujours présent et au service d'intérêts qui ne sont pas directement ceux des personnes utilisatrices de services. Au Québec, est aujourd'hui par exemple constatée une prolifération des ordonnances de traitement et d'hébergement, véritable reconduction de la cure fermée obligatoire telle que pratiquée dans les années 1950, dont l'usage est pourtant officiellement révolu⁴⁸. C'est dire que la voix des personnes psychiatisées est encore trop souvent reléguée à l'arrière-scène, voire utilisée contre elles-mêmes, et que des dernières subissent une réalité dont l'organisation et les orientations leur échappent toujours en grande partie⁴⁹. Ce déséquilibre perdure dans de nombreuses situations, notamment les ordonnances d'hébergement et de traitement ou autres autorisations judiciaires de soins (AJS) mises en lumière par diverses recherches⁵⁰ et dénoncées par des groupes de défenses des droits⁵¹.

45- Mallette, L., *op. cit.*, p. 306.

46- Otero, M. (2015), *op. cit.*, p. 282.

47- Du titre de l'ouvrage célèbre *Les fous crient au secours*, écrit par Jean-Charles Pagé en 1961, qui a contribué à sonner le glas de l'époque explicitement asilaire dans les soins de santé au Québec.

48- Otero, M. (2015), *op. cit.*, p. 282.

49- Rodriguez del Barrio, L. (2005). *op. cit.*

50- Otero, M. (2015), *op. cit.*, p. 282; Bernheim, E. (2012). Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec ? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins. *McGill Law Journal*, 57(3), 553–594. doi : 10.7202/1009067ar

51- Otero, M., Bernheim, E. et Action Autonomie. (2015). *L'impact des autorisations judiciaires de soins (AJS) dans les trajectoires de personnes utilisatrices des services d'Action Autonomie*.

Des praticien·ne·s du domaine, psychiatres, infirmiers et infirmières, travailleurs sociaux et travailleuses sociales, intervenant·e·s communautaires et autres, se posent par contre comme des allié·e·s dans ces volontés de changement et de décentrage du langage biomédical, en se faisant porte-paroles de pratiques et courants théoriques en accord avec la revendication « je suis une personne, pas une maladie⁵² ». Se présentent aussi des initiatives du type *par* les usagers, usagères, *pour* les usagers, usagères, qui ont pour objectif principal de modifier cette asymétrie de pouvoir, en revendiquant la possibilité, la légitimité et l'utilité de l'auto-organisation, sans intervenant·e·s, professionnel·le·s et autres expert·e·s.

Les groupes « par et pour » présentent un intérêt particulier pour l'étude sociologique du dispositif psychiatrique, en ce que leur forme même remet en question l'organisation établie des déséquilibres de pouvoir, elle-même au cœur des analyses critiques issues des sciences humaines. Il s'agit en effet de l'exemple le plus éloquent de la prise en compte de la voix des utilisateurs et utilisatrices : dans leur cas, elle est centrale à tout ce qui fonde la pratique, reléguant à la périphérie ou à l'extérieur la parole des expert·e·s du domaine, pour repartir du vécu et des demandes des personnes concernées elles-mêmes⁵³. Ces discours et formes d'organisation acquièrent actuellement une certaine visibilité et légitimité, en développant diverses relations avec les structures existantes

[Rapport de recherche]. Montréal: Action Autonomie; AGIDD-SMQ. (2016). *Aucune justification thérapeutique ne doit permettre des traitements cruels inhumains ou dégradants. Commentaires et recommandations de l'AGIDD-SMQ concernant le « Septième rapport périodique du Canada sur la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants »*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.agidd.org/aucune-justification-therapeutique-ne-doit-permettre-des-traitements-cruels-inhumains-ou-degradants/>

52- Quintal, Dre M.-L., Vigneault, L., Demers, M.-F., Cormier, C., Champoux, Y., Marchand, L., Wallot, Dr H. A. et Roy, Dr M.-A. (2013). *Je suis une personne, pas une maladie!* [s. l.] : Performance Édition.

53- Il s'agit de partir de la « capacité des personnes et des groupes à s'autodéterminer par et pour elles-mêmes ». Regroupement des Auberges du cœur. (2009). Fiche synthèse *Action collective*. Récupéré de <http://www.aubergesducoeur.org/files/Fiche%20synth%C3%A8se%20-%20Action%20collective%20VF.pdf>

du système de soins de santé et de services sociaux⁵⁴. Toutes les initiatives qui utilisent cette bannière ne portent pas une seule et même compréhension de ces termes et de leurs tenants et aboutissants : ceux-ci peuvent être clarifiés analytiquement, mais le choix constitue au final un acte politique qui trace la voie pour certaines formes de vie et leurs normativités.

1.2 L'exemple du PIRAP et la thématique citoyenne

L'éducation à la citoyenneté. Quand des associations partagent leur expérience pour promouvoir civisme et citoyenneté⁵⁵.

- Jean-Marie Montel, *L'éducation à la citoyenneté*, 2003.

Une diversité de pratiques mobilise les concepts et approches identifiés jusqu'à maintenant : l'étude des tenants et aboutissants de leur actualisation nécessite toutefois une localisation spécifique permettant d'explorer dans le détail ce qui en résulte. Peu d'exemples cependant existent qui se situent précisément au croisement des différentes approches novatrices au sein du dispositif psychiatrique. L'un de ces exemples est un groupe de Montréal : il s'agit du Programme international de recherche-action participative (PIRAP), devenu à l'automne 2016 l'Association des mentors pairs-aidants du Québec (AMPAQ)⁵⁶, qui se présente lui-même comme partie intégrante des mouvances partenariat patient et pleine citoyenneté.

54- O'Hagan, M., Cyr, C., McKee, H. et Priest, R. (2010). *Faire avancer la cause du soutien par les pairs* [Rapport]. Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada, p. 15-17.

55- Montel, J.-M. (2003). *L'éducation à la citoyenneté*. *Revue projet*. Récupéré de <http://www.revue-projet.com/articles/2003-4-l-education-a-la-citoyennete/>

56- Toute la documentation du présent projet de recherche ayant été faite à l'aide du nom PIRAP, ce dernier a été conservé pour la rédaction du texte. Ceci permet aussi d'éviter une certaine confusion temporelle, ainsi qu'une difficulté de compréhension de certains propos rapportés, les participant·e·s aux groupes de discussion utilisant couramment le nom sous lequel ils et elles ont joint l'organisme. Le changement de nom est identifié afin de faciliter des mises en lien futures avec la pratique de cette organisation.

Il s'agit à la fois d'un programme de recherche⁵⁷ et d'une entreprise d'économie sociale constituée en OBNL⁵⁸, se disant influencée par les approches de type *par* et *pour*⁵⁹. Le PIRAP souhaite promouvoir le savoir expérientiel de personnes « ayant connu des interruptions de parcours de vie en raison des répercussions de problèmes de santé mentale [en] contexte de coconstruction de nouveaux savoirs en santé mentale publique »⁶⁰. La combinaison de la recherche et de l'économie sociale aspire à montrer que de faciliter la réflexion et la production de savoirs à propos de sa propre condition de santé permet d'améliorer les soins et la qualité de vie des personnes les plus concernées par la situation, soit les personnes porteuses d'un diagnostic.

L'activité quotidienne des participant·e·s au PIRAP consiste en diverses tâches reliées au rôle d'assistant·e de recherche. Ils et elles participent aussi à des réunions de travail hebdomadaires et font la couverture d'événements scientifiques et publics, à l'IUSMM comme dans d'autres instances liées aux services de soins de santé. Les participant·e·s sont encadré·e·s par une équipe de direction qui, au moment de la mise en place du présent projet de recherche, était constituée de deux personnes. Son directeur était et est toujours Jean-François Pelletier, PhD, professeur sous octroi agrégé au Département de psychiatrie et d'addictologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal : Pr Pelletier est le codirecteur de la présente recherche et est lui-même un proche aidant d'une personne ayant un trouble de santé mentale. Sa codirectrice était Julie Bordeleau, une paire-aidante certifiée, aussi coordonnatrice du Bureau du partenariat patient-usager-citoyen au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Des changements sont survenus depuis lors, dont la modification du nom, la composition de l'équipe de

57- « En tant que programme de recherche, le PIRAP existe depuis le premier juillet 2012, étant financé pour une durée de cinq ans par les Instituts de recherche en santé du Canada et le Fonds de la recherche du Québec – Santé. » PIRAP. (2015a). *Mission. La recherche comme entreprise sociale adaptée en santé mentale*. Récupéré de <http://pirap.org/mission/>

58- « Le PIRAP est également un organisme à but non lucratif, constitué en vertu de la partie 3 de la Loi sur les compagnies du Québec. » *Ibid.*

59- *Ibid.*

60- *Ibid.*

direction, ainsi que certains projets du PIRAP, mais ceux-ci n'affectent pas de manière décisive les éléments recueillis et discutés, centrés qu'ils sont sur la parole de participant·e·s au PIRAP et sur leurs perceptions. Pour des raisons éthiques et logistiques, la direction de l'organisme n'a pas participé à l'étude et ne fait pas partie de l'objet de celle-ci.

Le nom de PIRAP sera conservé dans la présente recherche, pour diverses raisons. La principale vient du fait que toute l'élaboration conceptuelle et les documents rédigés pour la mise en place du projet ont utilisé ce terme, devenu ainsi familier à l'auteur. De plus, les personnes rencontrées dans le cadre des groupes de discussion fréquentaient pour la plupart le lieu depuis un certain temps déjà et le nouveau nom n'était pas encore passé dans l'usage lors des discussions. Finalement, il demeure légalement possible au Québec d'utiliser plusieurs dénominations pour une entité constituée en entreprise auprès du Registre québécois des entreprises⁶¹ : continuer d'utiliser l'ancien nom ne dénature ainsi pas l'organisme visé. Les liens institutionnels sont centraux dans l'importance que l'approche de la « pleine citoyenneté prend au PIRAP, à travers les collaborations et orientations partagées entre le *Citizens Community Enhancement Project* de l'Université Yale⁶², les patient·e·s partenaires et les mentors de rétablissement de l'UdeM⁶³ et l'IUSMM, où la pleine citoyenneté fait partie des orientations officielles⁶⁴.

61- Gouvernement du Québec. (2018). *Nom d'entreprise*. Québec: l'auteur. Récupéré de <https://www2.gouv.qc.ca/entreprises/portail/quebec/trousse?g=trousse&e=557954595:4288749881>

62- Yale School of Medicine. (2018). *Citizenship Measure Development Project*. Récupéré de <https://medicine.yale.edu/psychiatry/prch/research/citizenshipmeasure.aspx>

63- Faculté de médecine de l'UdeM. (s.d.). *Le partenariat de soins et de services*. Récupéré de <https://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/le-partenariat-de-soins-et-services/> et Université de Montréal. (2017). *Module de formation de mentor de rétablissement en santé mentale*. Montréal: l'auteur. <https://admission.umontreal.ca/programmes/module-de-formation-de-mentor-de-retablissement-en-sante-mentale/presentation/>

64- IUSMM. (2015). *Cadre de référence : une vision clinique de la psychiatrie centrée sur la pleine*

Un groupe de participant·e·s du PIRAP a réalisé la validation de la Mesure de la citoyenneté, qui provient de recherches effectuées à l'Université Yale⁶⁵. C'est là qu'a été créée une *Citizenship Measure* qui vise à évaluer de manière standardisée la participation sociale et citoyenne de personnes ayant vécu des interruptions significatives de parcours de vie, particulièrement des ex-détenus et des personnes psychiatriquées⁶⁶. Ces recherches ont voulu valider le construit de la citoyenneté, à partir de « *participatory methods and concept-mapping techniques to develop a greater understanding of the construct of citizenship and an instrument to assess the degree to which individuals, particularly those with psychiatric disorders, perceive themselves to be citizens in a multifaceted sense (that is, not in a simply legal sense)* »⁶⁷. Cet outil a par la suite été traduit en français et les travaux au PIRAP visaient à valider cette traduction, par la transcription de verbatims d'entrevues et par la participation à des groupes de discussion autour des construits formant le concept de citoyenneté⁶⁸.

Le changement de nom du PIRAP en celui d'AMPAQ s'est effectué à l'assemblée générale annuelle de l'organisme en novembre 2016. Cette proposition visait à être plus en phase avec les avenues prises par l'organisme et envisagées à partir de la modélisation du processus d'accession à la pleine citoyenneté qui y a été élaboré⁶⁹. Les

citoyenneté. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.iusmm.ca/institut/pleine-citoyennete/la-citoyennete/cadre-de-reference.html>

65- Pelletier, J.-F., Corbière, M., Lecomte, T., Briand, C., Corrigan, P., Davidson, L. et Rowe, M. (2015). Citizenship and recovery: two intertwined concepts for civic-recovery. *BMC Psychiatry*, 15(37). Récupéré de <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0420-2>

66- Yale School of Medicine, *op. cit.*; Rowe, M. *et al.* (2012). Going to the source: creating a citizenship outcome measure by community-based participatory research methods. *Psychiatric Services*, 63(5), 445-450. doi : 10.1176/appi.ps.201100272

67- *Ibid.*

68- Pelletier, J.-F., Fortin, D. et Bordeleau, J. (2014). Pour nous, être citoyens à part entière, ça veut dire... *Santé mentale au Québec*, 39(1), 311-324. <https://doi.org/10.7202/1025919ar>

69- Pelletier, J.-F., Bordeleau, J., Dumais, A., Renaud, P. et Rowe, M. (2013). Les pairs-assistants de recherche : pour favoriser l'évolution d'un statut de patients vers celui de citoyens à part entière. *Drogues, santé et société*, 12(1), p. 73. doi : 10.7202/1021539ar /

avenues choisies incluent une étroite collaboration avec le microprogramme de 1^{er} cycle en santé mentale, mentorat pour pairs-aidants, offert depuis septembre 2017 à la Faculté de médecine de l'UdeM et qui est chapeauté par Pr Pelletier⁷⁰.

Ces éléments impliquent déjà des normativités explicites et implicites, qui peuvent déjà être soulevées : elles seront élaborées plus en détail dans l'ethnographie qui vient. Ils montrent par exemple un lien étroit avec la faculté de médecine de l'UdeM, particulièrement son département de psychiatrie et d'addictologie, ce qui suppose un certain arrimage et un partage d'objectifs, de manières de voir, de vocabulaire, dont le construit du Rétablissement. De plus, le microprogramme vise à former des mentors pairs-aidants dont le titre pourra être reconnu par l'employeur qu'est le MSSS, ce qui permet de postuler à des postes en tant qu'éducateur : il s'agit là d'une professionnalisation du rôle de pair-aidant, qui est une avenue précise et non exclusive de la conception du rôle de ces personnes⁷¹. Au Québec, d'autres avenues existent en effet, notamment celle des groupes d'entraide en santé mentale.

Toutes les thématiques identifiées jusqu'à maintenant sont présentes au PIRAP, qui incarne à lui seul nombre d'aspects se voulant avant-gardistes à propos de pratiques de santé. Il promeut tout d'abord le partenariat patient, en ayant fait la forme officielle de son activité. Il constitue un pionnier en ce qui a trait à la collaboration en recherche de personnes ayant eu des problèmes de santé mentale, en les impliquant directement dans le processus de recherche à leur endroit : la réinsertion sociale, par la recherche participative sur la réinsertion sociale. Le PIRAP se positionne aussi comme un fer de lance du Rétablissement, qu'il vise à favoriser chez ses participant·e·s à travers le retour

70- Université de Montréal. (2017). *Module de formation de mentor de rétablissement en santé mentale*. Montréal: l'auteur. <https://admission.umontreal.ca/programmes/module-de-formation-de-mentor-de-retablissement-en-sante-mentale/presentation/>

71- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ). (1996). *Cadre de référence des groupes d'entraide membres du RRASMQ*. [s.l.] : l'auteur. Récupéré de http://www.rrasmq.com/publications/Philosophie_Histoire_Pratiques/Entraide_Cadre_reference.php

au travail, mais qu'il complète par l'intérêt porté à la citoyenneté, d'où le Rétablissement civique qui y est promu et développé⁷². La thématique de la citoyenneté était, au moment de la rédaction du projet de recherche, un axe central de la pratique du PIRAP.

Le PIRAP utilise le terme de citoyenneté à partir de ses relations avec les projets à Yale, mais pas uniquement : sa situation au sein du Centre de recherche de l'IUSMM le relie aussi à ce terme. L'IUSMM a adopté une politique de citoyenneté qui consiste en une vision clinique centrée sur l'exercice de la pleine citoyenneté qui, pour les individus qui composent une collectivité, représente la « possibilité de jouer un rôle actif dans le respect de leurs droits, devoirs et capacités⁷³ ».

Les participant·e·s du PIRAP sont recruté·e·s à partir de références effectuées par des intervenant·e·s et sont rémunéré·e·s « dans le cadre de diverses subventions salariales, mesures d'employabilité ou de préemployabilité du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec⁷⁴ ». Les locaux du programme sont situés au Centre de recherche de l'IUSMM, au sein des édifices de l'ancien asile Saint-Jean-de-Dieu, devenu plus tard l'hôpital psychiatrique Louis-H.-Lafontaine, puis l'IUSMM, rattaché au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Ces bâtiments monumentaux, d'un style architectural austère ancré dans la fin du XIX^e, début du XX^e siècle, témoignent du passé asilaire de l'institution : les nombreux pavillons ont déjà été une municipalité autonome et une paroisse, et ont abrité jusqu'à 7547 patient·e·s⁷⁵.

72- PIRAP. (2015b). *Projet de recherche. Le rétablissement civique*. Récupéré de <http://pirap.org/projets-de-recherche/le-retablissement-civique/>

73- IUSMM. (2016c). *Pleine citoyenneté*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.iusmm.ca/pleinecitoyennete.html>

74- *Ibid.*

75- Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL). (1991). *Bref historique de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu*. Bibliothèque du personnel (réédition). Récupéré de <http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/historique.pdf>;
- Grand répertoire du patrimoine bâti de Montréal. (2007). Fiche du secteur Saint-Jean-de-Dieu (centre hospitalier L.-H.-Lafontaine). Dans *Base de données sur le patrimoine*. Récupéré de http://patrimoine.ville.montreal.qc.ca/inventaire/fiche_zone.php?&id=1096;

C'est sous la forme d'un double aspect reliant le statut de citoyen·ne, imparti à tous et toutes, à celui du type de relations souhaitées entre ces individus et les institutions publiques, que l'on retrouve le concept de citoyenneté à l'IUSMM dans les documents décrivant son approche de soins centrée sur la pleine citoyenneté. Ainsi, l'approche citoyenne à l'IUSMM se présente comme une vision clinique, qui recouvre un ensemble de techniques, notions et pratiques visant l'atteinte de la pleine citoyenneté : non pas un simple statut détenu par toutes et tous, tel un titre administratif, mais au contraire un rôle social précis impliquant un contenu et une forme définies. Pour pouvoir jouer son rôle de citoyen·ne à part entière, il est d'après les documents de l'IUSMM nécessaire qu'une personne tisse des relations bilatérales entre elle et les institutions vues comme les représentantes de la société : la pleine citoyenneté est « composée de relations fermes et de références directes aux institutions, aux droits et aux responsabilités⁷⁶ ». La pleine citoyenneté est en effet présentée dans les documents d'orientation comme l'envers de relations brisées avec les institutions⁷⁷, lot qui affecte d'après cette documentation de nombreuses personnes vivant avec un trouble de santé mentale, qui « oscillent entre la citoyenneté de second ordre et la non-citoyenneté⁷⁸ ».

Dans ces documents, la citoyenneté n'est jamais un fait brut : elle est toujours qualifiée : pleine, de second-ordre. La citoyenneté, qui se veut pleine, y apparaît comme un idéal visé, égalitaire, car il devrait être appliqué à tous et toutes, ce qui n'est manifestement pas le cas. Dans la présentation de la pleine citoyenneté, nous retrouvons ainsi moins des éléments descriptifs d'un état de fait ou de situations concrètes, que le caractère prescriptif de ce que devraient être les relations entre les institutions et les individus, voire de ces derniers avec la société. Le statut que tous et toutes possèdent vient avec

- Thifault, M. (2011). « Où la charité règne, le succès est assuré ! » *Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1901-1962. Revue d'histoire de l'Amérique française*, 65(2-3), 179-201. doi : 10.7202/1018243ar

76- IUSMM. (2016a). *La citoyenneté*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.iusmm.ca/pleine-citoyennete/citoyennete.html>

77- *Ibid.*

78- IUSMM. (2015), *op. cit.*, p. 15.

son lot d'attentes à propos du rôle de citoyen·ne et de sa mise en œuvre pleine et effective. La description d'un statut porte un projet qui détermine les formes de la vie bonne, celle qui mène à plus de santé et de bonheur.

Le concept de citoyenneté occupe ainsi une place centrale dans la documentation à propos du PIRAP et des initiatives récentes auxquelles il a récemment participé, de même que dans la documentation d'institutions importantes comme l'IUSMM et le MSSS. Ceci permet de croire qu'il s'agit là d'une porte d'entrée pertinente dans le dispositif psychiatrique contemporain. Dès lors, l'appréhension de la citoyenneté à l'aune des normativités que ce terme convoie, ce que s'est proposé de faire ce projet de recherche, paraît justifiée : le propre des normativités est précisément la prescription de manières d'être au monde et de voir ce dernier, le plus souvent de manière implicite dans des usages collectifs, qu'ils soient rituels, gestuels, langagiers ou autres⁷⁹. Le dégagement analytique de ces prescriptions implicites paraît en effet particulièrement approprié pour un terme comme citoyenneté, qui dans ses manifestations explicites ne peut jamais se détacher de l'orientation de la pratique et des imaginaires qu'elles sous-tendent.

79- Frega, R. (2014). The Normative Creature. Toward a Practice-Based Account of Normativity. *Social Theory and Practice*, 40(1), 1-27. doi : 10.5840/soctheorpract20144011

1.3 Problématiser les normativités de la vie civique

[L]es questions sont déjà calculées sur les réponses supposées probables d'après les significations dominantes. Ainsi se constitue une grille telle que tout ce qui ne passe pas par la grille ne peut matériellement être entendu⁸⁰.

- Gilles Deleuze et Claire Parnet, *Dialogues*, 1977.

Les pratiques se centrant sur les utilisatrices et utilisateurs de services s'inscrivent dans des réseaux institutionnels aux différentiels de pouvoir importants et sont reliées aux pratiques et vocabulaires de diverses disciplines impliquées dans le dispositif psychiatrique⁸¹ : elles ont donc des impacts non négligeables sur les représentations et la conduite de la vie de nombreuses personnes vulnérables. Une compréhension adéquate de leur réalité demande la présentation de la multiplicité des tendances qui y cohabitent et des mécanismes d'élaboration des positions s'affichant comme consensuelles. En effet, les tensions au sein du dispositif psychiatrique mettent en lumière des positions divergentes, voire antagoniques, au sein de courants théoriques et pratiques qui coexistent dans ce champ social et qui portent des normativités diverses : par exemple et sans viser à l'exhaustivité, la place des utilisateurs, des utilisatrices et des professionnel-le-s; les types de savoir valorisés; la ou les conception-s de la santé; le mode de vie à adopter et à valoriser; les représentations de l'être humain, de l'individu, des acteurs sociaux et actrices sociales, des sujets et de la société. Ces éléments apportent avec eux différentes conceptions des formes de vie

80- Deleuze, G. et Parnet, C. (1996 [1977]). *Dialogues*. Paris : Éditions Flammarion, coll. Champs, p. 27-28.

81- Otero, M. (2015), *op. cit.*, p. 282.

jugées admissibles, qui représentent des normativités contrastées coexistant dans l'espace social.

La normativité est « une pratique ordinaire, distribuée à tout niveau de la vie sociale⁸² », « *a defining and constituent feature of each and every social practice*⁸³ ». Ainsi peuvent être dégagées de toute pratique des orientations, qui représentent ce qui est jugé comme acceptable et adéquat, du point de vue de la constitution souhaitée d'un certain ordre social : « *the normative work through which social order is maintained and legitimized is being done in ways that are often tacit, as it is performed at the level of shared routines, unconscious habits, ways of doing and speaking that social agents take for granted*⁸⁴ ».

Ces orientations étant implicites, il importe donc pour bien étudier les normativités de ne pas s'en tenir à l'aspect réflexif (conscient), mais d'inclure le non réflexif (spontané, tacite, inconscient)⁸⁵. R. Frega, spécialisé dans l'étude des normativités, présente une courte liste d'éléments qui peuvent entrer en ligne de compte dans leur observation : normes et principes; institutions; rites et autres formes d'organisation spatiale et temporelle; protocoles; procédures et autres types de consignes formalisées; valeurs et attentes; habitudes comportementales et perceptuelles; vocabulaires et métaphores; objets fabriqués et monuments⁸⁶. Ces éléments permettent de noter des manifestations de la norme, qui est elle-même « [n]on écrite, non nécessairement explicite, elle ne relève pas du droit positif où les lois sont écrites, mais elle se traduit dans des usages, des valorisations, des discours, et elle induit des comportements et des jugements⁸⁷ »,

82- Frega, R. (2015). Les pratiques normatives. *SociologieS*, coll. Dossiers, Pragmatisme et sciences sociales : explorations, enquêtes, expérimentations. Récupéré de <http://sociologies.revues.org/4969>

83- Frega, R. (2014), *op. cit.*, p. 7.

84- *Ibid.*, p. 2.

85- *Ibid.*, p. 6.

86- *Ibid.*, p. 8-9.

87- Cornu, L. (2009). Normalité, normalisation, normativité : pour une pédagogie critique et inventive. *Le Télémaque*, 36(2), p. 29.

d'où la nécessité de tenir en compte non seulement les paroles, mais les comportements et les habitudes inconscientes, qui sont intériorisées et incorporées et qui traduisent des orientations normatives.

La pleine citoyenneté, telle qu'envisagée au PIRAP, apparaît comme une notion particulièrement à même de soulever des divergences et des tensions. Effectivement, le concept de citoyenneté sous-tend d'emblée des orientations normatives liées à des manières d'être, de faire et de percevoir, en ce qu'il recouvre à lui seul tant un statut légal qu'un ensemble de rôles sociaux et une attitude civique⁸⁸. L'ajout du qualificatif *pleine* implique de surcroît déjà une appréciation de la qualité de ladite citoyenneté, puisque celle-ci se trouve dès lors opposée à d'autres types de relations aux institutions, aux droits et aux responsabilités, de la part des individus contemporains, saisis à partir de leur statut de citoyen·ne·s⁸⁹.

De plus, les contradictions qui apparaissent au sein du dispositif psychiatrique laissent voir un changement de vocabulaire qui n'est pas toujours accompagné des modifications pratiques impliquées dans ces conceptions transformées⁹⁰. Le rôle d'acteur que les usagers et usagères doivent prendre dans leur processus de soins cohabite par exemple avec des pratiques paternalistes et autoritaires, sous-tendues par des justificatifs du type « c'est pour leur bien », comme par exemple les outils juridiques ou médicaux contraignants, tels les ordonnances de traitements, en nette progression au Québec. De même, il importe de se questionner sur les possibilités réelles de critiques et d'auto-organisation de la part des usagers et usagères, ainsi que l'espace qui leur est accordé par les instances établies de soins, de recherche et

88- Définition tirée du site web de l'IUSMM, qui mobilise le concept comme thème d'importance dans sa documentation organisationnelle. IUSMM. (2016a), *op. cit.*

89- *Ibid.*

90- Hamer, H. P. et coll., *op. cit.*, p. 203.

d'enseignement, institutions qui sont elles-mêmes visées par les critiques et qui demeurent contrôlées par les professionnel·le·s de la santé et le MSSS.

Comprendre ce que représente la pleine citoyenneté paraît alors essentiel pour cerner ce qui est produit, dans des contextes et milieux spécifiques : quelles sont les normativités présentes et, du coup, quelles sont celles qui ont préséance, qui sont choisies et qui sont mises de l'avant? La reprise du pouvoir, telle que revendiquée par plusieurs et présentée comme un objectif dans les grandes orientations de soins, implique sans contredit une analyse critique des outils conceptuels et pratiques qui sont utilisés pour y parvenir⁹¹.

La recherche présentée ici présente certaines retombées utiles potentielles : une étude de type ethnographique cherche à comprendre la pratique effective d'un groupe social particulier, dans le but d'en tirer une appréhension riche et critique, ce qui peut avoir des conséquences positives tant du côté des participant·e·s à l'étude que de celui de praticien·ne·s du domaine. En ce qui a trait aux participant·e·s, elle peut leur permettre d'acquérir une plus grande réflexivité sur leur pratique, tant à partir des résultats de la recherche que directement par la participation aux groupes de discussion; elle peut aussi faciliter un processus d'inflexion de leur pratique dans des directions qui leur importent. Du côté des praticien·ne·s du domaine psychiatrique, une telle étude peut servir à mieux se représenter les tenants et aboutissants de ce type d'initiatives (recherche participative, pleine citoyenneté), qui demeurent peu étudiées dans leur déploiement concret et leurs contradictions, bien qu'elles soient abondamment mises de l'avant et présentées comme novatrices et porteuses d'un avenir meilleur.

Cette recherche vise donc à mieux comprendre certains des modes et des formes d'inscription subjective de normativités contemporaines liées à la citoyenneté, à partir

91- McCarthy, T. (1990). The Critique of Impure Reason: Foucault and the Frankfurt School. *Political Theory*, 18(3), p. 440-441; Bourdieu, P. (1978). Sur l'objectivation participante. Réponse à quelques objections. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 23(1), p. 69.

d'une initiative novatrice de patients partenaires au sein du dispositif psychiatrique montréalais. Elle cherchera à éclairer *les normativités favorisées au PIRAP, par son programme de recherche axé sur le rétablissement civique et l'exercice de la pleine citoyenneté.*

CHAPITRE II

ORIENTATIONS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

L'épreuve nouvelle, à laquelle est soumis le « sujet » [producteur de science], est d'avoir affaire à des êtres susceptibles [...] de répondre à des questions sans intérêt comme si elles étaient pertinentes, voire de se laisser persuader qu'elles le sont puisque le scientifique « sait mieux »; en tous cas à des êtres qu'aucun moyen ne peut rendre indifférents au fait qu'ils sont interrogés⁹².

- Isabelle Stengers, *L'invention des sciences modernes*, 1993.

La production d'une étude implique la mise en lumière des orientations théoriques et méthodologiques choisies. Il s'agit là non seulement d'un aspect traditionnel des exigences académiques, mais surtout d'un dévoilement nécessaire à l'évaluation de la pertinence de la recherche : toute piste analytique suivie, comme toute conclusion, se base sur un cadre de pensée qui, rendu explicite, permet de cerner les insertions et la portée du discours présenté, son argumentation et son aboutissement. De même, la prise de contact avec une réalité préexistante implique une manière de faire, qu'il convient

92- Stengers, I. (1995 [1993]). *L'invention des sciences modernes (2e éd.)*. Paris : Édition Flammarion, coll. Champs, p. 166. (Souligné dans l'original.)

de rendre visible, en ce qu'elle joue un grand rôle dans le découpage du réel et les orientations analytiques subséquentes.

2.1 Cadre analytique : acteur-réseau et outils foucaaldiens

*L'unité réelle minima, ce n'est pas le mot, ni l'idée ou le concept, ni le signifiant, mais l'agencement. C'est toujours l'agencement qui produit les énoncés*⁹³.

*[C]'est vrai, ce que dit Foucault, que toute formation de pouvoir a besoin d'un savoir qui, pourtant n'en dépend pas, mais qui, lui-même, n'aurait pas d'efficacité sans elle*⁹⁴.

- Gilles Deleuze et Claire Parnet, *Dialogues*, 1977.

Le cadre conceptuel et théorique mobilisé se situe à l'intersection des orientations tracées par la théorie de l'acteur-réseau (ANT, d'après son acronyme anglophone⁹⁵) et des travaux sur la société occidentale moderne réalisés par Michel Foucault.

Le premier volet de ces orientations analytiques est tiré de l'ANT. Non seulement cette sociologie est utilisée au PIRAP⁹⁶, mais, surtout, elle permet de saisir les insertions et implications de la normativité. En effet, la mobilisation de conceptions et de pratiques s'inscrit dans une totalité où les éléments sont indissociables les uns des autres : la pratique du PIRAP n'est par exemple pas adéquatement saisissable sans une compréhension des textes auxquels elle se réfère, des concepts qui y sont mobilisés,

93- [Souligné dans l'original.] Deleuze, G. et Parnet, *op. cit.*, p. 65.

94- *Ibid.*, p. 106.

95- L'acronyme anglophone est utilisé afin de conserver une part de l'humour qui y est associé par Latour, puisque ANT signifie « fourni » en anglais et que ce terme représente bien « un voyageur myope qui ne peut suivre des traces qu'en les reniflant et qui marche à l'aveugle et en groupe [...] », tel le chercheur en science ou l'individu en société. Latour, B. (2006). *Changer de société. Refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte, p. 18-19.

96- PIRAP. (2015a), *op. cit.*

des institutions avec lesquelles elle entre en contact, ni même des individus qui la produisent au quotidien dans leur manière de traduire les références adoptées pour le contexte local considéré.

La spécificité de l'ANT tient à ce qu'elle vise à saisir l'agentivité concrète des éléments non humains constituant ledit réseau. En cela, elle permet de prendre en compte les visées et contraintes inscrites dans les objets et idées utilisées dans diverses situations, telles les classifications et références scientifiques⁹⁷, les techniques et technologies utilisés, allant de la psychothérapie à la réalité virtuelle, en passant par des conférences et des formations sur mesure, ou encore la médication psychotrope. La compréhension des standardisations implicites paraît particulièrement utile dans le domaine de la psychiatrie, en ce qu'il s'agit d'un domaine où aucun concept n'y est libre d'interprétation appréciative de la part de ceux et celles qui le manipule : est par exemple incontournable à l'identification des pathologies mentales une appréciation du fonctionnement individuel⁹⁸. La maladie est, ici comme ailleurs, « le sens social donné à un état⁹⁹ ».

Des termes comme celui de maladie se réfèrent en effet à, et mettent en action, un ensemble de références : institutions, auteurs et autrices, recherches, ouvrages, modèles et théories. Les conceptualiser comme un réseau permet de les décrire en évitant d'en

97- Trompette, P. et Vinck, D. (2009). Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 1(3), p. 18. <http://dx.doi.org/10.3917/rac.006.0005>

98- L'Échelle globale du fonctionnement (EGF) permet de coter l'axe V du « fonctionnement global » dans le 4e *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie (APA), dit DSM-IV, tandis que le DSM-5 (2013) privilégie l'utilisation de l'évaluation du fonctionnement développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soit l'*Assessment of Functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)*. [American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; - APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; - Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Genève: Organisation mondiale de la santé.]

99- Sicot, F, *op. cit.*, p. 220.

saisir uniquement le contenu, à partir des idées ou valeurs promues, pour plutôt saisir l'inscription sociale concrète des idées émises telles que pratiquées, la trajectoire qui est tracée par leur usage, de même que d'en extraire une orientation stratégique. Cette dernière n'a pas à être directement conceptualisée par les acteurs et actrices, puisqu'elle n'est que rarement un projet conscient mené clairement par un sujet identifiable¹⁰⁰ : elle est identifiée par l'analyse, à partir d'un pas de recul qui permet l'identification d'une direction d'ensemble, une stratégie anonyme¹⁰¹. La direction ainsi identifiée pourrait être contraire aux visées rationnellement poursuivies par les personnes en situation : il ne s'agit toutefois pas de juger de l'intention des acteurs et actrices, mais de regarder les effets produits par une conjonction d'actions diverses, hétérogènes entre elles et ne présentant aucune coordination formelle.

L'ANT consiste ainsi en une approche théorique offrant une large place à la matérialité des relations sociales et aux effectivités empiriques de principes et d'idées, dont la saisie à partir du point de vue idéal et moral n'offre que peu de possibilités analytiques au-delà de l'argumentation et de l'opinion. À ce titre, la notion de dispositif permet de rendre compte de ce réseau agissant¹⁰², qui regroupe l'ensemble hétérogène¹⁰³ de « tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants¹⁰⁴ ». Ce terme n'est pas issu de l'ANT, mais,

100- Olivier, L. (1988). La question du pouvoir chez Foucault : espace, stratégie et dispositif. *Revue canadienne de science politique*, 21(1), p. 91.

101- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité I*. Paris : Éditions Gallimard, p. 125.

102- Le « cadrage qui contraint les interactions en évitant les débordements agit simultanément comme un dispositif de connexion. Il définit un lieu cadré (celui de l'interaction) et dans le même temps le connecte à d'autres lieux également cadrés ». Callon, M. (2006). *Sociologie de l'acteur-réseau* (par. 20). Dans M. Akrich, M. Callon et B. Latour (dir.). *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Paris : Presses des mines. Récupéré de <http://books.openedition.org/pressesmines/1201#access>

103- Deleuze, G. (1989). « Qu'est-ce qu'un dispositif ? ». Dans *Michel Foucault philosophe* (p. 185-195). Paris : Seuil, coll. Des Travaux.

104- Agamben, G. (2007). *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Paris : Payot et Rivages, p. 31.

dans l'usage qui en sera fait ici, provient plutôt des travaux de Foucault. Il peut néanmoins être relié à l'ANT, car la conception du dispositif et celle du réseau présentent des similitudes et des jonctions. En effet, le dispositif d'après Foucault, « c'est, premièrement, un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments¹⁰⁵ ».

La définition d'un acteur-réseau par l'ANT recoupe celle de dispositif, en ce que l'action y est le résultat même des configurations qui relient humains et non humains : il s'agit là d'une volonté de dépassement de la dualité entre agentivité et structure, par la conceptualisation des actions comme résultats d'ensemble stabilisés et mis en liens¹⁰⁶. Dans le dispositif foucauldien comme dans l'acteur-réseau de l'ANT, il y a un assemblage matériel-sémiotique¹⁰⁷, où le résultat n'est pas le fruit d'un déterminisme, mais plutôt de la mise en lien graduelle et proximale d'éléments hétérogènes¹⁰⁸. La différence réside principalement dans le lieu où est située l'agentivité : un dispositif paraît « accueillir » des sujets agissants, tant qu'un acteur-réseau est celui-là même qui agit. L'ANT permet en sus de concevoir le social non comme un environnement dans lequel baignent des individus, mais comme le produit toujours à renouveler des actions de ceux-ci : « la société doit être composée, établie et maintenue¹⁰⁹ », à partir de sites

105- Foucault, M. (2001 [1977]). Le jeu de Michel Foucault. Dans *Dits et écrits II. 1976-1988*. Paris : Éditions Gallimard, p. 299.

106- Crawford, C. S. (2004). Actor Network Theory. Dans G. Ritzer (dir.). *Encyclopedia of Social Theory*. (p. 1-3). Thousand Oaks : SAGE Publications.

107- Foucault, M. (2012 [1981]). *Mal faire, dire vrai. Fonction de l'aveu en justice. Cours de Louvain, 1981*. Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, p. 12;

- Law, J. (1999). After ANT: complexity, naming and topology. *The Sociological Review*, 47, p. 3.

108- Foucault, M. (2001 [1977]), *op. cit.*, p. 299; Law, J., *op. cit.*, p. 5.

109- Callon, M., *op. cit.*, par. 16.

toujours localisés, impliquant des interactions entre des individus humains et non humains.

Le deuxième volet du cadre conceptuel est résolument foucauldien. Bien que passablement étrangère au bagage conceptuel de l'ANT, quelques éléments peuvent la relier à cette dernière, dont le décentrement du sujet comme unité d'analyse centrale¹¹⁰ et une préoccupation pour l'ontologie, une demande exprimée par B. Latour, lui-même l'un des fondateurs de l'ANT¹¹¹. Foucault présente ainsi une ontologie cohérente, où la subjectivité est l'agencement de savoirs, les *strates*, à l'aide de pouvoirs, techniques de soi et autres *forces*¹¹². Cette ontologie implique l'indissociabilité du sujet et des savoirs qu'il utilise pour se comprendre (ou qu'on utilise à son endroit), de même que les liens de ceux-ci avec « toute une épaisseur de pratiques¹¹³ » où le sujet occupe des places et fonctions, où il développe des objectifs et des stratégies.

C'est cet aspect ontologique qui pousse à faire appel à cet auteur, malgré les nombreuses critiques sociologiques adressées à l'utilisation dans cette discipline de la pensée foucauldienne¹¹⁴. Loin d'accorder foi à des lectures qui voit chez Foucault un pessimisme insurmontable et, donc, une conception cul-de-sac du social¹¹⁵, je¹¹⁶

110- Olivier, L., *op. cit.*, p. 91; Collier, S. J. (2009). Topologies of Power. Foucault's Analysis of Political Government beyond 'Governmentality'. *Theory, Culture & Society*, 26(6), p. 94.

111- Charvolin, F. (2006). Sociologiser avec Latour. À propos de « Changer de société-Refaire de la sociologie, Paris, La découverte, 2006 ». *Développement durable et territoires*. [En ligne] (Lectures, Publications de 2006), par 3. Récupéré de <http://developpementdurable.revues.org/2956>

112- Deleuze, G. (2004 [1986]). *Foucault*. Paris : Les Éditions de Minuit, coll. Reprise, p. 103 et 121.

113- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours*. Paris : Éditions Gallimard, p. 19.

114- Par exemple celles de Martuccelli, D. (2006). Michel Foucault et les impasses de l'ordre social. *Sociologie et société*, 38(2), 17-34. doi : 10.7202/016370ar et de Fox, N. J. (1998). Foucault, Foucauldians and Sociology. *The British Journal of Sociology*, 49(3), 415-433.

115- Martuccelli, D. (2006), *op. cit.*

116- L'utilisation de la première personne du singulier, bien que passablement étrangère à la recherche universitaire, est ici un choix conscient : elle provient d'une sensibilité à l'épitémologie située, issue notamment des réflexions féministes, ainsi que du volonté de reconnaissance de la présence de l'auteur, malaisée avec le « nous ». Voir Bouilloud, J.-P. (2007). Le chercheur, un autobiographe malgré lui. Dans V. De Gaulejac, F. Hanique et P. Roche (dir.), *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques* (p. 75-89). Toulouse : ERES.

considère au contraire que l'articulation savoir-pouvoir-pensée chez cet auteur permet de concevoir les possibilités subjectives d'une manière critique et non naïve, en plus d'aborder de front les limites conceptuelles de catégories de pensées devenues naturelles¹¹⁷. Les écrits de Foucault s'intéressent ainsi notamment à la disciplinarisation des corps et au développement de concepts de soi liés à des pratiques de pouvoir¹¹⁸.

Les déploiements tardifs des travaux de Foucault, particulièrement les cours au Collège de France connus sous les titres de *Sécurité, territoire, population* (1977-1978) et *Naissance de la biopolitique* (1978-1979), permettent de lier ces outils avec une analyse de l'État et du gouvernement des humains¹¹⁹, ce qui semble particulièrement adéquat dans le cadre d'une étude touchant des aspects centraux aux politiques ministérielles actuelles en santé mentale. Lorsque le regard se porte sur le dispositif psychiatrique, il y trouve un ensemble de pratiques qui participent au régime (néo)libéral de gouvernementalité qui caractérise la société contemporaine, en ce qu'elles s'intéressent au bien-être des individus et des populations, en faisant appel à la vérité professée par différentes disciplines scientifiques et en visant au final pour le sujet un fonctionnement jugé adéquat dans chacun des environnements où il évolue¹²⁰. Ces discours et ces savoirs sont en retour utilisés par les individus pour se comprendre et se construire.

L'utilisation de Foucault tiendra surtout lieu de cadre pour structurer l'analyse. Il ne s'agit pas en cela d'un usage qui vise à confirmer la justesse des analyses et intuitions de ce penseur par trop célèbre, ou à reproduire ce qu'il a dit à propos de la naissance de la psychiatrie, mais d'une mobilisation de certaines de ses catégories pour penser les

117- McCarthy, T., *op. cit.*, p. 440-441.

118- Tout particulièrement les ouvrages de Foucault *Surveiller et punir* et *La volonté de savoir*.

119- Foucault, M. (2004a). *Sécurité, territoire, population, cours au Collège de France (1977-1978)*. Paris : Éditions Gallimard/Seuil. Et Foucault, M. (2004b). *Naissance de la biopolitique, cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris : Éditions Gallimard/Seuil.

120- Otero, M. (2006). La sociologie de Michel Foucault : une critique de la raison impure. *Sociologie et sociétés*, 38(2), p. 51 et 54.

pratiques, leur contenu conceptuel et leurs effets sur les individus. Ainsi, comme le matériau principal de recherche proviendra de la parole des participant·e·s, il s'agira d'appréhender ces expériences subjectives à partir des pratiques de soi qu'elles mettent en œuvre. Ces pratiques devront de suite être inscrites dans les savoirs qui les informent : à quoi s'intéressent-ils, que mettent-ils en lumière et, au contraire, que laissent-ils dans l'ombre? Ces savoirs sont eux-mêmes inséparables des conditions dans lesquelles ils émergent : les savoirs développent leurs régimes de vérité à partir des situations qui les ont permis; leur mobilisation localisée répond à des contraintes et possibilités semblables¹²¹. Ces utilisations ne sont pas pour autant la simple reproduction des conditions sociohistoriques ayant présidé à la constitution d'un savoir particulier ou d'un système de pensée : elles peuvent être en phase ou non avec les stratégies anonymes¹²² dégagées par l'analyse – ce sont justement ces tensions qui sont le moteur comme l'intérêt de la présente démarche de recherche.

Les stratégies anonymes sont des tendances identifiées à partir des rationalités locales : elles ne sont pas pensées directement par les acteurs d'une situation, mais émergent plutôt de la conjonction et de l'articulation des processus et raisonnements effectivement mis en place par ces mêmes acteurs¹²³. Le résultat général peut diverger des rationalisations ou compréhensions consciemment, intentionnellement, associées à ces pratiques¹²⁴ : il s'agit d'un niveau d'appréhension plus abstrait, où sont dégagées des normativités et orientations dans la convergence des effets produits et où il n'existe plus de porte-paroles¹²⁵. De même, les catégories mobilisées impliquent des standardisations implicites, en ce qu'elles mettent en forme la réalité à partir d'une

121- Gros, F. (2004). Michel Foucault, une philosophie de la vérité (p. 13-14). Dans F. Gros, (dir.) (2004). *Michel Foucault. Philosophie : anthologie*. Paris : Éditions Gallimard, coll. folio/essais.

122- Foucault, M. (1976), *op. cit.*, p. 125.

123- *Ibid.*

124- Lascoumes, P. (2004). La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir. *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, 13-14 [En ligne]. Récupéré de <http://leportique.revues.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/625>

125- Foucault, M. (1976), *op. cit.*, p. 125.

certaine découpe de celle-ci, tout en laissant dans l'ombre, dans l'ordre de l'innommable et de l'impensable, des éléments non pris en compte par sa vision explicite et conscientisée du monde¹²⁶. Le thème des normativités vient englober ce qui est entendu par la mise en forme de soi et du social, à partir des dispositifs et de discours. Les visions du monde énoncées et reconnues dans les propos mènent à la (re)production localisée de la société, à travers la mise en place de formes-de-vie jugées admissibles et propices à une « bonne santé mentale », comme à une participation citoyenne pleine et entière, dans ses aspects individuels et sociaux.

Le cadre d'analyse présenté ici tente donc de partir du vécu des participant·e·s, tel qu'ils et elles le rapportent et le rationalisent dans le cadre de groupes de discussion, en reconnaissant et en respectant celui-ci, mais sans s'y tenir. Il ne s'agit pas en effet de rapporter fidèlement ces paroles : un tel ancrage phénoménologique ne permet pas une prise en compte conséquente de l'ontologie savoirs-pouvoirs-être ni la nécessaire remise en question des catégories de pensées et des pratiques. Il apparaît en effet que trop souvent des intentions louables font usage de concepts et de stratégies qui, dans leur forme, reproduisent ce qu'à la base on tentait de transformer. Il s'agit donc de tenter de naviguer l'espace inconfortable entre le dialogue et la critique, en visant à ne pas reproduire une posture en surplomb, qui évoque par trop le sempiternel monologue raisonnable à propos de la folie.

126- Trompette, P. et Vinck, D., *op. cit.*, p. 18.

2.2 Méthode : un programme ethnographique

L'écriture, moyen pour une vie plus que personnelle, au lieu que la vie soit un pauvre secret pour une écriture qui n'aurait d'autre fin qu'elle-même. Ah, la misère de l'imaginaire et du symbolique, le réel étant toujours remis à demain¹²⁷.

- Gilles Deleuze et Claire Parnet, *Dialogues*, 1977.

La méthode ethnographique retenue pour cette recherche est ancrée dans la tradition des sciences sociales et permet de répondre à quelques exigences liées tant à la discipline sociologique qu'à la conformation de l'objet de recherche.

