

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

REGARD INTERACTIONNISTE SUR L'OFFRE DE SERVICE AUX  
PERSONNES PRÉSENTANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE  
CONCOMITANT À UNE TOXICOMANIE

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR  
BENOIT GENEAU

JUIN 2007

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.01-2006). 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.»

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	vi
RÉSUMÉ .....	7
INTRODUCTION .....	8
CHAPITRE I.....	10
1. LA PROBLÉMATIQUE .....	10
1.1 Le contexte.....	10
1.2 Le problème .....	11
1.3 Les acteurs concernés .....	12
CHAPITRE II .....	16
2. LE BUT DE LA RECHERCHE .....	16
2.1 L'énoncé du but .....	16
2.2 La pertinence.....	16
CHAPITRE III.....	18
3. RECENSION DES ÉCRITS.....	18
3.1 L'objectif de la recension des écrits .....	18
3.2 Toxicomanie .....	18
3.3 Comorbidité toxicomanie-santé mentale .....	21
CHAPITRE IV .....	27
4. CADRE DE RÉFÉRENCE.....	27
4.1 Le choix du cadre de référence .....	27

4.2 La perspective interactionniste .....	27
4.3 La stigmatisation.....	28
4.4 La normalisation .....	29
4.5 Les principaux concepts théoriques.....	31
CHAPITRE V.....	33
5. LA MÉTHODOLOGIE.....	33
5.1 Le type d'étude .....	33
5.2 Le choix de l'échantillon .....	33
5.3 Sélection des sujets .....	34
5.3.1 L'âge des sujets.....	35
5.3.2 Problèmes de santé mentale graves .....	35
5.3.3 Consommation de psychotropes .....	35
5.3.4 Fonctionnement social, professionnel ou académique significativement altéré .....	36
5.3.5 Demande de service au CSSS ou suivi .....	36
5.4 Recrutement des sujets.....	36
5.5 Le terrain d'échantillonnage .....	40
5.6 La méthode de cueillette de données .....	41
5.7 L'analyse de données.....	
CHAPITRE VI.....	43
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....	43
6.1 Caractéristiques de l'échantillon.....	43
6.2 Analyse comparative par catégorisation des énoncés conceptuels.....	46

6.3 Résultats de la recherche.....	49
6.3.1 Thème 1 : Objet de la demande de service .....	50
6.3.2 Thème 2 : Perception du problème de santé mentale .....	55
6.3.3 Thème 3 : Perception de la consommation de psychotropes .....	59
6.3.4 Thème 4 : Intersubjectivité et construction identitaire .....	62
CHAPITRE VII .....	68
7. LA DISCUSSION.....	68
7.1 Interprétation des principaux résultats.....	68
7.1.1 Thème 1 : Objet de la demande de service .....	68
7.1.2 Thème 2 : Perception du problème de santé mentale .....	70
7.1.3 Thème 3 : Perception de la consommation de psychotropes .....	71
7.1.4 Thème 4 : Intersubjectivité et construction identitaire .....	73
7.2 Facteurs contribuant à la création de l'identité sociale.....	77
7.2.1 Le CSSS comme appareil d'état .....	77
7.2.3 La catégorisation diagnostique .....	79
7.2.4 L'intervention clinique .....	79
7.3 Description des limites.....	81
7.4 Présentation des implications pour l'intervention .....	83
7.5 Énoncé de recommandation pour d'autres recherches.....	85
CONCLUSION.....	87
APPENDICE A.....	90

LETTRE DE RECRUTEMENT DES SUJETS .....	90
APPENDICE B.....	92
GRILLE D'ENTREVUE.....	92
APPENDICE C.....	95
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	95
RÉFÉRENCES .....	96

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau		Page
6.1	Caractéristiques des sujets liés à leurs psychopathologies et à leur usage de psychotropes.....	41
6.2	Continuum de la déviance à la norme.....	45
6.3	Thème 1 : Objet de la demande de service.....	48
6.4	Thème 2 : Perception du problème de santé mentale.....	52
6.5	Thème 3 : Perception de la consommation de psychotropes.....	54
6.6	Thème 4 : Intersubjectivité et construction identitaire.....	59

## RÉSUMÉ

Le but de cette recherche est de nommer et de décrire les facteurs contribuant à la création de l'identité sociale chez les usagers des services de santé mentale présentant un trouble concomitant de toxicomanie à travers l'interaction avec les intervenants dans un centre de santé et de services sociaux. Il s'agit d'une recherche réalisée dans le cadre de la maîtrise en travail social de l'Université du Québec à Montréal. Les recherches menées au cours des dernières années ont permis l'émergence d'une pratique basée sur des données probantes améliorant ainsi l'efficacité et l'efficience de l'intervention auprès des gens présentant une comorbidité d'un problème de santé mentale et d'une toxicomanie. La perception subjective de l'expérience vécue par les usagers est encore une dimension peu explorée. Cette recherche qualitative s'intéresse au sujet énoncé sous l'angle de l'interactionnisme symbolique. La cueillette de données fut réalisée en huit entrevues semi-dirigées avec des sujets usagers des services de santé mentale du CSSS du Suroît présentant une comorbidité de problème de santé mentale et d'une toxicomanie. Une analyse comparative a permis de dégager les résultats classés par énoncés conceptuels : déviance sociale, désir de normalisation et intervention de normalisation. L'interprétation des principaux résultats met en cause l'intervention de normalisation réalisée sous la logique du fonctionnalisme théorique qui sous-tend l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux. La catégorisation diagnostique, l'intervention clinique et la pharmacothérapie sont les interventions de normalisation les plus susceptibles d'engendrer le stigmatisme.