Cette méthode présente tout d'abord une cohérence avec les orientations analytiques retenues : la société étant stabilisée en action, à tous moments et en tous lieux, il convient de s'approcher au plus près de la situation empirique afin de saisir cette production¹²⁸. L'observation, la participation, le contact et, surtout, leur reddition par écrit, constituent le cœur de cette pratique, qui permet dès lors de décrire densément¹²⁹ les processus sociaux entourant une situation localisée, en partant de ce que les personnes qui la vivent elles-mêmes en disent et de ce que l'analyste y perçoit et vit. Dans cette optique, la place de l'analyste est centrale à ce type de démarche. Elle est incontournable, parce que ce qui est produit est un texte, ce mémoire dont l'auteur est une seule personne, même s'il tente d'y faire entendre une multitude de voix. L'ethnographie, tant pour la place au sein des interactions qui occupe l'analyste, que pour son intérêt pour la reddition par écrit du processus vécu et analysé, permet de ne pas faire abstraction de ces éléments, de les inclure, de rappeler en quelque sorte que

127- Deleuze, G. et Parnet, C., *op. cit.*, p. 63.

128- Latour, B., *op. cit.*, p. 17 et 166.

129- Geertz, C. (1998 [1973]). La description dense. *Enquête* [En ligne], 6. doi : 10.4000/enquete.1443

tout chercheur est un « autobiographe malgré lui¹³⁰ ». Ces éléments de contact et de distance entre l'analyste, la voix des personnes rencontrées et le texte élaboré soulèvent des questions épistémologiques et éthiques d'importance pour la discipline sociologique, mais redoublées par le domaine d'étude qu'est la psychiatrie.

L'approche ethnographique répond à une exigence qui traverse non seulement les milieux universitaires, mais qui entre aussi en résonance avec l'époque contemporaine : l'appel à une plus grande écoute des personnes concernées par une situation elle-même, plutôt que de parler en leur nom. La volonté de partir du vécu et des paroles des personnes concernées par la pratique étudiée tient également à l'objet de la présente recherche. En effet, l'histoire de la psychiatrie et l'importance en son sein du « monologue de la raison sur la folie¹³¹ » implique un positionnement éthique qui cherche à ne pas reproduire les différentiels de pouvoir qui constituent ce domaine de savoir-pouvoir, si l'objectif est de prendre acte des nombreuses critiques de cet état de fait par les usagers et usagères. Le choix d'une méthodologie ethnographique sert dès lors à être au plus près de ce que celles et ceux-ci ont à dire et à faire émerger les conclusions à partir de leurs voix.

Avec ces éléments en tête, deux volets de l'ethnographie ont été envisagés pour le terrain : l'observation participante et les entretiens de groupe. Ils correspondent à la mise en forme de techniques pour récolter les pratiques et les paroles qui ont cours au PIRAP. L'ethnographie élaborée ici consiste donc à recueillir des discours en groupe et à observer ce que l'analyste arrive à voir, à percevoir et à noter.

Les paroles recueillies, qui constituent le matériau central à cette recherche, l'ont été dans des groupes de discussion focalisée qui ont été conduits par l'auteur et enregistrés, pour ensuite être retranscrits et interprétés. Ces groupes consistent en rencontres

130- Bouilloud, J.-P., *op. cit.*

131- Tiré de la préface à la première édition de *Folie et Dérison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Foucault, M. (2001 [1961]), *op. cit.*, p. 188.

formelles de groupe, où une discussion semi-dirigée est réalisée sous la conduite d'un ou plusieurs animateur·s ou animatrice·s¹³². Ils cherchent à recueillir les impressions et opinions de personnes sur un thème qui les rejoint. La sélection de cette modalité provient de la problématique : cette méthode paraît particulièrement appropriée pour saisir les tensions et divergences en ce qui a trait aux normativités concurrentes. En effet, l'échange entre plusieurs personnes, qui fréquentent de surcroît le même lieu et qui, donc, ont des pratiques semblables, a paru adéquat pour faire émerger des lignes de fracture, points de friction et autres controverses, particulièrement propices à observer et saisir comment les éléments soulevés émergent, puis sont choisis et sont stabilisés pour (re)produire la pratique effective du lieu qu'est le PIRAP¹³³.

Les groupes de discussion visaient à regrouper de 8 à 12 personnes, nombre suffisant d'après la documentation pour permettre une diversité de positions, tout en évitant une trop grande uniformité (groupe trop petit) ou la création de sous-groupes ou de sous-discussions (groupes trop grands)¹³⁴. Ils ont dans les faits réuni sept (7) participant·e·s, ont été animés par l'étudiant-chercheur et ont abordé une diversité de thèmes liés au domaine psychiatrique en général, tout comme à la pratique du PIRAP en particulier, notamment la pleine citoyenneté, les rapports au dispositif psychiatrique, les savoirs utilisés, le retour à l'emploi, le vécu au PIRAP, les rapports aux intervenant·e·s. Un canevas complet se retrouve à l'Annexe C.

Il y a eu trois groupes de discussion, dont le nombre précis ne pouvait être déterminé à l'avance : il l'a été à partir de la saturation des données atteinte. D'après les écrits dans le domaine, il paraissait raisonnable d'envisager un nombre de groupe qui se situerait

132- Desrosiers, J. et Larivière, N. (2014). Le groupe de discussion focalisée : application pour recueillir des informations sur le fonctionnement au quotidien des personnes avec un trouble de personnalité limite. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 257-282). Québec : Presses de l'Université du Québec.

133- Latour, B., *op. cit.*, p. 234.

134- Desrosiers, J. et Larivière, N., *op. cit.*

entre trois et six séances de trois heures chacune¹³⁵. Dans la recherche effectivement conduite, trois (3) groupes ont été prévus à l'avance et la possibilité d'ajouter des séances est demeurée ouverte. Il est rapidement apparu que ces trois (3) séances seraient suffisantes pour recueillir un matériau adéquat à un projet de maîtrise, en termes de quantité de thèmes et de recoupement des idées abordées par les participant·e·s. À la fin du premier groupe, il apparaissait à l'auteur que suffisamment de matériel avait déjà été abordé pour permettre une rédaction d'un mémoire de maîtrise! Les séances suivantes ont confirmé cette impression et les thématiques se sont rapidement recroisées, certain·e·s participant·e·s présentant les mêmes propos à quelques reprises, confirmant la saturation des données visées.

Un quatrième groupe, dit « de validation », a aussi eu lieu : il visait à mettre en place un processus minimalement itératif, afin d'éviter de n'être centré que sur les préoccupations de l'auteur. Ainsi, ce groupe a été mené après les trois autres groupes, à partir des conclusions provisoires de l'auteur, mises en forme dans un document qui a été remis aux participant·e·s une semaine à l'avance; il se trouve en Annexe E. En présentant les conclusions aux participant·e·s, ce qui était recherché n'était pas la confirmation de la justesse des analyses, elles-mêmes tirées du bagage théorique de l'auteur et de ses intérêts, valeurs et autres, que les participant·e·s ne maîtrisaient ou ne partageaient pas nécessairement. Plutôt, il était permis de s'attendre que l'absence d'une thématique jugée cruciale ou encore une interprétation trop appuyée aurait fait réagir les membres du groupe.

L'animation du groupe de validation a été réalisée par une personne externe à l'étude et au PIRAP, provenant du réseau de contacts personnel de l'auteur et ayant gracieusement accepté de jouer ce rôle. Il s'agissait là d'une exigence du Comité d'évaluation scientifique (CÉS) et du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'IUSMM qui visait

135- *Ibid.*

à favoriser la liberté de parole des participant·e·s aux groupes de discussion : la présence de l'étudiant-chercheur aurait réalistement pu contraindre la teneur des réactions aux conclusions proposées.

Les participant·e·s ont reçu une compensation financière pour leur participation, d'un montant de 25\$ par groupe de discussion. Le choix d'une participation monnayée présente des aspects positifs et négatifs en ce qui a trait au matériau récolté dans une recherche. Du côté négatif, nous retrouvons surtout un biais potentiel en terme de motivation à la participation, qui pourrait dans l'absolu pousser à participer uniquement en raison de cette compensation. Compte tenu du fait que d'autres éléments du genre peuvent venir teinter la recherche (par exemple, valorisation narcissique par la participation à un projet universitaire, volonté de se valoriser aux yeux d'un chercheur ou d'une chercheuse) et que ceux-ci sont inévitables dans le cadre d'une recherche impliquant des êtres humains¹³⁶, il devenait peu pertinent de les prendre en compte dans la réflexion sur la rémunération de la participation, puisqu'en ce sens il s'agit moins d'un biais qu'un d'un élément réel de la pratique étudiée.

À cela s'ajoute l'élément central ayant déterminé le choix de dédommager les participant·e·s, qui provient d'une réflexion et d'une posture éthiques en recherche : celle de reconnaître et de valoriser le savoir des personnes rencontrées. Comme les chapitres III et IV le montreront particulièrement, la reconnaissance et la valorisation du savoir dit expérientiel des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale sont des orientations centrales de la pratique du PIRAP et elle est partagée par les personnes ayant participé aux groupes de discussion réalisés. De même, rétribuer les participant·e·s, plutôt que d'en quelque sorte s'appropriier leur travail gratuit pour le

136- Larivière, N., Briand, C. et Corbière, M. (2014). Les approches de recherche participatives: Illustration d'un partenariat pour l'amélioration des pratiques de réadaptation en santé mentale au Québec. Dans M. Corbière et N. Larivière. (dir.). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presse de l'Université du Québec, p. 658.

valoriser sans qu'ils et elles en retirent un quelconque bénéfice matériel, est apparu éthiquement sensé et cohérent avec l'objet de recherche.

Les éléments recueillis dans les différents groupes de discussion l'ont été sous forme de notes d'observation et d'enregistrements audio. Une transcription des enregistrements a été effectuée, afin de permettre le traitement du matériel récolté. Ce traitement a été effectué par analyse thématique : la sélection des thèmes s'est effectuée graduellement, suite à la conduction des différents groupes de discussion.

Le mode de sélection de ces thèmes n'a pas suivi une méthode de thématization formelle, quantitative ou systématique. Ces deux formes ne sont en effet pas nécessairement représentatives de l'importance d'une thématique pour le groupe : le nombre d'apparitions ou la dénomination répétée d'un thème ne sont pas des signes qui montrent nécessairement ou d'emblée l'importance de celui-ci pour les participant·e·s. Une apparition répétée piste certes vers une prise en compte de la thématique concernée, mais éгалer nombre avec importance paraît méthodologiquement abusif. De même, des thèmes émotivement importants ne sont pas nécessairement facilement nommables ou exprimables : ainsi, ils peuvent apparaître rarement, en raison de la difficulté à les aborder, ou être difficilement définissables par des concepts, puisque l'herméneutique de tels phénomènes n'est peut-être pas accessible à la personne qui parle¹³⁷. D'autres éléments viennent complexifier encore la caractérisation de l'importance des thématiques de discussion : celles-ci émergent en partie de manière contingente à la conduite du groupe, à ses dynamiques internes et aux relances de l'animation. Le choix d'un mode de thématization revêt dès lors une part d'arbitraire et laissera inévitablement une part du contenu dans l'ombre.

137- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice. Power & the Ethics of Knowing*. Oxford : Oxford University Press, p. 151.

Les citations tirées des groupes, que l'on retrouve dans le présent texte, ont été retravaillées, en termes de vocabulaire et de syntaxe, afin de les rendre plus facilement lisibles et compréhensibles, car la retranscription littérale du parlé oral rend le texte lourd et difficile. Ce type de travail des verbatims ne modifie pas la présente analyse, qui ne s'est pas attardée ni aux niveaux de langage ni aux relations entre les propos, leurs moments d'énonciation, leurs locuteurs et locutrices : c'est le contenu idéal qui a été ciblé, dans son lien avec le contexte général et l'insertion dans des bagages conceptuels englobants.

L'observation réalisée dans le cadre de cette recherche peut être qualifiée de participante. En effet, une pure posture d'extériorité aux pratiques observées est impossible à réaliser : même la présence d'une caméra implique un effet potentiel sur les agissements de personnes réalisant leurs activités. De plus, dans le cadre de la présente étude, l'étudiant-chercheur allait être présent dans des réunions de travail et dans les locaux de l'organisme, ce qui impliquait d'inévitables échanges et le tissage de relations interpersonnelles avec les personnes présentes. La caractère participatif de l'observation à réaliser vise à rendre compte de ces éléments.

Cette immersion dans le milieu visait à compléter les discours rationalisés récoltés à travers les entretiens formels de groupe par des éléments plus liés à la spontanéité, l'affect et le vécu ordinaire. Elle a consisté en observations de ce qui se passe effectivement dans les locaux du PIRAP, dans les limites de ce à quoi j'ai pu avoir accès : ces observations regroupent autant le travail qui a effectivement lieu, des conversations informelles avec les participant·e·s, que les lieux où tout ceci se déroule, puisque ceux-ci influencent la pratique¹³⁸. Le terme (bancal) de *pratique·s* est retenu ici pour y référer, surtout dans une volonté de préciser les méthodes utilisées et de les différencier de celles retenues pour les groupes de discussion, en ce que ces deux

138- Foucault, M. (2001 [1977]), *op. cit.*, p. 299.

univers se recoupent tout en divergeant sensiblement : d'un côté, plus d'informel et de spontanéité, de l'autre une structure formelle et des rôles plus établis; d'un côté, un centrage sur des paroles rationalisées, colorées par des postures et attitudes en lien avec la présence d'un chercheur qui enregistre et, de l'autre, des agissements plus routiniers, certes teintés par ma présence, mais ancrés dans des habitudes établies.

Une grille d'observation détaillée a été élaborée afin de servir de guide au chercheur quant aux éléments qui peuvent être observés et à propos desquels des notes d'observation peuvent être prises; elle est placée en Annexe D. Ce qui a été observé peut être résumé d'après ces grands thèmes d'observation : rapports interindividuels et de groupe, procédures de conversation et de décision, savoirs mobilisés, tâches effectuées, organisation physique des lieux, activités quotidiennes, rapports à l'étudiant-chercheur. Il s'agit ici de rendre compte des pratiques du PIRAP, tel que les groupes de discussion ne les ont pas abordées, mais qui ont néanmoins une pertinence sans équivoque en ce qui concerne les normativités présentes en ce lieu. L'activité quotidienne est en effet une illustration directe, non rationalisée et sans l'effet de distorsion des justifications a posteriori, de ce qui est en jeu et en construction dans une pratique sociale quelconque¹³⁹. À noter que le formulaire de consentement (disponible en Annexe B) signé par les participant·e·s stipulait qu'ils et elles acceptaient, en participant à ce projet de recherche, d'être observé·e·s lors des présences de l'étudiant-chercheur dans les locaux du PIRAP. La pratique de l'observation n'a pas semblé préoccuper les participant·e·s ou les gêner de quelque façon que ce soit : leurs interactions sont demeurées semblables dès les premiers contacts. De bonnes relations ont été tissées avec plusieurs : cordialité, échanges de politesse et de banalités, discussions informelles. Il se dégageait une attitude de confiance et une apparence

139- Proulx, S. (1994). Une lecture de l'œuvre de Michel de Certeau : L'invention du quotidien, paradigme de l'activité des usagers. *Communication. Information Médias Théories*, 15(2), p. 176.
doi : 10.3406/comin.1994.1691

d'habitude d'être dans le cadre de la recherche. Du côté de ma participation, ma présence à certaines réunions hebdomadaires, même si je m'assoiais en retrait du groupe, ne passait pas inaperçue. En effet, à divers moments des questions où des commentaires m'étaient adressés : j'ai souvent aussi sollicité pour mon opinion, apparemment en raison du « statut d'autorité » conféré par la réalisation d'une étude, en plus de porter le titre d'ergothérapeute, et ce, bien que le statut d'étudiant ait été rappelé à maintes reprises et que ma volonté de ne pas participer aux décisions internes du PIRAP ait été réexpliquée.

L'inclusion dans l'observation d'éléments divers, qui peuvent paraître à première vue déborder de la question de recherche directement centrée sur la normativité, vise à recueillir des aspects non rationalisés, non directement présents à la conscience des acteurs sociaux, qui peuvent dès lors être absents des seuls mots recueillis en groupe de discussion. Cela, dans l'objectif que « *we should resist a straightforward identification of normativity with discursive, rational, argumentative practices*¹⁴⁰ ». Ces éléments seront recueillis sous forme de notes d'observation, permettant de qualifier non seulement la teneur des propos, mais la manière dont ceux-ci sont énoncés, reçus, de même que le contexte de cette énonciation.

L'utilisation d'un journal de bord a été privilégiée, où les impressions liées à l'observation ont été consignées. Il s'agit d'une pratique courante et validée en ethnographie, depuis Malinowski¹⁴¹, en passant par Favret-Saada¹⁴² et divers manuels

140- Frega, R. (2014), *op. cit.*, p. 13.

141- Malinowski, B. (1967). *A diary in the strict sense of the term*. London : Routledge and Kegan Paul.

142- Favret-Saada, J. et Contreras, J. (1981). *Corps pour corps. Enquête sur la sorcellerie dans le Bocage*. Paris : Éditions Gallimard.

contemporains d'anthropologie¹⁴³. Elle permet de rendre disponible un matériau consignait le processus réflexif et de collecte de données du chercheur.

Les verbatims ne sont pas fournis dans le présent document, ni le journal de bord. L'absence des verbatims se justifie par leur complexité, par le manque du temps qui aurait été nécessaire pour une mise en forme présentable et par l'espace qu'auraient nécessité plus de 11 heures de discussion. Quant au journal de bord, sa forme et son contenu se prêtent peu à le fournir à l'état brut : d'un côté, son aspect et son contenu sont très personnels; de l'autre, mes limites dans son utilisation font qu'il se prête peu à être exposé, puisqu'il est décousu et pas très organisé, présentant pêle-mêle des notes d'observation et des idées apparues durant la retranscription des enregistrements des groupes. Rétrospectivement, cet outil et l'exigence faite de son utilisation, dans le cadre de l'approbation éthique, apparaissent surtout comme un décalque de la demande de reproductibilité de la recherche scientifique, habituelle dans le domaine quantitatif, mais qui est impossible dans l'étude qualitative du particulier. Les moments uniques, les relations interpersonnelles, le contexte précis sont difficilement transcrits par écrit : j'espère que les aspects pertinents de ces éléments apparaîtront toutefois dans le courant du texte. L'accès aux verbatims serait en cela plus pertinent, bien qu'il y manquerait des photos et ces myriades d'autres choses qu'on perçoit, mais qu'on n'arrive pas à consigner. Je dois m'en remettre à l'évaluation de la logique de mon raisonnement par le lecteur, la lectrice.

Les méthodes de collecte et d'analyse ne peuvent être standardisées a priori, puisqu'il est nécessaire de permettre l'émergence de thèmes et d'orientations telle que les participant·e·s le font spontanément face à un chercheur venu étudier leur pratique,

143- Par exemple ceux d'Olivier de Sardan, J. P. (2015). *Epistemology, Fieldwork, and Anthropology*. New York : Palgrave Macmillan US. doi : 10.1057/9781137477880 et de Ghasarian, C. (dir.). (2002). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Paris : Armand Colin.

puisqu'il ne s'agit pas d'aller confirmer ou infirmer des impressions ou hypothèses définies à l'avance. Il s'agit d'utiliser les propos et agirs des participant·e·s comme points de départ à leur mise en relation avec des élaborations théoriques déjà existantes qui les représentent adéquatement ou, au contraire, de les confronter à celles-ci pour faire émerger des éléments non élaborés par les personnes rencontrées.

Les deux méthodes d'étude terrain présentées, observation participante et groupes de discussion focalisée, visaient à permettre d'identifier des normativités à partir d'éléments de discours verbaux ou d'actions diverses, principalement les interactions (argumentation, désaccords, précision et complétion...) et les références, informations et vocabulaires mobilisés (groupes, institutions, tendances, valeurs...). C'est ce qui est entendu par normativités dans cette étude : l'acteur-réseau qui amène avec lui des orientations, pratiques et valeurs intrinsèques, habituellement non rationalisées ni présentent à la conscience lors de leur utilisation par les acteurs sociaux.

Malgré le fait qu'il s'agisse d'être au plus près des acteurs et actrices, il ne s'agit pas de produire ici un compte rendu fidèle des paroles des personnes rencontrées, mais bien de partir de ces dernières pour faire émerger les réseaux qu'elles mobilisent et font vivre, ainsi que les stratégies véhiculées. La méthode ethnographique a ainsi permis de s'approcher de la pratique réelle et des paroles spontanées des participant·e·s, tout en conservant une distance essentielle à la critique et, surtout, à la maîtrise de la démarche de recherche de la part de l'auteur, nécessaire dans le cadre de sa formation.

D'un côté plus analytique, le choix de la distance critique provient du fait que je ne crois pas que les gens savent toujours, ni même souvent, ce qu'ils font. En effet, « la pratique ne se pense pas d'emblée¹⁴⁴ » : les rationalisations servent beaucoup, voire surtout, à conforter notre identité et notre vision du monde, plutôt qu'elles ne

144- Certeau, M. (1980 [1990]). *L'invention du quotidien. Tome 1 : arts de faire*. Paris : Éditions Gallimard, coll. folio/essais, p. XLI.

représentent une vision fidèle de la réalité. Il ne s'agit pas là d'un reproche et cela n'est certainement pas non plus le propre des gens « malades », où les « troubles de santé mentale » les confinaient à ne pas pouvoir raisonner sur eux-mêmes. Plutôt, il s'agit d'un constat généralisé par la nécessité qu'ont les individus de se créer des barrières et défenses narcissiques pour protéger leur image d'eux et d'elles-mêmes¹⁴⁵. De plus, il importe de reconnaître que les propos entendus, loin d'être un pur contenu d'idées et de représentations, sont pétris des contextes de leur énonciation, tant locaux que plus larges, étendus à l'époque et à la société. La distance analytique se veut dès lors un simple outil de lecture des situations, qui puisse aider à ouvrir des possibles politiques et éthiques intéressants et pertinents. C'est là la plus grande distance d'avec l'ANT : une mise en garde théorique à propos de suivre les gens eux-mêmes viendrait d'une certaine nécessité de ne pas prendre au pied de la lettre les rationalisations des acteurs et actrices. Tout le défi provient de demeurer respectueux des paroles effectivement prononcées et des pratiques aperçues, de suivre effectivement ce qui est mis sur la table par les acteurs et actrices, plutôt que de confirmer les prénotions de l'analyste, tout en pouvant se permettre un regard critique.

Certains éléments dans le mode de conduction choisi pour cette recherche présentent des limites incontournables qui valent la peine d'être exposées, pour des raisons d'évaluation de la qualité de l'étude produite. Le contexte d'entrevue est la première grande limitation au présent projet. C'est une méthode qui est utilisée, car elle comporte certains avantages, dont celui du contrôle du contexte, qui permet un certain approfondissement des thèmes abordés, en ce que l'intervieweur peut demander des élaborations et des précisions¹⁴⁶. Les limites sont cependant plus grandes, car il s'agit là de la « forme la plus pauvre de la conversation¹⁴⁷ » : le contexte formel, créé de

145- Idées issues de la conception psychanalytique-psychodynamique de la construction de l'individu.

146- Beaud, S. (1996). *L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique»*. *Politix*, 9(35), p. 236. doi : 10.3406/polix.1996.1966, p. 236.

147- Favret-Saada, J. (1990). Être affecté. *Gradhiva*, 8, p. 8.

toutes pièces aux fins de l'étude, ne permet pas la saisie directe de la situation étudiée. En effet, les propos recueillis sont des rationalisations élaborées par la ou les personnes interviewé·e·s, dans une situation de distance (physique, temporelle, affective, rationnelle ...) avec la pratique à laquelle il est fait référence ou la thématique abordée. De plus, une « des principales difficultés pratiques que rencontre tout "intervieweur" est la tendance des enquêtés à vouloir prendre de la hauteur, à livrer un "témoignage" à portée générale, d'un "bon niveau", en s'ajustant ainsi à ce qu'ils perçoivent être les attentes de l'enquêteur¹⁴⁸ ».

C'est en partie pour contourner ces écueils que le choix du groupe de discussion a été fait : celui-ci permet d'éviter la dualité stricte interviewer-interviewé·e, en permettant des échanges entre des participant·e·s aux statuts équivalents. Néanmoins, le contexte de groupe de discussion n'est pas parfait, lui non plus : les réponses et leur degré d'élaboration dépendent non seulement des personnes en présence et de leurs dynamiques interpersonnelles et groupes, mais aussi du temps alloué, de la qualité de l'animation et des reformulations et relances. Influencent également les propos recueillis les rapports d'autorité présents dans le groupe (notamment celui entre le chercheur et les participant·e·s), les conflits sous-jacents potentiels, qui peuvent peser sur l'orientation de la discussion et les positions prises. Les paroles recueillies sont dès lors inséparables de la prise en compte du contexte et ne peuvent en aucun cas être prises pour une représentation définitive de l'objet de recherche¹⁴⁹.

L'observation directe permet aussi de contourner ces limites, en ce que cette pratique de recherche permet de se dégager des aspects purement rationnels de la vie, tel qu'ils se présentent dans la « conversation ethnographique », sous forme d'entretiens¹⁵⁰. En

148- Beaud, S., *op. cit.*, p. 242.

149- Beaud, S., *op. cit.*, p. 236-248.

150- Favret-Saada, J., *op. cit.*, p. 8.

effet, les rencontres, le contact, l'accès à la situation sont de l'ordre du vécu¹⁵¹, de ce qui se passe *entre* des individus et *en deçà* d'eux, leurs idées, leurs postures, leurs positions. La pratique ethnographique vise ainsi à compléter ce qui est rapporté lors d'échanges plus formels et encadrés, par la place qui est laissée à l'analyste et par ce qu'il y sent et expérimente, et qui vont toujours au-delà de la mise en forme rationalisée¹⁵².

Toutefois, l'observation participante présente elle aussi des limites importantes. Il importe de reconnaître que la pratique de l'observation comporte son lot d'arbitraire : ce qui est noté est au final ce qui capte l'attention de la personne qui réalise la recherche¹⁵³. De même, la présence même d'un chercheur, d'une chercheuse, provoque des effets sur le phénomène étudié : il s'agit cependant d'une limite uniquement si la prétention est celle de la représentativité ou de l'objectivité, ce qui n'est pas le cas du présent projet. Ainsi, « l'ethnographie est artificielle aussi bien dans les modalités de sa fabrication matérielle que dans les objectifs qu'elle s'assigne¹⁵⁴ ». Il ne s'agit pas là d'une tare, mais plutôt d'une prise de conscience réflexive que « nos propres recherches devront être considérées comme "des parties des mondes que nous étudions"[...], socialement contextualisées et représentées¹⁵⁵ ». De plus, les exigences éthiques liées à la conduite d'une recherche demandent à ce que les participant·e·s soient informé·e·s et consentant·e·s, ce qui évacue d'emblée la « naturalité » de la situation observée. Dans cette optique, une lettre explicative du projet et un formulaire de consentement et ont été créés; ils se retrouvent respectivement aux Annexes A et B. Ces documents ont

151- *Ibid.*, p. 6.

152- *Ibid.*, p. 4.

153- Dunezat, X. (2015). L'observation ethnographique en sociologie des rapports sociaux : sexe, race, classe et biais essentialistes. *SociologieS*. Récupéré de <http://journals.openedition.org/sociologies/5075>

154- Affergan, F. (2001). Sjoerd R. Jaarsma & Marta A. Rohatynskyj, eds, *Ethnographic Artifacts. Challenges to a Reflexive Anthropology*. *L'Homme* [En ligne], 160, octobre-décembre. Récupéré de <http://lhomme.revues.org/7926>

155- *Ibid.*

été présentés et remis aux participant·e·s; une semaine de réflexion leur a été laissée avant d'obtenir leur consentement signé. Ce consentement, révoquant en tout tant sans contrepartie négative (pénalité ou pression), impliquait d'être en accord avec l'enregistrement des groupes de discussion et la transcription des échanges, avec l'utilisation de pseudonymes visant à préserver l'anonymat des participant·e·s. Des lettres ont été choisies à cette fin (A., D., G., J., M., V. et R.) et leur correspondance avec les participant·e·s réel·le·s n'est connue que de l'étudiant-chercheur. Le consentement signé touchait aussi au fait d'accepter d'être observé·e par l'étudiant-chercheur lors de ses présences dans les locaux du PIRAP pour la durée du projet. Tous les détails de ces exigences se retrouvent dans les documents en Annexes.

Ce qui a donc eu lieu, c'est une rencontre organisée et des discussions orientées sur un thème précis, soit la citoyenneté. Ce format a dès lors provoqué des rationalisations à propos de la citoyenneté et des autres thèmes concomitants : il n'y a pas prétention que cette recherche exprime un rapport spontané à la citoyenneté, qui aurait été observé et relevé, puis reconstruit analytiquement. Tout comme une étude des représentations du corps dans le discours de participant·e·s n'étudie en fait pas le corps lui-même, cette étude ne parle pas de la citoyenneté telle qu'elle aurait pu être observée, mais a plutôt pour matériau de base des représentations des participant·e·s sur ce concept. Ces représentations se situent dès lors dans le domaine des registres explicatifs, des autojustifications *a posteriori*, des croyances, désirs et envies, des lectures théoriques aimées ou encore, du point de vue microsociologique, des réponses liées à la position du locuteur dans le groupe (en général ou sur le moment). L'analyse a permis de faire émerger des thématiques transversales et sous-jacentes (le propre des normativités, qui ne sont pas d'emblée rationalisées, mais agies). La pertinence des résultats de cette analyse est donc évidente pour l'auteur, qui y a vu des pistes et des tensions venant questionner ou confirmer des impressions développées au cours de la préparation de la recherche. Il est espéré que le lecteur, la lectrice, pourra juger par soi-même de cette pertinence au regard du développement présenté.

SECTION B

UNE ETHNOGRAPHIE ANALYTIQUE

*"Ah, Sahib, after that it is turtles all the way down."*¹⁵⁶

- Femme indienne anonyme, citée par Clifford Geertz, *La description dense*, 1973

Voici maintenant le cœur de cette ethnographie sommaire, enracinée dans des paroles recueillies en groupe et présentées sous forme de compte rendu analytique. Suite à l'analyse effectuée, trois thématiques ont été ressorties des propos des participant·e·s : la citoyenneté comme projet; des modifications au sein du régime médical; la société en tant qu'aspiration. Elles sont présentées plus bas, dans un enchaînement qui se veut logique et sans volonté de hiérarchisation : l'ordre choisi cherche plutôt à établir un développement fluide permettant la mise en lien des paroles avec l'analyse développée. Celle-ci est donc amalgamée à la présentation des paroles, qui elle-même inclut les pratiques observées.

Des liens entre les représentations entendues et les activités quotidiennes du PIRAP paraissent justifier en eux-mêmes l'analyse utilisée, en termes d'un dispositif qui participe à produire des conceptualisations concordant avec sa propre mise en forme du monde, elle-même réalisée à partir des actions possibles et effectives des acteurs et

156- Geertz, G., *op.cit.*, p. 30.

actrices qui circulent dans le lieu. Cette analyse montre que ces pratiques font de cet endroit à la fois un lieu organisant le rapport productif (dit contributif) à la société des participant·e·s, un lieu de collaboration à une entreprise de prestige et de modification à visée avant-gardiste de pratiques et de conceptualisations, dans les domaines médicaux-psychiatriques universitaires, ainsi qu'un lieu d'appartenance, groupe de pair et milieu d'attache.

L'ethnographie prévue s'est orientée vers une analytique de la citoyenneté à partir des représentations des participant·e·s, mises en lien avec le dispositif qu'est le PIRAP : l'aspect d'une ethnographie exhaustive a été laissé de côté pour des raisons d'espace et de temps, tous deux réduits dans le cadre d'une maîtrise universitaire.

L'ethnographie présentée plus bas ne se veut ni exhaustive ni réaliste, car elle ne cherche pas la représentation fidèle de la réalité : d'un côté, elle est sommaire et, de l'autre, la recherche n'est pas une vitre placée sur le monde réel¹⁵⁷. Elle vise plutôt à assumer l'inévitable distorsion provoquée par l'analyse et l'écriture, en affirmant simplement qu'elle vise à une utilité pratique en termes d'analyse sociologique, tout en maintenant une éthique se voulant respectueuse quant aux propos recueillis. Dans le cas présent, il s'agit de ne pas prétendre partir « sur le terrain » sans aucun a priori, tout en usant de la rencontre des personnes présentes comme d'un point de départ pour une théorisation. Il s'agit d'un travail qui vise à servir aux personnes étudiées, mais surtout, il est vrai, d'un effort personnel cherchant à systématiser et approfondir mes appréhensions spontanées : utiliser la sociologie pour effectuer un relevé critique de certaines pratiques psychiatriques, se voulant l'avant-garde humaniste et respectueuse des personnes utilisatrices de services.

157- « Nous écrivons des textes, nous ne regardons pas à travers une vitre ». Latour. B., *op. cit.*, p. 178-186.

Sans plus de préambule, voici donc les résultats de l'étude partielle et partiale réalisée entre novembre 2016 et mai 2017 au PIRAP, aujourd'hui l'AMPAQ, et dont l'analyse s'est par la suite étendue sur plus d'un an.

CHAPITRE III

LA CITOYENNETÉ COMME PROJET

Reconnaissant la complexité de la question dans un contexte de mondialisation des rapports entre États, le Conseil supérieur de l'éducation s'inscrit d'entrée de jeu dans la perspective d'une « nouvelle citoyenneté ». Il définit celle-ci à la fois comme la capacité de vivre ensemble dans une société démocratique, pluraliste et ouverte sur le monde et comme la capacité de construire ensemble une société juste et équitable, qui concilie le respect des particularismes et le partage de valeurs communes.¹⁵⁸

- Conseil supérieur de l'éducation du Québec, Éduquer à la citoyenneté, 1999.

« Qu'est-ce que c'est pour vous, la pleine citoyenneté? » Question d'ouverture, question unique qui à elle seule a su combler les presque trois heures qu'a duré le premier groupe de discussion. Le sujet de la citoyenneté est toutefois réapparu périodiquement dans les groupes subséquents, en tant que thème déjà très présent dans la pratique du PIRAP et donc dans les idées des participant·e·s. Ce texte s'intéressera à la forme normative que

158- Conseil supérieur de l'éducation du Québec. (1999). Éduquer à la citoyenneté. *Revue Panorama*, 4(1), 3. Récupéré de <https://www.cse.gouv.qc.ca/FR/Article/index.html?id=1999-02-003&cat=1999-02>

prend l'imaginaire sociopolitique auquel on peut rattacher les paroles des participant·e·s à partir de la citoyenneté et les pratiques à partir desquelles cette mise en forme se déploie.

De prime abord, il est frappant que les propos recueillis dans les groupes de discussion du présent projet de recherche s'inscrivent parfaitement dans le sillage des documents de l'IUSMM. Il ne s'agit pas par là d'impliquer que les définitions données à la citoyenneté par les participant·e·s découleraient directement de celles de l'IUSMM, ou au contraire que les participant·e·s au PIRAP seraient les artisan·e·s direct·e·s des documents de l'Institut. Ils et elles ont présenté des rapports contrastés et nuancés avec les concepts utilisés par l'institution, comme avec les pratiques auxquelles ils et elles participent, les pages suivantes le montreront. Pour autant, il demeure essentiel de reconnaître que la manipulation d'un concept vient indéniablement avec des inscriptions institutionnelles précises.

À ce titre, la pleine citoyenneté des participant·e·s et l'institution d'où ils et elles parlent, qu'ils et elles fréquentent, présentent d'incontournables affinités électives¹⁵⁹ : la principale étant que ce terme semble d'emblée recouvrir, tant pour l'IUSMM que pour les participant·e·s, autant des descriptions que des prescriptions. En effet, dès qu'une définition est tentée, elle implique plus que des faits indisputables qui décriraient simplement la situation : elle sous-tend plutôt une certaine vision du monde qu'elle participe à faire exister et mettre en place.

159- Weber, M. (2004). *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Paris : Éditions Gallimard, p. 91.

3.1 Représentations citoyennes

*People are people so why should it be
You and I should get along so awfully
So we're different colours
And we're different creeds
And different people have different needs
- Depeche Mode, *People are People*,
1984¹⁶⁰*

La citoyenneté, dans la bouche des participant·e·s aux groupes de discussion, se présente comme un concept, unique, qui sert d'interface explicative aux rapports, divers, entre l'individu et la société : « la citoyenneté [c'est] notre apport en tant que personnes [...] à la société, ou à la communauté, et vice-versa, ce que la communauté fait pour nous¹⁶¹ ». Le terme cherche tout d'abord à englober les différentes formes de relation entre les individus et la collectivité, sans leur assigner de contenu direct. D'emblée, toutefois, les aspirations à une société meilleure prennent le devant de la scène et le vécu personnel se mélange aux formes que devraient prendre les rapports sociaux et les institutions qui les balisent.

La présente section servira à souligner comment les différents usages du terme citoyenneté se présentent : comme un statut soutenant des droits garantis et une liberté personnelle, lui-même complété par des droits particuliers émergeant d'un vécu de minorisation. Bien que se voulant descriptifs d'un état de fait ayant lieu dans la société, ces éléments montrent vite que la réalité n'est pas conforme aux énoncés et aux intentions : changer cet état de fait demande des revendications. Finalement, un conflit normatif émerge, en ce que ces droits sont complétés par des devoirs de l'individu : la

160- Depeche Mode. (1984). *People Are People*. Piste #3 sur *Some Great Reward* [Disque compact audio]. Londres : Mute Records.

161- (gr1p3 G.)

liberté n'est pas totale et, pour certain·e·s participant·e·s, elle ne peut ou même n'a pas à l'être.

La citoyenneté implique tout d'abord pour les participant·e·s un état, soit le fait d'être un citoyen : « dès que tu es quelqu'un qui habite la cité, tu es un citoyen¹⁶² ». Cette définition correspond au premier volet des définitions officielles de la citoyenneté¹⁶³, comme aux usages historiques liés au fait d'habiter une communauté politique et d'en faire partie¹⁶⁴. Ce statut de citoyen acquiert une forme précise en se manifestant dans la réalité : « c'est exactement relié à la notion de personnalité juridique¹⁶⁵ ». Il s'agit ici de l'usage moderne du terme citoyen, en accord avec le cadre normatif de la géopolitique contemporaine, soit un « être humain considéré comme personne civique¹⁶⁶ ».

La citoyenneté est inséparable de cette personnalité juridique, mais ne se confond pas avec elle. La personnalité juridique est l'existence administrative de quelqu'un, un fait consigné et enregistré; sa citoyenneté, par contre, ne peut être réduite à ce simple constat descriptif : elle se doit d'être complétée par un contenu concret et manifeste. C'est en tous les cas ce que laissent voir certains propos des participant·e·s, en ce que dès que ceux et celles-ci tentent d'appréhender la citoyenneté, ils et elles y adjoignent un contenu pratique par lequel elle se manifeste : par exemple, « la citoyenneté, pour moi, c'est la reconnaissance des droits civiques [et de la] personnalité juridique¹⁶⁷ ».

162- (gr2p10 G.)

163- « Qualité de citoyen. » Citoyenneté. (s.d.). Dans *Dictionnaire de français Larousse* [En ligne]. Récupéré de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/citoyenneté/16242>
Citoyenneté. (2011).

Robert, P., Rey-Debove, J. et Rey, A. (dir.). *Le Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Nouvelle édition millésime 2012* (p. 443). Paris: Dictionnaires Le Robert.

Antidote 8. (2015). Rétablissement, *op. cit.*

164- Citoyenneté. (2011). Dans Robert, A. et coll. (dir.), *op. cit.*

165- (gr1p10 V.)

166- Citoyen. (2011). Dans Robert, A. et coll. (dir.), *op. cit.*, p. 443.

167- (gr1p10 V.)

Déjà, on passe du statut purement descriptif, factuel, à une attente normative, éthique. La citoyenneté qui s'applique à tous et toutes est inséparable des droits qu'elle garantit : « en tant que premiers citoyens on a tous le droit et la dignité d'humains¹⁶⁸ ». Cet aspect de la citoyenneté fait aussi partie des descriptions officielles de celle-ci : « situation positive créée par la pleine reconnaissance aux personnes de leur statut de citoyen. (Le citoyen dispose, dans une communauté politique donnée, de tous ses droits civils et politiques.)¹⁶⁹ ».

Même une description de la citoyenneté qui cherche à être purement factuelle sous-tend d'emblée un certain type de rapports sociaux envisagés. La citoyenneté appréhendée par les participant·e·s rattache en effet cette dernière à un ensemble de libertés garanties, appréhendées sous la forme des droits individuels consignés dans des textes officiels : « la Charte canadienne des droits et libertés, les lois canadiennes des droits de la personne, la Charte québécoise des droits de la Personne¹⁷⁰ ». Ces textes instituent le contenu du statut de personnalité juridique, en lui reliant une prescription pratique, soit « le droit d'exercer les droits, tous les droits civiques [...], les droits et libertés reconnues par les lois, les statuts, les règlements, les directives¹⁷¹ ». Ces droits civiques incluent « le droit de vote¹⁷² », les « enjeux réels de la pleine citoyenneté, c'est-à-dire l'émancipation sociale, droit de vote, droit à l'avortement, droit à un paquet d'affaires [...] ¹⁷³ », voire « le droit à une vie de qualité supérieure¹⁷⁴ ».

L'appréhension de la citoyenneté comme un statut imparti à tous et toutes et correspondant à un ensemble de droits n'a pas été sujet à débat au cours des groupes de discussion : peu de temps a été consacré à ces aspects consensuels. Le statut de

168- (gr2p11 G.)

169- Citoyenneté. (s. d.). Dans *Dictionnaire de français Larousse* [En ligne], *op. cit.*

170- (gr1p11 V.)

171- (gr1p10 V.)

172- (gr1p5 R.)

173- (gr1p57 V.)

174- (gr1p10 V.)

citoyen·ne apparaît en effet comme une évidence qui, étant également imparti à toute personne se qualifiant pour l'obtenir, doit s'appliquer uniformément à toutes ces dernières : « je suis citoyen, j'ai le droit de voter, [...] je suis supposé avoir les mêmes droits que tout autre citoyen¹⁷⁵ ». Les différences individuelles, les particularités – comme un problème de santé mentale, par exemple – n'ont en théorie pas d'effet sur ce statut : « on est des citoyens, [et] si on regarde la différence entre, disons un citoyen normal, moyen, et un citoyen qui a une problématique de santé mentale, il n'y en a pas¹⁷⁶ ».

L'angle d'approche des droits illustre bien ici l'une des caractéristiques de la conceptualisation de la citoyenneté : le mélange du descriptif et du prescriptif, qui est apparent dans les propos cités. Déjà dans ces élaborations par les participant·e·s du contenu de la citoyenneté, nous retrouvons en effet une normativité : un souhait d'égalité non seulement formelle, en termes de statut, mais réelle, dans les droits exercés. L'existence de ce souhait normatif implique de manière implicite que la situation actuelle serait à améliorer : il y a un écart apparent entre les énoncés officialisés et la pratique vécue. Se retrouve en effet dans cette appréhension du concept citoyenneté comme ensemble de droits universels, un écart, une différence, entre le statut officiel et la réalité vécue, où l'égalité sous-jacente au statut ne se trouve pas être d'emblée effective pour tous et toutes. La première définition de la citoyenneté tentée par un participant (chronologiquement, dans le 1^{er} groupe) comporte en effet la reconnaissance d'une disparité non souhaitable : la formulation « je suis *supposé* avoir les mêmes droits¹⁷⁷ » implique une différence entre ce qui est et ce qui est affirmé, tout comme elle piste vers ce qui devrait être.

175- (gr1p6 A.)

176- (gr1p7 G.)

177- (gr1p6 A.) (Je *souligne*.)

Dans des formulations du genre, les participant·e·s laissent en effet entendre que la situation précise d'un individu – dans leurs cas, le fait d'avoir, ou d'être perçu comme ayant, un trouble de santé mentale – peut impliquer que l'expérience personnelle diffère du statut général et officiel, partagé par tous et toutes. Ce statut suppose une égalité qui n'est pas présente en réalité : « la reconnaissance de nos droits, autant que quelqu'un qui n'est pas en santé mentale¹⁷⁸ ». D'autres participant·e·s vont aussi le laisser entendre à diverses reprises : « on a les mêmes droits, on est des citoyens, on paie des taxes, même si on reçoit de l'aide sociale, on continue à payer des taxes, on a le droit de vote, [...] je trouve que ça fait partie de nos droits¹⁷⁹ ».

Ainsi, bien que des textes officialisent et promettent de garantir que « tous les êtres humains naissent égaux¹⁸⁰ », ce n'est pas la réalité : « et ça, ce n'est pas vrai. On sait que ce n'est pas vrai! [...] C'est de la théorie. Mais quand tu regardes la pratique, tu sais que ce n'est pas ça, il y a comme un décalage entre la théorie et la pratique¹⁸¹ ».

Jusqu'ici, la citoyenneté est apparue comme un statut partagé par tous et toutes, dont les exemples concrets montrent toutefois que « certains sont plus égaux que d'autres¹⁸² ». Les droits ne sont pas un performatif absolu : leur énonciation fait certes exister par elle-même un texte officiel auquel on peut se référer, mais la mise en pratique de leur contenu n'est pas garantie par cette simple énonciation : c'est ce que les propos des participant·e·s rendent clair. Ce n'est pourtant pas là que paraît principalement résider l'utilité de ce cadre de pensée juridique : l'énonciation des droits est certes théorique et sans commune mesure avec la pratique, mais c'est leur existence

178- (gr1p5 R.). L'usage des termes santé mentale, comme dans le cas présent où ils se réfèrent à « trouble de santé mentale », sera exploré au chapitre suivant.

179- (gr1p7 A.)

180- (gr2p22 Anim.)

181- (gr2p22 D.)

182- « Tous les animaux sont égaux mais certains sont plus égaux que d'autres. » Orwell, G. (1984 [1945]). *La Ferme des animaux*. Paris : Éditions Gallimard, coll. folio, p. 144.

même qui servira néanmoins de registre référentiel. Ce registre du droit naturel¹⁸³ servira de référent permettant de justifier la mise en existence d'une forme d'individualité libre de faire ses propres choix.

Effectivement, l'inégalité de traitement paraît certes négative pour les participant·e·s, mais elle semble reposer sur une différence irréductible entre les individus, qui devrait être cultivée : certain·e·s se conforment moins que d'autres aux attentes sociales et choisissent des avenues divergentes – ce qu'ils et elles devraient librement pouvoir faire. La reconnaissance institutionnelle et officialisée des droits pour tous et toutes, impliquée dans la citoyenneté, a de suite été complétée par les participant·e·s à partir d'une éthique applicable à chacun·e. La visée normative, implicite dans les descriptions élaborées dans les groupes viserait non seulement une égalité formelle, mais la possibilité pour chaque individu d'afficher sa différence et son unicité. Il est rapidement devenu évidant que, pour les participant·e·s, la pratique devrait concrètement reconnaître la valeur de chaque individu et son droit à être soi-même, à exister dans sa forme propre, individuelle et singulière.

L'émergence de ce thème est tout d'abord notée dans une simple reconnaissance de la diversité : « dans une population, tu as de tout¹⁸⁴ ». D'un simple fait noté, la diversité passe rapidement à être reconnue par des discours qui la valorisent explicitement : « il y a tellement une variété, je trouve que tout le monde est important¹⁸⁵ »; « c'est ça qui fait la beauté de notre monde [...] du monde entier, c'est ça qui donne la richesse, c'est [qu'il y a] tellement une grande variété de gens, chaque personne là-dedans est

183- Arnaud, A.- J. (1989). *La référence à l'école du droit naturel moderne : les lectures des auteurs du code civil français*. Communication présentée au Séminaire la famille, la loi, l'État, Séance du vendredi 10 février 1989 Le Mariage. Nature et droits naturels, Paris, France. Récupéré de <http://www.reds.msh-paris.fr/communication/textes/arnaud3.htm>

184- (gr1p7 A.)

185- (gr1p42 A.)

importante¹⁸⁶ ». Cette « richesse » implique la singularité et est sous-tendue par la possibilité de faire ses propres choix.

Les participant·e·s ont utilisé des cas limites pour expliciter cette vision normative en lien avec la capacité de choisir de l'individu : les cas de l'itinérance et du retrait dans le bois ont servi de modèle pour démontrer l'inaliénabilité du droit de choisir. « Dans le fond, il a le droit d'être dans la rue, c'est son droit, s'il décide de vivre dans la rue, c'est son droit.¹⁸⁷ »

Une personne qui vit dans la rue, c'est son choix. [...] Parce nous autres on dit : « ce n'est pas normal vivre dans rue ». Qui qui dit que nous autres c'est [normal?] Nous autres, on aime ça avoir une maison, un toit sur la tête et avoir ces choses-là. Mais ce n'est pas tout le monde là, [...] il y en a qui sont bien [autrement]¹⁸⁸.

De même, quelqu'un peut décider de vivre dans le bois, seul et avec presque rien, comme c'est arrivé à un participant (A.) lui-même :

quand j'étais dans le bois, je ne dérangeais personne. J'avais l'attitude « Laissez-moi tranquille, je vous laisse tranquilles ». Je chassais, je faisais mes affaires, eux autres ils ont vu que ce n'était pas normal. Qui te dit que ce n'était pas normal? [...] Moi j'acceptais cette condition de vie là [...] ¹⁸⁹.

Quand j'étais dans la forêt, je n'avais pas froid, je ne manquais pas de nourriture [...] Je dérangeais peut-être les gens, pourtant, j'évitais les gens. [...] C'était mon choix, j'ai le droit de vivre dans la forêt [...] Mais ils ont dit « on va t'aider ». Eux autres ont décidé que je n'étais pas [correct], parce que je ne rentrais pas dans le moule¹⁹⁰.

186- (grlp19 A.)

187- (grlp11 A.)

188- (grlp42 A.)

189- (grlp23 A.)

190- (grlp41 A.)

« Avoir le droit » : le registre des droits sert à justifier l'existence d'une individualité autonome, à constituer un socle pour l'exigence inaliénable de la possibilité réelle de l'expression de sa manière d'être et de ses choix propres.

Ce vocabulaire des droits va aussi permettre parfois d'aider à directement construire cette individualité singulière :

À un moment donné, j'étais dans la Maison des enfants – c'est une place sur Pie-IX, c'est une maison pour les enfants, ils vont là, c'est super ludique, il y a une salle de théâtre, une salle de bricolage, bon. Dans une des salles, c'était marqué « J'ai le droit de » et il y avait quelqu'un qui avait écrit « J'ai le droit de puer ». Là, j'ai fait comme « *sti* que oui »!
(*Rires.*)¹⁹¹

Encore ici, le discours chevauche la description et la prescription : la valeur de chaque individu, pour être reconnue, doit pouvoir s'exprimer, doit pouvoir exister. Pour cela, une nouvelle normativité émerge, normativité inclusive, d'ouverture : « je pense qu'il faut respecter la différence, c'est essentiel¹⁹² »; « la société, ça prend une grande [diversité], il faut inclure tous ces gens-là¹⁹³ ».

« Ces gens-là » : détermination large s'il en est une, faisant référence à toutes ces personnes qui sont différentes, particulières et qui, par là, apportent une variété, une beauté.

Il y en a qui sont des poètes. On n'a pas besoin de poètes dans notre société, ça rapporte quoi un poète? Mais, il y a tellement une variété, je trouve que tout le monde est important. S'il décide de vivre à coucher dehors, c'est son droit.¹⁹⁴

C'est explicitement, pour certain·e·s, ce à quoi aspire la « pleine citoyenneté » :

À la base, on est tous uniques et distincts. Je pense qu'il faut respecter la différence. Le fait qu'on respecte la différence, ça fait qu'on est riches en termes de culture [...]. Le plein rétablissement, la pleine citoyenneté, ça

191- (gr2p41 G.)

192- (gr1p24 V.)

193- (gr1p7 A.)

194- (gr1p42 A.)

passé par la reconnaissance justement de cette différence-là, de cette diversité-là. C'est l'essence même de mon message.¹⁹⁵

Les références à la différence auraient pu demeurer générales, mais elles ont de suite été liées à des situations précises et particulières qui illustrent l'importance accordée par les participant·e·s à la possibilité d'exercer des choix. Ils et elles ont en effet directement pointé vers une différence inconfortable, dont la « riche beauté » peut aller jusqu'à déranger : « il faut accepter, même si la personne dérange, même si la personne n'est pas comme la moyenne¹⁹⁶ ». C'est à ce type de propos que l'on voit la portée pour les participant·e·s de la normativité impliquée dans leurs paroles : il ne s'agit pas d'une phrase creuse sur la diversité, mais bien une conscience de la nécessité d'inclure même le dérangent, car cela aussi fait partie de la « riche beauté » du monde. Une telle vision des relations sociales dépasse d'emblée l'énoncé de principe, parce qu'elle implique l'inconfort potentiel dans la relation à l'autre et à la multiplicité des formes de vie, plutôt qu'une égalité qui verserait dans l'uniformisation vers la moyenne. Cette conception est directement liée au vécu personnel des participant·e·s, pétri d'exclusion et de marginalisation.

195- (gr3p17 V.)

196- (gr1p18 A.)

3.1.1 Vécus de minorisation et revendications pour des droits particuliers

Tu veux prendre ta place? Faire ton chemin? Let's go, vas-y!

- Lise Thériault, alors Ministre de la Condition féminine du Québec, 2016¹⁹⁷

Des fois, tu as le goût de changer le monde, le goût de mettre ça plus équitable pour tout le monde, plus juste pour tout le monde.

- A., 2^e groupe de discussion, janv. 2017

Les participant·e·s aux groupes de discussion laissent entendre qu'ils et elles peuvent tous et toutes se relier à des expériences de marginalisation vécues. Ils et elles les lieront spontanément à de l'exclusion et autres souffrances imposées par des groupes dominants, qui nient à certains individus les possibilités d'être soi-même ou d'appartenir au groupe. Ce sont les différences perçues, traitées comme des altérités négatives par ceux et celles qui sont conformes aux normes et moyennes, qui justifient les inégalités de traitement.

La marginalité paraît être une situation qui a accompagné le vécu des participant·e·s depuis longtemps : « j'ai toujours été un peu marginale, parce que j'étais souvent un peu à contre-courant de ce que ma famille pensait¹⁹⁸ ». Elle est présente au moins depuis l'adolescence, période qui semble avoir été celle de la prise de conscience de cette différence : l'école secondaire est présentée comme une époque qui a été particulièrement difficile en raison des expériences de rejet vécues. Ce thème a été abordé plusieurs fois; en voici deux exemples : « on est tous des gens qui ont souffert

197- Richer, J. (2016, 28 février). La ministre de la condition féminine ne se dit pas féministe. *La Presse*. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/actualites/politique/politique-quebecoise/201602/28/01-4955504-la-ministre-de-la-condition-feminine-ne-se-dit-pas-feministe.php>

198- (gr2p17 D.)

un peu d'ostracisation, ou de différence. Je ne veux pas parler pour tout le monde, mais moi, à l'enfance, à l'adolescence, bon j'avais des amis, mais j'ai vécu aussi le rejet¹⁹⁹.

Si tu *flashais* à l'école, tu te faisais remarquer. Tu te faisais remarquer, tu te faisais tabasser. En tous cas, moi je me rappelle que je voulais faire comme mon père : je voulais traîner une valise. Ils m'appelaient l'homme à la valise. (*Rires.*) Au lieu de traîner un sac à dos, [...] j'avais une valise, au secondaire! Hé, j'en ai mangé des volées, tu penses! [...] Tu le referais ton secondaire? Il y a quelqu'un [ici] qui referait son secondaire? Moi, je n'en suis pas sûr.²⁰⁰

La valorisation de la différence, apparente dans le droit aux choix personnels, ne peut cependant pas se réaliser dans un vacuum : elle passe par un premier socle, nécessaire, qui est l'appartenance commune. L'exclusion consécutive à la différence est condamnée, au nom d'un besoin d'appartenir sans pour autant avoir à se conformer :

Je parle de *Rhinocéros*, qui est un livre de Ionesco, où on attrape la rhinocérinite et on se transforme en rhinocéros, c'est une métaphore du conformisme. Et là, on parle du livre [dans un cours], on est autour de la table avec les autres étudiants, tout le monde dit : « ah non, l'anticonformisme, c'est très très important, il ne faut pas tous se conformer ». Parce c'est un peu la prémisse du livre, mais là moi je suis : « non! Moi, je veux me conformer. Socialement, je me sens anticonformiste parce que je ne *fitte* pas avec vous autres. J'aimerais ça *fitter* dans le groupe ». En y repensant, c'est tout ce qu'on veut aussi. Donc, on arrive ici [au PIRAP], souvent avec des histoires de rejets ou de [...] rechutes et de malaises dans la société.²⁰¹

L'exclusion présentée jusqu'à maintenant n'a définitivement pas été choisie, ce qui contrecarre la base du droit à la différence : le choix, précisément. L'injustice de la situation, qui est vue comme s'opposant à la réalisation du statut égalitaire, vient précisément de l'imposition de sa situation :

199- (gr3p5 G.)

200- (gr2p13 A)

201- (gr2p67 G.)

la santé mentale, je ne l'ai pas choisie, j'aimerais pouvoir *fitter* dans la société comme les autres personnes qui n'ont pas des problématiques de santé mentale, d'anxiété ou peu importe. Malheureusement, je n'ai pas choisi la santé mentale, donc, je n'ai pas le choix, on ne m'a pas donné le choix de mon statut...²⁰²

Cette différence, qui trace la ligne entre appartenance et exclusion, n'est pas uniquement le lot des personnes ayant des difficultés de santé mentale : leur vécu peut être mis en lien avec celui d'autres personnes dont la situation peut être qualifiée de minoritaire²⁰³.

G. : Je dirais juste un mot : intolérance. [...] C'est propre pas juste à la santé mentale, c'est propre aux immigrants syriens, c'est propre aux gens qui ont des turbans ou d'autres affaires [...].

M. : Tout ce qui fait peur.²⁰⁴

La diversité des groupes qui peuvent être conçus comme minoritaires ne fait pas de doute, en effet :

Comme je disais, aux États-Unis beaucoup c'était les Noirs. Même nous autres, au Canada, le chemin de fer, ça a été construit par des Chinois, on les exploitait. Les États-Unis ont été construits sur le dos des Noirs qui ont fait quasiment toutes les routes[...]. Mais, il y a une expression qui dit *trailer white trash*. C'est comme les Blancs pauvres. Aux États-Unis, tu as les riches Blancs, tu as des Noirs, tu avais les Chinois, tu avais les Mexicains, mais tu avais aussi les *trailer trash* : ce sont les Blancs pauvres.²⁰⁵

202- (gr2p7 G.)

203- Saillant, F. (2017). Reconnaissance et réparation (p. 61 et 63). Dans E. Bogalska-Martin, D. Fernández Varas, O. Leservoisier et A. Martig (dir.). *Itinéraires de reconnaissance. Discriminations, revendications, action politique et citoyennetés*. Paris : Éditions des archives contemporaines.

204- (gr1p16)

205- (gr2p30-32 A.)

Les expériences de minorisation sont liées à un vécu difficile, parfois à de l'exclusion imposée, à du rejet. Ces expériences permettent néanmoins malgré tout de réaliser des choses sur soi et de prendre confiance :

C'est sûr qu'avoir une [problématique de] santé mentale, ça fait des pressions sur ta vie, au niveau familial, tu as moins d'argent, tu restes enfermé·e chez vous. Je pense que le fait d'être tombée sur le bien-être²⁰⁶ m'a fait réaliser des choses que je ne voyais peut-être pas avant, ça m'a fait voir que j'avais plus de résilience que je pensais, [...] j'ai réussi à passer au travers. Maintenant, j'ai une *job*, mais je n'ai pas perdu cette mentalité-là que je peux me débrouiller avec moins de moyens. [...] Je pense que ça m'a amené cette force-là, que je ne pensais pas avoir. [...] Juste pour ça, je suis quand même contente, si on peut dire entre guillemets, d'être passée à travers cette épreuve-là. Je pense que ça rend les personnes peut-être [...] plus sensibles.²⁰⁷

Plus sensible à ses propres forces, mais pas seulement. En effet, les expériences de minorisation rendent aussi sensible aux injustices :

A. : Je trouve que la santé mentale, ça te fait ouvrir tellement large, tu vois tellement plus grand qu'avant.

M. : C'est comme un voile qui s'enlève.

A. : C'est ça. Là, tu vois toutes les injustices qui se font tout autour de toi.²⁰⁸

Ensuite, les expériences de minorisation développent un autre type de sensibilité, empathique celle-là :

G. : Ça amène une autre perception aussi, parce que tu remarqueras, les gens qui ont souffert dans la vie, à l'adolescence, ont toujours des perceptions différentes des gens. Michel Tremblay disait : « tu ne peux pas être un auteur si tu n'as pas eu une adolescence de marde ». C'est vrai! [...] La maladie, en fait toutes les épreuves de la vie amènent une certaine marginalité. [...] D'ailleurs, je pense que tout le monde autour de la table qui a vécu de la stigmatisation, ne stigmatisera pas par la suite, parce qu'ils ont vécu, ils ont ressenti c'était quoi se faire sortir d'un

206- Formulation familière se référant au programme d'aide-sociale. (Note de l'auteur.)

207- (gr2p66 D.)

208- (gr2p59)

système puis marginaliser. [...] Quand tu souffres dans la vie, ça développe la sensibilité, ça développe, [...] l'empathie.

M. : Ce sont des forces qui devraient être reconnues, dans la société.²⁰⁹.

La sensibilité empathique peut même être reliée à une certaine créativité personnelle. En effet, le fait de faire d'emblée partie du groupe, de ne pas être marginal, relève peut-être de l'absence d'un esprit inventif et imaginatif :

c'est drôle, parce que chez les personnes [pour qui *fit* dans la société est inhérent à leur manière d'être], il n'y a souvent pas de vision créative... Elles n'ont pas développé autre chose, elles n'ont pas cherché ce que mon médecin appelait l'idiosyncrasie²¹⁰.

Ce discours se révèle être une manière de valoriser sa façon d'être individuelle, son unicité singulière, face à un manque de créativité associé à la conformité au modèle majoritaire : la porte est déjà entrouverte pour un processus personnel de connaissance de soi, menant à des choix de vie respectant des critères propres, plutôt que ceux imposés dans l'imaginaire sociétal, comme le montrera le chapitre V. Pour l'heure, il suffit de noter que cette marginalité accompagnant depuis longtemps les participant·e·s et qui paraît être liée à une capacité à différer, a provoqué des mécanismes groupaux d'exclusion. Ceux-ci, basés sur une différence perçue et finalement assumée par les participant·e·s, leur permet de mettre leurs expériences en lien avec le vécu d'autres personnes considérées comme dissemblables : cette généralisation en fait des expériences de minorisation partageables et qui vont venir soutenir diverses normativités, tant à propos d'une éthique personnelle (« qui a vécu de la stigmatisation

209- (gr2p7 G.)

210- (gr2p41 G.) L'idiosyncrasie est la « manière d'être particulière propre à un individu », d'après Antidote 8. (2015). Idiosyncrasie, *op. cit.* C'est aussi un terme médical qui signifie « réaction personnelle particulière à l'action d'un agent étranger » (*Ibid.*). Il est utilisé en psychiatrie d'après le sens anglophone (Association Neptune. (2013). Idiosyncrasie, idiosyncratique idiosyncrasique. Dans *Lexique*. Récupéré de <http://www.forumpsy.net/t151-idiosyncrasie-idiosyncratique-idiosyncrasique>). Cette signification anglophone est « a strange or unusual habit, way of behaving, or feature that someone or something has ». (Idiosyncrasy. (2018). Dans *Cambridge Dictionary. English Dictionary*. Cambridge: Cambridge University Press. Récupéré de <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/idiosyncrasy?a=british>)

ne stigmatisera pas par la suite²¹¹ ») que de demandes de reconnaissance sociétale (« Ça serait des forces qui devraient être reconnues, dans la société²¹² »). Cette différence permet de justifier des adaptations : le droit à la différence et au choix, couplé à l'existence de différentes minorités, va servir de justificatif à une demande de reconnaissance de particularités individuelles nécessitant parfois des aménagements et des accommodements.

Le droit naturel, fondement théorique des représentations sur les individus, leur égalité de principe et de statut, ainsi que leurs droits, présentés plus haut, change de forme : en effet, quand il est enraciné dans des expériences vécues, ces droits par nature mènent à un « saut qualitatif [qui] s'opère lorsque l'égalité devient une revendication : l'égalité-principe se double alors d'une égalité-objectif²¹³ ».

Les discriminations positives et leur mise en place sont un sujet controversé. Au nom de l'égalité de principe, contenu dans des droits naturels s'appliquant également à tous et toutes, plusieurs s'opposent aux inégalités de traitement visant à favoriser des groupes particuliers, les droits spécifiques²¹⁴, car ceux-ci mettraient à mal l'unité sociale et favoriseraient la division sur des bases identitaires²¹⁵. Ceux et celles en faveur de ces discriminations vont au contraire faire remarquer que la différence de traitement

211- (gr2p7 G.)

212- (gr2p8 M.)

213- Levade, A. (2004). Discrimination positive et principe d'égalité en droit français. *Pouvoirs*, 111(4), par. résumé. doi : 10.3917/pouv.111.0055

214- Delassus, E. (2012). *Droits de l'homme et droits spécifiques : droits de l'enfant, droits de la personne âgée, droits de la personne handicapée*. Archives ouvertes, coll. OMNIPHILLO. Récupéré de <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00753224/>

215- Un exemple récent à ce sujet est l'échange acrimonieux entre Maxime Bernier, député fédéral du Parti conservateur du Canada, et la députée libérale Celina Caesar-Chavannes, au sujet des privilèges, de l'égalité et des politiques adressées aux minorités visibles. La députée libérale a enjoint Maxime Bernier « d'admettre son état de privilégié et de se taire » quand celui-ci affirme vouloir « vivre dans une société où chacun est traité de manière égale, sans être défini par sa race ». La Presse canadienne. (2018, 6 mars). Maxime Bernier dénonce les politiques destinées aux minorités ethniques. *Le Huffingtonpost Québec* Récupéré de https://quebec.huffingtonpost.ca/2018/03/06/maxime-bernier-denonce-les-politiques-destinees-aux-minorites-ethniques_a_23378654/

est effective, pour les personnes membres de ces groupes, et que les discriminations dans le traitement particulier visent à terme à éliminer ces inégalités²¹⁶.

Il s'agit là d'un constat implicitement partagé par les participant·e·s : dans leurs propos se dessine en effet une lecture de la réalité comme inégalité effective sur fond d'égalité intentionnelle. L'égalité gravée dans la pierre des textes officiels ne se retrouve pas dans le monde dans lequel ils et elles vivent, comme tant de minorités. Pour les participant·e·s, c'est évidemment l'exemple des personnes ayant des problématiques de santé mentale qui permettra de spécifier ces manquements à l'égalité et à l'inclusion, puisque cet exemple est enraciné dans leur vécu : « il y a encore du travail à faire pour qu'on ait la pleine citoyenneté. On nous demande de s'impliquer dans la communauté, mais la communauté, est-ce qu'elle est toujours prête à nous recevoir, comme on est? ²¹⁷ » Cette citation permet d'entrevoir l'utilité stratégique de l'utilisation du vocabulaire lié aux droits par les personnes minorisées : la Déclaration universelle des droits de la personne et autres Chartes ne sont pas une fin en soi, mais deviennent plutôt le socle qui permet de soutenir, de justifier, une prise de position amenant des requêtes et des exigences. Il s'agit en effet d'un vocabulaire officialisé, reconnu comme légitime, qui permet de faire des demandes d'inclusion à la « communauté » : « le problème c'est que nous on est tous prêts à parler, mais est-ce que la société est prête à écouter? Ça, c'est une autre affaire. ²¹⁸ »

La reconnaissance et la mise en place effective de l'égalité énoncée devient dès lors l'objectif qui permet d'aller au-delà des énoncés d'intention, mais en leur nom même : au nom des droits naturels, consentis à tous et chacune, il devient possible de demander,

216- Bourdeau, R. (2017, 29 décembre). Immigration: Gérard Bouchard plaide pour des quotas d'embauche. *La Presse*. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/actualites/2017/12/28/01-5148530-immigration-gerard-bouchard-plaide-pour-des-quotas-dembauche.php>

217- (gr1p3 M.)

218- (gr2p26 G.)

de réclamer, une particularité : pouvoir être différent·e, au nom d'être comme tout le monde.

La reconnaissance de la différence, et le justificatif de sa richesse, permet de demander à ce que, en raison de conditions personnelles ou situationnelles, ou encore des différences d'habiletés qu'elles présentent, les personnes ayant moins de possibilités que d'autres aient accès à une « compensation ». L'intention égalitaire impliquée dans le statut formel de citoyen·ne ne présuppose en rien sa réalisation concrète dans les différentes sphères de la vie, nous l'avons vu. Elle doit dès lors être accompagnée de mesures ciblées pour les personnes plus vulnérables :

je pense que la citoyenneté, c'est exactement ça, c'est-à-dire, qu'en tant qu'acteur, on essaie d'agir le plus possible, mais en même temps [...], étant des personnes prises avec des problématiques de santé mentale, on aimerait aussi avoir, pas une compensation, mais on voudrait que notre statut spécial de citoyens soit pris en compte pour qu'on puisse atteindre la pleine citoyenneté²¹⁹.

Un trio se dessine, constitué de l'égalité formelle, des droits individuels et d'un justificatif minoritaire de l'aide à apporter en raison d'une différence, qui permettra de réclamer son inclusion sociale, communautaire. La demande d'aide particulière et particularisée apparaît comme le corollaire logique et concret des intentions officialisées. Elle n'est cependant pas quelque chose qui arrivera seul. En effet, elle a de suite été liée par les participant·e·s à une nécessité de revendiquer cette place égale et due : « pour la personne en santé mentale, qui veut voir la citoyenneté d'une certaine manière, elle est consciente que cette citoyenneté-là, c'en est une où elle doit agir sur la communauté, mais aussi revendiquer ce à quoi elle a droit, en tant que citoyenne.²²⁰

219- (gr1p3 G.)

220- (gr2p10 G.)

Il s'agit de revendiquer quelque chose qui est dû et non pas de quêter : « faut pas arriver là en mendiant et dire "s'il-vous-plaît, donnez-moi quelque chose". [...] Ce n'est pas le fait de demander "s'il vous plaît". "J'ai le droit à ça" : il faut que tu le prennes [...] c'est important d'exiger nos droits comme citoyens.²²¹ »

Ces revendications nécessaires et légitimes passent par de l'agir collectif :

c'est peut-être les gens qui souffrent de santé mentale qui s'autostigmatisent, ils ne se sentent pas avec la pleine citoyenneté. [...] Si tout le monde qui souffre de santé mentale disait "Wo! C'est assez, là! Nous aussi on a notre place dans la société!", peut-être que là ça avancerait plus. J'ai l'impression que, parce qu'on trouve que les choses [sont normales] comme ça, on reste isolés avec notre problème et on se dit "c'est juste ça qu'on mérite." (*Assentiments d'autres participant·e·s*) Mais si tout le monde sortait et disait "on souffre de santé mentale, on a une maladie et on a notre place dans la société", peut-être ça bougerait un peu plus.²²²

La thématique, on le voit, n'est pas abordée de manière univoque : en effet, ici s'entend non seulement la nécessité de prendre sa place, mais aussi une perception que le maintien de l'état inégalitaire est en partie dû aux personnes exclues elles-mêmes, qui intériorisent la situation où elles ne sont pas traitées avec égalité.

Ce maintien d'une situation inégalitaire par l'absence d'opposition n'est cependant pas l'apanage de personnes avec des besoins particuliers. Un lien est explicitement fait à ce sujet avec une autre situation inégalitaire : « c'est comme ce qui se faisait avec les Noirs. [...] La ségrégation, ç'a duré. Ç'a dû prendre des personnes qui ont défié, la madame qui s'est assise... Rosa Parks²²³ ».

La revendication de sa place et de celle d'autres marginalisé·e·s passe ainsi par s'exposer, se dévoiler et faire de soi un exemple : « ma perception à moi face à ça, s'il

221- (gr1p6 A.)

222- (gr1p4 J.)

223- (gr1p9 A. et G.)

n'y avait personne qui disait qu'il est homosexuel, ou quelque chose comme ça, ça ne ferait pas avancer la cause des homosexuels. Donc, ça prend des gens qui [revendiquent]²²⁴. Il faut non seulement des revendications de groupe, mais des figures qui osent prendre publiquement position et qui cristallisent ainsi, en un exemple, les nécessités de changement : « ça ne me dérange pas de me mettre sur la scène publique pour dénoncer ça, parler de ça ouvertement, je trouve que ça prend quelqu'un pour le faire²²⁵ ».

La conception de la liberté individuelle inaliénable entendue jusqu'ici, couplée à une nécessaire revendication face aux injustices, n'est toutefois pas univoque dans les groupes. Jusqu'à maintenant, elle paraît évidente et totalement partagée par les participant·e·s. Pourtant, elle a donné lieu à un débat normatif, parfois explicite, d'autres fois moins, à propos de l'étendue de cette liberté et de la possibilité d'en justifier une limitation. Ce débat s'enracine dans l'opposition qui va être faite par les participant·e·s entre des *droits* énoncés et des *devoirs* essentiels à la constitution d'une société.

3.1.2 Devoirs des individus

La liberté des uns s'arrête où celle des autres commence.

- V., 1^{er} groupe de discussion, déc. 2016

Les droits sont réclamés comme dus : cette exigence se situe néanmoins au sein d'un rapport sociétal impliquant une contrepartie de la part de l'individu, ses devoirs. Les participant·e·s se sont effectivement référé·e·s de manière consensuelle à un type de rapport particulier entre les individus et la société, où les personnes possèdent certes

224- (gr2p15-16 J.)

225- (gr1p9-10 A.)

des droits, mais où ceux-ci sont couplés à de légitimes exigences et attentes de la société envers elles.

Tout d'abord, il existe de manière évidente des attentes minimales de comportement, en lien avec l'autonomie individuelle, qui servent de critères d'évaluation de la nécessité ou non de poursuivre une intervention, de la part d'agent·e·s soutenu·e·s par la loi :

je suis arrivé à un point dans mon rétablissement où mon travailleur social venait me voir [et me disait] : « Ben là, je ne sais pas sur quoi on peut travailler. Tu es autonome, tu as une hygiène de vie, tu as un travail ou tu vas à l'école, tu as des projets. Grosso modo, ton hygiène de vie est bonne ». ²²⁶

Au fond, « la société a des normes²²⁷ » : notion diffuse qui laisse entendre que la liberté est balisée et que cela est nécessaire. « C'est bon pour la société, parce que ça permet qu'elle continue d'évoluer. Mais pour les personnes dedans, ce n'est peut-être pas la bonne chose²²⁸ ». En bref, certaines attentes minimales envers les individus existent et sont justifiées, même si elles peuvent parfois être perçues comme négatives par les personnes elles-mêmes : la « société » a le pouvoir de décréter ces critères, pour son propre fonctionnement.

Toutefois, la forme d'application de ces normes et leurs contenus n'ont pas fait l'objet d'un consensus dans le groupe. La thématique des devoirs a été le théâtre d'un conflit normatif qui n'est pas apparu de manière frontale, mais qui s'est illustré par une argumentation soutenue à divers moments. Une opposition a été notée entre le discours sur la liberté de choix presque totale, comme soutenu plus haut, et une certaine reconnaissance de la nécessité de parfois devoir faire usage d'interventions contraignantes, au nom de la prévention du danger. Ce conflit n'a pas opposé des camps ou des personnes clairement identifiables, puisqu'il se situe même à l'intérieur des

226- (gr1p38 G.)

227- (gr1p42 A.)

228- (gr1p50 J.)

propos de certains individus, comme quoi cette problématique est bien sentie, sans pour autant être résolue. Détaillons.

La notion de dangerosité pour soi ou pour autrui est acceptée de manière consensuelle par les participant·e·s comme seuil déterminant la légitimité d'une intervention extérieure auprès des individus, de la part d'intervenant·e·s issu·e·s des institutions étatiques ou de groupes communautaires autorisés²²⁹. La notion de danger est tout d'abord utilisée à diverses reprises comme allant de soi : « ce qui arrive c'est qu'il y a des gens qui peuvent être dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres²³⁰ »; « les règles de la société, c'est qu'il ne faut pas que tu sois un danger pour toi ou pour les autres²³¹ »; « ils ont peut-être une problématique de santé mentale, mais ils ont le droit de cesser leur médication, s'ils veulent, s'ils ne sont pas un danger pour eux ou pour les autres, s'ils ne sont pas un danger pour la société²³² ». Cette dangerosité justifie par la suite le recours à la coercition : « en même temps, si la personne [représente] un danger pour qui que ce soit, soit pour elle-même ou pour les autres et qu'elle ne veut pas collaborer, je pense que là c'est pertinent de demander l'intervention de la loi²³³ ».

Il s'agit d'une première balise acceptable à la liberté individuelle. Bien que cette posture ait bien conscience que « les mesures coercitives ne sont jamais populaires²³⁴ », elle les juge parfois nécessaires. C'est la présence de critères formels appliqués par des agents légitimes de l'autorité publique qui peut justifier une telle pratique et la baliser :

Les policiers, quand ils voient une personne, ils ont dans leur tête une liste de critères à appliquer à la personne qui serait personnellement sujette à [une intervention]. Il y a déjà une évaluation au niveau de la conscience des policiers. Ensuite, une évaluation au niveau psychiatrique.

229- Médecins ou intervenant·e·s d'un service d'aide en situation de crise (ISASC). Otero, M. (2015), *op. cit.*, p. 46-47.

230- (gr1p16 V.)

231- (gr1p42 A.)

232- (gr1p17 A.)

233- (gr1p34 V.)

234- (gr1p14 V.)

Donc, il y a quand même différentes étapes avant qu'une personne ne soit hospitalisée de force. Il y a plusieurs étapes qui font que l'efficacité du système peut être remise en cause, mais je pense que c'est quand même bien.²³⁵

Le discours justificatif des interventions de la part des autorités (policières, sanitaires ou autres) auprès d'individus jugés en avoir besoin apparaît clairement. Les critères appliqués sont médicaux, dans l'expérience des participant·e·s : des soins peuvent être imposés en raison de l'appel aux autorités maniant ce type de savoir ou y faisant référence. Les différentes étapes menant à la coercition incluent l'opinion psychiatrique : « [pour] qu'il y ait une ordonnance, il faut qu'un ou deux psychiatres se soient prononcés. Jusqu'à quel point le pouvoir social des psychiatres est immense, ils ont quasiment le droit de vie ou de mort sur la personne²³⁶ ».

La présence de ce grand pouvoir sur la conduite de la vie d'autrui n'est justifiée que par l'existence de balises aux actions des autorités. Ces mécanismes de contrôle des interventions coercitives sont essentiels pour les participant·e·s qui soutiennent ces actions. En effet, leur défense passe nécessairement par la croyance dans l'efficacité des mécanismes qui les balisent :

[L'Institut Phillipe-]Pinel, c'est comme un filet de sécurité. C'est-à-dire que, malheureusement, il faut parfois utiliser la force dans certains cas, la force de la loi, parce que des gens peuvent être dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres. [...] Il y a des occasions où ce n'était pas nécessaire, comme les violations des droits humains, mais, en même temps, je ne peux pas croire que ce soit la majorité des cas. On est dans une société civile et civilisée, [...] où les droits et libertés fondamentaux sont protégés par les lois [...].²³⁷

En plus d'un nécessaire encadrement par les lois et règlements, ces éléments clarifient que l'intervention des autorités publiques ne peut être un arbitraire souverain : elle se

235- (gr1p40 V.)

236- (gr1p40 V.)

237- (gr1p16 V.)

doit de prendre appui sur des savoirs précis, reconnus et balisés. Les exemples donnés par les participant·e·s s'attachent aux interventions liées aux différents savoirs médicaux, qui évaluent notamment la dangerosité. Leurs considérations ne sont pas sans rappeler la notion de biopolitique, telle que forgée par Michel Foucault. Cette notion tente de dégager une forme particulière du pouvoir contemporain, qui ne s'applique pas principalement sur des sujets, comme le « vieux pouvoir souverain », mais sur des corps : la biopolitique représente « l'entrée de la vie dans l'histoire – je veux dire l'entrée des phénomènes propres à la vie de l'espèce humaine dans l'ordre du savoir et du pouvoir²³⁸ ». En territoire de citoyenneté, les droits des individus, sujets de leurs destinées, sont balisés par des devoirs, compris comme des comportements minimaux parfois maintenus par des interventions d'imposition balisées par et basées sur le savoir médical : vie, pouvoir et société sont intrinsèquement liées dans le monde contemporain.

Il n'est pas étonnant à ce titre que la citoyenneté ne puisse être réduite à une description formelle, mais qu'elle représente toujours un projet, un devenir en production.

238- Foucault, M. (1976), *op. cit.*, p. 181.

3.2 Description, prescription : dispositif et projet de société

- *Droits de l'enfant*
 - *Droits de l'Homme* [sic]
 - *La Shoah*
 - *La solidarité*
 - *Le statut de la femme*
 - *Le racisme*
 - *L'Union européenne*
 - *La résistance*
 - *Fête Nationale*
 - *Paix et non-violence*
 - *Refus de la misère*
 - *Éducation au développement durable*
 - *Liberté de la presse*
 - *Diversité culturelle*
 - *Échec scolaire*
- Citoyen de demain. Centre de ressources dédié à l'éducation citoyenne, *Agenda thématique*, 2017²³⁹.

Ces premiers éléments tirés des paroles recueillies en groupes de discussion montrent que la citoyenneté se présente à l'esprit des participant·e·s, tout comme dans les documents de l'IUSMM et du PIRAP, comme une description. Pourtant, l'analyse de ces propos et écrits laisse plutôt voir un mélange avec la prescription : un *appel à*, un *projet*, bref, certaines normativités.

Les propos recueillis dans les groupes montrent ainsi que la citoyenneté n'est pas un « état de fait²⁴⁰ » naturel comme s'y réfèrent fréquemment les participant·e·s : bien qu'utilisé dans une volonté descriptive, le terme citoyenneté est inséparable de ce qu'il vise à faire advenir. C'est son utilisation discursive comme élément naturalisé qui laisse

239- Citoyen de demain. (2017). Accueil agenda thématique. Dans *Agenda thématique*. Récupéré de <http://www.citoyendedemain.net/agenda/accueil-agenda-thematique>

240- Traduction approximative de « matters of fact ». Latour, B., *op. cit.*, p. 163.

cette impression : sa présentation comme un objet à l'existence sans équivoque, posé dans la réalité naturelle, lui permet d'être placé dans les affirmations du côté des faits, plutôt que, par exemple, dans une relation d'historicisation de son apparition ou de sa relativisation qui l'opposerait à d'autres projets sociétaux. Le terme de naturalisation représente cet acte de discours.

La naturalisation est un procédé discursif qui consiste à établir un élément comme étant naturel et, donc, situé dans un domaine prédatant l'action des humains. Cette entité naturelle devient dès lors un objet sur lequel la culture humaine, créatrice et historique, vient agir et qu'elle transforme. Pour saisir une telle conception du discours et de la formation des représentations, il faut tout d'abord admettre que l'être humain est un être historique, qui produit son environnement en le transformant. Ensuite, que les concepts utilisés sont aussi des constructions historiques et que ce à quoi ils se réfèrent, même en tant que nature, n'est précisément pas déjà donné, mais plutôt produit. Le procédé discursif de la naturalisation consiste à traiter en tant que naturel quelque chose, sans reconnaître que la catégorie qui permet de saisir ce quelque chose est le produit d'une construction historique²⁴¹ : elle consiste à l'invocation comme invariant de ce qui est le produit historique de l'action des acteurs et actrices²⁴². Cette invocation se présente comme une description, quand elle consiste en fait en une partie (essentielle) de la construction d'une forme sociale particulière. Elle constitue des *matters of fact* en lieu et place de *matters of concern*, ce qui a pour effet d'évacuer l'aspect politique de la

241- Certains soulignent que la catégorie même de *nature* est le produit d'un processus historique contingent, propre à l'Occident. Voir à ce propos de Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Paris : Éditions Gallimard, particulièrement les chapitres 2 et 3.

242- Mauger, G. (2018). Naturalisation, sociologie. Dans Encyclopædia Universalis [en ligne]. Récupéré de <http://www.universalis-edu.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/encyclopedia/naturalisation-sociologie/>; Butler, J. (2005 [1990]). *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*. Paris : La Découverte, p. 69.

constitution des sociétés²⁴³ : « Le seul moyen que ce ne soit pas une naturalisation est qu'elle soit bien une politisation²⁴⁴ ».

L'importance de soulever l'usage naturalisant vient d'une certaine conception de la société et de son histoire politique : ce qui est habituellement nommé société correspond à l'abstraction conceptuelle d'un ensemble regroupant un nombre incalculable de productions localisées, « résultat toujours provisoire des actions en cours²⁴⁵ ». Ces productions sont le fait de sujets utilisant les outils disponibles – concepts, représentations, habitudes, mobilier, appareils, institutions ou autres – et effectuant ainsi des branchements et activations qui stabilisent une mise en forme particulière, en d'autres termes, pour produire la société. Dans ces productions, des idées sont énoncées et manipulées afin de justifier une forme particulière plutôt que d'autres dans la mise en forme du social : l'analyse des processus discursifs et rhétoriques paraît dès lors nécessaire pour saisir ce que les idées invoquées permettent et produisent.

L'usage du terme citoyenneté montre certains de ces procédés rhétoriques : elle est utilisée comme un fait auquel se compare la réalité, fait qui sert ensuite de justificatif aux revendications égalitaires et particulières. Cet usage est noté dans les propos des participant·e·s quand la citoyenneté est posée comme quelque chose qui existe et qui ne doit que se déployer²⁴⁶ : « en tant que premiers citoyens on a tous le droit et la dignité

243- Latour, B., *op. cit.*, p. 171; Latour, B., Goldmer, L. et Smadja, D. (2012). L'œuvre de Bruno Latour : une pensée politique exégétique. *Raisons politiques*, 3(47), p. 139.
doi : 10.3917/rai.047.0115

244- *Ibid.*, p. 147.

245- Callon, M., *op. cit.*, p. 267.

246- À la différence d'un projet politique explicite, par exemple. C'est ce que le terme *camarade* laissait par exemple clairement entendre, subsumant les rapports communistes à créer, sans prétendre que l'état actuel des choses soit déjà idéal ou que la camaraderie politique soit un état naturel : il s'agissait d'une position éthique choisie.

d'humains²⁴⁷ »; « dès que tu es quelqu'un qui habite la cité, tu es un citoyen²⁴⁸ ». La citoyenneté n'est ici pas un projet, mais un donné.

L'usage naturalisant du terme citoyenneté dans les tentatives de descriptions élaborées sert donc moins à faire un portrait qu'à propulser un projet particulier de mise en forme du social. La présentation de la citoyenneté comme un donné naturel l'inscrit dans un acteur-réseau particulier, dont la conduction échappe dès lors aux acteurs et actrices : le sujet humain, historique, n'a pas de prise sur les lois de la nature, immuables. La citoyenneté naturalisée produit et reproduit les formes sociétales qui y sont liées et qui deviennent ainsi les seules possibles. Bien sûr, le discours et le raisonnement ne sont pas aussi limpides : la citoyenneté naturalisée, manipulée dans un lieu précis, relie simplement localement les pratiques qui y font référence à des formes avec lesquelles cette notion est compatible. Dans le cas qui nous intéresse ici, la revendication nécessaire prend par exemple la forme d'une exigence adressée aux pouvoirs régulateurs pour des corrections à apporter aux manières actuelles de faire.

Tout comme il n'y a pas de limpidité dans les utilisations de concepts et leurs conséquences pratiques, il n'y a pas de volonté qui préside au choix de tels usages dans le but d'instaurer une forme sociale particulière : il s'agit plutôt d'une mise en forme générale, saisie analytiquement, mais basée sur des actions à chaque fois locales, à partir des branchements possibles, eux-mêmes déterminés par les outils présents. La notion de dispositif permet de rendre compte des effets standardisants liés à une localisation particulière.

247- (gr2p11 G.)

248- (gr2p10 G.)

3.2.1 Le dispositif comme clé de compréhension

[Ce] n'est pas l'activité du sujet de connaissance qui produirait un savoir, utile ou rétif au pouvoir, mais le pouvoir-savoir, les processus et les luttes qui le traversent et dont il est constitué, qui déterminent les formes et les domaines possibles de la connaissance.

- Michel Foucault, *Surveiller et punir*, 1975²⁴⁹

La notion de dispositif devient une clé de compréhension du PIRAP, en ce qu'elle permet de mettre en lumière les liens entre la forme d'une pratique, les idées qui y sont développées, les attentes normatives qui s'y mêlent et la réalité qui est ainsi produite. Un dispositif est « tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants²⁵⁰ ». Cette notion permet de placer les contraintes et l'orientation conséquente de l'action des acteurs et actrices sur le plan de la normativité intrinsèque des pratiques concernées, normativité qui peut diverger tant des rationalisations effectuées au sujet de ces pratiques que de l'intention explicite des personnes impliquées.

Appliquée à un contexte discursif, comme celui de la présente recherche et des groupes de discussion qui en constituent le cœur, le dispositif laisse voir comment tout un champ lexical, tout un appareillage conceptuel, peut certes servir à légitimer certaines pratiques en favorisant l'adhésion idéologique, mais surtout comment un discours est avant tout une modalité pratique qui oriente vers des formes précises d'action. Ainsi, le discours ne se présente pas principalement comme un phénomène de l'ordre de la croyance : ses effets pratiques ne sont pas en premier lieu liés à une adhésion explicite

249- Foucault, M. (1993 [1975]). *Surveiller et punir*. Paris : Éditions Gallimard, coll. Tel, p. 36.

250- Agamben, G. (2007), *op. cit.*, p. 30-31.

et consciente en certains raisonnements ou techniques. Il s'agit plutôt d'une mise en lien de proche en proche : référence à une personne et ses idées, renvoi à une institution et ses appuis, appel à une technique quelconque, entre autres. Un discours est énoncé et utilisé à chaque fois dans un lieu particulier, il fait référence à des pratiques précises : l'intérêt qu'il représente est surtout celui de la porte d'entrée dans un acteur-réseau précis, avec son mobilier déjà mis en place pour la scène qui se jouera²⁵¹. La notion de dispositif laisse ainsi voir la large part de contingence qui peut être rattachée à l'aspect sélectionné de mise en forme de l'expérience, en ce que la compréhension de son vécu personnel, l'explication de sa situation individuelle, même sa subjectivité, sont dépendants des savoirs et des pratiques rencontrés par un individu²⁵². Le dispositif permet aussi de comprendre à quel point la structuration des pratiques et les savoirs qui sont mobilisés orientent les possibles : le dispositif rencontré produit une réalité reliée au cadre où cette production se déroule²⁵³.

Le concept de citoyenneté, exploré depuis le début de ce texte dans les manières qu'il a d'être invoqué et manipulé par les participant·e·s, n'est pas de l'ordre des idées : il est en effet inscrit dans les divers rapports qui règnent au sein du PIRAP. Cette inscription pratique est liée à la production au PIRAP de formes concrètes que prend le projet citoyen. C'est ce que la notion de dispositif permet de mettre en lien : la saisie de la citoyenneté à partir du PIRAP, dans l'existence pratique de celui-ci, qui produit un mode particulier d'être en société dans le cadre qui est le sien. Ici, celui d'un dispositif de travail, dans le champ de la recherche universitaire en psychiatrie/santé mentale.

251- Latour, B., *op. cit.*, p. 242-243.

252- Deleuze, G. (2004 [1986], *op. cit.*, p. 103 et 113.

253- « [Le] dispositif se nourrit de savoirs et organise des relations entre acteurs ; en retour, il produit de nouveaux savoirs et modifie des systèmes de relations (organisation, coopération, coordination) ». Aggeri, F. (2014). Qu'est-ce qu'un dispositif stratégique ? Éléments théoriques, méthodologiques et empiriques. *Le Libellio d'AEGIS*, 10(1), p. 51. Récupéré de <http://lelibellio.com/wp-content/uploads/2013/01/Le-Libellio-d-Volume-10-num%C3%A9ro-1-Printemps-2014.pdf>

Le PIRAP s'inscrit en effet dans un réseau où se côtoient la recherche, les soins et l'enseignement du domaine psychiatrique. Ses locaux sont situés à l'IUSMM, dans le centre de recherche de l'Institut : l'aile 218 du pavillon Bédard est entre les murs du fameux *Louis-H.*, tel qu'il y est référé dans le langage populaire. Sa participation à la production de divers projets de recherche tisse d'emblée des relations avec des chercheurs et chercheuses, des revues, des institutions – hôpitaux, université, centres. Ces liens ont des effets de mise en forme tant sur le format produit que sur son contenu : articles scientifiques qui passent par des processus d'approbation, cours ou conférences qui doivent répondre à des exigences de format et de qualité, lieux de diffusion inscrits au sein de réseaux propulsant des thématiques particulières et usant de vocabulaires formels, pour n'en nommer que quelque-uns. Thème, vocabulaire et raisonnement sont à inscrire dans des parentés et des filiations qui structurent les raisonnements et leurs développements à partir de ce qui est déjà existant : non seulement la forme est déterminée, mais ce qui peut être dit et ce qui constitue un objet légitime de recherche ou un angle argumentatif pertinent est aussi préformé.

La situation du PIRAP au sein d'un hôpital, à fortiori un institut universitaire, imprègne ses pratiques : la recherche produite l'est certes de manière autonome, mais cette autonomie est toute relative, en ce que l'institution qui héberge le PIRAP a ses critères, exigences et « branchements » à des réseaux qui orientent et balisent cette recherche. Celle-ci a aussi un lien avec le monde pratique des soins et services psychiatriques, en ce qu'elle s'adresse avant tout aux soignant·e·s et à l'orientation des actions de ces derniers. Les liens du PIRAP aux soins sont certes moins directs qu'avec la production de la recherche, mais ils n'en demeurent pas moins réels et importants, que ce soit dans l'association directe avec des soignantes-chercheuses et soignants-chercheurs – surtout des psychiatres – ou encore par les références amenant de nouveaux participants, nouvelles participantes, au groupe. Les projets de recherche auxquels se lie le PIRAP ou qu'il mène directement ont comme visées ultimes l'amélioration des conditions de soins et de vie des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, que ce soit par

l'introduction de thématiques, par exemple les déterminants sociaux de la santé, ou de pratiques, comme l'utilisation systématique de patient·e-expert·e·s, ou encore par l'accompagnement et le conseil de patient·e·s partenaires de recherche, comme dans le cas de la thérapie par avatar²⁵⁴. Les références par des intervenant·e·s, quant à elles, concernent tous les participants, toutes les participantes, au PIRAP : les personnes le fréquentant y ont atterri suite à une référence professionnelle ou à une mise en lien à travers des services d'aide psychiatriques. Rappelons le fait que ceux-ci soient publics, communautaires, médicaux, alternatifs est indifférent à leur appartenance au dispositif psychiatrique montréalais : l'objectif est ici d'intégrer une personne à une structure déjà existante, dans l'optique que cela l'aide à développer les habiletés nécessaires à la poursuite de son propre projet de vie.

En lien avec cet aspect de la pratique, il peut être noté que la citoyenneté s'avère être un projet normatif particulier à partir d'un certain usage peu explicite dans les propos et lié plutôt à la pratique des participant·e·s, soit le fait de fréquenter le PIRAP, en tant que salarié ou bénéficiaire d'une subvention salariale. La participation aux recherches scientifiques qui s'y déroulent se fait principalement, pour les participant·e·s, en tant que travailleurs et travailleuses : c'est après tout l'une des missions du PIRAP d'être un dispositif d'insertion ou de réinsertion au travail. Développer sa citoyenneté, dans ce contexte, implique d'effectivement participer aux activités de travail, avec les différentes exigences que cela implique en termes de cadre, d'horaire, d'habiletés nécessaires ou autres. Être un·e citoyen·ne, c'est trouver et maintenir sa place sur le marché du travail.

254- Un participant au PIRAP a été le patient-partenaire de cette recherche, ainsi qu'un pair aidant accompagnant d'autres patient·e·s dans leur vécu entourant cette thérapie. L'espace du PIRAP servait notamment à réfléchir sur son rôle et ce que ce dernier impliquait pour lui. Pour les résultats de la recherche sur la thérapie par avatar, voir du Sert, O. P. *et al.* (2018). Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial. *Schizophrenia Research*, 197, 176-181. doi : 10.1016/j.schres.2018.02.031

Ce contexte implique de plus la reproduction de formes particulières d'organisation de la pratique : le PIRAP est une entreprise d'économie sociale, sphère qui possède ses propres exigences administratives et institutionnelles, les principes qui la justifient et les vocables qui l'inscrivent dans ce champ social particulier. La présence d'un conseil d'administration composé à majorité de personnes ayant vécu un trouble de santé mentale²⁵⁵, tout comme celle d'une assemblée générale annuelle des membres, sont par exemple deux éléments qui influent sur les documents à produire et leur format, ainsi que sur les échéances liées à ceux-ci et les pressions conséquentes que cela induit à certains moments sur le quotidien du groupe. La citoyenneté s'ouvre ici au-delà des travailleurs et travailleuses pour inclure des bénévoles et autres membres de la société actifs et actives dans une forme associative formelle. L'implication sociale est après tout l'une des façons reconnues d'être un·e citoyen·ne inscrit·e dans sa communauté.

Par delà les formalisations qui inscrivent et encadrent le PIRAP de l'extérieur, il existe des formes internes qui sont elles aussi (re)produites dans et par l'activité quotidienne, dont la division du travail. Celle qui se présente au PIRAP y implique une hiérarchie interne formelle, notable principalement dans les rapports entre la direction et les participant·e·s : diverses scènes et échanges informels observés ont laissé voir que la traditionnelle séparation/opposition entre patrons et employé·e·s se rejouait aussi au PIRAP. Cette opposition servait à expliquer des différences d'attitude et d'opinion, tout comme des luttes et tensions à propos du cadre et du contenu du travail produit, par exemple par des rappels sur le respect de l'horaire ou sur les nécessaires justificatifs d'absence, des commentaires insatisfaits à propos de certaines décisions, de la ventilation au sujet de la façon dont une rétroaction a été donnée. La différence effective de pouvoir entre des personnes aux statuts distincts était aussi perceptible lors

255- Lierville, A., Grou, C. et Pelletier, J.-F. (2015). Enjeux éthiques potentiels liés aux partenariats patients en psychiatrie : état de situation à l'institut universitaire en santé mentale de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(1), p. 126. doi : 10.7202/1032386ar

des journées régulières de travail, tant en termes de prise de parole, de direction de celle-ci, que de liberté de circulation ou d'occupation des locaux et de choix de son poste de travail. Ce sont là des éléments plutôt convenus en lien avec l'organisation du travail : ils sont brièvement énumérés afin de souligner que le PIRAP n'y échappe pas et que ceux-ci y affectent et y orientent la pratique.

L'enseignement est le dernier domaine central auquel ce dispositif de recherche est lié : il s'agit d'une avenue qui prend de l'importance depuis l'établissement d'un microprogramme de formation de mentorat pour pairs aidants en santé mentale au sein de la Faculté de médecine de l'UdeM²⁵⁶, dirigé par Pr Jean-François Pelletier, directeur du PIRAP. Les détails formels de la relation entre le PIRAP et ce microprogramme n'étaient pas disponibles à l'étudiant-chercheur au moment de son étude. Cependant, un réel intérêt à ce sujet a été noté chez plusieurs participant·e·s aux groupes de discussion, qui voyaient là une possibilité d'aller poursuivre une formation universitaire ancrée dans leur vécu ou encore une porte d'entrée dans le domaine de l'éducation postsecondaire en tant que travailleurs et travailleuses. Leur participation au PIRAP leur semblait effectivement propice à une coopération à l'enseignement dans le cadre du programme, en tant que patient·e·s partenaires formateurs ou formatrices²⁵⁷. Ces avenues sont l'une des concrétisations du tournant patient partenaire effectué par la Faculté de médecine de l'UdeM dès 2010²⁵⁸.

Ce module sur le mentorat de rétablissement représente la possibilité d'obtenir une expertise accréditée pour leur savoir expérientiel²⁵⁹. Cette notion est centrale au PIRAP.

256- Faculté de médecine. Université de Montréal. (2017, septembre). Module de formation pour pairs aidants en santé mentale. Dans *Programmes*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <https://admission.umontreal.ca/programmes/module-de-formation-de-mentorat-pour-pairs-aidants-en-sante-mentale/>

257- Lierville, A., Grou, C. et Pelletier, J.-F., *op. cit.*, p. 126.

258- Letarte, M. (2015). L'approche patient partenaire gagne le Québec. *Le Devoir*. Récupéré de <https://www.ledevoir.com/societe/sante/456220/universite-de-montreal-l-approche-patient-partenaire-gagne-le-quebec>

259- Faculté de médecine. Université de Montréal. (2017, septembre), *op. cit.*

Les participant·e·s ont abondamment fait usage des ces termes pour mettre de l'avant la légitimité qu'ils et elles jugent avoir de parler de leur situation en tant « qu'expert·e·s de leur propre vie », du fait de vivre avec une difficulté de santé mentale et d'utiliser les services de santé. Le module de mentorat pour pairs aidant·e·s s'inscrit dans cette optique, en permettant de se former dans un programme universitaire de 10 crédits dans une faculté de médecine. Il cherche à favoriser une reconnaissance institutionnelle officielle de l'expérience vécue, par sa formalisation à partir de savoirs établis, tels que de « l'information médicale de base sur l'organisation des soins et services ainsi que sur les différents processus de rétablissement et d'autogestion des maladies mentales ou physiques chroniques²⁶⁰ ».

Revenons à l'aspect plus général du regard en termes de dispositif. Celui-ci permet de s'intéresser à la mise en forme de l'expérience telle que pratiquée par les participant·e·s aux groupes de discussion. Leurs propos montrent clairement que la manière de donner un sens à l'expérience vécue est liée aux concepts rencontrés dans le cheminement individuel des participant·e·s : dans le cas du groupe interviewé, leur passage au PIRAP a été déterminant dans la mise en forme citoyenne de leur vécu. Le projet de la citoyenneté apparaît comme éminemment contingent à leur parcours, aux pratiques et discours rencontrés dans leurs cheminements individuels. Cela paraît évident du fait qu'aucun·e participant·e n'affirme avoir été au PIRAP parce qu'il ou elle se sentait interpellé·e par les concepts manipulés : c'est plutôt l'inverse qui est vrai, en ce qu'ils et elles ont commencé à fréquenter le PIRAP pour ensuite donner un sens à certaines de leurs expériences de minorisation à l'aide du vocabulaire citoyen rencontré. En effet, dans les propos rencontrés, on note que la réflexion ainsi que les définitions, tant du savoir expérientiel que de la pleine citoyenneté, ont été développées au PIRAP : il devient clair que c'est la rencontre avec un vocabulaire citoyeniste qui a présidé à une

260- *Ibid.*

telle mise en forme dans ces termes de l'expérience vécue. Cela leur a permis de nommer leurs expériences d'exclusion et de marginalisation comme un manquement à ce qui est entendu par citoyenneté, car divers aspects de ce qui est par là conceptualisé leur sont refusés. D'autres concepts auraient pu être rencontrés, inscrits dans d'autres réseaux : le projet de mise en forme du monde soutenu en serait changé.

Il s'agit là d'un exemple des relations qui peuvent être tissées entre savoir, dispositif et normativité. Ces liens, en ce qui a trait au PIRAP, sont apparus dans les groupes de discussion à partir de deux formes de savoir : l'une comme savoir au service du respect de la différence et, l'autre, comme savoir à partir de la différence, un savoir différent et particulier.

La première forme du savoir rencontrée dans ce cadre, celle d'un instrument au service du respect de la différence, s'est manifestée par la référence à ce dernier comme à un outil de connaissance pour réduire les préjugés, les attitudes négatives ou de rejet impliquées dans les expériences d'exclusion auxquelles il a déjà été fait référence. La reconnaissance individualisée, qui passe notamment par un respect de la différence tout comme par la prise en compte d'inégalités nécessitant parfois des accommodements ou autres coups de pouce niveleurs, n'est pas un fait accompli. Une des actions qui peut être prise pour favoriser la mise en place d'un monde effectivement égalitaire et respectueux des différences individuelles paraît être de l'ordre de l'éducation, de la diffusion de connaissances plus vraies, plus solides : n'est-il pas de notoriété commune que les préjugés sont l'effet de la peur de l'autre, elle-même ancrée dans une ignorance qu'il est possible de contrée?

Ces personnes-là sont dans l'ignorance, ce qui revient toujours dans la stigmatisation, c'est un peu ce qu'on médiatise, là je ne parle pas juste des médias, mais ce qu'on médiatise socialement [...]. L'ignorance se répand

un peu comme une espèce de gangrène, elle vient de la peur de certaines personnes.²⁶¹

Cette conception du savoir est déjà en elle-même une normativité par rapport à l'usage social de la connaissance : cette dernière permettrait de dépasser la méconnaissance et l'ignorance, faites de peur et de crainte du différent. D'aucuns considèrent que l'idéal moderne et démocratique, soutenant les droits naturels, est enraciné dans la période dite des Lumières, où la Raison et l'humanisme ont permis la mise en place d'un savoir universel dissipant les ténèbres de l'obscurantisme moyenâgeux. Il s'agit certes là d'une représentation mythifiée des Lumières présidant à la naissance de l'émancipation, mais elle n'en continue pas moins de sous-tendre l'action, en lui servant de base justificative.

Cette perception du savoir comme devant éloigner les voiles de l'ignorance fait cependant fi d'autres éléments. D'un côté, la prétention à la scientificité n'est pas une simple approximation graduelle et progressive de la vérité sur l'objet, puisqu'elle est constituée au sein même de pratiques, discursives, institutionnelles ou autres, qui en régulent les possibilités et fixent les limites de ce qui est jugé comme pouvant être connu et de quelle manière²⁶². D'un autre côté, il existe des ensembles de savoirs qui ne relèvent pas de la science et qui pour autant ne peuvent être simplement qualifiés de faux : d'autres ontologies que celle sous-tendant la science moderne, le naturalisme, existent toujours dans le monde et elles sont productrices de savoirs et de pratiques qui ne peuvent être réduites aux catégories de nature et de culture²⁶³. Ces savoirs incluent des pratiques qui peuvent être jugées utiles et efficaces même par les tenants du naturalisme, et ce, bien que l'absence d'explication des mécanismes expliquant cette efficacité les fasse être qualifiés de charlatans, notamment par la médecine²⁶⁴.

261- (gr2p18 G.)

262- Foucault, M. (1993 [1975]), *op. cit.*, p. 36.

263- Descola, P., *op. cit.*

264- Stengers, I. (2004 [1995]). Le médecin et le charlatan. Dans T. Nathan et I. Stengers. *Médecins et sorciers* (2e éd.) (p. 117-170). Paris: Les empêcheurs de penser en rond / La Découverte.

À ces deux aspects du savoir peut s'ajouter un troisième : les idées, discours et pratiques jugées ignorantes et basées sur la peur constituent elles-mêmes des formes de savoir. Dans ces cas, il ne s'agit certes pas d'un savoir en termes de connaissances scientifiques, mais il y a là du savoir tout de même, en tant qu'ensemble de connaissances reliées à un contexte et à des pratiques, si le savoir est considéré comme « toutes les méthodes et les contenus qui sont considérés comme acceptable à un moment donné et dans un domaine défini²⁶⁵ ». Les savoirs religieux, identitaires, racistes, magiques, spirituels et autres, ne constituent pas de simples ignorances que la science pourrait corriger, mais s'inscrivent plutôt dans des rapports aux mondes et des relations diverses, qu'elles soient psychologiques, institutionnelles, amicales, communautaires.

Ce qui importe ici, c'est surtout de voir que le savoir n'est pas à simplement opposer à l'ignorance, la vérité à l'obscurité, mais à ancrer dans son contexte et les pratiques qui le soutiennent et l'appellent : « La détermination des choix théoriques réellement effectués relève aussi d'une autre instance. Cette instance se caractérise d'abord par la fonction que doit exercer le discours étudié dans un champ de pratiques non-discursives²⁶⁶ ». Dès lors, une réflexion à propos des savoirs – non *du savoir*, justement –, ne peut se contenter de s'attarder uniquement ou principalement à l'intention de ces savoirs, dissiper les voiles de l'ignorance et produire la vérité objective sur le monde, dans le cas de la raison scientifique : il convient de replacer la réflexion dans le contexte de production et de mobilisation du savoir. La notion de dispositif permet justement cela : le savoir est construit à partir des appareillages, des pratiques, qui le font exister, le relaient, l'énoncent ou, au contraire, le contrent, le nient, l'évacuent. Le savoir n'est pas neutre, discours factuel à propos des objets du monde : il sert des fins qui le débordent, lui et ses utilisateurs et productrices, il produit des

265- Rouillot, N. (2009). Savoir et pouvoir chez Michel Foucault. Dans *Philocité*. Récupéré de <http://philocite.blogspot.ca/2009/07/savoir-et-pouvoir-chez-michel-foucault.html>

266- Foucault, M. (1969). *L'Archéologie du savoir*. Paris : Éditions Gallimard, p. 90.

conséquences qui s'éloignent des intentions conscientes et explicites, il active et mets en lien des discours entiers et leurs supports matériels – instruments, institutions. La description des « faits donnés » est déjà une avenue politique, qui ne se présente et ne se représente pas comme telle. Cela a comme conséquence de forclure d'avance les possibilités de choix et de discussion sur les formes d'assemblage produites et à produire, sur les rapports à la vérité : comment en effet remettre en question les faits et les données issues de la science, qui ne ferait *que* décrire l'univers objectif et ses lois?

Le savoir expérientiel est la seconde forme du savoir en lien avec la différence qui peut être extraite des paroles recueillies dans les groupes de discussion. Il est défini comme les « savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches²⁶⁷ ». Il importe de s'attarder à cette conception du savoir, puisque les représentations du savoir expérientiel majoritairement diffusées ne se fondent pas tant sur la forme même de ce savoir et les limites d'autres formes de connaissance, mais plutôt sur une intention de démocratisation de la gouvernance des réseaux de services ou d'amélioration des soins actuels en favorisant l'observance au traitement par l'éducation thérapeutique²⁶⁸. Il s'agit là de fonder un savoir qui pourrait soutenir un certain rapport souhaité dans la relation de soin, le passage du patient, de la patiente, à l'usager-usagère²⁶⁹. C'est là une

267- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. Réseau universitaire intégré de santé. UdeM. (2014). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants *et* avec le patient. Montréal: l'auteur. Récupéré de

http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

268- Jouet, E., Flora, L. et Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients: Note de synthèse. *Pratiques de Formation – Analyses*, 2010(58-59), p. 14. Récupéré de <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00645113>

269- Clément, M. (2017, mai). *Participation citoyenne en santé mentale : état des lieux et perspectives*. Communication présentée au Colloque de l'AGIDD-SMQ du 24 mai 2017 : Pour une parole collective en santé mentale! États des lieux et perspectives sur la participation citoyenne, Lévis, Canada. Récupéré de <http://www.agidd.org/wp->

visée qui peut certes être souhaitable, mais qui, dans l'optique d'une analyse des savoirs, ne peut être la principale caution au savoir expérientiel, puisqu'elle s'intéresse aux visées avant la forme même.

En effet le propre du savoir expérientiel n'est pas de simplement enrichir les savoirs déjà admis dans les soins et la médecine, mais de tisser des mises en relations qui ont des potentiels résolument *autres* que ceux prônés par les expert·e·s et autres producteurs, productrices de connaissances. Le savoir expérientiel propose de reconnaître le pan irréductible aux lois élaborées par les sciences fondamentales, qui demeure présent dans toutes les situations. Il s'agit de cette façon d'une forme de savoir qui s'inscrit dans un acteur-réseau dont les points d'ancrage peuvent être résolument différents de ceux qui déterminent actuellement la validité du savoir médical : groupes de malades, de personnes utilisatrices de services ou d'usagers, usagères de drogues – « Bas les pattes! Ce dont nous souffrons ne vous appartient pas²⁷⁰. » –, méthodes narratives, herméneutique du vécu, notamment. Cette lecture des formes de savoir est renforcée par l'ANT, qui permet de concevoir que même la production d'un savoir objectif ne peut faire l'économie de son ancrage dans des réseaux d'influence et d'instruments qui en fixent les balises et en permettent la réception et la résonance. Une autre forme de savoir n'a pas que des visées différentes, elle a aussi des points d'appui autres qui tissent différemment la trame du monde. Reste par la suite à voir si cette trame répond aux visées souhaitées.

La particularité la plus conséquente du savoir expérientiel vient cependant de son nécessaire ancrage dans une expérience, qui par définition ne peut être qu'unique; même si elle partage des caractéristiques avec d'autres expériences, leur combinatoire

content/uploads/2017/06/Pr%C3%A9sentation-PowerPoint-Mme-Mich%C3%A8le-
Cl%C3%A9ment.pdf

270- Stengers, I. (2004). Usagers : lobbies ou création politique. Dans T. Nathan et I. Stengers, *op. cit.*, p. 195.

ne peut être que singulière. Cette caractéristique lui confère une légitimité qui provient d'un privilège épistémologique lié à une situation sociale et des expériences particulières : « notre statut de problème de santé mentale, nous donne un certain vécu expérientiel ²⁷¹ ». Ce principe de privilège épistémologique s'ancre dans la reconnaissance que le savoir n'est pas neutre, qu'il est toujours situé et que la position occupée permet de voir et de saisir des phénomènes qui peuvent passer inaperçus pour d'autres, position qui peut être résumée sous l'appellation de « point de vue de l'intérieur²⁷² ». Il s'agit là d'un apport particulièrement important de l'épistémologie féministe, qui peut être utilisée dans d'autres situations de minorisation que celles des femmes, où elle est née. Dans le cadre de la folie et des difficultés existentielles, appréhendées comme trouble de santé mentale, accorder une prépondérance à la parole des personnes psychiatisées permet de déconstruire le « monologue de la raison sur la folie²⁷³ ».

La conceptualisation qui vient d'être présentée s'éloigne de la volonté explicitement exprimée par les participant·e·s : j'ai la conviction qu'elle peut néanmoins soutenir cette volonté, en clarifiant théoriquement son appréhension. Cependant, s'il est question de restituer pour le lecteur, la lectrice, le rapport au savoir expérientiel qui a été rencontré dans les groupes de discussion, il convient de retourner au plus près des paroles. Ainsi, dans les groupes de discussion, les participant·e·s ne se rapportaient pas tant à une nouvelle forme de savoir et à son exploration qu'à une recherche de reconnaissance,

271- (gr1p3 D.)

272- Pires, A. (1997). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires [Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives] (dir.) (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Première partie : Épistémologie et théorie* (p. 54). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

273- Foucault, M. (2001 [1961]), *op. cit.*, p. 188.

ainsi qu'à la visée démocratique soulignée plus tôt et restituée dans un contexte de prise de contrôle sur les soins et services reçus²⁷⁴.

Ainsi, ce qui est recherché en priorité est le droit de cité de cette forme de savoir qu'est l'expérience²⁷⁵ : à cette fin, la validation du savoir expérientiel par la science est une avenue considérée comme valide et essentielle. En cherchant à se placer aux côtés et en alliance avec un savoir ayant déjà une forte légitimité sociétale, cette approche du savoir expérientiel cherche à développer un autre volet au sein de l'acteur-réseau de la science médicale pour en faire une science qui inclurait le savoir expérientiel dans sa vision et sa compréhension du monde. C'est ce faisant que l'objectif de l'égalité citoyenne peut être accompli, en reconnaissant ce qui est déjà là, l'expérience, tout en transformant les structures actuelles pour lui faire une place. C'est dans cette orientation que le PIRAP représente pour les participant·e·s un outil permettant de faire exister et entendre une voix prenant part à la pleine reconnaissance (de la différence) et aux changements sociaux qui la soutienne. Le programme de mentors de rétablissement a été présenté par plusieurs participant·e·s comme une possibilité intéressante en ce sens : les personnes en situation d'expérience peuvent aider les professionnel·le·s de la relation d'aide à modifier leurs pratiques, tout en reconnaissant qu'elles ont à développer des compétences formalisées en ce qui a trait au travail dans le domaine psychiatrique²⁷⁶.

Ce rapport au savoir expérientiel répond aussi au volet éducatif du savoir rencontré plus tôt, où, par la diffusion de connaissances plus complètes, les préjugés sont déjoués et la reconnaissance de tous et toutes favorisée. Cette fin prend au PIRAP le visage de la pleine citoyenneté, qui cherche notamment à faire prendre conscience de l'aspect

274- Rose, N., *op. cit.*, p. 129.

275- Noter que sa mise en forme réflexive, constitutive pour certain·e·s du passage de l'expérience au savoir expérientiel (Jouet, E., Flora, L., Las Vergnas, O., *op. cit.*), n'a pas été abordée par les participant·e·s et n'a pas semblé à l'auteur faire partie de leur bagage conceptuel.

276- (gr3p47 G.)

citoyen du fait d'avoir un vécu de trouble de santé mentale : rapports aux institutions, exclusion de sa voix de la vie publique, entre autres. On améliorerait ainsi la science, en la rendant plus exhaustive, tandis que celle-ci contribuerait au passage de l'expérience au savoir expérientiel par l'adjonction de procédures objectivées et d'objectivation, qui sont les marques du cautionnement scientifique d'une connaissance.

L'analyse du savoir expérientiel en relation avec le dispositif d'où ce savoir émerge et est mis en forme a permis de dégager certains éléments qui le caractérisent, au-delà des velléités démocratiques qui le justifient habituellement. En termes de connaissances produites, il s'agit là d'une avenue épistémologiquement fondée sur le particularisme situé. L'inscription institutionnelle du dispositif du PIRAP oriente grandement les objectifs poursuivis, notamment la reconnaissance recherchée au sein même de l'acteur-réseau de la médecine actuelle.

3.2.2 Le projet (politique) de la citoyenneté

[La] citoyenneté ne doit pas être abordée comme un statut immuable, mais plutôt comme un processus de construction engagé par le citoyen lui-même [sic]. La dimension civique ou participative de la citoyenneté réfère à l'engagement du citoyen [sic] dans l'espace public afin de contribuer au façonnement de la société.

- L'Institut du Nouveau Monde,
paraphrasant le sociologue Guy Rocher²⁷⁷

Tous les éléments soulevés jusqu'à présent – conceptions des participant·e·s sur les statuts, droits et devoirs; dispositif et savoirs; production en acte, localisée, de la société

277- Institut du Nouveau Monde. (s.d.) *Citoyenneté*. Récupéré de <http://inm.qc.ca/blog/citoyennete/>; à partir de Rocher, G. (2000.) Droits fondamentaux, citoyens minoritaires, citoyens majoritaires. Dans Coutu, M., Bosset, P., Gendreau C. et Villeneuve, D. (dir.). *Droits fondamentaux et citoyenneté – Une citoyenneté fragmentée, limitée, illusoire?* (p. 23-42). Montréal : Éditions Thémis.

– soulignent que le concept de citoyenneté, tel que mobilisé au PIRAP et par ses participant·e·s, est en fait un projet politique non explicité comme tel, mais néanmoins mis en application en paroles comme en pratique. Ce projet est naturalisé comme allant de soi, comme existant d'emblée en tant que tel, quand il s'agit en fait d'un ensemble normatif visant à créer et perpétuer certains rapports individu-société, ainsi que les conceptions mêmes de ces deux éléments. Il est possible d'extraire analytiquement une stratégie anonyme²⁷⁸ qui, sans égards directs avec les volontés explicitées et conscientisées, peut résumer les orientations empruntées par ce projet et, de ce fait, la société qui est produite par les idées véhiculées et les pratiques auxquelles celles-ci s'attachent.

Dans le cas du concept de citoyenneté, tel que manipulé par les participant·e·s aux groupes de discussion, il est possible de noter un ensemble de présupposés jugés comme allant de soi, voire naturels, qui sont accompagnés par des normativités implicites. La volonté d'éduquer et de diffuser de meilleures connaissances vise déjà à lutter contre de tels tenus-pour-acquis : le projet qui soutient une telle attitude n'en paraît pourtant pas lui-même exempt. Il s'agit toutefois ici de préjugés qui sont considérés comme positifs, plutôt que négatifs comme c'est le cas pour l'intolérance et la discrimination stigmatisante. Les présupposés liés à la pleine citoyenneté ne sont pas perçus comme devant être remis en question, non seulement parce que les manières de faire et de penser spontanées ne sont pas d'emblée réflexives²⁷⁹, mais surtout parce que leur impact sur le monde est jugé souhaitable : l'ontologie et l'agencement politique impliqués par ce projet concordent avec certaines grandes tendances de la société où il baigne et qui sont vues en tant qu'objectifs louables. Il n'en demeure pas moins que ce

278- Foucault, M. (1976), *op. cit.*, p. 125.

279- de Certeau, M., *op. cit.*, p. XLI.

sont là des avenues possibles entre d'autres et que leur explicitation peut servir à augmenter le degré de contrôle qu'un groupe a sur sa propre action²⁸⁰.

Ainsi, à partir des propos des participant·e·s, deux volets préliminaires de ce projet ont été dégagés, qui constituent des essentiels de la pleine citoyenneté proposée en ce lieu : d'un côté, devenir un·e citoyen·ne, ce qui implique, de l'autre, de développer des rapports entiers aux institutions de la société. Deux présupposés sous-tendent ces deux avenues citoyennes : tout d'abord, l'appartenance à la société, le besoin et l'envie d'en faire partie, de même que la légitimité de la forme de cette dernière et de cette relation; ensuite, une relation de reconnaissance et de légitimation avec les institutions publiques-étatiques.

Le fait de devoir devenir un·e citoyen·ne survient quand des situations de minorisation sont vécues et qu'elles provoquent une marginalisation. Les autres citoyen·ne·s n'ont pas cette obligation dans leur parcours : ils et elles sont citoyen·ne·s de manière pleine et entière sans avoir besoin de le savoir, sans même le percevoir, peut-être, car les bénéfices de la citoyenneté leur sont d'emblée accessibles. En effet, ils et elles n'ont pas à se questionner ni sur leur insertion dans des groupes, ni dans la conduite des activités considérées comme normales, travailler par exemple, ni au sujet de leur rapport aux institutions de l'État : ces modes de relation sont tenus pour acquis et ne sont questionnés que lorsque leur effectivité achoppe, lorsque la mécanique sociale « coince ». Ces circonstances ont été le lot des participant·e·s aux groupes, d'après leurs représentations d'eux et d'elles-mêmes : la participation au PIRAP est un travail, non seulement au sens d'emploi, mais également en termes d'apprentissages et de réflexions à propos du social et de ce que cela implique d'y être véritablement inscrit. Par delà la cogitation, qui permet de mettre des mots sur son histoire et de comprendre ses expériences en termes de citoyenneté niée, le premier véritable travail à faire apparaît

280- Bourdieu P. (1978), *op. cit.*, p. 69.

collectif. En effet, pour permettre des vécus individuels respectant la pleine citoyenneté, il est nécessaire de réclamer des transformations aux institutions et aux modes de fonctionnement sociaux, afin que « la communauté nous accepte comme on est²⁸¹ ». La référence à des transformations nécessaires à faire a été spontanée chez les participant·e·s et elle s'est exprimée à chaque fois dans le cadre d'une tentative de définition de la citoyenneté : la description qui voulait correspondre à un état, statutaire, pistait toujours plutôt vers un but à atteindre et pour lequel il est nécessaire de « faire quelque chose ». La citoyenneté suppose ainsi aussi une action à prendre envers la communauté, une forme d'implication.

Le deuxième volet du projet de la pleine citoyenneté concerne le rapport non brisé aux institutions. Cette relation « complète » avec les institutions apparaît directement peu dans les propos des participant·e·s. Cependant, certaines phrases laissent entendre que l'appartenance à la société n'est définitivement pas l'apanage de tous et toutes :

intégrer un concept de citoyenneté à des gens qu'on considère comme des citoyens de seconde zone, des sous-citoyens, tant et aussi longtemps qu'on va avoir cette mentalité-là, je pense qu'il va toujours rester du travail à faire pour la pleine citoyenneté²⁸².

Le thème de la relation avec les institutions est surtout présent *a contrario* dans les documents de l'IUSMM et dont il a été illustré qu'ils correspondent en grande partie aux aspirations des participant·e·s au présent projet de recherche : une citoyenneté de second ordre, non pleine, implique des « rapports brisés avec les institutions²⁸³ ». L'insertion sociale consiste dès lors, au moins en partie, à se relier aux établissements qui composent la part du tissu social constituée par les actions étatiques : vote, soins de santé, aide au revenu ou à l'emploi, utilisation de services publics comme les

281- Paraphrase de « mais la communauté, est-ce qu'elle est toujours prête à nous recevoir, comme on est? » (gr1p4 M.)

282- (gr1p14 G.)

283- IUSMM. (2016a), *op. cit.*

bibliothèques, notamment. Devenir un·e citoyen·ne correspond à avoir la possibilité de remplir le rôle dévolu aux sujets individuels – et à activer celle-ci.

L'approfondissement des relations institutionnelles souhaité peut lui aussi être compris à partir du dispositif comme clé analytique. Dans ce cadre, le discours énoncé et les aspirations qu'il porte s'inscrivent dans le dispositif d'où il émerge : le discours demeure alors en cohérence avec les formes des relations qui y ont cours. On peut dire que le dispositif énonce ce qui lui permet de s'autoconserver, en ne remettant pas d'emblée en question les bases de son existence. Ainsi, la pleine citoyenneté est cohérente avec le dispositif qu'est le PIRAP et l'acteur-réseau dans lequel il s'inscrit : producteur de savoir pour les services de santé, au sein d'une institution de soins et de recherche (le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal) financée par des ministères et des instituts de recherche à partir des fonds publics, où le cadre de socialisation principal et archétypique est le salariat, où le volet politique de la vie est séparé du quotidien et s'exprime par le vote... La liste des caractéristiques instituées de la société contemporaine pourrait être presque infinie : ce qui importe, c'est de saisir à quel point la philosophie de la pleine citoyenneté peut être vue comme l'actualisation et la complétion du libéralisme.

On notera en effet la conformité du projet de la pleine citoyenneté avec cette visée politique, non pas dans le discours explicite tenu (quoique, dans le cas présent, cela aussi correspond), mais surtout dans ce qui est produit. Les raisons principales de cela se situent au niveau des contraintes impersonnelles qui concourent à la sélection des discours et des projets qui ont droit de cité, car financés : critères de subvention, inscription nécessaire dans les orientations institutionnelles, références scientifiques qui orientent le savoir dans les avenues déjà établies, mots, concepts, vocables. Le rapport aux institutions, présenté au départ comme l'ouverture de plus de possibilités pour les individus, dans une optique d'équité, implique aussi une mise en forme impersonnelle des possibilités d'action. Si la subjectivité dérive des savoirs et des

pouvoirs²⁸⁴, en d'autres termes la résultante des attachements que l'on tisse avec l'extérieur et qui servent de support à l'individualité²⁸⁵, le projet de la pleine citoyenneté est *aussi* une manière de mettre en forme des sujets conformes à l'organisation actuelle du monde. Il s'agit là d'une avenue qui peut être légitime : il conviendrait cependant pour cela de la nommer comme projet et non de la décrire comme état de fait...

La citoyenneté glisse de plus en plus de son *état partagé* à son *travail à faire*, personnel et institutionnel-collectif. Ces deux volets, devenir un citoyen (l'apprendre et l'agir) et réparer le rapport aux institutions, peuvent paraître surprenant comme contenu explicite appliqué au fait d'être un·e citoyen·ne : pourquoi sont-ce ceux-ci qui ressortent des propos, plutôt qu'un contenu plus directement éthique ou moral, en lien avec la solidarité et la justice équitable, par exemple, deux thématiques fréquemment rencontrées dans des usages publics de la citoyenneté²⁸⁶? Le lieu d'émergence du discours ici recueilli paraît essentiel pour le comprendre.

Le projet de la pleine citoyenneté, lorsque saisi dans sa concrétisation localisée au PIRAP, montre en effet un objectif spécifique et clair, qui a trait à des transformations souhaitées du paradigme et des pratiques de soins. Les liens avec les institutions offrant ces services sont dès lors nécessairement présents, tout comme de manière primordiale le travail pour la reconnaissance du savoir expérientiel par des réseaux déjà présents, qui ont le plein pouvoir : ceux du régime médical de mise en forme du monde.

284- Deleuze, G. (2004 [1986]), *op. cit.*, p. 109.

285- Martuccelli, D. (2002). *Grammaires de l'individu*. Paris : Éditions Gallimard, coll. folio/essais.

286- Voir par exemple Citoyen de demain, *op. cit.* ou l'Institut du Nouveau Monde, *op. cit.*

CHAPITRE IV

MODIFICATIONS AU SEIN DU RÉGIME MÉDICAL

L'autre processus, c'est la croissance des réseaux disciplinaires [...] à mesure que la médecine, la psychologie, l'éducation, l'assistance, le « travail social » prennent une part plus grande des pouvoirs de contrôle et de sanction, en retour l'appareil pénal pourra se médicaliser, se psychologiser, se pédagogiser[...]. Le problème actuellement est [...] dans la grande montée de ces dispositifs de normalisation et toute l'étendue des effets de pouvoir qu'ils portent, à travers la mise en place d'objectivités nouvelles.

– Michel Foucault, *Surveiller et punir*, 1975²⁸⁷

Comme l'a montré la section précédente, les participant·e·s au PIRAP ont la volonté de participer à des changements sociétaux : le vocable entourant la citoyenneté vise en effet à instaurer des modifications dans les pratiques sociales. Il a aussi été illustré en quoi il peut être intéressant de questionner les insertions théoriques des concepts manipulés pour justifier les changements à apporter, en ce qu'une telle analyse permet de dégager des prénotions et des orientations présentes de manière implicite dans les

287- Foucault, M. (1993 [1975]), *op. cit.*, p. 358.

savoirs ainsi mobilisés, qui charrient des normativités et des mises en forme qui ne sont pas nécessairement ni intentionnelles ni souhaitées.

Puisque le dispositif du PIRAP s'inscrit dans le domaine psychiatrique, cette section explorera les rapports qu'entretiennent les propos des participant·e·s avec ce domaine de savoirs et de pratiques. Le registre médical sera abordé en premier, car les participant·e·s ont fait usage de celui-ci de nombreuses manières, tant pour décrire leurs histoires que pour parler de différentes formes de soins, dont le Rétablissement. Cette approche sera ensuite située dans le registre médical, pour ensuite en analyser les savoirs constitutifs, entre science et expérience personnelle. Par la suite seront explorés les propos qui font un lien entre le registre médical et ses pratiques disciplinaires, soit le régime des savoirs-pouvoirs médicaux. Finalement, seront extraites des propos et des savoirs identifiés jusqu'à maintenant les normativités explicites et implicites qu'ils convoient, au sujet de la forme que devrait prendre la dispensation de services en santé mentale.

L'analyse présentée ne cherche pas la remise en cause ni de la possibilité ni de la proximité des changements visés : elle veut plutôt mettre en lumière le vocabulaire utilisé pour les justifier et les domaines du savoir auxquels il se rapporte. C'est dès lors la portée des changements désirés qui est questionnée : qu'est et qu'implique la situation de ce vocabulaire médical, dans lequel s'enracine les volontés de transformation vers la « pleine citoyenneté », au fondement duquel se retrouvent des pratiques divisantes, parfois coercitives et disciplinaires, elles-mêmes ciblées par les transformations souhaitées?

4.1 Des explications dans le registre médical

*Parce que si on était tous
fous...*²⁸⁸
- V., 2^e groupe de discussion,
jan. 2017

Le registre médical est explicite de diverses manières dans les propos des participant·e·s : dans la façon de rapporter leurs histoires personnelles, dans l'usage des termes « santé mentale », dans le rapport à la médication et à la psychologie, ainsi que dans l'usage du terme Rétablissement. Ces thèmes seront explorés ici.

Les participant·e·s racontent tous et toutes leur histoire personnelle dans des mots ponctués de références médicales, dont le vocabulaire sert de trame de fond à la mise en forme de l'expérience vécue. Il est donc considéré que les épisodes difficiles vécus sont liés au fait d'avoir développé une maladie : « quand je suis en maladie, moi, quand j'ai de gros symptômes, je ne me sens pas normale²⁸⁹ ». Ou encore : « j'ai fait le Rêve²⁹⁰, je l'ai fait, je suis tombé malade. Tsé, la pression que ça te met sur les épaules de tout payer et il ne faut pas que tu tombes malade [...]»²⁹¹ ».

Ces utilisations de termes comme maladie, malade, symptômes, explicitement médicaux, ne sont qu'un des exemples provenant des propos des participant·e·s où le vocabulaire utilisé est tiré de la médecine : les termes tirés du champ lexical de la psychiatrie médicale sont également nombreux. En voici quelques-uns : « si tu es schizophrène, que tu souffres d'anxiété ou que tu as un trouble de personnalité limite, comme moi j'ai²⁹² »; « je vais toujours avoir mon trouble d'anxiété, je vais être comme

288- (gr2p74 V.)

289- (gr2, p17 M.) (je souligne)

290- C.-à-d. le Rêve américain, dont il a beaucoup été question dans les groupes et qui sera abordé au dernier chapitre.

291- (gr2p14 A.) (je souligne)

292- (gr1p21, J.)

ça²⁹³ »; « quand on est en santé mentale, par exemple moi je suis schizophrène, bon, on va voir le médecin, il va me donner des médicaments, il me dit "reviens dans deux mois", *that's it*²⁹⁴ »; « Oui, c'est bien connu que les personnes schizophrènes ont de la difficulté à entretenir des relations de couple, parce que, déjà qu'elles ont de la difficulté à composer avec leurs propres symptômes, la charge émotionnelle et tout ce que ça peut demander [...]»²⁹⁵ ». Ce vocabulaire médical est intégré par les participant·e·s et est utilisé de manière fluide et naturelle.

La mise en forme médicale de l'expérience vécue peut aussi être vue dans l'usage qui est fait de la référence à la normalité. Cette relation au registre médical est moins directe que les usages précédents, mais n'en demeure pas moins sise dans celui-ci : la pensée médicale est en effet concernée de manière centrale par la séparation du normal et du pathologique²⁹⁶. C'est dans ce registre que les expériences personnelles difficiles vont être qualifiées :

M. : Moi, je me sens quand même normale, même si j'ai un problème de santé mentale. Je me sentais déjà marginale, jeune, parce que la santé mentale a fait partie de ma vie, jeune. Donc, je n'ai peut-être pas le même cheminement [que d'autres]. Pour moi, je trouve ça pas normal, mais en même temps c'est normal, pour moi.

Anim. : Qu'est-ce qui n'est pas normal?

M. : Ce qui n'est pas normal, c'est quand t'es en maladie, quand moi j'ai des gros symptômes, je ne me sens pas normale. [...] Ce n'est pas dans ma zone idéale, je ne suis pas dans mon corps, je ne suis pas dans mes valeurs. C'est ça que ça fait, pour moi.²⁹⁷

La normalité fait ainsi partie des critères utilisés spontanément par les participant·e·s pour qualifier leurs expériences, tant en ce qui a trait au vécu personnel qu'aux relations

293- (gr2, p72-73-74)

294- (gr2p23 G.)

295- (gr1p8, V.)

296- Canguilhem, G. (2015[1943]). *Le normal et le pathologique* (12e édition). Paris : Presses Universitaires de France, coll. Quaridge.

297- (gr2p17)

sociales : « cette marginalité nous empêche d'être normaux²⁹⁸ ». La normalité est opposée de manière implicite au pathologique, comme en médecine : l'anormalité ciblée est celle qui comprend l'expérience de la maladie, du trouble, des symptômes.

Un troisième volet dans la relation de leur histoire personnelle par certain·e·s participant·e·s laisse voir une relation au registre médical. Il s'agit du fait de s'être dirigé·e vers l'hôpital pour chercher de l'aide dans des moments de détresse²⁹⁹. Ce fait ne permet pas d'emblée de conclure à la mise en forme narrative de son expérience à l'aide du registre médical : en effet, les hôpitaux n'ont par exemple peut-être qu'été la porte d'entrée la plus claire et évidente au réseau d'aide publique. Cependant, si, analytiquement, les hôpitaux sont conçus comme des pièces inscrites dans un dispositif de services impliquant lui-même l'usage du savoir médical, il est facile de concevoir à quel point la fréquentation hospitalière est propice à l'utilisation du registre médical pour la mise en forme de son vécu, ce que montrent par ailleurs les usages précédemment cités.

Les trois usages précédents ont été l'introduction au registre médical. Ils n'ont cependant pas été la plus grande mise en forme médicale spontanée de leur expérience par les participant·e·s. Celle-ci est devenue particulièrement apparente dans l'utilisation des termes *santé mentale*, en ce qu'elle recouvre à la fois le pathologique et les soins.

L'usage des termes *santé mentale* par les participant·e·s a en effet été une caractéristique qui a de suite frappé l'auteur puisque, sauf dans quelques exemples répertoriés plus bas, l'usage de ces termes a systématiquement été fait en tant que synonymes de *maladie mentale* ou de *dispositif de soins et services en santé mentale*.

298- (gr2p8 G.)

299- (gr1p45 J.)

Certains usages de ces termes sont tout d'abord clairement de l'ordre de la maladie mentale : « d'habitude, la santé mentale, c'est quand même assez apparent³⁰⁰ »; « dans mon cas à moi, je ne pense pas que je vais guérir de la santé mentale, de mon problème, de ma problématique³⁰¹ »; « la médication, tout ce qu'elle fait, c'est qu'elle calme les symptômes de la santé mentale, mais jamais jamais jamais elle ne la guérit³⁰² »; « une personne qui souffre de santé mentale³⁰³ »; « on est peut-être la première ou dans les premières cohortes où on parle de santé mentale pas juste comme un diagnostic ou un trouble biologique ou neurologique ou peu importe, mais vraiment comme un truc plus personnel³⁰⁴ ». La santé mentale devient son contraire, soit la maladie, la pathologie, le trouble.

D'autres utilisations sont quant à elles plus ambiguës, utilisant les termes santé mentale comme un synonyme soit de maladie, soit du fait de naviguer le dispositif de services de santé mentale : « on parle d'espaces pour les gens en santé mentale³⁰⁵ »; « même si on est en santé mentale et qu'ils exploitent notre savoir expérientiel, on dirait que ce savoir-là n'est pas aussi riche que leur, que ce qu'ils apprennent à l'école³⁰⁶ »; « on met dans la même classe des gens en santé mentale, des gens pas en santé mentale³⁰⁷ »; « Si je n'avais pas d'antécédent en santé mentale, mon rapport avec le savoir expérientiel en santé mentale serait différent nécessairement. ³⁰⁸ »; « je trouve ça chanceux qu'aujourd'hui, ils commencent à parler de savoir expérientiel. Ça donne des ouvertures

300- (gr2p24 G.)

301- (gr2p73 M.)

302- (gr2p23 G.)

303- (gr2p24 J.)

304- (gr3p23 G.)

305- (gr3p23 G.)

306- (gr3p40 A.)

307- (gr3p47 G.)

308- (gr3p33 V.)

pour les gens en santé mentale.³⁰⁹ » Être *en santé mentale*, donc, correspond à être une personne utilisatrice de services du dispositif psychiatrique.

Comme il a été dit, seuls quelques usages de santé mentale en tant que synonymes de santé psychique ont été répertoriés. Il s'agit de « problèmes de santé mentale³¹⁰ », de « système de santé mentale³¹¹ » et d'« avoir une bonne santé mentale³¹² ». C'est quelques rares cas ne contrebalancent pas l'utilisation majoritaire comme synonyme de maladie mentale ou de dispositif de soins et de services. Pourtant, c'est cette utilisation qui correspond aux définitions officielles des termes, comme le résume un site de l'État québécois : « l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme "un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté". Selon cette définition, être en bonne santé mentale ne consiste donc pas uniquement à ne pas avoir de maladie³¹³ ». Les termes santé mentale, dans leur définition reconnue, sont précisément l'opposé du pathologique et de la maladie.

D'autres éléments de l'histoire des participant·e·s laissent aussi voir que le registre médical leur semble adéquat à la mise en forme de leur vécu : l'usage d'une médication psychotrope est un aspect de l'expérience de tous les participant·e·s aux groupes. Leurs vécus individuels et leurs rapports avec ces médicaments diffèrent, toutefois. Je traiterai ici de l'usage volontaire de la médication, tandis que les utilisations obligatoires de médicaments, coercitives, seront explorées plus loin.

309- (gr3p47 R.)

310- (gr2p24 J.); (gr2p25 G.); (gr2p43 G.); (gr3p23 G.); (gr3p31 G.); (gr1p41 G.).

311- (gr1p28 G.)

312- (gr3p1 D.)

313- Gouvernement du Québec. (2018). Maladie mentale. Dans *Problèmes de santé*. Québec : l'auteur. Récupéré de <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/> (souligné dans l'original)

Pour la presque totalité des participant·e·s, la médication est quelque chose qui peut s'avérer utile, voire nécessaire. Cette vision des choses est basée sur une compréhension biomédicale de son « trouble », qui fait de la médication une réponse adéquate aux difficultés vécues : « j'ai aussi un trouble panique, il y a de la médication pour l'anxiété, donc ma psychiatre m'a donné un antidépresseur qui m'aide beaucoup dans mes symptômes³¹⁴ ». De même :

Dans mon cas, je sens qu'il y a une partie biologique qui joue là-dedans. [...] Je les ai déjà arrêtés, mes médicaments, parce que je pensais d'être assez outillée pour la voir venir, la psychose. Et puis, je suis partie comme ça. (*Clquement de doigts. Rire/soupir.*) Moi, je pars trop vite.³¹⁵

La médication est quelque chose qui peut être essentielle, car, après tout, la « santé mentale » n'est-elle pas une « maladie comme les autres »³¹⁶? L'extrait suivant le laisse entendre : « si la personne est diabétique ou fait du cholestérol, de la haute pression, de la basse pression, toutes ces choses-là, c'est normal de prendre la médication. [...] Il y en a qui vont avoir besoin de médication, ils sont naturellement dépressifs.³¹⁷ »

Les psychotropes prescrits sont certes liés à une explication de son expérience à partir du registre médical, mais pas uniquement : c'est l'expérience directe de certain·e·s participant·e·s avec l'efficacité de la médication pour s'attaquer à leur mal-être et à certaines difficultés, qui leur a ouvert la voie de cette utilisation. La médication peut permettre d'éviter un état jugé anormal, comme dans l'extrait ci-haut, ou encore simplement procurer un mieux-être : « ça m'aide beaucoup dans mes symptômes, donc

314- (gr1p25, J.)

315- (gr1p25 M.)

316- Garnoussi, N. (2012). Une maladie comme une autre ? Logiques de redéfinition de la dépression et du vécu dépressif. *Lien social et Politiques*, 67, 17–32. doi : 10.7202/1013014ar

317- (gr1p56 A.). On voit dans cet extrait un exemple clair d'un impact pratique du procédé discursif de naturalisation.

je ne pense pas qu'un jour je vais être capable de diminuer ou de l'arrêter, parce que ça me procure quelque chose de bien!³¹⁸ »

Parfois, elle permet aussi de « redescendre » d'un état pathologique, de contrôler des symptômes :

J'étais en psychose. Je trouve que j'avais besoin de médication à ce moment-là, parce que, comment veux-tu que j'exerce ma pleine citoyenneté, quand je suis en psychose? [...] Moi j'étais sur une autre planète, j'avais ma pleine citoyenneté ailleurs, mais pas ici. (*Rires.*)³¹⁹

Finalement, la médication peut aussi permettre de faciliter la reprise d'une vie plus satisfaisante : « je ne dis pas que le médicament fait tout, mais dans mon cas à moi, je suis consciente que pour avoir un rétablissement optimal, je dois prendre ma médication, pour un bon bout de temps³²⁰ ». Ce sont au final les résultats probants de la médication qui en font un outil difficilement contournable :

Dans mes symptômes, peut-être que je pourrais, avec la psychothérapie, déjouer ça et m'en sortir par moi-même, comme il y a souvent d'autres gens à qui c'est déjà arrivé. Mais vu que j'ai cette facilité-là avec cette médication, je me dis que j'ai une béquille et que je suis correct, dans le fond.³²¹

L'utilisation de la médication est facilitée par l'usage du registre médical pour mettre en forme son vécu, ses expériences et l'explication de leurs causes. Cette médicalisation de l'existence ne se limite toutefois pas à la médecine et ses médicaments : le partage de la différence entre normal et pathologique n'est à l'époque actuelle en effet plus son apanage. Cette pratique fait aussi partie de la psychologie, qui peut dès lors aussi être

318- (gr1p25, J.).

319- (gr1p19 M.).

320- (gr1p20 M.).

321- (gr1p25 J.).

placée dans le registre de la médicalisation, d'après un parallèle fait de manière frappante par divers participant·e·s.

Un lien direct entre la psychologie et la médication est ainsi tracé, en raison du fait que toutes deux visent à corriger des pensées qui errent : « la médication, je ne suis pas vraiment pour, parce que je trouve que, des fois, par des psychothérapies ou des psychologues avec qui on pourrait parler, ils pourraient nous mettre dans la bonne direction : "ta pensée est pas correcte"³²² ». La complémentarité des deux outils laisse voir que la médication peut devenir une alliée de taille à la réussite psychothérapeutique :

j'ai l'intention d'arrêter ma médication un jour, je pense que je serais capable de vivre sans, mais [...] je ne suis pas rendu là encore, c'est-à-dire qu'il y a des trucs sur lesquels il faut que je travaille. [...] Je suis vraiment pour une thérapie médicamentée, c'est que le médicament stabilise, mais il ne change absolument rien.³²³

La médicalisation de leur expérience est intégrée par les participant·e·s, ce dont la convergence entre le médical et le psychologique n'est que le dernier exemple. Le registre médical donne accès à un vocabulaire et a des explications qui permettent une mise en forme maîtrisée de ses expériences, mise en forme complétée par des techniques pratiques qui font leurs preuves par les effets qu'elles induisent. Ces techniques soulignent à quel point il existe une convergence de buts et de conceptions entre le psychosocial et le médical, malgré des approches qui peuvent sembler divergentes et qui souvent s'opposent sur le terrain des discours.

Il ne s'agit cependant pas de la seule occurrence où il est permis de constater des rapprochements entre ces sphères : c'est aussi le cas du Rétablissement, un vocable particulièrement d'actualité dans le dispositif psychiatrique québécois.

322- (gr1p24 R.)

323- (gr1p25 G.)

4.2 « Le rétablissement, pour moi, c'est ni plus ni moins que la guérison³²⁴ »

Incognito, bien dans ma peau
- Luc Plamondon, 1987³²⁵

L'éloignement d'une approche principalement médicale est souhaité par les divers tenant·e·s du Rétablissement. Toutefois, les utilisations par les participant·e·s des termes *santé mentale* laissent planer un doute sur cette avenue : les modifications de vocabulaire, même ancrées dans des réflexions soutenues, basées sur des principes qui se veulent novateurs et portant des intentions louables, n'arrivent pas toujours à transformer les pratiques visées par le vocabulaire à modifier.

Cette réalité semble se confirmer à certains égards en ce qui a trait au Rétablissement : des témoignages recueillis dans une étude réalisée auprès de personnes utilisatrices de services en santé mentale³²⁶ laisse par exemple entendre qu'il s'agit là non seulement d'un changement de termes qui reconduit les mêmes pratiques habituelles, mais carrément d'une appropriation par les professionnel·le·s de la santé d'un mouvement qui est né par et pour des personnes psychiatisées³²⁷. Ces conséquences étaient d'après certain·e·s prédictibles : diverses critiques s'élèvent en effet contre cette conception d'un changement de paradigme de services à partir de, et centrée sur, une modification du vocabulaire. Il semble effectivement que se rejoue de manière cyclique la « récupération pervertie des concepts et mouvements initiés par les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et le mouvement alternatif en santé

324- (gr2p74 V.)

325- Plamondon, L. et Roussel, J.-A. (1987). *Incognito*. Piste #1 sur *Incognito* [Enregistré par Céline Dion; Disque compact audio]. New York: CBS Records.

326- Hamer, H. P. et coll., *op. cit.*

327- *Ibid.*

mentale³²⁸ », tout en maintenant les mêmes pratiques, voire en renforçant graduellement les pratiques biomédicales et de contrôle³²⁹.

Les similitudes de conception entre la pensée médicale et le Rétablissement apparaissent dans les propos recueillis. Le principal élément de discours faisant voir le Rétablissement comme une autre forme de guérison est la conceptualisation de ce dernier par les participant·e·s en termes d'échelle de progression, constituée de niveaux. Ces niveaux se présentent sur une linéarité allant de *maladie* à *pleinement fonctionnel*, c'est à dire que « le sommet du rétablissement, ça doit être que tes fonctions cognitives sont au meilleur que tu peux les avoir³³⁰ ». La généralisation du développement du plein potentiel des fonctions peut être élargie au-delà de la cognition, sans changer le sens du précédent propos : la santé n'est-elle pas après tout « un état de complet bien-être physique, mental et social³³¹ » qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité³³² », mais qui cherche à permettre le développement du « plein potentiel³³³ »?

L'utilisation du vocable Rétablissement en termes de progression peut se voir dans l'extrait suivant :

Il me semble qu'on n'a pas, pas des balises, mais vraiment d'échelle de Rétablissement. Il faut faire un peu confiance en soi-même pour voir où on en est rendu où dans notre rétablissement. [...] Si le commun des mortels pouvait faire la différence entre quelqu'un qui commence une maladie et quelqu'un qui chemine dans la maladie, pour comprendre justement que quand tu arrives à un certain niveau, tu n'es plus la personne qui va sortir dans la rue avec un *gun* parce qu'elle entend des

328- AGIDD-SMQ. (2015), *op. cit.*, p. 3.

329- *Ibid.*

330- (gr2p73 G.)

331- OMS. (2005 [1946]). Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2, 100. Récupéré de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

332- *Ibid.*

333- Association pour la santé publique du Québec. (s.d.) Notre vision. Dans *Association pour la santé publique du Québec*. Récupéré de <http://www.aspq.org/fr/l-aspq-en-bref/notre-vision>

voix ou des affaires de même. Tu es quelqu'un qui va chercher à te réintégrer à la société. Peut-être que la société à ce moment-là serait plus ouverte, parce qu'elle ne verrait plus des potentiels dangereux, mais plus des potentiels citoyens.³³⁴

Cette échelle de progression permettrait donc non seulement de se saisir soi-même, de faire le point sur son cheminement, mais aussi, peut-être surtout, de faire valoir par rapport à la santé mentale autre chose que les risques, liés aux préjugés et à la sempiternelle association violence-trouble de santé mentale³³⁵.

La conceptualisation comme progression sur une échelle permet à certain·e·s participant·e·s de rendre compte de la plus ou moins grande visibilité des troubles de santé mentale chez diverses personnes : « Parce que d'habitude, la santé mentale, c'est quand même assez apparent. [...] Nous, ici, on est pas mal tous dans un échelon de l'échelle quand même assez élevé dans ce qui est du Rétablissement. Mais ce n'est pas le cas de tout le monde.³³⁶ »

Malgré cette progression sur une échelle, des participant·e·s laissent entendre à diverses reprises que leur vision s'accroche plutôt à la conception officielle du Rétablissement, présentée plus haut, où il s'agit non pas de guérir, mais de « faire avec »³³⁷ :

G. : je pense qu'un moment donné, tu ne peux pas être plus rétabli. Parce que, c'est ça la maladie malheureusement : quand tu as le cancer, ils parlent de rémission, mais la rémission, ce n'est pas la guérison, c'est juste un état où la maladie est en latence et tu peux être en rémission pendant 10, 12 ans et, après ça *pouf*. [...] Le Rétablissement, c'est aussi ça. [...]

334- (gr1p58 G.)

335- Provencher, D. (2011). Problème de santé mentale et violence : persistance d'un mythe. *Les Cahiers de PV – Antenne sur la victimologie*, 7(mars), 58-63. Récupéré de <http://www.agidd.org/?publications=probleme-de-sante-mentale-et-violence-persistance-dun-mythe>

336- (gr2p24 G.)

337- Shepherd, G. et coll., *op. cit.*

M. : Dans mon cas à moi, je ne pense pas que je vais guérir de la santé mentale, de mon problème, de ma problématique. Je pense plus que je dois composer avec elle. Oui, je peux me rétablir à un certain niveau [...], ça c'est sûr. Mais dans mon cas à moi, je ne pense pas que je vais guérir de la maladie.³³⁸

Le Rétablissement ne concerne pas après tout la guérison de sa condition, vue comme un trouble, mais plutôt la rémission des conséquences négatives de celle-ci. Il est dès lors possible de saisir un élément important lié à la reconnaissance de la maladie, partie du Rétablissement qui est parfois critiquée parce qu'elle impliquerait de reconnaître l'étiquette diagnostique, une chose à laquelle se refusent plusieurs personnes utilisatrices de services³³⁹. L'extrait précédent laisse voir que cette acceptation fait parfois partie d'un cheminement personnel permettant d'accepter de devoir vivre avec des difficultés particulières, une façon comme une autre de se connaître soi-même.

Les éléments présentés ont cherché à illustrer que le vocabulaire du Rétablissement s'inscrit en continuité avec celui du registre médical – à tout le moins, chez les participant·e·s des groupes de discussion – malgré les prétentions de tenant·e·s du terme qui utilisent abondamment un vocable lié au changement et à la nouveauté. La complicité médicale du Rétablissement paraît entre autres liée aux savoirs qui lui servent de soutènements, qui ont des similitudes avec ceux utilisés par la médecine.

À cet égard, un premier parallèle a été fait plus haut entre le Rétablissement et la pensée médicale, à partir de l'idée « d'échelle du Rétablissement ». Une autre analogie peut être tracée entre ces deux sphères, à partir du registre de la science : le soutènement scientifique du discours est l'une des caractéristiques revendiquées par la médecine pour justifier son ascendant social³⁴⁰ et c'est aussi ainsi que le Rétablissement compte

338- (gr2p72 et suiv.)

339- AGIDD-SMQ. (2015), *op. cit.*

340- Stengers, I. (1995 [1993]). *L'invention des sciences modernes (2e éd.)*. Paris : Édition Flammarion, coll. Champs, p. 131.

diffuser son approche, comme le montrent les recherches citées jusqu'à maintenant. Ce fondement scientifique fait partie du mode de fonctionnement actuel des pratiques de soins et services : la pratique de la science devient une exigence pour la reconnaissance de pratiques paramédicales ou hors de la médecine, comme le montrent la place qu'occupent les *evidence-based practices* dans les services de santé contemporains.

La scientification (ou scientisation³⁴¹) est un terme qui cible les procédures, tant discursives que méthodologiques, qui cherchent à rendre valide scientifiquement des données, les faisant ainsi passer, dans les termes de Latour, du rang de faits disputés, *matters of concern*, à faits incontestables, *matters of fact*³⁴². Il s'agit d'un ensemble de vocables, de méthodes, de formes de raisonnement, de vérifications qui visent à respecter « les critères d'objectivité, de rigueur et de méthode propres à la science³⁴³ ». La citation suivante, traitant de la reconnaissance des savoirs autochtones, un domaine où ces réflexions sont à l'ordre du jour, illustre bien la nécessité de faire advenir des faits indiscutables pour devenir un interlocuteur légitime auprès de diverses autorités et de s'inscrire ainsi dans un paradigme déjà présent :

C'est par le terme "scientisation" que je désigne ces trois processus de particularisation, validation et généralisation, qui[...] peuvent être considérés collectivement comme le point de départ sur lequel s'appuyer pour établir le contenu de vérité d'une pratique [...] particulière reposant sur un savoir. En ce sens, la "scientisation" peut aussi être considérée comme identique à la vérification. [...] Leur "scientisation" leur permet d'accéder au rang de faits.³⁴⁴

341- Il ne semble pas y avoir de consensus sur les termes de scientification et scientisation, de toute manière non officialisés en français et tirés de textes de langues anglaise et allemande : scientisation, de l'anglais, chez Agrawal, A. (2002). Classification des savoirs autochtones : la dimension politique. *Revue internationale des sciences sociales*, 3(173), 325-336. doi : 10.3917/riss.173.0325; scientification, de l'allemand, chez Habermas, J. (1973). *La technique et la science comme « Idéologie »*. Paris : Éditions Gallimard.

342- Latour, B., *op. cit.*, p. 163.

343- Antidote 8. (2015). Rétablissement, *op. cit.*

344- Agrawal, A., *op. cit.*, p. 329.

Certaines études en psychiatrie ont développé, dans cette optique de scientification, une conceptualisation des différentes phases des soins et services qui permet de supporter le Rétablissement et, à fortiori, la pleine citoyenneté comme son accomplissement. Il convient de rappeler ici que le Rétablissement, tel que défini par Pelletier et coll., est composé de trois formes, qui représentent trois moments dans l'offre de soins et de services psychiatriques : les rétablissements clinique, social et civique³⁴⁵. Cette conceptualisation des services psychiatriques cherche à permettre de sortir de l'univers purement clinique (1^{er} type), cohérent avec les conceptions biomédicales, pour aller vers le biopsychosocial (2^e type), qui autorise une conception des problèmes et de l'intervention à un autre niveau qu'individuel. La suite est l'avenue qu'a prise le PIRAP : le Rétablissement civique (3^e type), qui correspond à la phase de relation avec la société et ses institutions, soit le développement de la pleine citoyenneté³⁴⁶.

Cependant, comme l'a illustré plus haut la représentation du Rétablissement sur une échelle, ce dernier est un concept orienté qui paraît imprimer la conception d'une progression mesurable. Cette direction peut aussi être pressentie dans des usages rencontrés dans les groupes de discussion du présent projet, où le terme Rétablissement devient un terme parapluie se référant au fait d'être « passé par », « passé par-dessus » ou de « faire avec » des difficultés personnelles, quelles qu'elles soient :

veut, veut pas, cet écueil-là dans la vie des gens qui sont au travail comme ça, ce sont des gens qui sont passés inexorablement par le Rétablissement. Il n'y a pas quelqu'un qui est comme semi-bipolaire ou semi-schizophrène. Donc, ça montre qu'il y a moyen de faire du Rétablissement.³⁴⁷

Le sens du Rétablissement s'élargit ici : il se présente non pas uniquement comme un mouvement ou une approche, mais plutôt comme un synonyme d'aller mieux, comme

345- Pelletier, J.-F. et coll. (2012), *op. cit.*, p. 15.

346- *Ibid.*

347- (gr2p25 G.)

le processus même de retour à la santé : on retrouve ici le sens étymologique du terme. En effet, son étymologie montre que celui-ci vient du latin *stabilire*, qui signifie établir et qui vient lui-même de *stabilis* (stable)³⁴⁸. Le terme de *rétablissement*, action de se rétablir, signifie quant à lui le retour à cette stabilité : « retour à la santé » ou, plus directement normatif, « retour à une situation saine, normale » et « effort pour se reprendre, pour retrouver son équilibre³⁴⁹ ». Il n'est pas surprenant, d'après ces sens, qu'un participant ait pu affirmer que « le Rétablissement, ça fait référence à une maladie, un problème mental ou physique³⁵⁰ ».

La référence, dans l'extrait plus haut, à ces personnes qui « vont mieux » comme à des gens qui ont « fait leur Rétablissement », vient de l'objectif d'instiller l'espoir que se donnent les tenant·e·s du Rétablissement. Le fait que ce terme en vienne à se référer à un processus général de retour à la santé, plutôt qu'aux approches particulières que le mouvement du Rétablissement met de l'avant, vient de la conjonction des sens entre l'usage étymologique, admis et partagé, et celui du paradigme précis promu aujourd'hui. En effet, ce dernier présente le processus de se rétablir comme quelque chose de naturel, que l'approche précise qu'est le Rétablissement n'a fait que conceptualiser et mettre en forme : le processus est un déroulement linéaire, d'un point A (la maladie) à un point B (la santé), mais avec des étapes, des rythmes individualisés et de possibles reculs ou période de latence plus ou moins prolongées. Cette conception se base sur des connaissances scientifiées, qui présentent les êtres humains sous une forme uniformisée.

Cette conception repose sur une conception des humains comme ayant des similitudes indépassables : le tronc commun est en effet nécessaire pour affirmer un processus qui

348- Rétablissement. (2011). Dans Robert, P. et coll. (dir.), *op. cit.*, p. 2227.

349- *Ibid.* Aussi, Antidote 8. (2015). Rétablissement, *op. cit.*

350- (gr2p74 V.)

s'applique à tous et toutes. Les participant·e·s ont présenté cette idée de différentes manières et en se référant à des savoirs à prétention universelle :

on est sept milliards et on n'est pas si différents que ça les uns des autres. On a les mêmes besoins, il y a des lignes directrices, il y a des traits qui font que, peu importe la couleur de la peau, l'appartenance religieuse, peu importe, on a tous les mêmes besoins de base. Et puis, je pense qu'il faudrait qu'il y ait un consensus mondial, pour qu'on intervienne de façon à solutionner tous les problèmes, les maux de ce monde.³⁵¹

D'une façon intéressante, c'est ce même socle commun et universel qui permet de revendiquer le respect de l'unicité individuelle : « on a les mêmes besoins physiologiques, mais on n'a pas tous les mêmes intérêts dans la vie, ce qui fait qu'on devrait tous réussir notre vie, à notre façon³⁵² ».

L'utilisation d'une référence scientifiée par les participant·e·s ne tient pas à sa validité indisputée, mais plutôt au poids qu'une telle référence paraît conférer au discours tenu. Ce n'est pas la référence comme telle qui est indiscutable, c'est l'utilisation qu'en font les participant·e·s qui lui donne une telle prétention : l'usage vise en effet à solidifier leur propos, à le soutenir, à partir d'une référence perçue comme solide. Il est ainsi fréquemment arrivé que les participant·e·s se réfèrent à la science : références d'autorité aux études, appel à des consensus et lignes directrices internationales, connaissances présentées comme sues, prouvées ou autres *matters of facts* ont été invoqués. Il s'agit là d'opposer de manière implicite le savoir, solide, prouvé et objectif, à son antonyme, la croyance ou l'opinion, qui peut ne peut être que partielle et partielle, bâtie sur l'ignorance :

Encore une fois, quand on parle de normalité du point de vue médical, et bien, il y a des consensus internationaux. Avec le DSM³⁵³ [...] les

351- (gr2p15 V.)

352- (gr2p27 V.)

353- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, édité par l'American Psychiatric Association (APA).

psychiatres ont sensiblement la même formation partout dans le monde [...]. Il y a des balises internationales qui font que les psychiatres partout dans le monde vont avoir la même idée de la normalité et de l'anormalité.³⁵⁴

Cette forme d'invocation de la Science est certainement liée au lieu où elle se déploie : au PIRAP, c'est le savoir scientifique qui est manipulé. Ce savoir et son usage par les participant·e·s est dès lors lié non seulement au type de savoir en usage au PIRAP, mais à la pratique même de celui-ci : la recherche scientifique elle-même, la production d'un tel savoir. La conception du dispositif permet ici encore de saisir comment, sans référence directe au contenu d'un type de savoir, sa forme est d'emblée orientée par les lieux où elle s'inscrit.

Si le regard se porte au-delà du PIRAP lui-même pour s'intéresser aux réseaux où il s'insère, il appert rapidement que cet attachement au savoir scientifique est aussi le fait direct de l'IUSMM, milieu clinique et de recherche médicales, où ce sont les données probantes (*evidence-based*) qui servent de cadre d'assignation pour les critères évaluatifs de la qualité des pratiques mises de l'avant. Ces données probantes représentent un critère de validité et de qualité, attaché aux dernières recherches et derniers consensus partagés par les institutions et expert·e·s reconnu·e·s du domaine. Elles vont diffuser et promouvoir les savoirs et les pratiques recommandées à travers des lignes directrices produites par des institutions reconnues, tel *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) au Royaume-Uni, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) du Québec ou l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), notamment, qui cherchent ainsi à standardiser les pratiques de soins et de services à partir des « meilleures connaissances » disponibles. Sans remettre en cause en tant que tel ce processus, il convient cependant de noter qu'une analyse des modes de production de ce « savoir consensuel » fait défaut, les

354- (gr2p2 V.)

lignes directrices produites étant présentées comme des données et des faits prouvés – par là même extraits des réseaux d'influence qui concourent à standardiser des modes particuliers de production de connaissances tout comme des formes précises de contenu pouvant être jugé scientifique.

Le dispositif qui promeut et utilise cette forme de savoir n'est pourtant qu'un point localisé inscrit au sein d'une toile plus large. L'acteur n'est pas l'individu, mais tout le réseau lui-même, dans sa totalité : chaque fois, c'est l'acteur-réseau qui agit³⁵⁵. Les divers points ne sont pas que reliés entre eux, dans une mise en relation statique : l'utilisation de quelconque ligne directrice ou la référence à des travaux de recherche particuliers est l'activation tout à fait concrète de l'institution ou de la personne qui a produit un tel savoir. Une institution comme l'INESSS n'existe pas sans les subventions et dons qui lui fournissent les ressources financières nécessaires à ses activités, elles-mêmes adressées aux organismes prodiguant des soins et services de santé. De plus, et de manière plus fondamentale, l'INESSS est liée à divers lieux de production et de diffusion de savoir, comme à différents endroits où des pratiques de services de santé sont prodiguées : c'est ensemble qu'ils produisent et reproduisent la société où ce sont ces institutions et individus qui régulent effectivement, à leur manière, les savoirs et pratiques utilisés et reconnus comme pertinents, efficaces ou de qualité, par exemple.

Le social est précisément cette mise en réseau de références, de coutumes, de représentations : regarder la connaissance et la technique avec ce regard permet de saisir tout le déterminisme qui peut exister de par les standardisations implicites impliquées dans des concepts (comme la citoyenneté) tout comme dans des pratiques (comme la médication), tout en le situant localement à l'échelle des individus, dans les formes qui y sont prises pour comprendre la réalité et influencer sur elle.

355- Crawford, C. S., *op. cit.*

4.2.1 Savoir médicalisé versus expérience personnelle

*Parmi les énoncés concernant la conduite, ceux qui sont généraux s'appliquent plus largement, mais ceux qui sont particuliers sont plus authentiques.*³⁵⁶

- Nancy Cartwright, citant l'Éthique à Nicomaque d'Aristote, dans *How the laws of physics lie*, 1983.

*Non, ce n'est pas que je ne le reconnais pas, je n'en ai pas!*³⁵⁷

- V., 1^{er} groupe de discussion, déc. 2016

L'usage du savoir scientifique a mis en lumière, à divers moments, un conflit entre deux conceptions, à première vue antithétiques : celle d'un savoir médical, à vocation universelle, et celle centrée sur l'expérience personnelle. Au-delà du fait que nous sommes tous et toutes semblables dans notre faculté de différer³⁵⁸ et que la médecine puisse effectivement servir à supporter une telle vision, comme vu plus haut, il s'agit là d'une opposition qui paraît déterminante, notamment à la lumière des aspirations du PIRAP de faire reconnaître la validité du savoir expérientiel. L'inscription du dispositif dans un acteur-réseau usant d'un savoir à visées nomothétiques, avec l'aspiration d'y faire reconnaître des connaissances basées sur un vécu personnel et mises en forme à l'aide d'outils scientifiés, tel la Mesure de la citoyenneté, comporte une tension qu'il convient de regarder.

356- Citée dans Bouvier, A. (2009). Connaissance de l'individuel et science du général. Une comparaison entre sciences de l'homme en société et sciences de la nature. Dans Martin, T. (dir.). *La scientificité des sciences humaines* (p. 9). Paris : Vuibert. Récupéré de https://jeannicod.ccsd.cnrs.fr/ijn_01081438

357- (gr1p37 V.)

358- Tarde, G. (2002 [1893]). *Monadologie et sociologie*. Chicoutimi : Les classiques des sciences sociales, p. 33. Récupéré de http://classiques.uqac.ca/classiques/tarde_gabriel/monadologie/monadologie.html

Cette tension se cristallise en psychiatrie autour des problèmes liés au consentement aux soins. Dr Gilles Chamberland, directeur des services professionnels de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, hôpital psychiatrique sécuritaire, résume bien la situation : « Contrairement aux autres maladies, en psychiatrie, plus on est malade, moins on veut être soigné³⁵⁹ ». Le savoir psychiatrique identifie comme partie intégrante de la maladie mentale le fait de refuser des soins : l'expérience directe de la personne concernée est ici niée au nom du savoir médical-psychiatrique. Ce conflit est bien illustré par l'extrait suivant tiré d'un des groupes de discussion :

je ne connais pas le nom de la maladie, mais le fait d'être normal, c'est une maladie avec un nom ça de long.³⁶⁰ [...] Regarde, c'est quoi leurs critères pour déterminer qu'une personne est normale ou anormale? [...] C'est quoi, l'observation des symptômes? Mais quand il n'y a pas de symptômes? Évidemment, si la personne est médicamentée, ils vont dire c'est parce que [s]es symptômes sont contrôlés par la médication. [...] Quelque part, la psychiatrie c'est un *dead end* pour les personnes, parce qu'il y a un déni de leur conscience. Il y a un déni de leur intégrité.³⁶¹

La formulation « reconnaissance de la maladie » est déjà lestée : reconnaître quelque chose ferme la porte à discuter de l'existence même de cette chose, en l'occurrence la maladie mentale, puisque le terme signifie « admettre comme vrai, légitime³⁶² ». La reconnaissance implique un savoir déjà existant et non discuté : la science se dresse de tout son poids, celui de l'acteur-réseau qu'elle représente.

Le conflit entre un savoir scientifié et l'expérience vécue n'est cependant pas l'apanage de la santé mentale : il semble constitutif de la médecine, si cette dernière est conçue à partir des savoirs qu'elle mobilise, car ceux-ci sont majoritairement généraux et statistiques. Un article du quotidien La Presse en date du 12 février 2018, *Les leçons*

359- Bourgault-Côté, G. (2016, 7 décembre). Quatre accusations... et beaucoup de questions.

Le Devoir. Récupéré de <https://www.ledevoir.com/societe/sante/486476/maladie-mentale-aide-loi>

360- Il s'agit de l'*anosognosie*. (Note de l'auteur.)

361- (gr2p51 V.)

362- Antidote 8. (2015). Reconnaître, *op. cit.*

*d'un médecin devenu patient*³⁶³, a présenté un exemple éloquent du fossé qui existe entre ces types de savoir, peut importe le domaine médical. Dans ce témoignage, Dr Philipp Gordon affirme que ce n'est pas là un manquement ou une erreur d'attitude liée à l'application du savoir médical, mais bel et bien une impossibilité de ce dernier de prendre en compte, à partir de ses seules prémisses, de l'expérience vécue de la personne recevant un traitement. Il souligne que seul·e le patient, la patiente, peut rapporter ce qui a trait à sa prise de médication ou à subir une intervention quelconque, mais qu'il s'agit là d'une information qui n'est pas sans importance pour la pratique médicale elle-même! Que cette expérience de la maladie appartienne uniquement et en propre à la personne qui la traverse peut paraître évident. Pourtant, la pratique médicale implique un appui sur l'objectivation, tant des connaissances que des observations cliniques, où l'oubli de la réalité d'une expérience subjective de la réalité et de l'importance de ce vécu sur la pratique des soins de santé apparaît presque inévitable. La tension soulevée devient d'une importance capitale comme objet de réflexion : une partie des connaissances essentielles nécessaires à des soins de qualité ne peut venir que des patient·e·s eux et elles-mêmes.

La situation gagne en importance en psychiatrie, où se franchit fréquemment la ligne garantissant les droits civiques³⁶⁴ en se basant sur un savoir qui peut nier le vécu personnel : on oblige souvent des soins au nom d'un manque de reconnaissance de la maladie, lui-même sis dans cette maladie. La revendication de la reconnaissance du savoir expérientiel par le PIRAP prend ici tout son sens, surtout que celle-ci ne cherche pas à ne s'appliquer qu'au domaine psychiatrique, mais bien plutôt à la santé globale. Il existe néanmoins une tension réelle entre le savoir scientifié et l'expérientiel. Divers

363- Mercure, P. (2018, 12 février). Les leçons d'un médecin devenu patient. *La Presse*. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201802/12/01-5153477-les-lecons-dun-medecin-devenu-patient.php>

364- Comme peuvent en témoigner les divers groupes de défenses de droits en santé mentale du Québec. Voir à ce sujet leurs divers rapports d'activités, par exemple ceux de Pleins Droits de Lanaudière et de l'AGIDD-SMQ.

éléments hétérogènes entrent en ligne de compte dans cette opposition, éléments qui sont apparus dans les groupes de discussion : la distance perçue entre la théorisation et la pratique dans la « vraie vie »; la forme même du raisonnement médical, dont les procédures d'objectivation; la normativité implicite des savoirs à visée pratique, induite par le sens à donner aux finalités d'une intervention.

Le premier élément soulevé par les participant·e·s dans les groupes de discussion à ce sujet a été la distance perçue entre théorie et pratique. Cette coupure passe autant entre les intervenant·e·s et leurs client·e·s qu'entre les chercheurs, chercheuses, et leurs sujets de recherche. Ces deux groupes « ne sont pas dans la réalité, [...] ne sont pas connectés avec la réalité des gens³⁶⁵ ». Du côté de la recherche, il s'agit d'un mélange de théorisation séparée, faite sans l'apport direct des personnes concernées, et d'une situation sociale fondamentalement différente : privilèges liés à l'éducation et à la situation sociale des érudit·e·s et intellectuel·le·s, certes, mais aussi et surtout dynamiques de champs. La sociologie de la distinction de Bourdieu est à ce sujet utile : elle rappelle qu'il est impossible de séparer les positions occupées dans un champ de savoir particulier par les chercheurs et chercheuses des prises de position qu'ils et elles peuvent prendre – et qui sont effectivement prises³⁶⁶. Ces dynamiques viennent des nécessités imposées par le travail de recherche, où il importe de s'inscrire dans un champ de savoir et d'y prendre position. L'ANT, bien que théoriquement très différente, voire opposée, à la théorisation de la sociologie critique de Bourdieu, supporte pourtant une telle conception : les faits qui deviennent admis le sont par des réseaux d'influence et de mise en relation des scientifiques eux et elles-mêmes, ainsi que des institutions qu'ils et elles représentent.

365- (gr1p44 M.)

366- Bourdieu, P. (1976). Le champ scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2(2-3, juin. La production de l'idéologie dominante), p. 101. doi : <https://doi.org/10.3406/arss.1976.3454>

En plus des dynamiques de champs qui influent sur le travail des scientifiques, les participant·e·s ont soulevé un autre aspect du travail de recherche : une certaine coupure entre le savoir académisé et le vécu des personnes étudiées, particulièrement apparent dans le cas de la psychiatrie. Non seulement les positions dans le champ viennent colorer les théorisations produites, mais la vision du monde du chercheur, de la chercheuse, ainsi que les finalités perçues de sa recherche influencent grandement la forme et l'orientation que celle-ci prend. Dans le cas de la médecine et de la psychiatrie, la recherche a toujours *in fine* la perspective d'avoir une utilité pratique; ainsi, la vision de ce qu'est la santé, la vie bonne et saine, voire utile, de même que la conception de la société et de la place que doivent y occuper les individus, mettent en forme les concepts manipulés et les outils utilisés. Les participant·e·s ont abordé ces thèmes à leur manière :

Ce que je trouve dommage, c'est que oui ils veulent avoir une perspective partenaire, mais c'est juste encore pour que ça fasse beau, parce que quand ils parlent, juste dans leurs termes, la façon dont ils parlent, tu vois que ce n'est pas... Ils parlent des malades, des patients, ce n'est pas que ce n'est pas réel, [mais] c'est comme une illusion qu'ils veulent nous faire. Ils veulent nous faire voir que « oui on vous prend dans nos projets de recherche, mais restez encore dans vos coins, venez pas encore tout à fait vous intégrer avec nous ». ³⁶⁷

Le savoir scientifique peut ainsi en venir à s'opposer à l'expérience vécue, si cette expérience n'est pas mise au cœur de la recherche et du savoir lui-même, dans son contenu comme dans sa production : l'expérience propre du producteur de savoir ou celle des personnes concernées par le sujet d'étude. Ce vécu implique la prise en compte de la position sociale – classe sociale, groupe minoré, identités et statuts divers –, mais surtout toutes ses conséquences : les dynamiques structurales de pouvoir, qui influent réellement sur les possibilités de vie et de perception. Sans cela, sans ce que les

367- (gr2p45-46 D.)

personnes dans ces positions mêmes sont capables de faire voir de leur vécu d'occuper une telle position, la mise en forme d'un projet politique va se cantonner à l'énoncé d'intention.

Le deuxième élément soulevé quant à l'opposition science et expérience a trait aux normativités implicites des savoirs à visée pratique, induite par le sens à donner aux finalités des interventions soutenues par un tel savoir. Le savoir provient d'une certaine vision du monde et d'une certaine posture, cela a été maintes fois répété. Les objectifs qu'il poursuit sont donc aussi ancrés dans cette conception, charroyant de manière parfois inconsciente des sédiments venus des mises en forme du monde acceptées. Ces savoirs sont donc clairement en même temps des pouvoirs, qui sont non seulement construits à partir de pratiques permettant leur apparition dans la forme qu'ils prennent, mais qui portent également des visées qui y sont aussi inscrites.

D'après les participant·e·s, ces relations de savoir-pouvoir sont construites à partir de ce qui est peut-être une méconnaissance de soi, de sa position et des normativités que l'on porte. Une des conséquences possibles de ce déficit de réflexivité est l'utilisation du registre de la pathologisation pour appréhender ce qui n'est peut-être qu'un choix de vie, certes marginal, mais néanmoins légitime :

Pour en revenir aux itinérants et au fait que les intervenants disent qu'ils ont des problèmes de santé mentale, je pense que cette vision vient peut-être du fait que ces gens sont pris eux-mêmes dans un moule et qu'ils ne s'en rendent pas compte. J'ai eu la chance de travailler avec les itinérants et je ne suis pas d'accord que la majorité ait des problèmes de santé mentale, c'est juste qu'ils ont fait un autre choix de vie.³⁶⁸

La difficulté ne se situe pas dans l'intention de l'intervenant·e, mais est inscrite dans le savoir même qui est utilisé : il ne s'agit pas d'y voir une intention cachée de servir certaines finalités déterminées, comme payer des taxes, travailler, être « rangé·e »,

368- (gr1p43 M.)

entre autres, mais plutôt de saisir que l'appel à certains savoirs justifie automatiquement les interventions qui y sont associées. La finalité de ces dernières en est toujours l'appartenance à la société, donc la participation à ses formes admises et instituées. Cet objectif vient de la conception possible et disponible de ce qu'est être un·e humain·e, un·e citoyen·ne, un·e adulte : les savoirs sont tous assis sur de telles conceptions, la plupart du temps implicites. Les savoirs scientifiés, admis socialement, inscrits dans des dispositifs de production, de valorisation et de circulation, sont d'autant plus pétris des formes admises que leurs producteurs et productrices y sont eux et elles-mêmes inscrites : quand ils et elles ne croient pas directement à ces formes, comme à de « bonnes formes » ou, à tout le moins, les « moins pires », ils et elles les reproduisent inconsciemment en raison des mises en forme institutionnelles ou tout simplement par absence de remise en question.

Ce type de savoir à utilité pratique peut mener directement à une remise en question de l'autonomie individuelle de choix, tant réclamée par les participant·e·s. En effet, il y a des savoirs qui justifient de passer outre les choix personnels :

M. : En hiver, c'est problématique, par exemple. [...] C'est dangereux pour leur vie.

A. : C'est nous autres qui disons ça...

M. : Quand il fait -33 et que tu as bu 24 bières, c'est dangereux pour ta vie. Moi j'en ai ramassé et ils étaient presque morts.

A. : Oui, j'avoue, mais c'est son choix. On peut l'aider, on peut lui offrir, tu peux arriver et tu dis : « Écoute, OK, tu vas geler, tu vas mourir », mais...

M. : Mais je me demande quand tu es toujours saoul si tu es conscient de ton choix? [...] Il y a du monde, oui. Mais quand tu es toujours en toxicomanie, que tu es toujours intoxiqué, je ne suis pas sûre que tu es conscient du choix que tu fais vraiment.³⁶⁹

Ce type de savoir et de raisonnement est celui qui est principalement utilisé par les intervenant·e·s. Dans leur cas, il est de surcroît renforcé par des études et de l'expérience terrain, clinique, en plus de prendre des formes objectivées permettant de mesurer les résultats, la réussite ou l'échec d'une intervention. Ces critères objectifs sont d'après les participant·e·s ceux de la réussite matérielle, des formes objectivées du statut social, comme nous le verrons au prochain chapitre.

Le troisième et dernier élément de l'opposition traitée ici touche à la forme même du raisonnement médical. D'après I. Stengers, la médecine moderne peut être définie non comme un ensemble précis de pratiques ou de théories, qui sont en évolution constante, mais comme la conscience du fait que la guérison ne prouve rien : c'est la rationalité des explications basées sur des processus connus et compris qui fait la médecine³⁷⁰. Autrement dit, ce n'est pas le résultat qui importe, ni à fortiori le vécu, mais la compréhension, objective et objectivée, des mécanismes biologiques à l'œuvre. C'est sur cette base que la médecine s'oppose au charlatanisme, en ce que ces pratiques auxquelles la médecine s'oppose, qualifiées par elle de pseudosciences, prétendent justement valider leurs expertises en utilisant la guérison ou le mieux-être qui les accompagne comme preuve, quand les mécanismes sous-jacents peuvent être tout autres que ceux qui sont revendiqués.

En d'autres termes : *la guérison ne prouve rien*. [...] L]'objectif poursuivi par la médecine (guérir) ne suffit pas à faire la différence entre pratique rationnelle et pratique du charlatan. L'impératif de rationalité et la dénonciation du charlatan deviennent en ce sens solidaires : le charlatan est défini comme celui qui revendique ses guérisons pour preuves.³⁷¹

C'est en cela que la parole des patient·e·s est difficilement intégrable à la pensée médicale : l'expérience vécue est certes réelle, mais l'absence d'explications satisfaisantes en termes de processus biologiques en fait une parole suspecte, au même

370- Stengers, I. (2004 [1995]), *op. cit.*, p. 125-126.

371- *Ibid.* (Souligné dans l'original).

titre que le charlatan. « Tu guéris, certes, mais seules les preuves médicales ont un statut scientifique appréciable. » En d'autres termes, seule la science peut être dépositaire de valeur pour la pensée médicale, de par ses méthodes et raisonnements. Pour qu'une parole autre et extérieure soit reconnaissable par elle comme valide, il importe d'user des mêmes méthodes et techniques de preuve : on médicalise sa pensée et son raisonnement pour être reconnu par la médecine. L'opposition entre science et vécu personnel est ainsi en partie résolue par l'intégration individuelle du discours explicatif médical : la reconnaissance de ses difficultés et leur mise en forme médicale. *On devient médecine...* Il est ainsi possible de traiter analytiquement le fait de se reconnaître en tant que personne avec un trouble de santé mentale, comme un effet de savoir du dispositif psychiatrique, sans pour autant nier l'adéquation qu'une personne peut percevoir entre cette mise en forme et son expérience propre.

Les participant·e·s aux groupes de discussion ont tous et toutes eu des contacts répétés avec ce dispositif dans leurs différentes trajectoires individuelles, à travers le passage par les soins et services du réseau de la santé et des services sociaux, qui a finalement mené à une référence au PIRAP. De plus, dans la reconnaissance de la maladie, les difficultés personnelles sont lues comme provenant d'une sensibilité particulière à certains stressors : il s'agit là du modèle vulnérabilité-stress, fréquemment utilisé pour expliquer la maladie mentale aux patient·e·s et à leur famille³⁷². La sensibilité particulière, liée plus haut à des expériences de minorisation, est alors intégrée à l'individu : c'est sa condition qui le rend ainsi plus sensible, notamment à la pression exercée par le mode de vie contemporain, comme l'illustrera le prochain chapitre.

Le savoir médical-psychiatrique présente ici un volet explicitement normatif, directement sis dans le registre moral : le savoir scientifique nomme l'absence de

372- Lalonde, P. (1999). Schizophrénies. Dans P. Lalonde, J. Aubut et F. Grunberg (dir.) *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale. Tome 1 : introduction et syndromes cliniques* (p. 242-285). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

reconnaissance du trouble et l'associe à une partie de la maladie elle-même, tout en le reliant à un manque de connaissances sur soi comme sur le domaine de la santé mentale. Le refus de ce registre explicatif et du régime de ses pratiques doit être surpassé pour son propre bien-être : « si j'avais été le moindrement intelligent, j'aurais pris les médicaments sans ronchonner, sans chigner. Parce qu'à cette époque-là, je disais "Non, je ne suis pas malade". Je ne voulais pas accepter la maladie.³⁷³ »

L'absence de la reconnaissance de soi-même comme malade ouvre la porte à la responsabilisation de l'individu pour son état, puisque cette absence de reconnaissance et les conduites qui en résultent sont conçues par les intervenant·e·s comme un manquement face aux saines avenues dictées par le savoir scientifique et inscrites notamment dans les lignes directrices. La responsabilisation déborde le champ du médical : elle est un phénomène social, auquel participe certes la psychiatrie, mais qui implique à un niveau plus fondamental des représentations de l'individu et de la société, ainsi que l'organisation concrète de pratiques et de contraintes qui orientent l'action individuelle. Ces éléments feront l'objet des conclusions de cette étude.

La problématisation du savoir médical, scientifique et objectivant, a voulu questionner l'usage du registre médical pour mettre en forme l'expérience vécue, surtout eu égard à la valorisation du savoir expérientiel. Ce n'est pas là la seule problématique liée à ce registre : celui-ci s'inscrit en effet au sein d'un régime, ensemble de savoirs et de pratiques. Les participant·e·s ont reconnu l'existence de ce régime et de certains problèmes qui lui sont liés, en les appréhendant comme des dérives corrigibles liées à une mauvaise application des savoirs qui sont manipulés afin de justifier les pratiques condamnées.

373- (gr1p51 G.)

4.3 Médecine disciplinaire et réflexe médicament

*On pourrait appeler ça la culture de la pilule.*³⁷⁴

- V., 1^{er} groupe de discussion, déc. 2016

Les pages qui suivent s'intéressent aux nombreuses critiques que les participant·e·s ont apportées au dispositif psychiatrique. Il s'agit d'un changement d'ordre d'idées : il ne faudrait pas en effet croire que les propos qui viennent peuvent être liés à une mise en perspective du registre médicalisé. Ces propos constituent plutôt une dénonciation des applications fautives ou exagérées de la psychiatrie : leur présence et leur quantité empêchaient de les ignorer. Ils permettront en outre de mieux saisir les demandes normatives, dont la présentation conclura ce chapitre et qui visent à contrôler les dérives ici dénoncées. Ils serviront aussi à mettre en lumière le fond disciplinaire qui concourt à fait tenir la société et auquel la psychiatrie participe activement, ainsi qu'à répéter, si cela était encore nécessaire, que les nouveaux régimes de pouvoir n'éclipsent pas les anciens, mais s'installent dessus³⁷⁵.

Malgré certaines analyses du monde contemporain stipulant que la société actuelle serait post-disciplinaire³⁷⁶, de nombreuses affirmations par les participant·e·s ont plutôt laisser voir les assises disciplinaires du monde contemporain et la pertinence toujours renouvelée de l'appréhension des pratiques en psychiatrie à partir d'une conception du savoir médical-psychiatrique comme un savoir-pouvoir généalogiquement enraciné

374 - (gr1p20, V.)

375- Foucault, M. (2004a), *op. cit.*, p. 10.

376- Sabot, P. (2012). A propos d'Olivier Razac, Histoire politique du barbelé (2000 ; rééd. Champs-Flammarion, 2009) ; *Avec Foucault, après Foucault. Disséquer la société de contrôle* (L'Harmattan, 2008). *Methodos* [En ligne], 12. Récupéré de <http://journals.openedition.org/methodos/2941> ;
 - Fontaine, V. (2016). La réinsertion : un dispositif post-disciplinaire. *Strathèse*, 3(Relire Michel Foucault). Récupéré de : <http://strathese.unistra.fr/strathese/index.php?id=544> ;
 - Chantraine, G. (2006). La prison post-disciplinaire. *Déviance et Société*, 30(3), 273-288.
 doi : 10.3917/ds.303.0273

dans la discipline. Les comportements sociaux minimaux, évoqués plus haut, sont aussi un certain seuil quant au type d'intervention utilisé, seuil au-delà duquel une discipline claire et coercitive s'applique. Le savoir médical sert de base justificative au fait de pouvoir effectivement retirer à certaines personnes l'application des droits réclamés pour tous et toutes.

Le processus se présente comme une alliance entre le judiciaire et le psychiatrique : « on parle de psychiatres, mais il peut s'agir de magistrats. Il y a des balises internationales [...] qui font en sorte qu'il y a des consensus internationaux qui définissent ce qu'est la normalité et l'anormalité³⁷⁷ ». Une ligne vient d'être tracée : elle va permettre de justifier le recours, lorsqu'elle est franchie, à deux avenues d'intervention, qui présentent l'imbrication du judiciaire et de la pathologisation. D'un côté, le psychiatrique vient moduler l'application du judiciaire, lorsque n'est plus reconnue la responsabilité pénale de quelqu'un, bien qu'un comportement délictuel ait bel et bien été établi par un tribunal. D'un autre côté, le judiciaire peut servir à permettre le recours à des soins appliqués dans un cadre coercitif, outrepassant les droits normalement consentis aux citoyen·ne·s, au nom d'un savoir psychiatrique appelant des pratiques que la Cour vient entériner.

Le premier cas se présente lorsque le judiciaire juge l'illégalité d'un acte, mais qu'un avis psychiatrique vient demander la non-responsabilité criminelle : « j'ai été judiciarisé avant d'être psychiatrisé³⁷⁸ ». Si la requête psychiatrique est accordée, sur foi des témoignages d'experts entendus par le tribunal, la condamnation criminelle est mutée en obligation de traitement : ce sont des expert·e·s qui déterminent la non-responsabilité criminelle selon le cas et en fonction des questions présentées par la

377- (gr2p2 V.)

378- (gr2p57 V.)

Cour³⁷⁹. Si cette non-responsabilité est reconnue, la personne passe sous la responsabilité de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM), une entité du Tribunal administratif du Québec (TAQ), qui peut exiger une détention en hôpital³⁸⁰.

Puisque la perte de responsabilité est dans ce cas due à une maladie, il importe de suivre le traitement prescrit. Il est nécessaire de collaborer, de se soumettre aux interventions retenues, de participer à son traitement. Dans ce contexte, l'individu se doit de se discipliner :

il est particulier mon processus de rétablissement, parce que moi je prétends que je n'ai pas de maladie. Sauf que je fais partie d'un système qui m'oblige à collaborer avec certaines autorités. Et je ne peux pas faire autrement, sinon je perdrais tous mes privilèges. J'avale mes pilules le matin comme le soir et quand bien même je me plaindrais, je n'ai pas le poids de me prendre en main, de reprendre le contrôle de ma vie et de faire ce qui me tente réellement.³⁸¹

On voit que l'application du critère médical provoque de lourds impacts dans la vie d'une personne : bien qu'il soit parfois présenté comme un congé de prison, le traitement obligatoire présente en fait des contraintes très réelles. La perte de la responsabilité de ses gestes s'accompagne en effet d'une perte de pouvoir sur sa vie.

C'est aussi le processus qui est décrit par rapport à Pinel : l'ordonnance judiciaire oblige à faire ce qui est exigé, à suivre ce qui est dicté, car cela participe du traitement. L'issue de ce dernier n'étant pas certaine, il n'y a pas de date précise de fin : la durée du traitement dépend de l'évaluation médicale. En effet, comme l'explique clairement Dr Chamberland : « il n'y a pas de durée prédéfinie; en respectant le rythme de chacun,

379- Chagnon, C. (2010). La psychiatrie légale, une expertise des plus spécialisée. *Le Partenaire*, 19(2), p. 26.

380- Tribunal administratif du Québec. (s.d.). Rôle. Dans *Commission d'examen des troubles mentaux*. Récupéré de <http://www.taq.gouv.qc.ca/fr/sante-mentale/commission-d-examen-des-troubles-mentaux/role>

381- (gr2p42 V.)

on vise le moment où la personne n'est plus jugée dangereuse³⁸² ». Il s'agit là du point de vue officiel et institutionnel : il n'est pas le même que celui des patients-prisonniers, patientes-prisonnières. Pour ceux et celles-ci, il s'agit avant tout de suivre les règles :

un prisonnier qui va en prison, il fait sa sentence, il a *pogné* 24 mois ou 12 mois ou dépendant, mais il a une date de sortie. Mais à Pinel, quand tu rentres et qu'ils donnent une ordonnance, tu ne le sais pas, il n'y a pas de date [de sortie], c'est eux qui décident quand tu sors. Et il faut que tu fasses tout ce qu'ils te disent.³⁸³

En raison d'une dangerosité appréhendée sous l'angle de la perte de raison, il devient nécessaire pour la personne soumise à ce régime de se discipliner. Au cœur de sa déraison, c'est un choix très rationnel qui s'offre à elle :

quand ils m'ont rentré à Pinel, j'ai vu des personnes attachées. Là, je me suis dit : « Je ne veux pas qu'on m'attache, je ne veux pas [...] chambre, ceinture, menottes, ces choses-là. Je vais tout faire ce qu'ils vont me dire. » [...] J'ai joué le jeu qu'ils voulaient que je joue, pour sortir.

J'ai été un an et trois mois à Pinel, où j'ai tout fait, dans le fond. Je n'aime pas faire la vaisselle, mais je l'ai faite la vaisselle, je n'aime pas passer la *moppe*, mais je l'ai fait pour sortir de là. J'ai tout fait ce qu'ils m'ont demandé, des choses [avec lesquelles] je n'étais pas d'accord. [...] C'est pour ça que je dis à bien des gens : « c'est un jeu que tu joues, mais tu es mieux de jouer le jeu pendant trois, quatre, cinq ans, que de passer le restant de ta vie [sur une AJS], à subir ». ³⁸⁴

L'Institut Philippe-Pinel n'est cependant pas le seul endroit où la discipline prévaut : il ne s'agissait en effet que de la première avenue ouverte par l'alliance du judiciaire et du psychiatrique. L'autorisation judiciaire de soins (AJS) elle constitue le deuxième cas de l'alliance judiciaire-psychiatrique.

382- Chamberland, G. (2018, 24 janvier). Interviewé par A. Desrochers. L'évadé de Pinel retrouvé : Entrevue avec le Dr Gilles Chamberland. Dans Société Radio-Canada (prod.), *Le 15-18*. Récupéré de <https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/le-15-18/episodes/399173/audio-fil-du-mercredi-24-janvier-2018>

383- (gr1p11 A.)

384- (gr1p41 A.)

Une AJS est une procédure permettant de contourner le consentement éclairé aux soins requis par la loi québécoise sur les soins de santé³⁸⁵. La demande d'une AJS est effectuée par le, la médecin traitant·e ou un·e représentant·e d'un hôpital; elle est adressée à un·e juge de la Cour supérieure qui l'autorise ou non sur la base des informations qui lui sont transmises³⁸⁶. Ainsi, l'AJS n'est pas uniquement émise en lien avec le domaine pénal, mais peut être faite au nom de la non-reconnaissance de la maladie : « je relève d'un certain cadre thérapeutique et on ne reconnaît pas l'absence de maladie. On me dénigre sous prétexte que je ne reconnais pas ma maladie.³⁸⁷ » Cette forme de soins est moins directement coercitive que Pinel, mais tout aussi disciplinaire : la liberté gagnée, le fait de pouvoir « sortir des murs », demeure balisée, l'enfermement étant remplacé par l'AJS. Cette forme de discipline est ce que Foucault appelait une « réorganisation subtile entre liberté et coercition³⁸⁸ ». Elle est une forme de diffusion de la forme asilaire au sein même du social³⁸⁹, de ce qui fonctionnait à l'intérieur des murs vers l'extérieur³⁹⁰.

Le psychiatrique-judiciaire est le fond disciplinaire sur lequel se base la société, sa frontière minimale : contrairement à ce qu'affirme Foucault, le disciplinaire n'est pas « non indispensable³⁹¹ ». Il l'est peut-être pour la conduite générale du grand ensemble qu'est la population, mais il demeure nécessaire pour certaines exceptions qui fuient, comme les « malades mentaux » : ces personnes sont l'exemple du minimum de

385- *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ, c. S-4.2, art. 9. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>

386- Otero, M. (2015), *op. cit.*, p.46.

387- (gr1p31 V.)

388- Skornicki, A. (2015). Les origines théologico-politiques du biopouvoir. Pastorale et généalogie de l'État. *Sociología Histórica*, 5, p. 46. Récupéré de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5304406.pdf>

389- Otero, M. (2015), *op. cit.*, p. 307.

390- Castel, R. (1973). Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale. *Revue française de sociologie*, (numéro spécial Sociologie de la médecine), 111-135. Récupéré de https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1973_hos_14_1_2161

391- Foucault, M. (2004b), *op. cit.*, p. 265.

discipline qu'il est nécessaire d'avoir intégrée pour pouvoir vivre sous la liberté du régime libéral de sécurité.

La restriction de droits individuels en psychiatrie peut au Québec se baser aussi sur le critère de la dangerosité : l'application de la loi P-38.001, *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, permet d'hospitaliser une personne contre son gré. Cette garde préventive peut durer jusqu'à 72 heures et se base sur le fait que cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même – risque suicidaire – ou pour autrui – risque homicide –, le tout appliqué par les policiers et policières et confirmé par un·e médecin³⁹². Pourtant, diverses études et témoignages vont montrer que d'autres critères que la dangerosité, notion par ailleurs assez floue, peuvent en réalité être utilisés pour appliquer cette loi d'exception. Un de ces critères est la dérangerosité.

Ce terme est un néologisme qui vise à cerner le fait que le dérangement à l'ordre public est souvent à l'origine des demandes d'interventions³⁹³, plutôt que la dangerosité prévue dans la loi P-38.001. La dérangerosité, lorsqu'appliquée aux individus et à leurs comportements, provoque une gestion de la personne, de sa circulation et de ses agissements, par des interventions forcées :

quand j'étais dans la forêt, je n'avais pas froid, je ne manquais pas de nourriture, je dérangeais peut-être les gens, pourtant, j'évitais les gens. [...] C'était mon choix, j'ai le droit de vivre dans forêt, mais [...] ils ont dit "on va t'aider", justement. Eux autres ils ont décidé que je n'étais pas (*inaudible*), parce que je n'entrais pas dans le moule [...]. Ils disaient que

392- *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. RLRQ, c. P-38.001. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>

393- Otero, M., Morin, D. et Labrecque-Lebeau, L. (2009) Troubles dans la ville. Lignes de faille urbaines: folie, pauvreté et marginalité à Montréal. Dans Michel, A. (dir.) *Ville et santé mentale. Projections, politiques, ressources*. Paris: Éditions Le Manuscrit., coll. « Sciences de la ville », p. 376.

je n'allais pas bien et qu'on allait m'aider. Mais je ne demandais pas d'aide, je n'ai jamais demandé d'aide. [...] ³⁹⁴

D'autres situations rapportées dans les groupes illustrent ce rapport entre le fait de déranger, les choix marginaux, voire idiosyncrasiques, et l'intervention coercitive :

j'en ai vu qui sont entrés à Pinel pour avoir *garroché* un café par terre. C'est ridicule! Ils sont rendus à Pinel et ils ont une ordonnance : « Ah! il fallait lui donner une ordonnance, sinon il ne voudrait pas se faire traiter par lui-même, il était dans la rue. » Dans le fond, il a le droit d'être dans la rue, c'est son droit, s'il décide de vivre dans la rue. ³⁹⁵

Le fait de déranger est appréhendé dans le registre médical et est confié au régime de pratiques qui l'accompagne. Il s'agit là d'une médicalisation des problèmes sociaux.

L'appréhension critique principale du régime psychiatrique faite dans les groupes de discussion a ainsi été la reconnaissance de vivre dans une société médicalisée : « Tout ce qui paraît impropre ou inadéquat aux yeux des psychiatres va être catalogué systématiquement sous la forme d'une maladie mentale ou d'un trouble » ³⁹⁶. Cette compréhension amène la gestion médicale des problèmes, faite de prises en charge au niveau de difficultés individuelles :

Ça me fait penser un peu à tous ces enfants qui sont hyperactifs, maintenant on donne des pilules, parce qu'ils sont hyperactifs. Est-ce que ça veut dire qu'ils sont hyperactifs parce que, quelque part, ils dérangent les adultes autour d'eux? Donc, pour que les adultes puissent avoir la paix, on va leur donner ça et ça va les calmer. Dans le fond, oui ils sont tranquilles, mais si ce sont des enfants qui ont besoin d'activités, et bien il faut leur en donner! ³⁹⁷.

La marque la plus soulevée de cette médicalisation du social est l'utilisation réflexe, parfois obligatoire, de la prise d'une médication pour faire face aux situations

394- (gr1p41 A.)

395- (gr1p11 A.)

396- (gr1p54 V.)

397- (gr1p20 D.)

problématiques. Puisque la « maladie mentale » est comprise sous une forme biomédicale, comme un débalancement ou dysfonctionnement chimique du cerveau, il devient naturel et automatique d'avoir recours aux psychotropes. La médication n'est pas pour les participant·e·s une chose à condamner en elle-même : il a été vu plus haut que beaucoup d'entre eux et elles acceptent celle-ci dans leur histoire – à tout le moins, de manière temporaire. L'acceptation de l'usage de médicaments est cependant nuancée et balisée.

Tout d'abord, il y a critique de l'association automatique de difficultés personnelles, traitées comme des maladies mentales, et de l'utilisation de médicaments psychotropes : « ils te donnent un diagnostic de bipolaire, schizophrène, ces choses-là, ils te donnent une médication³⁹⁸ »; « on dit souvent, c'est un peu cliché là, mais "tout ce que les psychiatres font c'est prescrire des pilules"³⁹⁹ ». Ou encore :

C'est le système médical qui est comme ça, parce que, quand tu as un problème, tu as une maladie, on te donne des médicaments sans nécessairement savoir ce qui cause la maladie en tant que telle. Donc, on est une population qui vit avec des médicaments, comme des bonbons, médicaments pour lesquels je prends un médicament...⁴⁰⁰

Ce réflexe automatique a non seulement lieu lors du diagnostic et du choix de traitement, mais se transpose également dans l'établissement de relations, où la médication est forcément associée à l'évaluation de la situation : « "Prends-tu ta médication?" C'est la première chose qu'ils te demandent. C'est une forme de [contention] chimique⁴⁰¹ ». Cette demande n'est apparemment pas faite à la légère, puisqu'elle est associée à des menaces d'action coercitive : « il y a comme une forme

398- (gr1p11 A.)

399- (gr1p54 V.)

400- (gr2p23 D.)

401- (gr1p12 A.)

de discrimination. Si tu ne la prends pas, on va te rentrer à l'hôpital! On va t'enlever tes droits et on ne te laissera pas sortir tant que tu n'accepteras pas ta médication⁴⁰² ».

Quand quelqu'un est reconnu psychiatriquement anormal, que cette reconnaissance n'est pas nécessairement partagée et qu'elle a mené à une AJS, l'exercice des droits devient un privilège :

par rapport aux médicaments, je voudrais dire que j'ai été contraint, forcé, contre mon gré, de prendre des médicaments, sans quoi on allait prendre des mesures drastiques à mon endroit et je n'ai vraiment pas aimé ça, hein, je n'ai vraiment pas apprécié ça[...]. Je ne crois pas en avoir besoin des médicaments, sauf que je n'ai pas le choix de les prendre, parce que sinon je perdrais tous mes privilèges sociaux.⁴⁰³

Les interventions imposées judiciairement aux individus, quelles qu'en soient les raisons, incluent en majorité de la médication. Dans ce contexte, la médication est perçue par les participant·e·s comme un outil non pas de soins, mais de gestion de la dérangérosité : « C'est un peu ça le message qu'on envoie, dans la société, que les gens qui sont en santé mentale, quand ils ne prennent pas leurs médicaments, ils sont dans la folie⁴⁰⁴. »

On est supposément ouverts d'esprit, on est supposés être dans une société ouverte. Mais non, si ça dérange la population, on va mettre des règlements, on va te donner des médicaments pour te calmer, tu vas dormir toute la journée, tu ne dérangeras plus.⁴⁰⁵

G. : Ce que je veux dire, c'est qu'il y a comme un bogue dans le système, on reste des gens médicamentés qu'on n'aide pas, on reste des gens qu'on

402- (gr1p12 A.)

403- (gr1p27 V.)

404- (gr1p14 G.)

405- (gr1p17 A.)

oublie, qu'on range dans une case, qu'on se dit bon, on les médicamente, on n'y pense plus, ce n'est pas un problème.

M. : Ils sont tranquilles.⁴⁰⁶

La problématisation de la médication à outrance a d'abord pointé vers la gestion médicale du dérangement, allant des comportements perturbés en société à la bougeotte des élèves. La médication est par ailleurs brièvement critiquée par les participant·e·s à partir des intérêts financiers de l'industrie pharmaceutique :

G. : N'oublie pas qu'il y a les médecins aussi qui poussent le médicament, ils sont rémunérés par des compagnies pharmaceutiques.

(*Quelques assentiments.*)

V. : Ben ça, c'est la fraude systémique des compagnies pharmaceutiques...⁴⁰⁷

La médication que l'on donne pour calmer et gérer la dérangérosité s'inscrit dans une pratique de rejet face à la différence inconfortable. Il s'agit aussi d'un automatisme face aux difficultés de santé mentale, un réflexe dans la relation d'aide dans ce domaine. La boucle est bouclée, mais ouvre sur une contradiction apparente : c'est précisément l'utilisation du registre médical qui sert à justifier l'application coercitive de la médication par les relais disciplinaires contemporains, qui assurent le maintien de critères sociaux minimaux, mais c'est précisément le registre qui est utilisé par les participant·e·s. Il semble dans les faits exister pour ceux et celles-ci des avenues normatives possibles et souhaitables à propos de la manière d'offrir des soins et services psychiatriques : leurs remises en question du médical ne portent pas sur les fondements de ce registre explicatif, mais sur les bonnes et moins bonnes manières de l'utiliser. Leurs souhaits? Qu'il puisse servir aux individus et à leurs singularités quelconques⁴⁰⁸.

406- (gr2p23)

407- (gr1p20)

408- Au sens agambenien de « l'être tel que de toute façon il importe ». Agamben, A. (1990). *La communauté qui vient : théorie de la singularité quelconque*. Paris : Éditions du Seuil, p. 9.

4.4 Les « bons soins » : souhaits normatifs

Les problèmes rencontrés dans les soins prodigués et les représentations mobilisées par le régime médical-psychiatrique apparaissent aux participant·e·s des groupes de discussion comme des effets de distorsion qui peuvent être corrigés au sein même du régime médical. Cela leur apparaît possible en raison du regard qu'ils et elles portent sur le passé récent, qu'ils et elles ont parfois vécu directement, ainsi que les changements qui ont été réalisés dans les dernières décennies.

La première demande normative visant les soins et services cherche à éliminer les abus fréquents présents dans diverses pratiques psychiatriques. Les revendications nécessaires ne se situent ainsi pas uniquement sur le terrain de l'égalité à améliorer, comme le thème de la citoyenneté le laissait voir : il existe en effet nombre de situations où il « faut foncer et il faut dénoncer l'abus qu'il y a⁴⁰⁹ ». Ces situations, pourtant inadmissibles, sont « comme tolérées. Il faut que tu leur *garroches* ça en pleine face⁴¹⁰ » ; « la population, il faut que tu leur montres. [Imaginez] si on vous faisait ça, à vous?⁴¹¹ ».

Ces situations d'abus paraissent répandues dans le dispositif psychiatrique :

des personnes en santé mentale, il y a en beaucoup que je connais dans les foyers qui sont abusées, il y a des règlements abusifs et tout ça. Elles n'osent pas parler parce qu'elles disent "si je chiale contre ma résidence, ils vont me renvoyer à l'hôpital, où je perds tous mes droits".⁴¹²

Les souhaits de changements de ces situations ne sont pas que des velléités pour les participant·e·s : ils sont ancrés dans la constatation de changements déjà apportés en psychiatrie, qui laissent voir une possibilité d'amélioration réelle. Comme R. le disait

409- (gr1p7 A.)

410- (gr1p8 A.)

411- (gr1p10 A.)

412- (gr1p17 A.)

plus tôt : « mais ça a évolué. C'est sûr que dans l'ancien temps, ils incarcéraient, ils les mettaient [les personnes en santé mentale] dans l'hôpital et tu restais là des fois toute ta vie. Ça a quand même évolué⁴¹³ ». Elle n'est pas la seule à avoir perçu ces changements :

j'ai confiance, parce que j'ai eu ma mère qui était en psychiatrie, qui a été hospitalisée et ça été l'enfer, médicamentée au *boutte* et psychiquement... Aujourd'hui, je vois la différence et je trouve que ça a quand même évolué. [...] J'ai confiance qu'un jour la psychiatrie évolue, et tout ça, parce que même mon médecin m'a dit qu'en psychiatrie, ils étaient très ignorants encore⁴¹⁴.

Ces changements justifient une croyance dans le potentiel d'amélioration des pratiques psychiatriques : non seulement y a-t-il eu diminution de la médication à outrance, mais aussi diminution de l'enfermement. Les modifications sont réelles et significatives, les participant·e·s en sont la preuve :

c'est une question qui est extrêmement complexe, mais à mon sens, le système psychiatrique fait son gros possible, avec ses ratés comme avec ses réussites. [...] On est tous des gens qui sont ici parce qu'on est rendu à un certain degré de notre rétablissement. On est la preuve que même s'il y a des lacunes, le système fonctionne quand même un petit peu⁴¹⁵.

Par delà les changements généraux et la diminution des situations inadmissibles, les participant·e·s ont d'autres demandes, adressées celles-là à la philosophie du Rétablissement, comme à ses modalités d'application.

Les soins basés sur le Rétablissement devraient tout d'abord respecter et être adaptés aux choix individuels. Pour ce faire, il s'agirait d'offrir des soins, de manière optionnelle et non coercitive, sous une forme de disponibilité constante :

413- (gr1p53 R.)

414- (gr1p52 M.)

415- (gr1p38-39 G.)

Comme je dis, le rétablissement c'est comme un train qui passe à toute les 15 minutes. Quand la personne va être prête à prendre le train, il faut tout le temps que la gare soit ouverte, que le train soit disponible. Ça peut prendre 1 an, 5 ans, 10 ans, mais quand la personne va être prête à prendre le train, et bien le train est là et elle peut embarquer à n'importe quel temps, et peut débarquer à n'importe moment.⁴¹⁶

Les « soins et services axés sur le Rétablissement⁴¹⁷ » devraient prendre la forme de ce que les réflexions sur la citoyenneté ont fait ressortir : respect de l'individu, de son rythme et de son pouvoir d'exercer son autonomie.

C'est le choix de la personne, il faut respecter ses choix. On peut lui offrir, comme j'ai dit, le train qui passe. Tu lui offres : "écoute, tu es dans la rue, tu n'aimerais pas ça avoir un logement?" Un moment donné, peut-être elle va dire : "oui, je suis tanné de ma vie, oui, j'aimerais ça embarquer sur le train". Mais c'est son choix, si elle ne dérange personne et ne fait de mal à personne, elle a le droit de continuer à faire ces choses-là, c'est son choix de vie.⁴¹⁸

Il reste cependant encore du chemin à parcourir pour mettre en place cette forme de soins, puisque « je ne suis pas sûre qu'il soit disponible, dans notre société tout le temps par exemple, le train⁴¹⁹ ».

Une autre demande formulée explicitement par les participant·e·s a trait à la psychothérapie. Cette requête est tout d'abord liée à un changement d'attitude dans la conduite des soins, en mettant de l'avant plus d'écoute et de dialogue :

j'ai eu des très bons soins. Mais pour en arriver [là], j'ai fait à peu près cinq, six hôpitaux avant de me rendre à Louis-H. [...] Ils me laissaient sortir : "prends ta pilule"[...], ils ne me parlaient pas. Je pense qu'ils ne me voyaient pas malade. Ils me donnaient une pilule quand même, mais

416- (gr1p42 A.)

417- MSSS. (2015), *op. cit.*

418- (gr1p50 A.)

419- (gr1p50 M.)

pas assez malade pour me diriger en ambulance directement à Louis-H.
[...] Il y a eu un manque là-dessus.⁴²⁰

La demande de plus de psychothérapie est basée sur cette attitude : c'est une pratique qui est centrée sur la parole. Les participant·e·s considèrent qu'elle permettrait d'être plus à l'écoute de la personne et de ses besoins, en plus de pouvoir « aller plus loin » et chercher à régler les problèmes, plutôt qu'à seulement les contrôler, comme c'est le cas pour la médication :

Le médicament, tout ce qu'il fait, c'est atténuer les symptômes [...] et en plus, il atténue le corps, le rend plus fatigué, le rend plus malade encore. Si on veut vraiment réinsérer des gens en santé mentale et les aider dans leur rétablissement et tout, ça prend des psychologues qui se penchent sur la question, qui vont essayer de guérir ou d'accompagner.⁴²¹

La psychothérapie permettrait aussi de se sentir plus entouré·e : « notre rétablissement, on est obligés de le faire par nous-mêmes. C'est sûr que quand on a un psychologue, ça accélère les choses⁴²² ». Cette demande des participant·e·s concernant l'ajout de psychothérapie est partagée par divers représentant·e·s des psychothérapeutes, certes, mais également du mouvement alternatif en santé mentale du Québec, ainsi que des organismes de défense des droits en santé mentale. Ils et elles font d'ailleurs campagne sur ce thème, ce dont une lettre ouverte de mai 2016 fait état⁴²³.

L'approche biologique de la santé mentale, reliée à l'utilisation prioritaire de la médication, est elle-même reliée à la stigmatisation en société des personnes utilisatrices de services, malgré des prétentions et intentions initiales qui visaient plutôt à la combattre. En effet, lors de la montée en force de la biomédecine en psychiatrie à

420- (gr1p44 M.)

421- (gr2p23 G.)

422- (gr1p26 G.)

423- Morin, C.-A., Levine, D., Sheehan, M. et Grou, C. (2016, 10 mai). La psychothérapie n'est pas un luxe. *La Presse*. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/debats/votre-opinion/201605/09/01-4979722-la-psychotherapie-nest-pas-un-luxe.php>

partir des années 1970 et 1980, ses représentant·e·s affirmaient qu'elle aiderait à la déstigmatisation des personnes atteintes de « maladies mentales » : on disait pouvoir éviter la culpabilisation et la responsabilisation en montrant que cette condition n'était pas de leur faute. Toutefois, après quelques décennies, force est d'admettre que cela a eu l'effet contraire⁴²⁴. Ainsi, les personnes qui partagent le plus la conception neurobiologique des troubles mentaux, en les voyant comme des maladies du cerveau, sont aussi celles qui ont « une plus forte réaction de rejet vis-à-vis des malades [sic] et sont plus pessimistes quant aux possibilités de guérison⁴²⁵ ». Elles en viennent aussi à minimiser les déterminations environnementales des affections et à se détourner des mesures de préventions (sociales) qui pourraient être développées⁴²⁶. Les participant·e·s corroborent ce constat : « cette condition-là [...] on ne l'a pas choisie et la société nous marginalise à cause de ça⁴²⁷ ». Cette approche semble avoir contribué à un certain fatalisme : « si c'est biologique, génétique, à l'intérieur de mon corps, que puis-je y faire? », voire un message du type « on ne peut pas faire grand-chose pour ces personnes-là ». Reste à leur enseigner les bons choix de vie et à les contraindre à des soins lorsque nécessaire...

La demande de plus de psychothérapie n'est pas la seule qui a trait aux liens entre médecine psychiatrique et sciences humaines, dont fait partie la psychologie. Il existe en effet des volontés de joindre ces deux domaines, comme en témoigne le titre d'un colloque tenu au congrès de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS) en 2017, *Biomédecine et sciences humaines : deux sœurs ennemies réconciliées par le patient?* Ce n'est pas une surprise que ce colloque ait été organisé par le directeur du PIRAP et que de ses participant·e·s y ont assisté. La philosophie centrée sur la personne qui reçoit des soins est apparente dans le titre, de même que l'inscription des efforts au sein du

424- Gonon, F., *op. cit.*, p. 66.

425- *Ibid.*

426- *Ibid.*

427- (gr2p7 G.)

régime médical : le terme *patient* se réfère directement à la relation de soins de santé⁴²⁸. Il s'agit par ailleurs d'inclure les données des sciences humaines dans le domaine médical et de s'assurer que ces dernières respectent dans leurs analyses les dernières avancées en biomédecine, ainsi que la rigueur réputée du monde médical. Le Rétablissement cherche entre autres à ajouter des éléments à ce qui est couvert par la psychiatrie, éléments qui se trouvent à l'extérieur d'une appréhension purement médicale des difficultés liées à la santé mentale. Il cherche en partie à éviter ce qu'une participante a illustré : « je te donne tel médicament, sans regarder le tout autour⁴²⁹ ». Regarder la situation complète, c'est prendre en compte notamment la « situation économique », dont demeurent victimes nombre de personnes ayant « fait leur Rétablissement »⁴³⁰. Cette prise en compte prend une forme particulière au PIRAP, comme dans divers courants communautaires et alternatifs en psychiatrie, soit la considération des déterminants sociaux de la santé. Ceux-ci sont « les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face aux problématiques⁴³¹ ». Ces déterminants sociaux ne s'appliquent pas uniquement à la santé mentale, mais à la santé tout court : cela explique le virage du PIRAP vers la santé globale.

Cet angle d'approche sous-entend que la raison soutenant l'ajout des sciences humaines à la médecine est de s'attaquer à cet angle mort du modèle biomédical, ce qu'il oublie : en bref, compléter l'apport biologique par une injection de « social » aux soins et services médicaux. On peut comprendre que le fait de critiquer les excès et les dérives, comme de compléter les lacunes, permettrait de conserver les explications biomédicales et ses outils qui fonctionnent, tout en améliorant le résultat par une plus

428- Clément, M. (2017), *op. cit.*

429- (gr2p48 D.)

430- (gr2p73 G.)

431- AGIDD-SMQ. (2013). Déterminants sociaux. Dans *Domaines d'intervention*. Récupéré de <http://www.agidd.org/domaines-d'intervention/determinants-sociaux/>

grande étendue des soins et services, de l'aide offerte. En cela, l'approche du Rétablissement est moins avant-gardiste que tout à fait cohérente avec le cœur de la médecine, comme avec les fondements mêmes des sciences humaines : Foucault a bien montré que la médecine et le social ont toujours été liés. D'un côté, la médecine a toujours été sociale, en ce qu'elle s'est toujours occupée de processus généraux et a développé des outils en conséquence⁴³². Ainsi, l'intérêt social de la médecine

serait la forme par excellence des références normalisatrices à la vie et à la santé qui caractérisent la biopolitique, et sous différentes modalités (santé publique, psychologisation et médicalisation du travail social, émergence de la problématique des « risques psychosociaux »), elle constituerait en outre l'une des formes caractéristiques du type de politisation de la vie qui est propre au libéralisme.⁴³³

De l'autre, si « les sciences de l'homme [sic] sont apparues dans le prolongement des sciences de la vie, c'est peut-être parce qu'elles étaient médicalement sous-tendues : leur objet se donnait dans un champ partagé selon le principe du normal et du pathologique⁴³⁴ ». Le projet normatif du Rétablissement civique cherche dès lors moins à ajouter des sciences humaines à la médecine, qu'à compléter et officialiser ces noces originelles.

Une des modifications souhaitées est l'ajout du savoir expérientiel aux soins de santé actuels. Ce souhait a tout d'abord été mis en lien avec le concept de citoyenneté, mise en forme qui servait de fondement (*tous et toutes des citoyen-ne-s*) et de mot d'ordre (*vers la pleine citoyenneté pour tous et toutes*). Il a aussi été relié au dispositif de soins-enseignement-recherche où s'élaborait sa conceptualisation. L'analyse du contenu médical des propos des participant·e·s permet d'ajouter un autre niveau de

432- Foucault, M. (2001[1976]). Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? Dans *Dits et écrits II. 1976-1988*. Paris : Éditions Gallimard, coll. Quarto, p. 40-57.

433- Renault, E. (2008). Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme. *Multitudes*, 3(34), p. 195. doi : 10.3917/mult.034.0195

434- Foucault, M. (2009 [1963]). *Naissance de la clinique*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Quaridg (8e éd.), p. 62.

compréhension en ce qui a trait à la forme particulière de reconnaissance du savoir expérientiel promue au PIRAP : la création d'une catégorie de personnel soignant ayant développé un savoir expérientiel et pouvant jouer un rôle reconnu institutionnellement à partir de leur vécu de difficultés de santé mentale. La professionnalisation de la présence de pair-aidant·e·s⁴³⁵ vise à compléter les équipes soignantes par des personnes ayant elles-mêmes vécues les difficultés qu'adresse l'équipe, en leur offrant une formation et un encadrement leur permettant de s'intégrer et assurant une reconnaissance de leur savoir propre⁴³⁶.

Cette demande est non seulement un effet de dispositif, en ce que les liens du PIRAP avec l'enseignement et les pratiques de soins mènent directement sur les terrains déjà constitués de l'intervention hospitalière et médicale, où seront intégré·e·s les pairs-aidant·e·s, mais une volonté de transformer la médecine à partir de ce qui fonctionne en elle pour certain·e·s, comme la médication ou la compréhension de son vécu comme une maladie. Le savoir expérientiel pourrait dès lors servir à compléter les pratiques psychiatriques actuelles, mais pour cela, il faudrait qu'il soit reconnu, à sa juste valeur. Les participant·e·s n'ont pas de doute que le savoir expérientiel puisse bonifier les pratiques de soins et les savoirs qui les fondent. C'est à ce titre qu'il demande précisément reconnaissance : les difficultés de santé mentale développent en effet « des forces qui devraient être reconnues, dans la société⁴³⁷ », forces qui peuvent de plus compléter le savoir médical par des apports tirés de l'expérience vécue en tant que patient·e, personne minorée, citoyen·ne exclu·e, pauvre ou autre minorité. « C'est

435- « Le pair-aidant est un membre du personnel dévoilant qu'il vit ou qu'il a vécu un problème de santé mentale. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes qui vivent des situations similaires ». Vignaud, A. (2017). La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(8), p. 736.

436- *Ibid.*, p. 736-740.

437- (gr2p8 M.)

imprégné parce qu'on l'a vécu. On a vécu la pauvreté, la maladie, tout ce qui va avec, ça ne s'apprend pas dans les livres⁴³⁸ ».

La présence, au sein des équipes traitantes, de personnes ayant vécu des difficultés semblables à celles des patient·e·s, apparaît aux participant·e·s comme quelque chose de salvateur : bénéficier de l'expérience d'autrui et instiller l'espoir « m'aurait aidé⁴³⁹ ». Pour qu'elle soit efficace, une telle présence implique toutefois une réelle intégration, qui se doit d'être « véritable » et non seulement « pour parader »⁴⁴⁰. En cela, il est apparu plus que cette vraie intégration comprend pour une bonne part un impact réel sur le mode de pensée de la recherche et des soins : les thèmes de recherche, leur forme, leur processus et leurs finalités doivent « être au service de la personne et non pas le contraire⁴⁴¹ » et être faits en collaboration véritable. J'insiste : il est apparu important que non seulement les techniques de recherche soit collaboratives, mais que le choix des thèmes et l'orientation de leur exploration soit fait avec les personnes concernées⁴⁴².

Une des conséquences de la volonté de reconnaissance du savoir expérientiel est la revendication de rémunération : « si nous sommes comme tout le monde et que nous avons un savoir unique, nous devrions être payé.e.s "espèces trébuchantes"⁴⁴³ ». Ce type de position laisse entendre que cela n'est pas encore le cas. Les autres personnes présentes dans les institutions de soins, de recherche et d'enseignement sont des travailleurs et travailleuses, qui tirent un revenu de leur activité et qui développent aussi leur carrière à travers leurs projets collaboratifs, une forme de capital symbolique, non financier. Les participant·e·s ont souligné à diverses reprises que cette différence de statut et de traitement minait les efforts de collaboration et laissait planer sur eux un

438- (gr3p34 A.)

439- (gr3p47 R.)

440- (gr3p31 G.) et (gr2p44 D.)

441- (gr2p50 D.)

442- (gr2p44-46 D. et G.)

443- (gr1p4 D.)

sentiment d'énoncé d'intention peut ancré dans le réel⁴⁴⁴. C'est la raison principale pour laquelle les participant·e·s ont reçu une compensation financière pour leur participation au présent projet de recherche : bien que cette compensation soit loin de correspondre à un salaire décent (25\$ pour 3 heures de participation), il s'agit là du montant qui était disponible, notamment en raison du fait que le présent projet n'est pas subventionné pour sa réalisation. Cette compensation non idéale était dès lors plutôt symbolique, mais néanmoins jugée essentielle pour afficher un minimum de cohérence.

La professionnalisation des rôles d'aide à partir de l'inclusion du savoir expérientiel dans le champ médical n'a cependant pas que des adeptes. En effet, certain·e·s trouvent problématique cette avenue, notamment par crainte que les pairs aidant·e·s spécialisé·e·s « se distancient de l'expérience des usagers et que leur savoir d'expérience perde en authenticité, affectant ainsi la relation d'entraide qui se développerait dans le partage et la réciprocité entre pairs⁴⁴⁵ ». Une étude suggère aussi que des effets délétères ont cours dans ce processus, dont la description du poste effectuée par la hiérarchie qui crée alors une prescription normative descendante (*top-down*) non ancrée dans les pratiques déjà existantes, de même que l'absence d'intégration de processus réflexifs à partir de l'expérience clinique ainsi créée⁴⁴⁶. Les critiques sont aussi liées en partie à l'effet de renforcement rétroactif des pratiques médicales et de leur aura par l'intégration bienveillante de pairs aidant·e·s aux équipes existantes. Effectivement, l'ouverture démontrée envers le vécu des patient·e·s poursuit l'appréhension de celui-ci à partir de la relation de soin, sans développer l'aspect « usager, usagère » du système de santé, d'emblée plus situé sur le plan politique et, donc, à même d'une plus grande remise en cause de l'état des choses actuel et d'une

444- (gr2 p44-46 D. et G.)

445- Godrie, B. (2016). Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants. Dans Demailly, L. et Garnoussi, N. (dir.). *Aller mieux. Approches sociologiques* (p. 365). Lille : Presses universitaires du Septentrion. doi : 10.4000/books.septentrion.12137

446- Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale. *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 5. doi : 10.4000/nrt.1952

reprise de pouvoir. Ce dernier leitmotiv est crucial dans nombre de démarches québécoises très critiques de la psychiatrie : ce sont les utilisateurs et utilisatrices de services qui doivent, en tant que citoyen·ne·s, participer à l'élaboration et au contrôle du système de soins et services de santé⁴⁴⁷.

Pour autant, ce que l'analyse du processus du PIRAP à travers les propos de certain·e·s de ses participant·e·s laisse voir, c'est une velléité d'intégration des personnes utilisatrices de services de santé mentale à des équipes de soins, à de l'enseignement et à de la recherche, accompagnée d'une reconnaissance, ce qui passe inévitablement par l'établissement d'une légitimité reconnue par les autres praticien·ne·s et par un salaire. Ainsi se dessine une distanciation de l'intégration sous les auspices du paradigme de patients-partenaires, qui ne sont pas d'emblée placés hors du paradigme biomédical, puisque le partenariat impliqué se situe au sein de recherches médicales, donc sous contrôle de médecins. De même, il existe dans le module de mentors de rétablissement une différence avec les pairs-aidant·e·s tels qu'ils se sont déployé·e·s au cours des dernières années au Québec : il s'agit du même cadre de pensée, ancré dans le savoir expérientiel, mais le rôle visé implique une formation plus étoffée qui inclut une évaluation plus scientifique des aspects de l'apprentissage comme de la pratique⁴⁴⁸. Ce faisant, il existe d'un côté un aspect de modulation du savoir expérientiel à partir des outils déjà établis dans le milieu médical et, d'un autre, une volonté d'y insérer des éléments issus des sciences humaines. Nouveau, le programme de mentors de rétablissement de l'UdeM n'avait pas encore été expérimenté ni par les participant·e·s dans son volet de formation, ni par les professionnel·le·s de la santé dans son aspect de « mentors au travail ». Il semblait néanmoins enchanter une partie des

447- RRASMQ, *op. cit.*, p. 13.

448- Faculté de médecine. Université de Montréal. (2017, septembre). Module de formation pour pairs aidants en santé mentale. Dans *Programmes*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <https://admission.umontreal.ca/programmes/module-de-formation-de-mentorat-pour-pairs-aidants-en-sante-mentale/>

participant·e·s aux groupes de discussion et maintenir vivant l'espoir d'une plus grande place pour eux et elles dans le milieu des soins de santé, comme d'une transformation positive de ce dernier.

SECTION C

CONCLUSIONS TRANSVERSALES

*Les démagogues ne peuvent pas s'épanouir au milieu d'institutions fonctionnelles, justes et équitables. Menacer la démocratie et les libertés fondamentales ne devient possible que lorsque la population perd la confiance qui la liait aux institutions.*⁴⁴⁹

- Glenn Greenwald et Victor Pougy, *Au Brésil, la fabrique des démagogues*, 2018.

*« [L]'inconscient des économistes », qui est en réalité celui de tout ékonomisme, qu'il soit libéral ou marxiste, c'est précisément l'institution, et c'est justement à l'institution que le néolibéralisme[...] entend redonner une place déterminante.*⁴⁵⁰

- Pierre Dardot, *Le capitalisme à la lumière du néolibéralisme*, 2013.

Que retirer et retenir des éléments liés à la citoyenneté et à la médecine que l'analyse a fait ressortir des propos recueillis? Quelles avenues sociopolitiques émergent de leur croisement? Le registre citoyeniste promu en psychiatrie civique s'attache à l'égalité

449- Greenwald, G. et Pougy, V. (2018, octobre). Au Brésil, la fabrique des démagogues. *Le Monde diplomatique*, 65(775), p. 28.

450- Dardot, P. (2013). Le capitalisme à la lumière du néolibéralisme. *Raisons politiques*, 4(52), p. 17.
doi : 10.3917/rai.052.0013

et aux institutions étatiques pour la garantir, tout comme il sert à mettre en forme des volontés d'inclusion sociale et de respect de la singularité individuelle. Il s'agit là de projets politiques qui cherchent à faire reconnaître, au sein des institutions majoritaires, le savoir qui émerge de certaines expériences personnelles minoritaires et minorées, dont celles qui donnent lieu à des interventions au nom du maintien de la paix, de l'ordre et de la vie, ainsi que de la promotion d'une certaine conception du bien-être. La citoyenneté recouvre aussi des demandes d'accommodements individualisés, justifiées à partir des différences de possibilités liées tant au contexte de vie, à la catégorie socioéconomique, qu'aux volontés et capacités individuelles.

Le vocable civique ne fonde toutefois pas complètement sa propre légitimité : il s'érige en effet sur différents savoirs à visée scientifique, dont le savoir médical-psychiatrique. Celui-ci servira dès lors tant à expliquer les expériences et les différences qu'à légitimer les interventions de la part des autorités judiciaires et sanitaires. L'expérience vécue individuellement en vient elle-même à être comprise médicalement, en rapport à la santé mentale et aux comportements minimaux socialement attendus, qui deviennent les signes d'un potentiel dysfonctionnement psychique appelant correction. Le droit inaliénable à la différence et la reconnaissance d'un bien-être parfois lié à des expériences et choix marginaux paraissent glisser au second plan, face au besoin de gérer le dérangement à l'ordre public et à la tranquillité à laquelle les citoyens auraient droit. Les interventions ainsi appelées sont perçues comme des dérives autoritaires au sein d'une grille de lecture vue comme globalement adéquate aux expériences vécues, malgré des aspects de négation de la singularité au nom de la scientification de son propos.

La demande de reconnaissance du savoir expérientiel se retrouve dès lors dans la position inconfortable de devoir tenter de faire entrer, par la grande porte, un savoir expérientiel résolument singulariste dans des institutions fondées sur, formées par et reproduisant des pratiques et des savoirs uniformisants, sur fond de coercition disciplinaire. L'inconfort ne présageant toutefois aucunement de la possibilité d'une

entreprise et encore moins de son utilité, il convient de déplier ces éléments afin de pouvoir mieux saisir ce qui est produit par les phénomènes de la pleine citoyenneté et du rétablissement civique. Si, comme le soutient le cadre théorique déployé dans ces pages, la société est le résultat bancal et toujours précaire produit et reconduit par les pratiques locales, une étude même partielle d'un certain lieu et de sa philosophie se doit de tracer des pistes de conclusions permettant de saisir un peu plus finement la production sociétale en cours – et d'ainsi la politiser.

Les orientations ainsi dégagées ne s'attachent pas aux intentions explicites et conscientisées rattachées aux programmes et orientations considérées, à fortiori celles de leurs porte-paroles les plus en vue. Il s'agit plutôt de partir des volontés (de puissance) exprimées par les participant·e·s aux groupes de discussion pour appréhender comment celles-ci sont captées par des dispositifs en décalage avec une grande partie des aspirations entrevues.

CHAPITRE V

LA SOCIÉTÉ, UNE ASPIRATION

*Success is somebody else's failure. Success is the American Dream we can keep dreaming because most people in most places[...] live wide awake in the terrible reality of poverty.*⁴⁵¹

- Ursula K. Le Guin, *A Left-Handed Commencement Address*, 1983.

La société, tout comme la citoyenneté, n'est pas tant quelque chose qui se décrit qu'un projet qui se construit et se déploie. Les propos recueillis dans les groupes de discussion laissent entendre une grammaire de saisie du réel qui a comme unité de base et comme interface privilégiée l'individu, avec son vécu, ses aspirations et ses choix. Une telle mise en forme présente la société en tant qu'*aspiration*. D'un côté, la société est lue par les participant·e·s comme le résultat de l'aspiration individuelle à la réussite matérielle, qu'ils et elles présentent comme centre de l'ordre social et comme cause des troubles de santé mentale. D'un autre, la société peut être saisie comme entreprise d'aspiration : les dispositifs et les grammaires qui y sont manipulées ont des effets de standardisations

451- Kroeber Le Guin, U. (1983). *A Left-Handed Commencement Address* [Discours]. Présenté au Mills College, Oakland (Californie), ÉUA. Récupéré de <http://www.ursulakleguin.com/LeftHandMillsCollege.html>

qui ne sont pas de l'ordre individuel du choix et de la volonté, mais de celui des contraintes impersonnelles.

5.1 Ce à quoi on nous fait aspirer : l'*American Dream*

*Choose Life. Choose a job. Choose a career. Choose a family. Choose a fucking big television, choose washing machines, cars, compact disc players and electrical tin openers. Choose good health, low cholesterol, and dental insurance. Choose fixed interest mortgage repayments. Choose a starter home. Choose your friends. Choose leisurewear and matching luggage. Choose a three-piece suit on hire purchase in a range of fucking fabrics.*⁴⁵²

- Mark "Rent-boy" Renton, *Trainspotting*, 1996.

La conception de la société rencontrée le plus fréquemment dans les propos des participant.e.s a sans conteste été celle du Rêve américain. Il s'agit d'une conception centrée sur un ensemble d'idées et d'idéaux, de l'ordre du symbolique, des principes moraux et des injonctions. La société y est saisie à partir des aspirations que ses membres soutiennent ou sont enjoint.e.s à suivre, et apparaît comme un modèle culturel de réussite⁴⁵³.

Les aspirations prêtées à ce modèle sont liées aux biens matériels :

La société nous impose, comme on dit, la normalité, une certaine forme de normalité : bonne *job*, aller à l'école, après ça aller travailler, avoir une

452- Boyle, D. (réalis.), Macdonald, A. (prod.) et Channel Four Films (prod.). (1996). *Trainspotting* [DVD]. Londres : PolyGram Filmed Entertainment.

453- (gr2p10)

maison, des enfants, ces choses-là. C'est comme la normalité, moi j'appelle ça *The American Dream*⁴⁵⁴.

Dans le Rêve américain, avoir une maison, une grosse maison, le *pick-up*, le bateau, la tente-roulotte, la piscine, tout. Dans ce rêve-là, il faut que tu réussisses.⁴⁵⁵

La réussite, telle que définie dans le Rêve américain, n'est toutefois pas vue comme étant neutre ou liée au seul mérite individuel. En effet, l'appartenance à un groupe social et à fortiori la richesse qui y prévaut apparaît comme déterminante pour les possibilités de vie : « *Rich boys go to college, poor boys go to work*⁴⁵⁶ ». Il est possible de naître dans des conditions défavorables à la réussite matérielle, ce qui paraît déjà diminuer la responsabilité attribuable à l'individu quant aux résultats de son cheminement personnel, puisque les possibles sont non seulement déterminants, mais en partie déterminés.

L'expérience vécue ne se cantonne pas aux conditions de naissance, puisque d'autres circonstances peuvent apparaître au cours de la vie, qui rendent plus difficile l'atteinte de la réussite matérielle. C'est le cas de la maladie, qui amène directement une très grande vulnérabilité à la pauvreté : « quand tu tombes en maladie mentale, en psychose ou *whatever*, et bien tu deviens automatiquement pauvre.⁴⁵⁷ » Reconnaître l'impact des maladies sur la situation personnelle permet montrer que la réussite n'est jamais le simple résultat des efforts individuels. En effet, peu importe les efforts et le cheminement personnel, l'exclusion et la pauvreté peuvent se maintenir :

vu qu'on a été malades et que selon la société on l'est encore d'une certaine manière, même si nous dans notre rétablissement on est rendu·e·s à un certain niveau, on est toujours un peu les victimes de ce que la société nous a *downgradé·e·s* en pauvres. [...] Je pense *grosso modo*

454- (gr2p3 A.)

455- (gr2p12 A.)

456- (gr2p61 A.)

457- (gr2p69 G.)

qu'on est pas mal tous [et toutes] guéri·e·s, [mais] victimes de la situation économique⁴⁵⁸.

Ces constats sur la situation sociétale vont mener à une prise de position de la part des participant·e·s à l'encontre de l'idéal de l'*American Dream* et de sa réussite surtout visible dans les acquis matériels. L'effort à poser pour « réussir » n'est pas le même pour tout le monde : le statut universel, partagé par tous et toutes, n'est encore une fois pas garant d'un vécu et de possibilités semblables face à un seul et même idéal à atteindre. Le Rêve américain est en effet la vision hégémonique d'un groupe qui fixe les critères de la normalité, en tant qu'idéal à atteindre, à partir de sa propre réalité. Ce groupe, quantitativement minoritaire, se présente comme le critère d'évaluation de la norme :

G. : Regarde la normalité nord-américaine : si tu n'es pas un homme entre 25 et 45 ans, avec une situation entre trente et soixante-dix milles [dollars par année], qui vit dans une maison, qui a une famille avec deux enfants, et bien tu es...

D. : Tu es hors normes (*en pouffant*).⁴⁵⁹

Les situations individuelles demeurant largement déterminées par les conditions de vie, qui orientent les possibles et les perceptions, le Rêve passe alors d'un idéal à atteindre à une projection inatteignable. Cela contribue à réaliser et à maintenir la conjoncture qui permet l'existence de ce Rêve :

A. : Ils disent que si tu travailles fort, tu vas réussir, tu vas avoir tout ça. Mais c'est pas vrai! Tu peux travailler fort toute ta putain de vie et être encore en appartement. Tu as beau travailler fort, mais...

D. : Ça fait partie du Rêve, ça aussi, de nous faire croire que si tu travailles fort tu vas l'avoir. Tu vas avoir tout ce que tu veux.⁴⁶⁰

458- (gr2p73 G.)

459- (gr2p5-6)

460- (gr2p12)

La pression à se conformer à un idéal, au fond inatteignable, va devenir chez les participant·e·s une explication causale de la maladie mentale. Viser cet idéal de réussite implique des conséquences personnelles pour ceux et celles qui diffèrent des standards, qui, dès lors, « paient pour⁴⁶¹ » : atteindre l'idéal apparaît comme un effort démesuré à demander à son individualité, dont les valeurs, les rythmes, ne correspondent pas nécessairement à ce qui favorise la réussite matérielle. Les troubles de santé mentale deviennent la conséquence de la pression affectant les individus : « je l'ai déjà eu l'*American Dream*, la maison, l'hypothèque qui vient avec, les taxes qui viennent avec. À un moment donné, ta bulle, ton ballon, il pète. [...] Je suis tombé malade. La pression...⁴⁶² »

Le Rêve américain, tel qu'exposé jusqu'à maintenant, a principalement servi de repoussoir. La présentation du mauvais idéal de vie, de la réussite matérielle et de l'exploitation concurrentielle qu'il appelle, a permis d'introduire une figure contraire, positive celle-là, qui opposait à la poursuite des choses la recherche intérieure, menant à des choix de vie ancrés dans l'adéquation à la connaissance de soi. Cette opposition a été présentée par une participante dans un proverbe personnel qu'elle répète quelques fois dans les différents groupes et qui a été repris par d'autres :

j'ai deux définitions, soit réussir dans la vie et réussir sa vie, ce qui est complètement différent pour moi[...]. Réussir sa vie, c'est plus intérieur, c'est de savoir qui on est, être bien dans sa peau, faire des choix pour nous, se choisir... Réussir dans la vie, c'est quelqu'un qui réussit dans la société, point à la ligne.⁴⁶³

Cette phrase simple condense quelques-unes des aspirations normatives des participant·e·s, comme l'importance des choix individuels et le nécessaire

461- (gr2p13 M.)

462- (gr2p3 A.)

463- (gr1p27 M.)

cheminement personnel. Celui-ci passe par un réalignement de ses choix sur ses caractéristiques propres et ses valeurs personnelles :

Un moment donné je me suis dit, écoute, moi, mon rétablissement, ça va prendre ça. Donc, je me suis rétablie et là, je travaille [au PIRAP]. [...] J'ai arrêté de me comparer à ce que mes parents voulaient pour moi et à [...] ce que je pensais qui était bon pour moi d'après ce que la société voulait.⁴⁶⁴

Un idéal normatif apparaît ici, qui s'attache à une cohérence de valeurs, de pratiques et d'aspirations sises dans un processus individuel : il vaudrait mieux « apprendre à se connaître » et développer son idéal personnel, plutôt que de se concentrer sur l'idéal majoritaire généralisé. La formule consacrée dans les groupes de discussion a été « Avoir versus Être », présentées comme deux types de réussite opposés. Le cheminement personnel recommandé fait en effet prendre conscience que l'idéal sociétal, vu comme l'accès à des possessions nombreuses, n'est en rien garant du bien-être ou du bonheur : « Ce n'est pas parce que tu es riche que tu es heureux, que tu as réussi ta vie, ça c'est une illusion qu'on nous fait miroiter⁴⁶⁵ ».

Je crois beaucoup à changer toi-même et tu vas changer [le monde]. Des fois, tu as le goût de changer le monde, de mettre ça plus équitable pour tout le monde, plus juste pour tout le monde, mais moi, je ne peux pas changer le monde, je suis tout seul dans mon coin. Mais j'ai réalisé que je vais changer autour de moi : je vais changer moi-même, ma façon de parler, ma façon de penser et je vais essayer de changer les personnes autour de moi. C'est comme ça que tu vas réussir à changer le monde[...]⁴⁶⁶.

Il s'agit là d'une conception très répandue des relations individus-société, de l'imposition et du maintien de la domination, de même que des chemins à suivre pour changer les choses. Cette lecture est basée sur une certaine conception de la norme et

464- (gr2p57 D.)

465- (gr2p14 D.)

466- (gr2p56 A.)

de ses modalités de mise en place, centrée sur un idéal à atteindre prédéfini et imposé. Toutefois, conceptualisation peut être questionnée, à partir d'outils forgés par Michel Foucault et au regard des discours sur la normalité rencontrés dans le cadre de cette étude.

La conception présentée jusqu'à maintenant est en fait une

représentation commune de la norme qui revient à la concevoir comme cette puissance régulatrice transcendante qui s'appliquerait invariablement à un matériau externe et indifférent, pour le conformer à un certain ordre des choses. Il s'agit d'une conception négative de la norme et de son action, qui renvoie au modèle juridique de la loi et qui semble à cet égard trop restrictive pour rendre compte de la fonction de la norme et de ses effets, dans l'ordre matériel de la vie et de l'action humaines.⁴⁶⁷

L'idée recouvre une conception d'un ordre social cohérent, qui fait face à des individus déjà formés, qu'il convient de faire cadrer dans ce qui se présente comme le normal.

La normalité a été un thème récurrent des groupes de discussion, qu'il convient d'explorer en ce qu'il permet d'atteindre ce qui est perçu comme les mécanismes d'action de la norme. Le terme de normalité est en effet utilisé de manière naturelle et spontanée, sans être défini précisément : un tel usage présume de la signification à accorder à ce terme, qui est fréquent dans le sens commun, mais dont la définition précise constitue un problème autrement plus complexe que son apparition récurrente dans le discours des participant·e·s pourrait le laisser croire. Qu'est-ce, en effet, que la normalité? Une définition usuelle correspond à « ce qui est normal⁴⁶⁸ », le normal étant dans le langage commun ce qui « n'a rien d'exceptionnel, courant, habituel⁴⁶⁹ ». Deux définitions complémentaires rendent cependant compte des aspects plus

467- Sabot, P. (2016). De Foucault à Macherey, penser les normes. *Methodos* [En ligne], 16, par. 16. doi: 10.4000/methodos.4652

468- Antidote 8. (2015). Normalité, *op. cit.*

469- Antidote 8. (2015). Normal, *op. cit.*

problématiques, car implicitement normatifs, du normal : ce qui « constitue la norme, qui sert de référence ou de modèle⁴⁷⁰ » ou ce qui « ne présente pas d'anomalie ou de caractère pathologique⁴⁷¹ ».

Ces deux définitions correspondent au rapport à la norme, tel que défini par Foucault, à la suite de G. Canguilhem. Ce rapport comprend deux pôles, deux formes qu'il peut prendre en lien avec des mécaniques différentes de pouvoir qu'il implique. La première définition, dans laquelle le normal est référence ou modèle, équivaut à la *normation*, néologisme visant à rendre compte du pouvoir disciplinaire⁴⁷². Dans celui-ci, la normalité est un idéal fixé d'avance, qui sert de modèle auquel se référer et auquel faire correspondre les comportements individuels des sujets de l'action des pouvoirs. Les propos des participant·e·s laissent entendre une telle conception : la normalité serait ainsi imposée à partir d'un étalon. Les mécanismes de cette imposition ne sont cependant pas précisés, ce que l'exploration du second rapport à la norme permettra de faire émerger.

La seconde définition paraît spontanément plus médicale, puisque le normal y est vu comme l'absence d'anomalie ou de pathologie. Elle s'approche du second pôle du rapport à la norme, soit la *normalisation* proprement dite, où la normalité correspond à la moyenne. La norme qui y est fixée est un référent immanent, un rapport différentiel fait d'écarts plus ou moins grands à l'habituel d'un groupe, d'une population plus spécifiquement⁴⁷³. La moyenne est ici première et c'est la norme au sens mathématique qui est mobilisée : y sont dès lors identifier les extrêmes, qu'il convient ensuite de ramener vers le centre de la courbe normale de distribution. Les populations dont les distributions statistiques diffèrent de celles jugées plus prometteuses sous des critères

470- *Ibid.*

471- *Ibid.*

472- Foucault, M. (2004a), *op. cit.*, p. 60.

473- *Ibid.*, p. 64.

divers (santé, mortalité, activité physique...) deviennent donc elles-mêmes des cibles d'interventions visant à faire bouger les distributions vers de meilleurs modèles, à partir des conditions identifiées comme produisant les résultats notés.

Ces deux différents rapports à la norme s'éloignent tout particulièrement l'un de l'autre en ce qui a trait aux mécanismes de pouvoir qu'ils impliquent et invoquent. La normation est liée au pouvoir disciplinaire, individualisé et inscrit dans des institutions qui ont défini leur idéal souhaité, les adaptations primaires⁴⁷⁴. La normalisation s'attache au contraire plutôt au volet populationnel :

Dans ces sociétés de normalisation (et non plus de normation), la norme non seulement produit son propre champ d'application, mais surtout elle s'y produit elle-même en le produisant. Elle n'est pas à penser sur le mode d'une action (à visée correctrice) appliquée par exemple à un registre de comportement qui lui préexisterait. La norme est en quelque sorte normée par le processus par lequel elle s'effectue. Et son action ne concerne plus alors un sujet à individualiser selon ses fonctions principales (comme c'est le cas dans le jeu des disciplines), mais une population à gérer (à valoriser et à réguler) dans les formes et les modalités de sa vie globale. La normalisation est ainsi le cadre normatif dans lequel s'inscrit la biopolitique.⁴⁷⁵

Ces deux rapports au pouvoir sont inverses, mais complémentaires : l'apparition dans les sociétés modernes de la gestion des populations s'est assise sur la discipline, déjà présente et reconduite. La médecine est un domaine de savoir-pouvoirs qui permet de comprendre en quoi il ne s'agit pas là d'une séparation tranchée, mais de cibles différentes qui se complètent.

Les rapports individuels à la médecine sont plus directement disciplinaires : le rapport du savoir médical à la singularité des corps et de l'expérience personnelle laisse voir des mécaniques de correction et de conformation à un idéal fonctionnel préétabli, tant

474- Goffman, E., *op. cit.*, p. 357 et 372.

475- Sabot, P. (2016), *op. cit.*, par. 13.

en ce qui concerne le corps que l'individu en société. Le savoir et les pratiques développées traitent en effet les singularités comme des obstacles : le corps qui guérit « pour de mauvaises raisons⁴⁷⁶ », l'individu qui ne reconnaît pas sa maladie (« c'est pas que je ne le reconnais pas, j'en ai pas!⁴⁷⁷ »). La psychiatrie n'est dans ce domaine pas en reste : comme l'ont illustré les propos recueillis, un fond disciplinaire existe bel et bien, où les critères sont des comportements minimaux attendus, mais surtout le fait de faire ce qui est exigé de la part de l'équipe soignante, afin d'être considéré·e comme exempt·e de danger, puis libéré·e.

De plus, un aspect de normation peut être décelé dans les interventions continues faites à d'autres moments du processus de traitement, tel qu'illustré dans le propos suivant :

j'ai dit c'était quoi mon *American Dream* à moi, à mes intervenants :
 « Moi mon *trip* dans la vie, ce que j'adore, c'est l'art. Je veux faire de l'art, je veux aller suivre des cours de littérature et suivre des cours de théâtre. Je veux aller faire peut-être des films, etc., etc. ». Et là, je me suis fait dire : « Ouin, tu n'as pas d'ambition. » [...] [Quoi,] l'ambition ce serait simplement maison, auto, enfants? La réalisation est super importante, parce que c'est l'expression de toi-même, c'est toi qui t'exprimes à un certain niveau.⁴⁷⁸

L'insertion dans les rapports sociaux majoritaires devient une fin en soi : ce sont les objectivations des relations (situation, propriétés, emploi, statut) qui sont mises à l'avant-plan. Le décor où se joue une scène sociale particulière, une histoire précise avec ses circonstances et conditions, est ignoré et rendu abstrait par l'usage d'un idéal commun qui prime sur les épisodes locaux.

Ces divers éléments de lecture de la société à partir d'un idéal mènent nécessairement à une prise de position par rapport à ce dernier. Le rejet lu dans ces pages mène à une critique de l'unicité de cet idéal normatif et à des velléités d'amélioration des institutions

476- Stengers, I. (2004 [1995]), *op. cit.*, p. 119.

477 - (gr1p37 V.)

478- (gr2p55 G.)

qui dispensent les services et à des souhaits normatifs généraux. La critique de l'idéal de l'avoir, tout comme la pleine citoyenneté, soutiennent pour les participant·e·s une nécessité de respect des préférences individuelles. La conception d'un ordre social basé sur des idées permet à tout le moins un degré de liberté, celui de penser et de désirer autre chose :

être heureux, c'est unique à chacun[·e], à chaque personne, être heureux ce n'est pas nécessairement avoir une bonne [situation]. Bon, ça aide avoir de l'argent et une bonne *job*. Mais là, une *job* que tu aimes faire, c'est différent pour chaque personne. On n'est pas obligé·e·s d'entrer dans ce [modèle].⁴⁷⁹

Il n'y a pas d'obligation, en termes d'injonctions incontournables. Pourtant, à diverses reprises dans les propos des participant·e·s est apparue exigence de se conformer : « à un moment donné, on est aspiré·e·s par le système, on n'a pas le choix. On a le choix! Mais, c'est que soit on s'adapte, soit on choisit de se marginaliser⁴⁸⁰ ».

L'alternative ainsi présentée correspond à répondre aux circonstances et à plier sa volonté aux exigences, ou l'unicité idiosyncrasique vaut une mise de côté. La tension entre la volonté individuelle et les obligations est ici saillante : le choix est présent et ne l'est pas, à la fois. Les rapports individuels et populationnels à la norme se croisent, au lieu précis de leur interface privilégié, l'individu : se conformer n'est pas tant une imposition qu'une aspiration dans des structures. La normalisation n'est pas affaire de volonté ou de résolution, mais de contexte et de cadre.

479- (gr2p3 A.)

480- (gr2p7 G.)

5.2 Ce qui nous aspire : dispositifs et grammaires

*C'est un peu marginal à la société tout ce que la société ne veut pas [...]. Les personnes qui sont dans la rue ne paient rien : si tout le monde décidait de faire ça, on n'aurait plus de société. [...] Tout le monde serait libre.*⁴⁸¹

- J., 1^{er} groupe de discussion, déc. 2016

*Aide-toi et le ciel t'aidera.*⁴⁸²

- V., 2^e groupe de discussion, janv. 2017

Aspirer à quelque chose place l'appréhension du phénomène dans l'ordre des idées et des volontés. C'est ce que les participant·e·s ont spontanément fait, rassemblant l'orientation sociétale générale sous les termes d'*American Dream* et la saisissant comme une insertion forcée dans un cadre maintenu en place à l'aide de croyances instillées : la (re)production de ces dernières est cependant l'objet de mécanismes non précisés, ce que permettra précisément de saisir l'analyse en termes de dispositif. Au premier abord, cependant, les propos recueillis s'attachent plutôt à définir comment se déprendre des idéaux symboliques majoritaires : la dynamique du cheminement personnel mise de l'avant est vécue et présentée comme une reprise de pouvoir sur sa vie et une volonté de reconnaissance des singularités. Pourtant, elle présente des affinités électives troublantes avec la responsabilisation, une forme contemporaine de maintien de la domination inscrite dans la gouvernamentalité libérale avancée.

Le concept de responsabilisation est utilisé par D. Martuccelli pour cerner une des modalités contemporaines entretenant les dynamiques de domination⁴⁸³. Les débuts de

481- (gr1p50 J.)

482- (gr2p57 V.)

483- Martuccelli, D. (2004). Figures de la domination. *Revue française de sociologie*, 3(45), p. 479-480.

l'époque moderne ont été plutôt marqués par l'assujettissement, où prévalaient l'adhésion idéologique et le consentement des sujets à leurs propres situations, à partir de modalités « [d']impositions symboliques inscrites en soi⁴⁸⁴ ». C'est dans ce domaine que naviguaient la plupart des propos recueillis dans les groupes : aspirations à, idéaux, pressions discursives au conformisme. Pourtant, il semble que l'époque actuelle du capitalisme avancée ne carbure plus uniquement à cette modalité de reproduction des dynamiques de pouvoir, sans que la domination ne soit pour autant en voie de disparaître.

La responsabilisation, quant à elle, consiste en une « exigence généralisée d'implication des individus dans la vie sociale et à la base d'une philosophie les obligeant à intérioriser, sous forme de faute personnelle, leur situation d'exclusion ou d'échec⁴⁸⁵ ». Il s'agit d'un ensemble de pratiques qui convoquent les acteurs et actrices à se gérer et à se prendre en main, sans prise en compte conséquente des circonstances propres et des conséquences involontaires de ses actes⁴⁸⁶. Cette forme contemporaine de maintien de la domination participe donc à retourner vers l'individu non seulement la responsabilité de ses actes, mais celle de la situation où il se trouve⁴⁸⁷, ce qui contribue notamment à renforcer les lectures psychologiques de la vie individuelle, en minimisant, voire évacuant, la compréhension des situations en des termes plus sociaux ou collectifs⁴⁸⁸.

Une logique conséquentialiste⁴⁸⁹ se fait alors jour, où les situations négatives sont appréhendées comme les conséquences (inévitables) de mauvais choix :

Je pense qu'en santé mentale, on a quand même des choix à faire : soit on peut essayer de se rétablir, comme nous on a pris un choix ce matin de venir

484- Martuccelli, D. (2004), *op. cit.*, p. 481.

485- *Ibid.*, p. 479.

486- *Ibid.*, p. 479-480.

487- *Ibid.*, p. 479.

488- Sicot, F., *op. cit.*, p. 226.

489- Martuccelli, D. (2004), *op. cit.*, p. 480.

ici, puis de faire un programme pour essayer de se rétablir[...]. Il y a des gens aussi qui se disent trop malades et qui ne veulent pas s'aider.⁴⁹⁰

La responsabilisation apparaît dans divers raisonnements, dont celui de l'appréhension biomédicale de ce qui y est nommé la maladie mentale. Il ne s'agit pas là de l'intention des tenants de ce discours, bien au contraire : lors de la mise en place de l'hégémonie neurobiologique en psychiatrie aux ÉUA, il était courant de soutenir que ce type de recherche aiderait à réduire la stigmatisation associée aux troubles de santé mentale⁴⁹¹. L'idée était que le fait de prouver l'origine biologique et génétique des troubles leur conférerait un statut de maladies comme les autres, ouvrant ainsi la voie à des traitements développés et à une prise en charge normalisée. Il en a été tout autrement : les conséquences ont plutôt été un renforcement des idées de responsabilisation chez les personnes qui croient le plus au discours biomédical⁴⁹². Un peu comme si le message devenait : « prends tes responsabilités, tu as une maladie génétique – pour laquelle il n'y a rien d'autre à faire! Et surtout pas de causes sociales ou psychologiques⁴⁹³ ».

La responsabilisation se note aussi dans le discours de reprise de pouvoir sur sa vie, à travers des changements à la vision du monde et l'attitude face aux situations. Ce discours se place d'emblée dans une lecture psychologique de la vie :

D. : C'est toi qui t'imposes tes limites et c'est toi qui veux les mettre. [...] Quand tu prends le choix de dire « bon, assez c'est assez, j'ai joué le rôle de la victime, je ne veux plus jouer ce rôle », et bien c'est à toi maintenant de faire ta vie et de ne pas t'en laisser imposer. [...]

J. : C'est toi qui décides si tu te sens libre.⁴⁹⁴

490- (gr2p21 J.)

491- Gonon, F., *op. cit.*, p. 66.

492- *Ibid.*

493- *Ibid.*

494- (gr2p22)

Face à l'augmentation contemporaine de la perception des contraintes encadrant les possibles comme immuables⁴⁹⁵, la reprise du pouvoir sur soi se révèle être une piste spontanément visible pour la prise de contrôle sur son vécu. « Ce sur quoi j'ai du pouvoir, par exemple, c'est sur mon moment présent et sur comment je veux le vivre. Et sur comment je veux vivre mon rétablissement. C'est ce pouvoir-là que j'ai.⁴⁹⁶ » L'individu se retourne vers lui-même, car il se vit comme impuissant par rapport à l'extérieur, sur lequel il a peu de prises réelles directes :

C'est une des marques de la société, où chaque personne se dit : « Ah, je suis toute seule, je ne peux rien changer! » C'est dans ça que la société gagne, quand elle t'individualise, tu commences à penser que [...] tu n'as pas d'impact sur rien.⁴⁹⁷

Les contraintes apparaissent hors de contrôle, car elles sont impersonnelles, c'est-à-dire systémiques, en plus d'être naturalisées dans les discours qui les nomment. Il ne s'agit toutefois pas là d'un état déjà donné, mais d'un projet politique propre au capitalisme de type néolibéral. Dans ce dernier se note en effet une volonté de renforcement des institutions, afin de favoriser l'instauration d'un état de compétitivité généralisé⁴⁹⁸. Il ne s'agit plus tant de réguler la compétition entre les intérêts divergents, mais de créer les conditions de la compétitivité, jugées meilleures pour l'innovation et la croissance⁴⁹⁹. Il apparaît important de souligner que c'est ainsi le caractère capitaliste de la société qui produit les conditions de la compétition, elles-mêmes décriées par les participant.e.s comme des dérives sauvages⁵⁰⁰ ou encore comme un rythme de vie aussi jugé inadéquat au bien-être⁵⁰¹. La précarisation et la compétition, jumelée à l'augmentation des besoins d'adaptabilité individuelle, font partie de ce régime juridico-

495- Martuccelli, D. (2004), *op. cit.*, p. 477.

496- (gr2p40 M.)

497- (gr2p56 G.)

498- Foucault, M. (2004b), *op. cit.*, p. 125.

499- Dardot, P., *op. cit.*, p. 17.

500- (gr2p58 D.)

501- Voir toute la section 5.1 à ce sujet.

politique qui s'attaque aux filets sociaux et met en place les conditions de la compétition en tant qu'environnement naturalisé.

Être aspiré·e par les institutions et la mise en forme qu'elles impriment sur le réel n'est pas un choix, mais un événement lié aux conditions économiques de l'existence, qui ont elles-mêmes des impacts sur le vécu et sur la subjectivité. Les singularités individuelles, qui sont l'objet d'attache des discours de la citoyenneté différentialiste et du cheminement personnel, ne sont pas des entités qui prédatraient une quelconque oppression par des institutions totalitaires, même si les cadres de pensée attachés aux projets de vie existentiels et centrés sur une authenticité à soi-même sont basés sur une conception souveraine de la subjectivité. L'ontologie foucaldienne mobilisée ici la conçoit plutôt comme un pli dans les savoirs et les rapports de pouvoir : la constitution même d'une identité personnelle ne peut être séparée des dispositifs avec lesquels elle tisse des branchements, où elle est captée et où les pratiques et les savoirs mobilisés impulsent certaines mises en forme particulières.

L'origine ne représente toutefois pas la source éclairante des pratiques présentes, mais uniquement leur assise non reconnue et mythifiée pour servir des finalités actuelles : souligner l'importance des dispositifs institutionnels dans le libéralisme avancé et la constitution des singularités ne permet pas de trouver une quelconque racine unique et pourrie d'un mal qu'il suffirait de reconnaître et d'extirper. Il importe simplement de souligner que les participant·e·s se sont référé·e·s à des conceptions précises, qui activent certains branchements et certaines pratiques, afin de mieux pouvoir s'en saisir, en prendre acte et, le cas échéant, impulser les directions choisies. D'autant plus que ce libéralisme auquel se rattache les notions manipulées par les participant·e·s, est un projet politique parmi d'autres possibles, bien que son hégémonie actuelle rende difficile d'imaginer autre chose. Cela se complique quand l'on voit que les conceptions utilisées même pour le critiquer ou s'en déprendre ont les mêmes fondements et formes.

C'est ici le propre des dispositifs : ils structurent les possibles en vue de leur autoconservation. Toutes les institutions sociales, en fait, cherchent à entretenir les conditions de leur propre reproduction. Il ne s'agit pas par là de prétendre à une téléologie des actions d'un pouvoir conscient de lui-même, mais plutôt de faire ressortir les objectifs poursuivis, à partir de leurs effets produits et de leurs rationalités locales. La lecture peut aussi être inversée, en ce que c'est ce qui pose problème qui montre le mieux ce qui est demandé dans un contexte particulier. Ainsi, le « système » ne produit pas nécessairement *de la* dépression : plutôt, la dépression révèle en creux la forme des exigences du monde d'aujourd'hui. Ce qui pose problème dans le monde contemporain, c'est l'incapacité à s'adapter, à se mettre en action, à se produire soi-même. Ces difficultés sont individualisées et prises en charge par des modes explicatifs, dont la médicalisation et, surtout, des pratiques « psy » de travail sur soi, d'hygiène de vie, de médication.

Malgré la prégnance du discours du choix personnel de sa vision du monde, plusieurs des propos des participant.e.s recueillis laissent voir des questionnements importants quant aux possibilités réelles de choix personnels. En effet, quel est le degré de responsabilité individuelle ? Quelle liberté existe réellement ? La question du libre arbitre s'est donc invitée dans les discussions : « *L'American Dream*, c'est aussi d'être libres dans nos choix. Est-ce véritable ? Dans le concret... Moi, je fais mes choix, mais au niveau de la société, je ne sais pas si on est si libres que ça.⁵⁰² » En termes politiques, la possibilité du choix est le fondement justificateur du libéralisme, discours du libre arbitre lié à la réussite personnelle.

Dans le contexte néolibéral de l'entrepreneuriat généralisé et de la subjectivation des individus sous cette forme⁵⁰³, la responsabilisation tombe sous le sens : faire des choix et en assumer (individuellement) les conséquences, en travaillant sur soi et en faisant

502- (gr2p21 M.)

503- Dardot, P, *op. cit.*, p. 17; Foucault, M. (2004b), *op. cit.*, p. 125.

tout ce qui est en son pouvoir pour s'améliorer, contribue à naturaliser les conditions d'existences, les dépolitisant ainsi en les soustrayant à un possible contrôle. La notion de choix, à l'échelle de l'individu, permet un sentiment d'accomplissement personnel et de contrôle : « le choix, c'est l'illusion du fait qu'on accepte notre condition⁵⁰⁴ », malgré les conditions d'Existence et le vécu qui confirment plutôt qu'on « ne m'a pas donné le choix de mon statut⁵⁰⁵ ».

L'ambivalence dénotée dans le propos entre, d'un côté le volontarisme, le choix et le cheminement personnels, et de l'autre l'absence de liberté et le déterminisme, représente bien sûr d'un débat philosophique et politique de longue date, qui cherche à établir tant la nature de l'un comme de l'autre de ces pôles, ainsi que leurs relations. Ce questionnement souligne une opposition binaire entre liberté et contrainte, qui alimente une certaine confusion : la créativité contrainte fait par exemple partie des outils analytiques de la sociologie qui permettent de souligner que bien que le choix soit réel, il s'effectue néanmoins dans des conditions qui ne sont ni contrôlées ni décidées par l'individu⁵⁰⁶. Un regard tourné vers les techniques contemporaines de gouvernement permet de contourner l'équivoque, en ce qu'il ouvre sur une conception de la responsabilité située précisément à l'intersection de la liberté et du déterminisme, produisant « certains modèles de subjectivité et par là même, certains effets disciplinaires⁵⁰⁷ ».

D'après les concepts de Foucault, repris par P. Fournier, « [l]'apport de la gouvernementalité à une étude critique de la responsabilité consiste donc ici en une dénaturalisation des standards qui façonnent nos aspirations et nos réflexes, en une

504- (gr2p15 G.)

505- (gr2p7 G.)

506- de Certeau, M., *op. cit.*, p. XXXVII.

507- Fournier, P. (2015). La responsabilité comme mode de gouvernement néolibéral : l'exemple des programmes d'aide aux familles aux États-Unis de 1980 à nos jours. *Les ateliers de l'éthique*, 10(1), p. 131. doi : 10.7202/1032732ar

mise en relief des exclusions et hiérarchisations qui découlent des usages dominants de la responsabilité et en une mise en lumière de son rôle dans la régulation sociale et culturelle à l'ère néolibérale⁵⁰⁸ ». Les savoirs sont toujours issus de pratiques et provoquent des effets de pouvoir, ce qui implique de ne pas simplement les considérer à partir de leurs revendications de vérité, mais aussi de leurs effets sur la liberté, l'égalité, les possibilités. « Par l'intermédiaire de ce vecteur de la liberté, la gouvernementalité comporte aussi une référence à "un certain rapport à soi [...] la constitution de soi comme 'sujet moral'"⁵⁰⁹ ». Le gouvernement de soi a toujours un aspect lié au gouvernement des autres – et inversement.

Il n'est pas surprenant, dès lors, que la santé soit paradigmatique pour notre époque et ses enjeux. La santé est en effet un cadre de pensée à cheval sur les interfaces individuelle et populationnelle, l'individuation et la totalisation dénotées par Foucault⁵¹⁰. Il s'agit d'une préoccupation pour les gouvernants, certes, mais aussi pour les individus, qui se lisent et se constituent à l'aide des savoirs médicaux.

La santé est un concept qui est parfois défini comme la possibilité pour un être de vivre selon ses déterminations propres. Il s'agit là en tous les cas de la définition de G. Canguilhem, pour qui « être sain c'est [...] être aussi normatif »⁵¹¹. Cependant, ce concept est plutôt utilisé comme outil participant à la dévolution de la responsabilité de leur situation aux acteurs sociaux et actrices sociales⁵¹². De la santé est dès lors fait un usage éminemment normatif dans la direction d'un accord avec les demandes

508- *Ibid.*, p. 132.

509- Davidson, A. I. (2004). Introduction. Troisième partie : Le gouvernement de soi et des autres. Dans M. Foucault et F. Gros (dir.) (2004). *Philosophie : anthologie* (p. 653). Paris : Éditions Gallimard, coll. folio/essais.

510- Foucault, M. (2001 [1982]). Le sujet et le pouvoir. Dans *Dits et écrits II. 1976-1988* (p. 1051). Paris : Éditions Gallimard, coll. Quarto.

511- Canguilhem, G., *op. cit.*, p. 139.

512- Hache, É. (2007). La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale?. *Raisons politiques*, 4(28), 49-65. doi : 10.3917/rai.028.0049

ambiantes. Dans ce cadre, ce régime économique-juridique ⁵¹³ apparaît comme naturalisé : il devient un simple milieu auquel la vie doit s'adapter, un milieu déjà donné dans lequel les êtres survivent mal ou bien. La santé ainsi conçue correspond moins aux déterminations propres d'un organisme qu'à une rationalité normalisante qui naturalise un environnement précis. D'un côté, il s'agit de la prise de décisions rationnelles permettant de fonctionner aussi efficacement que possible : tous les choix à faire, allant du domaine d'éducation professionnelle à la sélection de l'école des enfants, sont vus comme des opportunités et leurs résultats, comme les conséquences de bons ou moins bons choix. De l'autre, la santé se réfère à des comportements minimaux attendus et des bons choix santé qui ont été déterminés par la science : on retrouve ici la bonne hygiène de vie et le fait pour les individus de faire tout ce qui est leur pouvoir pour changer leur état, propos des participant·e·s déjà cités. Les effets de normalisation de la santé ne sont pas intentionnels : ce sont simplement le résultat des exigences du monde institutionnel présent, saisies à partir de l'individu et de ses possibilités de choix.

Ces idées paraissent aller en sens contraire du projet de société des participant·e·s, tel que celui-ci peut être extrait des propos recueillis. Il s'agit là d'une vision extraite *a contrario*, la société souhaitée étant l'inverse de celle présentée comme le moule obligatoire de la réussite matérielle et de ce qu'elle implique en termes d'exigences. Ce projet de société serait centré sur l'adaptation aux caractéristiques individuelles, l'éloge de la diversité et la possibilité de faire ses propres choix. Les participant.e.s ont aussi clairement exprimé un désir d'appartenance, une sensibilité aux injustices des minorités enracinée dans l'expérience, une volonté de changer les choses et de dénoncer certains abus, ainsi que la volonté d'être ce qu'ils et elles peuvent, d'aller au bout d'eux et d'elles-mêmes. L'idéal des participant.e.s comporte un autre aspect collectif, en ce que

513- Dardot, P., *op. cit.*, p. 17.

s'éloigner des valeurs matérialistes et des pratiques qui les permettent permettrait de se centrer sur d'autres valeurs, jugées meilleures. L'une d'elles est la solidarité :

Le concept de chaîne de la solidarité humaine. Au fond, la conscience sociale oblige la personne à mettre à profit son savoir expérientiel, un peu comme on fait ici. On nous a aidés, on nous a tendu la perche. [...] Je pense que c'est notre devoir moral d'aider ceux qui passent par là où on est passés. C'est là où la question de conscience sociale intervient.⁵¹⁴

Les propos recueillis montrent aussi un désir d'appartenance et de reconnaissance, de la part de singularités minoritaires voulant faire communauté, à partir d'un vocable progressiste, mais lié aux pouvoirs actuels qu'elles ont rencontré sur leur chemin. Le statut égalitaire reconnu de la citoyenneté partagée permet de montrer le hiatus avec la réalité effective, qui devient un moteur pour une normativité en actes conséquente, intéressée à faire bouger les choses, « à rendre tout ça plus juste pour tout le monde⁵¹⁵ ». L'utilisation du concept de citoyenneté apparaît comme la traduction dans le langage institutionnel libéral d'une impulsion qui sera elle-même captée par les pratiques sous-tendues par ce langage. Les propos des participant·e·s et les pratiques du groupe ont illustré que le dispositif étudié mettait en lien un ensemble disparate de croyance, d'intention et de pratiques effectives, qui produisent un mode d'être au monde conforme aux exigences modernes.

L'insertion au travail, centrale dans le dispositif étudié, part par exemple de la nécessité de répondre à ses propres besoins, dans le cadre économique et juridique qui est le nôtre :

on fait certaines choses pour adhérer, [...] parce qu'on ne veut pas se retrouver dans la rue, à ne pas savoir ce qu'on va manger, si on va prendre

514- (gr2p26 V.)

515- (gr2p56 A.)

une bonne douche, un bon bain, [avoir] un toit sur la tête, protégé·e du froid, toutes des choses basiques.⁵¹⁶

L'inscription dans un dispositif où l'activité de travail se déroule comporte son lot de demandes et d'habiletés nécessaires à la réalisation de ses fins. Dans cette optique, le dispositif d'insertion au travail se présente comme une standardisation des singularités, au nom des exigences qui sous-tendent sa réalisation : comme le souligne avec justesse la ministre du Travail de France, « les personnes en réinsertion doivent (ré)apprendre les codes du travail en entreprise, à commencer par la ponctualité⁵¹⁷ ».

Les participant·e·s ont démontré une attitude toute à la fois d'attachement et de détachement envers le PIRAP : ils et elles continuaient à y croire aussi en raison d'une distance maintenue avec celui-ci, illustrée par les critiques de l'aspiration aux idéaux majoritaires qui semble-t-il demeure trop souvent inscrite dans les interventions et discours utilisés⁵¹⁸. Après tout, cette insertion par le travail, ce *n'est qu'une* insertion par le travail : il s'agit de l'une des exigences modernes à laquelle les participant·e·s ne s'opposaient pas d'emblée. Le décalage entre les demandes institutionnelles et les actions effectives des individus, c'est-à-dire entre les adaptations primaires et secondaires, est la source même de la construction de la singularité⁵¹⁹. Malgré ce hiatus, l'aspect critique du concept de dispositif souligne à grand trait que les formes naturalisent et performent un certain rapport au monde. Les adaptations secondaires ont lieu dans un contexte prédéterminé qui oriente les possibles.

Le thème de la citoyenneté a soulevé des avenues thématiques multiples qui débordent le terme lui-même. Ce terme peut dès lors être perçu comme une volonté de rabattre

516- (gr2p20 A.)

517- Pénicaud, M. (2018, 5 juin). Nul n'est inemployable. *L'Obs*. Récupéré de <https://www.nouvelobs.com/economie/20180605.OBS7725/muriel-penicaud-nul-n-est-inemployable.html>

518- (gr2p53 A.); (gr2p55 G.); (gr2p57 D. et G.).

519- Goffman, E., *op. cit.*, p. 372.

sur la grammaire propre des institutions étatiques, les expériences singulières, mais partagées de personnes minorisées, prises dans des rapports de pouvoir invalidants divers, qu'ils soient interpersonnels, économiques, institutionnels, liés du savoir. Peut-être d'autres grammaires et d'autres dispositifs sont-ils possibles, pour servir la volonté de vivre dans un monde plus juste croisée ici. La politisation des conditions partagées veut simplement dire prendre en main collectivement ce qui nous relie, ce qui est partagé.

Même si les associations de patients ont besoin de la médecine pour « se définir », pour se trouver une raison d'exister, ce n'est là qu'un moment transitoire dans leur existence, avant leur « empowerment ». À elles d'apprendre à la remettre en cause, à discuter de ses pouvoirs, à lui retirer certaines fonctions.⁵²⁰

À l'aune des analyses produites, il paraît important de se pencher aussi sur les formes créées et entretenues par les activités poursuivies, parce qu'elles peuvent redoubler les conditions de domination et de minorisation dont le Rétablissement et la citoyenneté ont fait prendre conscience. Prendre acte de sa minorisation pourrait aussi vouloir dire la mise en avant de la minorité, comme désir et savoir propres, comme puissance à même d'être partagée, car commune en tant que vécu.

Il n'y a peut-être pas nécessairement à vouloir devenir majoritaire ou être reconnu par les pouvoirs établis :

Ça m'a fait penser à un épisode de *South Park* où la population revendiquait : « Ah, les gays on vous accepte! ». Et *Big Gay Al* leur disait : « On ne veut pas être acceptés, on veut juste que vous nous sacrer

520- Pignarre, P. (2006, octobre). Comment « solidifier » le savoir psy ? Le rôle des associations de patients. Conférence prononcée le 12 octobre 2006 au colloque d'ethnopsychiatrie La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers, Paris, France. Récupéré de <http://www.ethnopsychiatrie.net/pignarusagers.doc>

patience. Quand vous nous acceptez, c'est tellement de haut, péjoratif. "Hon! T'es différent, mais nous on t'accepte!" ». ⁵²¹

Le minoritaire n'a pas à aspirer d'emblée, dans la forme comme dans le ton, à devenir majoritaire, à suivre les mêmes codes et les mêmes avenues. Il peut imposer son existence, aller au bout de ce que peut une singularité, entre *nous*, où ce nous est précisément l'objet à construire.

521- (gr2p42 G.)

SECTION D

ANNEXES

Dans cette section, le lecteur, la lectrice trouvera :

- La lettre de recrutement remise aux participant·e·s éventuel·le·s;
- Le formulaire de consentement;
- Le canevas de discussion soumis avec le projet de recherche approuvé;
- La grille d'observation soumise avec le projet de recherche approuvé;
- Le document « Conclusions provisoires » tel que remis aux participant·e·s avant le dernier groupe de discussion, dit « de validation ».

ANNEXE A

LETTRE DE RECRUTEMENT

Cette annexe contient la lettre de présentation du présent projet de recherche, telle qu'approuvée par le CÉR et le CÉS du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal; elle a été présentée à l'Annexe D du projet de recherche approuvé et modifié, suite à certains commentaires, à l'aide du formulaire de consentement, qui reprend la même description du projet. Elle a été remise aux participant·e·s éventuel·le·s avec le formulaire de consentement, une semaine avant la séance de signature pour ceux et celles qui accepteraient de participer.

Présentation du projet de recherche « **Normativités à l'œuvre au sein d'un groupe de patient-partenaires dans le domaine de la santé mentale - Ethnographie du Projet citoyen au Programme international de recherche-action participative (PIRAP)** »

Remis aux participants-es du PIRAP, dans l'optique de leur recrutement pour la participation au dit projet de recherche.

La psychiatrie a souvent été l'objet de critiques et a vu la création de divers mouvements demandant des changements. Aujourd'hui, nous remarquons des groupes et de la recherche scientifique qui parlent de thèmes comme la reprise du pouvoir par les patients-es, les groupes auto-organisés « par et pour » les personnes utilisatrices de services, les pairs-aidants-es, le « partenariat patient » : des idées et pratiques qui visent à redonner le contrôle sur leur vie et leurs soins à des gens ayant vécu des crises de santé mentale importantes.

Montréal ne fait pas exception. Le Projet citoyen du PIRAP se centre autour de la « pleine citoyenneté ». L'expérience de la maladie mentale est vue comme faisant vivre une « citoyenneté de second ordre », faite d'exclusion, de stigmatisation et de relations brisées avec les institutions publiques. Le Projet citoyen fait le pari que la réinsertion dans la communauté peut être facilitée en s'intéressant à la « citoyenneté ».

La thématique de la « citoyenneté » est cependant utilisée par diverses personnes et groupes: gouvernements, organismes communautaires, professionnels-les de la santé, etc., ce qui laisse parfois une impression de contradiction. En effet, à l'époque actuelle, nous voyons au Québec la multiplication des ordonnances de traitement, où des « patients » sont forcés de prendre des traitements qu'ils refusent. De plus, de nombreuses recherches scientifiques sur les troubles mentaux s'intéressent uniquement au cerveau et au côté biologique, laissant peu ou pas de voix aux personnes concernées (utilisatrices de services) et donnant la parole surtout aux experts du domaine.

La « citoyenneté » veut alors peut-être dire plusieurs choses différentes. Il est intéressant de questionner quelles sont les visions du monde des personnes et groupes qui utilisent le terme « citoyenneté »: quelle est la vie « normale » ou souhaitable, quels sont les bons rôles sociaux et les modes de vie acceptables pour les individus, dans notre société?

Cette recherche se posera ces questions, d'un point de vue sociologique, à propos des activités du PIRAP. Elle interrogera quelles sont les différentes visions de la citoyenneté qui cohabitent au PIRAP et comment sont-elles choisies et diffusées.

Cette question sera étudiée à partir des activités quotidiennes au PIRAP et de la parole de ses participants-es. Pour cela, l'observation participante de rencontres de travail aura lieu par l'étudiant-chercheur, de même que des groupes de discussion focalisés⁵²² sur le thème de la « pleine citoyenneté » seront organisés. L'objectif est de voir la diversité qui existe au PIRAP et à quelles philosophies d'intervention ses participants se réfèrent.

⁵²²- À noter que les termes « groupes de discussion focalisés » ont été inscrits ainsi dans les documents soumis à l'IUSMM. La formulation « groupe de discussion focalisée » a été privilégiée lors de la rédaction du mémoire.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 10 à 12 participants-es au PIRAP, hommes et femmes, âgés-es de 18 ans et plus.

Implications liées à votre participation au projet de recherche.

La participation qui vous est demandée est de deux ordres. Premièrement, accepter la présence de l'étudiant-chercheur dans les locaux du PIRAP et aux réunions de travail hebdomadaires. Deuxièmement, la participation à 3 à 6 groupes de discussion focalisés, d'une durée de 3 heures chacun. Cette participation sera complétée par une rencontre de groupe (tous les participants-es au PIRAP) pour valider les interprétations et analyses faites par l'étudiant-chercheur.

Votre participation à ce projet de recherche durera 4 mois et comprendra au maximum 10 visites.

Compensation financière

Un montant de 25\$ par séance vous sera remis. Ce montant vise à reconnaître l'importance de votre participation à ce projet de recherche, de même qu'à couvrir des frais (de repas, de déplacements ou autres) que vous engageriez du fait de votre participation.

Coordonnées

Chercheur principal (étudiant-chercheur)

Denis Pouliot-Morneau, erg.
Étudiant à la maîtrise en sociologie à l'UQAM
pouliot-morneau.denis@courrier.uqam.ca, 579-766-6676

Direction de recherche – mémoire de maîtrise

Directeur – Marcelo Otero, PhD.
professeur au département de sociologie de l'UQAM
otero.marcelo@uqam.ca,
514-987-3000 poste 1752

Codirecteur - Jean-François Pelletier, PhD.

Chercheur au centre de recherche de l'IUSMM
Professeur sous octroi adjoint, Département de psychiatrie, Université de Montréal
jpelletier.iusmm@ssss.gouv.qc.ca,
514-251-4000

Chercheuse responsable locale au Centre de recherche de l'IUSMM – Janie Houle, PhD.

Chercheuse au Centre de recherche de l'IUSMM
Professeure au Département de psychologie de l'UQAM
houle.janie@uqam.ca
(514) 9873000 poste 4751

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Cette annexe présente le formulaire de consentement que tous les participant·e·s ont signé. Une semaine de réflexion a été laissée aux participant·e·s, entre le moment de la présentation du formulaire, avec la lettre de recrutement, et le jour de la signature du formulaire. Le formulaire, tel que transmis par le CÉR du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, est un fichier nommé CER CEMTL 16xx_FC majeur_modele non-pharma_FR_2016_denispm_version6_17-01-2017.docx

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Normativités à l'œuvre au sein d'un groupe de patients partenaires dans le domaine de la santé mentale - Ethnographie du Projet citoyen au Programme international de recherche-action participative (PIRAP)
Chercheur responsable du projet de recherche :	Denis Pouliot-Morneau, erg.
Co-chercheur :	S. O.
Membre du personnel de recherche :	Janie Houle
Organisme subventionnaire :	S. O.
Installation ou site (CLSC)	Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

1. Introduction.

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

2. Nature et objectifs du projet de recherche.

La psychiatrie a souvent été l'objet de critiques et a vu la création de divers mouvements demandant des changements. Aujourd'hui, nous remarquons des groupes et de la recherche scientifique qui parlent de thèmes comme la reprise du pouvoir par les patients-es, les groupes auto-organisés « par et pour » les personnes utilisatrices de services, les pairs-aidants-es, le « partenariat patient » : des idées et pratiques qui visent à redonner le contrôle sur leur vie et leurs soins à des gens ayant vécu des crises de santé mentale importantes.

Montréal ne fait pas exception. Le Projet citoyen du PIRAP se centre autour de la « pleine citoyenneté ». L'expérience de la maladie mentale est vue comme faisant vivre une « citoyenneté de second ordre », faite d'exclusion, de stigmatisation et de relations brisées avec les institutions publiques. Le Projet citoyen fait le pari que la réinsertion dans la communauté peut être facilitée en s'intéressant à la « citoyenneté ».

La thématique de la « citoyenneté » est cependant utilisée par diverses personnes et groupes : gouvernements, organismes communautaires, professionnels-les de la santé, etc., ce qui laisse parfois une impression de contradiction. En effet, à l'époque actuelle, nous voyons au Québec la multiplication des ordonnances de traitement, où des « patients » sont forcés de prendre des traitements qu'ils refusent. De plus, de nombreuses recherches scientifiques sur les troubles mentaux s'intéressent uniquement au cerveau et au côté biologique, laissant peu ou pas de voix aux personnes concernées (utilisatrices de services) et donnant la parole surtout aux experts du domaine.

La « citoyenneté » veut alors peut-être dire plusieurs choses différentes. Il est intéressant de questionner quelles sont les visions du monde des personnes et groupes qui utilisent le terme « citoyenneté » : quelle est la vie « normale » ou souhaitable, quels sont les bons rôles sociaux et les modes de vie acceptables pour les individus, dans notre société?

Cette recherche se posera ces questions, d'un point de vue sociologique, à propos des activités du PIRAP. Elle interrogera quelles sont les différentes visions de la citoyenneté qui cohabitent au PIRAP et comment sont-elles choisies et diffusées.

Cette question sera étudiée à partir des activités quotidiennes au PIRAP et de la parole de ses participants-es. Pour cela, l'observation participante de rencontres de travail aura lieu par l'étudiant-chercheur, de même que des groupes de discussion focalisés sur le thème de la « pleine citoyenneté » seront organisés. L'objectif est de voir la diversité qui existe au PIRAP et à quelles philosophies d'intervention ses participants se réfèrent.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 10 à 12 participants-es au PIRAP, hommes et femmes, âgés-es de 18 ans et plus.

3. Déroulement du projet de recherche.

3.1 Durée et nombre de visites.

Votre participation à ce projet de recherche durera 4 mois et comprendra au maximum 10 visites.

3.2 Nature de votre participation.

La participation qui vous est demandée est de deux ordres. Premièrement, accepter la présence de l'étudiant-chercheur dans les locaux du PIRAP et aux réunions de travail hebdomadaires. Deuxièmement, la participation à 3 à 6 groupes de discussion focalisés, d'une durée de 3 heures chacun. Cette participation sera complétée par 3 rencontres de groupe (tous les participants-es au PIRAP) pour valider les interprétations et analyses faites par l'étudiant-chercheur.

4. Avantages associés au projet de recherche.

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

5. Inconvénients associés au projet de recherche.

Aucun inconvénient lié à votre participation n'est envisagé, outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et le déplacement.

7. Risques associés au projet de recherche.

Aucun risque direct n'est associé à la participation à ce projet de recherche. Cependant, la thématique de la citoyenneté peut impliquer de parler ou d'entendre des expériences plus difficiles : moments de crises, vécu de pauvreté, exclusion, etc. Nous préférons vous en avertir. L'équipe de recherche, en collaboration avec le PIRAP, s'assurera de diriger quiconque vivrait des moments difficiles en raison de la recherche aux services les plus appropriés.

8. Participation volontaire et possibilité de retrait.

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable de ce projet ou à l'un des membres de son personnel de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec

le chercheur responsable de ce projet et les autres intervenants.

Le chercheur responsable de ce projet ou le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour se conformer aux exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

9. Confidentialité.

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations concernant votre état de santé passé et présent, vos habitudes de vie ainsi que les réponses aux questionnaires qui seront réalisés. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les renseignements recueillis, à titre de données de recherche, seront utilisés par le chercheur responsable de ce projet dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données de recherche pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données de recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par le chercheur responsable de ce projet de recherche et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de l'installation du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal ou par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable de ce projet de recherche

détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

10. Possibilité de commercialisation.

Les résultats de la recherche découlant notamment de votre participation ne pourront mener à la création de produits commerciaux, si ce n'est la publication éventuelle du projet de mémoire. Cependant, vous ne pourrez en retirer aucun avantage financier.

12. Financement du projet de recherche.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche n'a reçu aucun financement d'un organisme subventionnaire pour mener à bien ce projet de recherche.

13. Compensation.

Un montant de 25\$ par séance vous sera remis. Ce montant vise à reconnaître l'importance de votre participation à ce projet de recherche, de même qu'à couvrir des frais (de repas, de déplacements ou autres) que vous engageriez du fait de votre participation.

14. Indemnisation en cas de préjudice et droits du participant à la recherche.

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

15. Identification des personnes-ressources.

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche, Denis Pouliot-Morneau, au numéro suivant : 579-766-6676, ou avec son codirecteur et responsable local à l'IUSMM, Jean-François Pelletier, au 514-251-4000.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au (514) 514-3400, poste 3510.

16. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche.

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche et au formulaire d'information et de consentement. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au 514 251-4015, poste 2442.

Consentement

Titre du projet de recherche : Normativités à l'œuvre au sein d'un groupe de patients partenaires dans le domaine de la santé mentale - Ethnographie du Projet citoyen au Programme international de recherche-action participative (PIRAP)

Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise et une autre copie sera déposée dans les fichiers regroupant les données recueillies au cours de ce projet de recherche.

Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

ANNEXE C

CANEVAS DES GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉE

Le canevas qui suit a constitué l'annexe B du projet de recherche approuvé par le CÉS et le CÉR du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, qui inclut l'IUSMM.

Canevas des groupes de discussion focalisés

Participants-es : 8 à 12 personnes fréquentant le PIRAP

Déroulement des séances

Durée prévue : 3h.

Nombre de séances : environ 4 (jusqu'à saturation des données)

Présentation des attentes et du mode de fonctionnement;

Réitération du consentement et de la possibilité de quitter à tout moment;

Animation par l'étudiant-chercheur (tours de parole, question, reformulation, demandes d'élaboration);

Résumé de la--des séance-s précédente-s (le cas échéant);

Pause à la mi-temps (ou selon la demande des participants-es);

Enregistrement audio.

Thèmes abordés

- rapports au dispositif psychiatrique : expérience personnelle des participant-e-s en rapport au dispositif psychiatrique : d'après elles et eux, qu'est-ce que le « dispositif psychiatrique »? Quelle est leur relation avec les intervenant-es croisé-es, leur perception de l'utilité des services et soins offerts, les expériences négatives vécues le cas échéant, leurs opinions sur les orientations actuelles, le rôle et la place du PIRAP dans celles-ci, etc. Bref, les éléments constituant le dispositif psychiatrique seront abordés à partir de questions ouvertes;

- pleine citoyenneté : vécu personnel; thème abordé au PIRAP et recherches effectuées;

- savoirs utilisés (préférences en termes de recherche, d'auteurs-es, de groupes ou institutions, de thématiques); vocabulaires et classifications (psychiatriques; neurobiologiques, etc.);

- retour à l'emploi;

- vécu au PIRAP;

- rapports aux intervenants-es : professionnels-les de la santé; psychiatres; services de retour à l'emploi (dans le domaine psychiatrique et à l'aide-sociale); organismes de défense de droits; à d'autres groupes communautaires (centres de jour; loisirs; à l'intérieur versus à l'extérieur du domaine psychiatrique).

Questions initiales (début des groupes de discussion)

1^{er} groupe : « Pour vous, qu'est-ce que la citoyenneté au PIRAP? »

Groupes subséquents : « Quelle est la thématique abordée au dernier groupe de discussion qui vous a le plus marquée? Pourquoi? »

ANNEXE D

GRILLE D'OBSERVATION

La grille d'observation qui suit était à l'annexe A du projet de recherche approuvé par le CÉS et le CÉR du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, qui inclut l'IUSMM.

Grille d'observation

Lieu : PIRAP - Réunions de travail hebdomadaires et activités quotidiennes

Domaines d'observation

Rapports interindividuels,

- thèmes abordés,
- forme et registre de la conversation, conclusion,
- interactions (ton de voix, temps de parole, attitude non verbale);

Rapports de groupe (en réunion de travail hebdomadaire),

- organisation des rencontres (forme, ordre du jour, animation, facilitation, reformulations, règles de fonctionnement ...),
- forme et ambiance des discussions,
- prises de parole,
- savoirs mobilisés (forme, contenu, références ...),
- personnes présentes et leur rôle (dans la réunion, au PIRAP), rapports établis avec ces personnes;

Rapports à l'étudiant-chercheur,

- individuels,
- en groupe/réunion (attitude, place accordée, type d'échange et de prise de contact, etc.);

Savoirs mobilisés,

- vocabulaire utilisé,
- registres,
- références (personnelles, externes, reconnues, officielles ...),
- outils (utilisés, référés),
- objectifs/buts (fonctionnement, travail, personnels ...),
- quelle personne fait appel de quel savoir?;

Procédures de conversation et de décision

(recoupe les rapports individuels et de groupe);

Activités quotidiennes,

- ambiance, interactions,
- organisation temporelle et spatiale,
- tâches (récurrentes, non récurrentes);

Lieux physiques,

- organisation spatiale,
- personnes présentes.

Grille inspirée de Nez, H. (2011). Annexes électroniques de l'article « Nature et légitimités des savoirs citoyens dans l'urbanisme participatif » ». Sociologie [En ligne], 2(4). Récupéré de <http://sociologie.revues.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/1127>

ANNEXE E

CONCLUSIONS PROVISOIRES

Le document qui suit a été transmis aux participant.e.s aux groupes de discussion focalisée via la coordination du PIRAP, elle-même participante aux groupes du présent projet de recherche. Il leur est parvenu une semaine à l'avance, avec l'instruction de le lire et de se préparer, si possible.

À l'attention des participant·e·s du PIRAP/Université du rétablissement, ayant participé au projet de recherche « Normativités à l'œuvre au sein d'un groupe de patients partenaires – Ethnographie du PIRAP ».

Ceci est un document présentant mes conclusions provisoires, en vue du dernier groupe de discussion : il ne s'agit pas de « découvertes », mais d'une forme de résumé analytique des paroles que j'ai recueillies dans les trois groupes de discussions faits ensemble. J'espère que ces conclusions vont vous permettre d'enrichir vos réflexions, même dans le cas où vous ne seriez pas d'accord!

Pour le groupe de discussion du mercredi 3 mai 2017 : soulignez jusqu'à 3 thèmes qui vous font réagir (positivement ou négativement), afin d'avoir en tête quelques éléments à apporter au groupe.

Merci de votre généreuse participation.

Au plaisir,

Denis Pouliot-Morneau

Quelques conclusions :

1) Expériences de minorisation

Diverses personnes, vivant une ou des situations d'oppression, partagent une expérience commune d'être en situation de minorité, avec des conséquences semblables comme la dévalorisation, l'exclusion et la marginalisation. Ces expériences ont un « cœur commun », donc peuvent partager des conclusions.

Exemples de groupes minorisés : personnes ayant un diagnostic de « trouble de santé mentale » ou ayant utilisé des services de santé mentale; personnes d'une minorité visible (origine ethnique, couleur de la peau); personnes migrantes; femmes; personnes transgenres; personnes vivant des situations de handicap (en fauteuil roulant; personne autiste; ...); personnes rejetées, exclues, intimidées (notamment au secondaire ou dans d'autres groupes); etc.

Normativités impliquées dans ce discours :

- le *savoir expérientiel* et le vécu apportent quelque chose de particulier, enracinés dans le fait d'avoir connu directement et personnellement une situation, particulièrement à partir d'une position qui est difficilement concevable ou peu visible pour qui ne l'occupe pas (par ex. : patient dans le dispositif médical; femme dans un monde masculin; etc.).
- la mise en place de *structures de consultation* qui donnent la parole aux personnes de ces groupes minorisés est importante, afin de permettre un enrichissement de la compréhension des différents aspects et points de vue liés à une situation. Cela permet de *rendre visibles* les expériences connues uniquement des personnes minorisées, expériences qui sont trop souvent oubliées, car situées « dans l'angle mort » des personnes n'en faisant pas l'expérience et occupant des positions plus privilégiées socialement;
- ce discours sous-tend la *visée d'une société ouverte, tolérante, qui accepte les différences* : il s'agit de l'horizon porté par un certain *libéralisme* (dans les 60 dernières années, à tout le moins), s'inscrivant actuellement dans une tendance à être une *société singulariste*, c'est-à-dire qui fonctionne à partir d'une diversité de manières de s'adapter individuellement au monde.

2) Mode explicatif biopsychosocial

L'interprétation des difficultés et des histoires personnelles montre que la *médicalisation des explications* est passée dans le sens commun :

- utilisation de termes liés à la *santé*, à la *pathologie*, à la *maladie* (trouble de ...; maladie mentale; pathologie; déficits);
- « santé mentale » utilisée comme synonyme de « trouble de santé mentale » ou de « maladie mentale »; ou encore, « en santé mentale » utilisé comme synonyme des « services de santé mentale » ou du « dispositif psychiatrique »;
- utilisation de *recherches scientifiques*, de « consensus internationaux », pour baser les réflexions et les propos sur les *savoirs scientifiques* et les *opinions d'experts*, d'après les bases théoriques et techniques *médicales* : biologie, molécules, gènes, types d'évaluations et de tests, hygiène des populations, normes basées sur des écarts à la distribution statistique, conceptualisation d'individus autonomes (bio et psycho) en relation avec leur environnement (social), etc.

La *médicalisation des explications* a comme conséquences que ces explications sont *individualisées* : la base des lectures des problèmes est l'*individu*, ses attitudes, ses pensées, ses cognitions, les processus internes à son corps, sa génétique, son mode de vie. Si des groupes sociaux sont conceptualisés, il s'agit surtout de *populations* (groupe tiré de caractéristiques statistiquement significatives) ou de *clientèles* (groupe supposé homogène de personnes ayant une même affection ou condition).

La *psychologie* fait à ce titre partie des explications médicalisées, puisque ses visées sont partagées avec la discipline médicale (thérapeutique; correction; guérison ou *coping* avec), leurs conceptions de l'humain sont convergentes, et, bien que la maladie ne soit pas toujours le terme utilisé en psychologie, la pathologie et les troubles le sont (même registre).

Normativités impliquées dans ce discours :

- *utilisation des services de santé mentale* (visée que ceux-ci soit respectueux de et ouverts à la différence, aux choix individuels : société libérale, singulariste); utilisation de (mais avec un certain contrôle sur) la médication; explication en termes de relations cerveau / pensée / environnement;
- *individualisation* : responsabilisation des individus face à leurs problèmes; statut de sujet : individualité et singularité importantes.

3a) La société « normale » est décrite en termes de discipline...

Le monde « normal » est décrit comme un *moule* dans lequel il est nécessaire d'entrer, de cadrer. C'est un processus qui peut être souffrant, désagréable, voire violent. Le monde « normal » induit une pression à la réussite matérielle et individuelle, dont l'*American Dream* est le meilleur exemple. Cette pression a une tendance à standardiser les individus (brimer/briser leurs différences propres), ce qui est particulièrement dommageable pour ceux et celles qui sont plus fragiles : la pression peut aller jusqu'à faire *craquer* (un « trouble de santé mentale » est ici décrit comme une incapacité à répondre à cette trop grande pression, pour des raisons personnelles et sociales).

Une réponse donnée à cet état de fait est la revendication que les individus soient reconnus comme de véritables sujets de droit. Il y a une tendance à dire que nous devrions vivre dans une *société de droit*, où il y a une relation bidirectionnelle entre les individus (sujets) et la société, faite d'exigences sociales (formes de discipline) qui doivent toutefois être compensées par le respect de la liberté individuelle, du droit à être non conforme et des droits civiques (vote, égalité formelle, liberté d'expression).

« Normal » est utilisé entre guillemets, car il peut avoir plusieurs significations : ici, celle qui domine semble être le « normal » comme un idéal à atteindre, qui a une forme prédéfinie et des critères établis d'avance, auxquels sont comparés les individus et situations particulières. Il s'agit du « normal » du registre de la discipline.

Normativités impliquées dans ce discours :

- la discipline est quelque chose de négatif, d'oppressant;
- la discipline demeure toujours présente en arrière fond, comme une conséquence possible ou une menace, lorsque le fait de *déranger* devient trop présent : exemples donnés de Pinel ou d'autres unités psychiatriques, où les pratiques signifient au fond « Conforme-toi aux règles, à ce que je dis; après, tu auras de nouveau de la liberté ». L'augmentation des ordonnances de traitement peut être inscrite ici;
- l'intégration sociale est un but, mais sous une forme souple : « être *comme tout le monde*, mais sans l'être », c'est-à-dire avoir le droit à la différence, le droit de faire des choix qui peuvent diverger de la majorité (ex. : vivre dans la rue, le bois, être « bizarre », etc.) et avoir la reconnaissance de sa singularité.

3b) ... mais la société actuelle présente toutefois un autre mode de gouvernement, moins visible.

Malgré la discipline qui diminue visiblement (moins d'uniformité exigée des comportements, des apparences et des manières de faire; moins « d'institutions totales » ressemblant à des casernes [asiles, communautés religieuses]; plus de possibilités d'adaptation aux caractéristiques individuelles), la société actuelle « gouverne ses sujets » d'autres manières. En effet, les attentes du monde actuel passent par une multiplication des exigences qui s'adressent aux capacités d'adaptation des individus : le contexte est planifié et étudié afin de provoquer des réactions, dont les extrêmes problématiques appellent à être corrigés (les divers « troubles de... »). Exemples :

- dans le monde du travail (flexibilité; qualifications diverses; autonomie à « se vendre » et à « créer sa carrière/son emploi »);
- demandes multiples d'avoir un/des projet·s de vie individuel·s, notamment dans les suivis thérapeutiques;
- requêtes diverses de travail sur soi (aptitudes et techniques de gestion du stress/de l'anxiété/de ...; saines habitudes de vie; standards divers recommandés [heures de sommeil, alimentation, temps d'exercice physique ...]; etc.).

Il s'agit d'une certaine contradiction avec les visées d'ouverture, de tolérance, de valorisation de la différence notées depuis le début, puisque malgré que les différents soient respectueux des individualités, tout se passe dans des environnements où le contrôle des caractéristiques échappe aux individus qui les utilisent (surveillance et de design visant des comportements précis).

Normativités impliquées dans ce discours :

- intégration au travail (hiérarchies, rôles prédéfinis, pratiques standardisées par la direction ou en fonction d'exigences externes; reddition de compte sur toutes les étapes qui sont fractionnées et définies; etc.)
- les contraintes et les exigences envers les individus se multiplient : accès standardisé aux programmes de soutien; surveillance des actions (ex. Emploi-Québec face aux gens sur le programme PASS-Action); mobilisation obligatoire dans des projets et activités;
- multiplication et facilité de l'utilisation de la médication, pour « fonctionner » et « recommencer à agir »;
- moins d'incarcérations visibles (ex. asiles), mais multiplication des ordonnances de traitement (qui sont liées à des exigences de façon de vivre, d'efforts fournis, de reconnaissance d'un problème en termes de maladie)

BIBLIOGRAPHIE

- Affergan, F. (2001). Sjoerd R. Jaarsma & Marta A. Rohatynskyj, eds, *Ethnographic Artifacts. Challenges to a Reflexive Anthropology*. *L'Homme* [En ligne], 160, octobre-décembre. Récupéré de <http://lhomme.revues.org/7926>
- Agamben, G. (1990). *La communauté qui vient : théorie de la singularité quelconque*. Paris : Éditions du Seuil, coll. La librairie du XXe siècle.
- Agamben, G. (2007). *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Paris : Payot et Rivages.
- Aggeri, F. (2014). Qu'est-ce qu'un dispositif stratégique ? Éléments théoriques, méthodologiques et empiriques. *Le Libellio d'AEGIS*, 10(1), 47-64. Récupéré de <http://lelibellio.com/wp-content/uploads/2013/01/Le-Libellio-d-Volume-10-num%C3%A9ro-1-Printemps-2014.pdf>
- Agrawal, A. (2002). Classification des savoirs autochtones : la dimension politique. *Revue internationale des sciences sociales*, 3(173), 325-336. doi : 10.3917/riss.173.0325
- Agrément Canada, qui certifie la qualité des services des établissements de santé, souligne que leur programme de certifications « centrées sur le client » a débuté en 1995. Agrément Canada. (2013). *Historique | Agrément Canada*. S.l.: l'auteur. Récupéré de <https://accreditation.ca/fr/historique-0>
- Antidote 8. (2015). *Dictionnaire de définitions*. [Logiciel, version 5.1]. Montréal : Druide informatique.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Arnaud, A.- J. (1989). *La référence à l'école du droit naturel moderne : les lectures des auteurs du code civil français*. Communication présentée au Séminaire la famille, la loi, l'État, Séance du vendredi 10 février 1989 Le Mariage. Nature et droits naturels, Paris, France. Récupéré de <http://www.reds.msh-paris.fr/communication/textes/arnaud3.htm>
- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale qu Québec (AGIDD-SMQ). (2013). Déterminants sociaux. Dans *Domaines d'intervention*. Récupéré de <http://www.agidd.org/domaines-dintervention/determinants-sociaux/>
- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale qu Québec (AGIDD-SMQ). (2015). *Pour une pratique en santé mentale basée sur l'exercice des droits et l'appropriation du pouvoir : De l'advocacy au rétablissement, la dérive des mots*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.agidd.org/?publications=pour-une-pratique-en-sante-mentale-basee-sur-lexercice-des-droits-et-lappropriation-du-pouvoir-de-ladvocacy-au-retablissement-la-derive-des-mots>
- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale qu Québec (AGIDD-SMQ). (2016). *Aucune justification thérapeutique ne doit permettre des traitements cruels inhumains ou dégradants. Commentaires et recommandations de l'AGIDD-SMQ concernant le « Septième rapport périodique du Canada sur la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants »*. Montréal : l'auteur. Récupéré de <http://www.agidd.org/aucune-justification-therapeutique-ne-doit-permettre-des-traitements-cruels-inhumains-ou-degradants/>
- Association Neptune. (2013). Idiosyncrasie, idiosyncratique idiosyncrasique. Dans *Lexique*. Récupéré de <http://www.forumpsy.net/t151-idiosyncrasie-idiosyncratique-idiosyncrasique>
- Association pour la santé publique du Québec. (s.d.) Notre vision. Dans *Association pour la santé publique du Québec*. Récupéré de <http://www.aspq.org/fr/l-aspq-en-bref/notre-vision>
- Bachand, A. (2012). *L'imposture de la maladie mentale : critique du discours psychiatrique*. Montréal : Les Éditions Liber.
- Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique». *Politix*, 9(35), 226-257.
doi : <https://doi.org/10.3406/polix.1996.1966>

- Beaulieu, A., Morin, P., Provencher, H. et Dorvil, H. (2002). Le travail comme déterminant social de la santé pour les personnes utilisatrices des services de santé mentale (notes de recherche) – *Santé mentale au Québec*, 27(1), 177-193. doi : 10.7202/014546ar
- Bernheim, E. (2009). Une tension normative irréconciliable. Les discours psychiatrique et juridique sur le risque psychiatrique. *Revue de droit de Sherbrooke (RDUS)*, 40, 33-37. Récupéré de <http://www.archipel.uqam.ca/7284/1/Bernheim.pdf>
- Bernheim, E. (2012). Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec ? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins. *McGill Law Journal*, 57(3), 553-594. doi : 10.7202/1009067ar
- Blanchette, L.-P. (2006). Michel Foucault : Genèse du biopouvoir et dispositifs de sécurité. *Lex Electronica*, 11(2), 1-11. Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9528>
- Bouilloud, J.-P. (2007). Le chercheur, un autobiographe malgré lui. Dans V. De Gaulejac, F. Hanique et P. Roche (dir.), *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques* (p. 75-89). Toulouse : ERES.
- Bourgault-Côté, G. (2016, 7 décembre). Quatre accusations... et beaucoup de questions. *Le Devoir*. Récupéré de <https://www.ledevoir.com/societe/sante/486476/maladie-mentale-aide-loi>
- Bourdeau, R. (2017, 29 décembre). Immigration: Gérard Bouchard plaide pour des quotas d'embauche. *La Presse*. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/actualites/201712/28/01-5148530-immigration-gerard-bouchard-plaide-pour-des-quotas-dembauche.php>
- Bourdieu, P. (1978). Sur l'objectivation participante. Réponse à quelques objections. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 23(1), 67-69.
- Bourdieu, P. (1976). Le champ scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2(2-3, juin. La production de l'idéologie dominante), 88-104. doi : 10.3406/arss.1976.3454
- Bouvier, A. (2009). Connaissance de l'individuel et science du général. Une comparaison entre sciences de l'homme en société et sciences de la nature. Dans Martin, T. (dir.). *La scientificité des sciences humaines* (p. 1-19). Paris : Vuibert. Récupéré de https://jeannicod.ccsd.cnrs.fr/ijn_01081438
- Boyle, D. (réalis.), Macdonald, A. (prod.) et Channel Four Films (prod.). (1996). *Trainspotting* [DVD]. Londres : PolyGram Filmed Entertainment.
- Butler, J. (2005 [1990]). Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité. Paris : La Découverte.

- Callon, M. (2006). *Sociologie de l'acteur-réseau*. Dans M. Akrich, M. Callon et B. Latour (dir.). *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Paris : Presses des mines. Récupéré de <http://books.openedition.org/pressesmines/1201#access>
- Cambridge Dictionary. (2018). *English Dictionary*. Cambridge: Cambridge University Press. Récupéré de <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english>
- Canguilhem, G. (2015[1943]). *Le normal et le pathologique* (12^e édition). Paris : Presses Universitaires de France, coll. Quaridge.
- Castel, R. (1973). Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale. *Revue française de sociologie*, (numéro spécial Sociologie de la médecine), 111-135. Récupéré de https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1973_hos_14_1_2161
- Chagnon, C. (2010). La psychiatrie légale, une expertise des plus spécialisée. *Le Partenaire*, 19(2), 26-30.
- Chamberland, G. (2018, 24 janvier). Interviewé par A. Desrochers. L'évadé de Pinel retrouvé : Entrevue avec le Dr Gilles Chamberland. Dans Société Radio-Canada (prod.), *Le 15-18*. Récupéré de <https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/le-15-18/episodes/399173/audio-fil-du-mercredi-24-janvier-2018>
- Chantraine, G. (2006). La prison post-disciplinaire. *Déviance et Société*, 30(3), 273-288. doi : 10.3917/ds.303.0273
- Charvolin, F. (2006). Sociologiser avec Latour. A propos de « Changer de société- Refaire de la sociologie, Paris, La découverte, 2006 ». *Développement durable et territoires*. [En ligne] (Lectures, Publications de 2006). Récupéré de <http://developpementdurable.revues.org/2956>
- Citoyen de demain. (2017). Accueil agenda thématique. Dans *Agenda thématique*. Récupéré de <http://www.citoyendedemain.net/agenda/accueil-agenda-thematique>
- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2018). *Portrait*. Récupéré de <http://ciuss-estmtl.gouv.qc.ca/a-propos/portrait/>
- Clément, M. (2015). Participation publique et santé mentale : la réponse contrastée et inachevée des utilisateurs de services. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 81-100.
- Clément, M. (2017, mai). *Participation citoyenne en santé mentale : état des lieux et perspectives*. Communication présentée au Colloque de l'AGIDD-SMQ du 24 mai 2017 : Pour une parole collective en santé mentale! États des lieux et perspectives sur la participation citoyenne, Lévis, Canada. Récupéré de <http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2017/06/Pr%C3%A9sentation-PowerPoint-Mme-Mich%C3%A8le-Cl%C3%A9ment.pdf>

- Cléret, B. (2013). L'ethnographie comme démarche compréhensive : immersion dans les dynamiques consommatoires du rap en France. *Recherches qualitatives*, 32(2), 50-77.
- Collier, S. J. (2009). Topologies of Power. Foucault's Analysis of Political Government beyond 'Governmentality'. *Theory, Culture & Society*, 26(6), 78-108.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. Réseau universitaire intégré de santé. Université de Montréal. (2014). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants *et* avec le patient. Montréal: l'auteur. Récupéré de http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf
- Conseil supérieur de l'éducation du Québec. (1999). Éduquer à la citoyenneté. *Revue Panorama*, 4(1), 3. Récupéré de <https://www.cse.gouv.qc.ca/FR/Article/index.html?id=1999-02-003&cat=1999-02>
- Cornu, L. (2009). Normalité, normalisation, normativité : pour une pédagogie critique et inventive. *Le Télémaque*, 36(2), 29-44.
- Crawford, C. S. (2004). *Actor Network Theory*. Dans G. Ritzer (dir.). *Encyclopedia of Social Theory* (p. 1-3). Thousand Oaks : SAGE Publications.
- de Certeau, M. (1980 [1990]). *L'invention du quotidien. Tome 1 : arts de faire*. Paris : Éditions Gallimard, coll. folio/essais.
- Dardot, P. (2013). Le capitalisme à la lumière du néolibéralisme. *Raisons politiques*, 4(52), 13-23. doi : 10.3917/rai.052.0013
- Davidson, A. I. (2004). Introduction. Troisième partie : Le gouvernement de soi et des autres. Dans M. Foucault et F. Gros (dir.) (2004). *Philosophie : anthologie* (p. 651-664). Paris : Éditions Gallimard, coll. folio/essais.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Staeheli, M. R. et Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 480-487.
- Delassus, E. (2012). *Droits de l'homme et droits spécifiques : droits de l'enfant, droits de la personne âgée, droits de la personne handicapée*. Archives ouvertes, coll. OMNIPHILLO. Récupéré de <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00753224/>
- Deleuze, G. (2004 [1986]). *Foucault*. Paris : Les Éditions de Minuit, coll. Reprise.
- Deleuze, G. (1989). « Qu'est-ce qu'un dispositif ? ». Dans *Michel Foucault philosophe* (p. 185-195). Paris : Seuil, coll. Des Travaux.

- Deleuze, G. et Parnet, C. (1996 [1977]). *Dialogues*. Paris : Éditions Flammarion, coll. Champs.
- Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale. *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 5. doi : 10.4000/nrt.1952
- Depeche Mode. p.(1984). *People Are People*. Piste #3 sur *Some Great Reward* [Disque compact audio]. Londres : Mute Records.
- Descola, P. (2005). *Par delà nature et culture*. Paris : Éditions Gallimard.
- Desrosiers, J. et Larivière, N. (2014). Le groupe de discussion focalisée : application pour recueillir des informations sur le fonctionnement au quotidien des personnes avec un trouble de personnalité limite. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 257-282). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- du Sert, O. P., Potvin, S., Lipp, O., Dellazizzo, L., Laurelli, M., Breton, R., Lalonde, P., Phraxayavong, K., O'Connor K., Pelletier, J.-F., Boukhalfi, T., Renaud, P., Dumais, A. (2018). Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial. *Schizophrenia Research*, 197, 176-181. doi : 10.1016/j.schres.2018.02.031
- Dunezat, X. (2015). L'observation ethnographique en sociologie des rapports sociaux : sexe, race, classe et biais essentialistes. *SociologieS*. Récupéré de <http://journals.openedition.org/sociologies/5075>
- Faculté de médecine de l'UdeM. (s.d.). *Le partenariat de soins et de services*. Récupéré de <https://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/le-partenariat-de-soins-et-services/>
- Faculté de médecine. Université de Montréal. (2017, septembre). Module de formation pour pairs aidants en santé mentale. Dans *Programmes*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <https://admission.umontreal.ca/programmes/module-de-formation-de-mentorat-pour-pairs-aidants-en-sante-mentale/>
- Favret-Saada, J. (1990). Être affecté. *Gradhiva*, 8, 3-9.
- Favret-Saada, J. et Contreras, J. (1981). *Corps pour corps. Enquête sur la sorcellerie dans le Bocage*. Paris : Éditions Gallimard.
- Fleury, É. (2016, 15 avril). Des jeunes gavés de pilules. *Le Soleil*. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201604/14/01-4971416-des-jeunes-gaves-de-pilules.php>

- Fontaine, V. (2016). La réinsertion : un dispositif post-disciplinaire. Strathèse, 3(Relire Michel Foucault). Récupéré de : <http://strathese.unistra.fr/strathese/index.php?id=544>
- Foucault, M. (2001 [1961]). Préface. Dans *Dits et écrits I. 1954-1975*(p. 187-195). Paris : Éditions Gallimard, coll. Quarto.
- Foucault, M. (1972 [1961]). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (2009 [1963]). *Naissance de la clinique*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Quarto (8^e éd.).
- Foucault, M. (1969). *L'Archéologie du savoir*. Paris : Éditions Gallimard
- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours*. Paris : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (1993. [1975]). *Surveiller et punir*. Paris : Éditions Gallimard, coll. Tel.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité I*. Paris : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (2001[1976]). Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? Dans *Dits et écrits II. 1976-1988*(p. 40-57). Paris : Éditions Gallimard, coll. Quarto.
- Foucault, M. (2001 [1977]). Le jeu de Michel Foucault. Dans *Dits et écrits II. 1976-1988*(p. 298-329). Paris : Éditions Gallimard, coll. Quarto.
- Foucault, M. (2012 [1981]). *Mal faire, dire vrai. Fonction de l'aveu en justice. Cours de Louvain, 1981*. Louvain-la-Neuve : Presses universitaires de Louvain.
- Foucault, M. (2001 [1982]). Le sujet et le pouvoir. Dans *Dits et écrits II. 1976-1988* (p. 1041-1062). Paris : Éditions Gallimard, coll. Quarto.
- Foucault, M. (2004a). *Sécurité, territoire, population, cours au Collège de France (1977-1978)*. Paris : Éditions Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2004b). *Naissance de la biopolitique, cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris : Éditions Gallimard/Seuil.
- Fournier, P. (2015). La responsabilité comme mode de gouvernement néolibéral : l'exemple des programmes d'aide aux familles aux États-Unis de 1980 à nos jours. *Les ateliers de l'éthique*, 10(1), 129–154. doi : 10.7202/1032732ar
- Fox, N. J. (1998). Foucault, Foucauldians and Sociology. *The British Journal of Sociology*, 49(3), 415-433.
- Frega, R. (2014). The Normative Creature. Toward a Practice-Based Account of Normativity. *Social Theory and Practice*, 40(1), 1-27. doi : 10.5840/soctheorpract20144011

- Frega, R. (2015). Les pratiques normatives. *SociologieS*, coll. Dossiers, Pragmatisme et sciences sociales : explorations, enquêtes, expérimentations. Récupéré de <http://sociologies.revues.org/4969>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice. Power & the Ethics of Knowing*. Oxford : Oxford University Press.
- Gagné, J. (2014). Rétablissement et appropriation du pouvoir : quelques enjeux brouillent le consensus. Dans E. Oldenhove (dir.), Actes du colloque international francophone. Communautés thérapeutiques : aussi intempestives que nécessaires (p. 1-29). Bruxelles, Belgique : Maison du Wolvendael. Récupéré de <http://r-libre.telug.ca/342/>
- Garnoussi, N. (2012). Une maladie comme une autre ? Logiques de redéfinition de la dépression et du vécu dépressif. *Lien social et Politiques*, 67, 17-32. doi : 10.7202/1013014ar
- Geertz, C. (1998 [1973]). La description dense. *Enquête* [En ligne], 6. doi : 10.4000/enquete.1443
- Ghasarian, C. (dir.). (2002). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Paris : Armand Colin.
- Godrie, B. (2016). Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants. Dans Demailly, L. et Garnoussi, N. (dir.). *Aller mieux. Approches sociologiques* (p. 361-372). Lille : Presses universitaires du Septentrion.
- Goffman, E. (1968). *Asiles*. Paris : Les Éditions de Minuit, coll. Le sens commun.
- Gonon, F. (2011). La psychiatrie biologique : une bulle spéculative?. *Esprit*, 11(novembre), 54-73.
- Gouvernement du Québec. (2018). Maladie mentale. Dans *Problèmes de santé*. Récupéré de <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Nom d'entreprise*. Québec: l'auteur. Récupéré de <https://www2.gouv.qc.ca/entreprises/portail/quebec/trousse?g=trousse&e=557954595:4288749881>
- Grand répertoire du patrimoine bâti de Montréal. (2007). Fiche du secteur Saint-Jean-de-Dieu (centre hospitalier L.-H.-Lafontaine). Dans *Base de données sur le patrimoine*. Récupéré de http://patrimoine.ville.montreal.qc.ca/inventaire/fiche_zone.php?&id=1096
- Greenwald, G. et Pougy, V. (2018, octobre). Au Brésil, la fabrique des démagogues. *Le Monde diplomatique*, 65(775), 28.

- Gros, F. (2004). Michel Foucault, une philosophie de la vérité. Dans M. Foucault et F. Gros (dir.) (2004). *Philosophie : anthologie* (p. 11-25). Paris : Éditions Gallimard, coll. folio/essais.
- Habermas, J. (1973). *La technique et la science comme « Idéologie »*. Paris : Éditions Gallimard.
- Hache, É. (2007). La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale?. *Raisons politiques*, 4(28), 49-65. doi : 10.3917/rai.028.0049
- Hamer, H. P., Finlayson, M. et Warren, H. (2014). Insiders or outsider? Mental health service users' journeys towards full citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 203-211.
- Hôpital Louis-H. Lafontaine. (1991). *Bref historique de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu*. Bibliothèque du personnel (réédition). Récupéré de <http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/historique.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2015). *Santé globale*. Québec : l'auteur. Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/index.html>
- Institut du Nouveau Monde. (s.d.) *Citoyenneté*. Récupéré de <http://inm.qc.ca/blog/citoyennete/>; à partir de Rocher, G. (2000.) Droits fondamentaux, citoyens minoritaires, citoyens majoritaires. Dans Coutu, M., Bosset, P., Gendreau C. et Villeneuve, D. (dir.). *Droits fondamentaux et citoyenneté – Une citoyenneté fragmentée, limitée, illusoire?* (p. 23-42). Montréal : Éditions Thémis.
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). (2015). *Cadre de référence : une vision clinique de la psychiatrie centrée sur la pleine citoyenneté*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.iusmm.ca/institut/pleine-citoyennete/la-citoyennete/cadre-de-reference.html>
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). (2016a). *La citoyenneté*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.iusmm.ca/pleine-citoyennete/citoyennete.html>
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). (2016b). *L'implication des patients partenaires*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.iusmm.ca/institut/pleine-citoyennete/limplication-des-patients-partenaires.html>
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). (2016c). *Pleine citoyenneté*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <http://www.iusmm.ca/pleinecitoyennete.html>

- Jouet, E., Flora, L. et Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients: Note de synthèse. *Pratiques de Formation – Analyses*, 2010(58-59), 13-94. Récupéré de <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00645113>
- Kroeber Le Guin, U. (1983). À *Left-Handed Commencement Address* [Discours]. Présenté au Mills College, Oakland (Californie), ÉUA. Récupéré de <http://www.ursulakleguin.com/LeftHandMillsCollege.html>
- La Presse canadienne. (2015). *Barrette convaincu d'avoir fait adopter le meilleur projet de loi possible*. Récupéré de <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/705630/baillon-quebec-sante-barrette-liberal-pa-caq>
- La Presse canadienne. (2018, 6 mars). Maxime Bernier dénonce les politiques destinées aux minorités ethniques. *Le Huffingtonpost Québec* Récupéré de https://quebec.huffingtonpost.ca/2018/03/06/maxime-bernier-denonce-les-politiques-destinees-aux-minorites-ethniques_a_23378654/
- Lalonde, P. (1999). Schizophrénies. Dans P. Lalonde, J. Aubut et F. Grunberg (dir.) *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale. Tome 1 : introduction et syndromes cliniques* (p. 242-285). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Larivière, N., Briand, C. et Corbière, M. (2014). Les approches de recherche participatives: Illustration d'un partenariat pour l'amélioration des pratiques de réadaptation en santé mentale au Québec. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 649-675). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Larousse. (s.d.). *Dictionnaire de français Larousse* [En ligne]. Récupéré de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Larson, G. (2008) Anti-oppressive Practice in Mental Health. *Journal of Progressive Human Services*, 19(1), 39-54.
- Lascoumes, P. (2004). La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir. *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, 13-14 [En ligne]. Récupéré de <https://journals.openedition.org/leportique/625>
- Latour, B. (2006). *Changer de société. Refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte.
- Latour, B., Goldmer, L. et Smadja, D. (2012). L'œuvre de Bruno Latour : une pensée politique exégétique. *Raisons politiques*, 3(47), 115-148. doi : 10.3917/rai.047.0115

- Law, J. (1999). After ANT: complexity, naming and topology. *The Sociological Review*, 47, 1–14.
- Le Bossé, Y. (2003). De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment¹. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30–51. doi : 10.7202/009841ar
- Letarte, M. (2015). L'approche patient partenaire gagne le Québec. *Le Devoir*. Récupéré de <https://www.ledevoir.com/societe/sante/456220/universite-de-montreal-l-approche-patient-partenaire-gagne-le-quebec>
- Levade, A. (2004). Discrimination positive et principe d'égalité en droit français. *Pouvoirs*, 111(4), 55–71. doi : 10.3917/pouv.111.0055
- Lierville, A., Grou, C. et Pelletier, J.-F. (2015). Enjeux éthiques potentiels liés aux partenariats patients en psychiatrie : état de situation à l'institut universitaire en santé mentale de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 119–134. doi : 10.7202/1032386ar
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. RLRQ, c. P-38.001. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ, c. S-4.2, art. 9. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>
- Luckerhoff, J. et Guillemette, F. (dir.) (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée : Fondements, procédures et usages*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Malinowski, B. (1967). *A diary in the strict sense of the term*. London : Routledge and Kegan Paul.
- Mallette, L. (2003). La psychiatrie sous influence. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 298–319. doi : 10.7202/006993ar
- Martuccelli, D. (2002). *Grammaires de l'individu*. Paris : Gallimard, coll. folio/essais.
- Martuccelli, D. (2004). Figures de la domination. *Revue française de sociologie*, 3(45), 469–497.
- Martuccelli, D. (2006). Michel Foucault et les impasses de l'ordre social. *Sociologie et sociétés*, 38(2), 17–34. doi : 10.7202/016370ar
- Mauss, M. (1934). Les Techniques du corps. *Journal de Psychologie*, 32, p. 3–4. Réédité dans M. Mauss (1936). *Sociologie et anthropologie*, Paris: PUF.
- McCarthy, T. (1990). The Critique of Impure Reason: Foucault and the Frankfurt School. *Political Theory*, 18(3), p. 437–469.

- Mercure, P. (2018, 12 février). Les leçons d'un médecin devenu patient. *La Presse*. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201802/12/01-5153477-les-lecons-dun-medecin-devenu-patient.php>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*. Québec : l'auteur. Publication no : 105-914-01. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*. Québec : l'auteur. Publication no : 15-914-04W. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Moleux, M., Schaetzel et F., Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*. [Rapport] Paris : IGAS. Récupéré de <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>.
- Montel, J.-M. (2003). L'éducation à la citoyenneté. *Revue projet*. Récupéré de http://www.revue-projet.com/articles/2003_4-l-education-a-la-citoyennete/
- Morin, C.-A., Levine, D., Sheehan, M. et Grou, C. (2016, 10 mai). La psychothérapie n'est pas un luxe. *La Presse*. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/debats/votre-opinion/201605/09/01-4979722-la-psychotherapie-nest-pas-un-luxe.php>
- Mouvement Santé mentale Québec. (2014). *Déterminants sociaux de la santé*. Récupéré de <http://www.acsm.qc.ca/sante-mentale/determinants>.
- Office québécois de la langue française, au http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit_bdl.asp?id=3997
- O'Hagan, M., Cyr, C., McKee, H. et Priest, R. (2010). *Faire avancer la cause du soutien par les pairs* [Rapport]. Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada.
- Olivier de Sardan, J. P. (2015). *Epistemology, Fieldwork, and Anthropology*. New York : Palgrave Macmillan US. doi : 10.1057/9781137477880
- Olivier, L. (1988). La question du pouvoir chez Foucault : espace, stratégie et dispositif. *Revue canadienne de science politique*, 21(1), p. 83-98.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

- Otero, M. (2005). Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, p. 65-89.
- Otero, M. (2006). La sociologie de Michel Foucault : une critique de la raison impure. *Sociologie et sociétés*, 38(2), p. 49-72.
- Otero, M. (2010). Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles. *SociologieS, Théories et recherches*, 29 septembre 2010. Récupéré de <http://sociologies.revues.org/3268>
- Otero, M. (2015). *Les Fous dans la cité. Sociologie de la folie contemporaine*. Montréal : Les Éditions du Boréal.
- Otero, M., Bernheim, E. et Action Autonomie. (2015). *L'impact des autorisations judiciaires de soins (AJS) dans les trajectoires de personnes utilisatrices des services d'Action Autonomie*. [Rapport de recherche]. Montréal: Action Autonomie.
- Otero, M., Morin, D. et Labrecque-Lebeau, L. (2009) Troubles dans la ville. Lignes de faille urbaines: folie, pauvreté et marginalité à Montréal. Dans Michel, A. (dir.) *Ville et santé mentale. Projections, politiques, ressources*. Paris: Éditions Le Manuscrit., coll. « Sciences de la ville », p. 347-384.
- Orwell, G. (1984 [1945]). *La Ferme des animaux*. Paris : Gallimard, coll. folio, p. 144
- Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours!* Montréal : Éditions du Jour.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, p. 147-181.
- Paquet, L. (2016). *Les parcours d'émancipation et les espaces de participation en santé mentale : un tremplin vers la citoyenneté*. (Thèse de doctorat). Université de Montréal. Récupéré de Papyrus, dépôt institutionnel de l'UdeM <http://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13559>.
- Pelletier, J.-F., Bordeleau, J., Dumais, A., Renaud, P. et Rowe, M. (2013). Les pairs-assistants de recherche : pour favoriser l'évolution d'un statut de patients vers celui de citoyens à part entière. *Drogues, santé et société*, 12(1), 57-78. doi : 10.7202/1021539ar /
- Pelletier, J.-F., Fortin, D. et Bordeleau, J. (2014). Pour nous, être citoyens à part entière, ça veut dire... *Santé mentale au Québec*, 39(1), 311-324. <https://doi.org/10.7202/1025919ar>
- Pelletier, J.-F., Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L. et Rowe, M. (2012). Le rétablissement civique. *Revue Développement humain, handicap et changement social - Journal of Human Development, Disability, and Social Change*, 20(2), p. 9-21.

- Pénicaud, M. (2018, 5 juin). Nul n'est inemployable. *L'Obs*. Récupéré de <https://www.nouvelobs.com/economie/20180605.OBS7725/muriel-penicaud-nul-n-est-inemployable.html>
- Pignarre, P. (2006, octobre). Comment « solidifier » le savoir psy ? Le rôle des associations de patients. Conférence prononcée le 12 octobre 2006 au colloque d'ethnopsychiatrie La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers, Paris, France. Récupéré de <http://www.ethnopsychiatrie.net/pignarusagers.doc>
- Pires, A. (1997). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans Poupard, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires [Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives] (dir.) (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Première partie : Épistémologie et théorie* (p. 3-54). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Plamondon, L. et Roussel, J.-A. (1987). *Incognito*. Piste #1 sur *Incognito* [Enregistré par Céline Dion; Disque compact audio]. New York: CBS Records.
- Programme international de recherche-action participative (PIRAP). (2014, octobre). *Bulletins*, 3(7). Récupéré de <http://pirap.org/bulletins-2/volume-3-2014-2015/no-7-octobre-2014/>
- Programme international de recherche-action participative (PIRAP). (2015a). *Mission. La recherche comme entreprise sociale adaptée en santé mentale*. Montréal : l'auteur. Récupéré de <http://pirap.org/mission/>
- Programme international de recherche-action participative (PIRAP). (2015b). *Projet de recherche. Le rétablissement civique*. Montréal : l'auteur. Récupéré de <http://pirap.org/projets-de-recherche/le-retablissement-civique/>
- Programme international de recherche-action participative (PIRAP). (2016). Couverture d'événement. Perspectives [sic] sur le partenariat patient en recherche : Tendance des Instituts de recherche en santé du Canada. *Bulletins*, 4(11). Récupéré de <http://pirap.org/bulletins-2/volume-4-2015-2016/no-11-fevrier-2016/>
- Proulx, S. (1994). Une lecture de l'œuvre de Michel de Certeau : L'invention du quotidien, paradigme de l'activité des usagers. *Communication. Information Médias Théories*, 15(2), 170-197. doi : 10.3406/comin.1994.1691

- Provencher, D. (2011). Problème de santé mentale et violence : persistance d'un mythe. *Les Cahiers de PV – Antenne sur la victimologie*, 7(mars), 58-63. Récupéré de <http://www.agidd.org/?publications=probleme-de-sante-mentale-et-violence-persistance-dun-mythe>
- Provencher, D., Théoret, R. et Ouimet-Savard, T. (2016, 14 avril). Santé mentale des jeunes: nous ne pouvons plus détourner le regard [lettre ouverte]. *Le Huffington Post Québec*. Récupéré de http://quebec.huffingtonpost.ca/doris-provencher/sante-mentale-des-jeunes_b_9696308.html
- Quintal, Dre M.-L., Vigneault, L., Demers, M.-F., Cormier, C., Champoux, Y., Marchand, L., Wallot, Dr H. A. et Roy, Dr M.-A. (2013). *Je suis une personne, pas une maladie!* [s. l.] : Performance Édition.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. (1996). *Cadre de référence des groupes d'entraide membres du RRASMQ*. [s.l.] : l'auteur. Récupéré de http://www.rrasmq.com/publications/Philosophie_Histoire_Pratiques/Entraide_Cadre_reference.php
- Regroupement des Auberges du cœur. (2009). Fiche synthèse *Action collective*. Récupéré de <http://www.aubergesducoeur.org/files/Fiche%20synth%C3%A8se%20-%20Action%20collective%20VF.pdf>
- Renault, E. (2008). Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme. *Multitudes*, 3(34), p. 195-205. doi : 10.3917/mult.034.0195
- Robert, P., Rey-Debove, J. et Rey, A. (dir.) (2011). *Le Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Nouvelle édition millésime 2012*. Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Rodriguez del Barrio, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, p. 249.
- Rose, N. (2006). Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique. *Sociologie et sociétés*, 38(2), p. 113-131.
- Rouillot, N. (2009). Savoir et pouvoir chez Michel Foucault. Dans *Philocité*. Récupéré de <http://philocite.blogspot.ca/2009/07/savoir-et-pouvoir-chez-michel-foucault.html>

- Rowe, M., Clayton, A., Benedict, P., Bellamy, C., Antunes, K., Miller, R., Pelletier, J.-F., Stern, E., O'Connell, M. J. (2012). Going to the source: creating a citizenship outcome measure by community-based participatory research methods. *Psychiatric Services*, 63(5), 445-450.
doi : 10.1176/appi.ps.201100272
- Rowe, M. et Pelletier, J.-F. (2012). Citizenship: A Response to the Marginalization of People with Mental Illnesses. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12(4), 366-381. Récupéré de
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15228932.2012.697423>
- Sabot, P. (2012). A propos d'Olivier Razac, Histoire politique du barbelé (2000 ; rééd. Champs-Flammarion, 2009) ; Avec Foucault, après Foucault. Disséquer la société de contrôle (L'Harmattan, 2008). *Methodos* [En ligne], 12. Récupéré de
<http://journals.openedition.org/methodos/2941>
- Sabot, P. (2016). De Foucault à Macherey, penser les normes. *Methodos* [En ligne], 16. doi : 10.4000/methodos.4652
- Saillant, F. (2017). Reconnaissance et réparation. Dans E. Bogalska-Martin, D. Fernández Varas, O. Leservoisière et A. Martig (dir.). *Itinéraires de reconnaissance. Discriminations, revendications, action politique et citoyennetés* (p. 57-76). Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Smadja, D. (2015). Politiques de l'éthique : hégémonie médicale et pratiques de décodage des acteurs subalternes. Une observation ethnographique d'un dispositif participatif pilote de réflexion éthique. *Participations*, (12), 83-107.
- Shepherd, G., Boardman, J. et Sladesource, M. (2012). *Faire du rétablissement une réalité* (Éd. québécoise). Montréal : Institut universitaire de santé mentale Douglas. Traduction de (2007). *Making Recovery a Reality*. Londres : Sainsbury Centre for Mental Health. Récupéré de
http://www.douglas.qc.ca/publications/220/file_fr/faire_du_retablissement_une_realite_2012.pdf
- Sicot, F. (2006). La maladie mentale, quel objet pour la sociologie? *Déviance et Société*, 30(2), p. 209.
- Skornicki, A. (2015). Les origines théologico-politiques du biopouvoir. Pastorale et généalogie de l'État. *Sociología Histórica*, 5, 43-66. Récupéré de
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5304406.pdf>
- Soulé Bastien. (2007). Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*, 27(1), p. 127-140.

- Smadja, D. (2015). Politiques de l'éthique : hégémonie médicale et pratiques de décodage des acteurs subalternes. Une observation ethnographique d'un dispositif participatif pilote de réflexion éthique. *Participations*, (12), 83-107
- Stengers, I. (1995 [1993]). *L'invention des sciences modernes (2e éd.)*. Paris : Édition Flammarion, coll. Champs.
- Stengers, I. (2004 [1995]). Le médecin et le charlatan. Dans T. Nathan et I. Stengers. *Médecins et sorciers (2e éd.)* (p. 117-170). Paris: Les empêcheurs de penser en rond / La Découverte.
- Stengers, I. (2004). Usagers : lobbies ou création politique? Dans T. Nathan et I. Stengers. *Médecins et sorciers (2e éd.)* (p. 173-203). Paris: Les empêcheurs de penser en rond / La Découverte.
- Tarde, G. (2002 [1893]). *Monadologie et sociologie*. Chicoutimi : Les classiques des sciences sociales. Récupéré de http://classiques.uqac.ca/classiques/tarde_gabriel/monadologie/monadologie.html
- Thifault, M. (2011). « Où la charité règne, le succès est assuré ! » Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1901-1962. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 65(2-3), 179-201. doi : 10.7202/1018243ar
- Tribunal administratif du Québec. (s.d.). Rôle. Dans *Commission d'examen des troubles mentaux*. Récupéré de <http://www.taq.gouv.qc.ca/fr/sante-mentale/commission-d-examen-des-troubles-mentaux/role>
- Trompette, P. et Vinck, D. (2009). Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 1(3), p. 5-27. doi : 10.3917/rac.006.0005
- Université de Montréal. (2017). *Module de formation de mentor de rétablissement en santé mentale*. Montréal: l'auteur. Récupéré de <https://admission.umontreal.ca/programmes/module-de-formation-de-mentor-de-retablissement-en-sante-mentale/presentation/>
- Vignaud, A. (2017). La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(8), 736-740.
- Weber, M. (2004). *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Paris : Éditions Gallimard.
- Yale School of Medicine. (2018). *Citizens-Community Enhancement Project*. Récupéré de https://medicine.yale.edu/psychiatry/prch/research/comm_enhancement.aspx
- Yale School of Medicine. (2018). *Citizenship Measure Development Project*. Récupéré de <https://medicine.yale.edu/psychiatry/prch/research/citizenshipmeasure.aspx>