### Mots-clefs

- Comorbidité
- Interactionnisme symbolique
- Stigmatisation

## INTRODUCTION

Le réseau québécois de santé et des services sociaux est en constante évolution et ses multiples transformations sur la structure organisationnelle ne sont évidemment pas sans effet sur les activités cliniques des praticiens des services sociaux. Les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie n'échappent pas aux grandes ambitions ministérielles. Notre société a produit différents mécanismes permettant une régulation relativement efficace du système. Chaque élément du système doit participer au fonctionnement harmonieux du tout ou du moins, ne pas y nuire. Le réseau de la santé et des services sociaux participe à cette entreprise de taille en offrant des services aux gens dont l'état ou la situation ne leur permet pas de fournir une participation optimale au projet de société.

Le présent mémoire de recherche est réalisé dans le cadre de la maîtrise en travail social de l'Université du Québec à Montréal. Le but de cette recherche est de nommer et de décrire les facteurs contribuant à la création de l'identité sociale chez les usagers des services de santé mentale présentant un trouble concomitant de toxicomanie à travers l'interaction avec les intervenants dans un centre de santé et de services sociaux. Cette étude qualitative, réalisée dans une perspective interactionniste symbolique, a la prétention de porter un regard critique sur l'organisation de services qui prévaut actuellement dans le système de santé et des services sociaux. C'est la perception subjective des usagers interrogés qui aura été le matériel de l'interprétation de l'étudiant-chercheur. Des entrevues semi-dirigées ont été menées avec huit usager(ère)s des services de santé mentale du CSSS du Suroît présentant un trouble concomitant de toxicomanie.

Ce mémoire communique le processus de la recherche menée en sept chapitres. Le premier chapitre situe le problème et son contexte tout en annonçant immédiatement la perspective interactionniste de l'étudiant-chercheur dans cette recherche. Le second

chapitre énonce clairement le but de la recherche et sa pertinence. Le troisième chapitre expose la recension des écrits en matière de toxicomanie, de santé mentale et de leur comorbidité. Il s'agit essentiellement de données issues de recherches au paradigme positiviste qui reflète l'angle habituel par lequel le phénomène est étudié. Le quatrième chapitre présente le cadre de référence qui guide notre démarche, l'interactionnisme symbolique. Le cinquième chapitre décrit les détails de la méthodologie employée. Les résultats sont présentés au sixième chapitre, entre autres, sous forme de tableaux pour offrir au lecteur une vision claire de la démarche d'analyse qui a mené à l'interprétation des résultats. Finalement le septième chapitre, celui des discussions, révèle l'interprétation des résultats obtenus et nous projette dans l'avenir pour les possibles implications pour l'intervention, et d'éventuelles recherches.

## CHAPITRE I

### 1. LA PROBLÉMATIQUE

#### 1.1 Le contexte

Historiquement, les recherches en santé publique reposent sur un paradigme positiviste (Bibeau, 2000) s'appuyant principalement sur des données probantes et des faits objectifs tirés de l'épidémiologie, de la démographie et de la psychologie sociale. Ces données quantitatives nous ont permis de construire un réseau de santé et de services sociaux se voulant efficient par la mesure de résultats objectivement vérifiables excluant tout regard subjectif sur ses finalités.

Afin d'offrir des services adaptés le plus possible aux différentes problématiques rencontrées, on sectorise actuellement la réponse apportée vers différentes lignes d'intervention ou champs d'intervention exclusifs et programmes spécifiques.

En juin 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux a procédé à la création de 95 réseaux locaux à l'échelle du Québec dont l'objectif est d'assurer une continuité accrue, une meilleure accessibilité et une coordination des services plus efficace. Ainsi, le projet de loi 83 sur l'harmonisation de la loi sur la santé et les services sociaux prévoit la création des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux remplaçant les régions régionales de la santé et des services sociaux ayant pour responsabilité la mise en place de réseaux locaux par la fusion des établissements. Ainsi, de nombreux centres locaux de services communautaires (CLSC), centres hospitaliers (CH) et centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) se regroupent en centres de santé et de services sociaux (CSSS) afin de faciliter l'implantation d'une structure matricielle où les programmes

transcenderont les départements de soins et de services. Par exemple, le programme de santé mentale et le programme de toxicomanie seront distincts, mais chaque programme sera offert en continuité du CLSC jusqu'au centre hospitalier, et ce, à travers les différents départements.

Malgré l'effort louable de réorganiser le réseau pour offrir des services de qualité garantissant une continuité, ce nouveau modèle ne représente pas la meilleure avenue pour les clientèles les plus marginalisées. Parmi celles-ci, les gens qui vivent un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie sont particulièrement vulnérables. Pourtant, c'est généralement ces gens qui sont ciblés lorsqu'on dénonce le syndrome de la porte tournante. Plus encore, aussi faut-il que ces personnes aient trouvé et acceptent de franchir cette porte.

En somme, nous considérons que la structure organisationnelle ne permet pas d'offrir la meilleure réponse aux gens qui vivent un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie. Nous ajoutons que le problème souligné concerne plus que l'institution elle-même, mais ses acteurs, les intervenants qui en véhiculent la culture et interviennent en fonction de l'idéologie dominante.

## **1.2 Le problème**

La classification, la catégorisation et les rigoureux processus de priorisation ne pourront jamais répondre adéquatement à la singularité de la souffrance subjective d'une personne. L'objectivité du monde institutionnel s'épaissit et se durcit (Berger et Luckman, 1996), ce qui signifie que les institutions sont détentrices d'une seule vérité rigide à laquelle il faut se plier. Plusieurs auteurs notent la tendance actuelle du fractionnement en clientèle et du découpage des problèmes en fonction des groupes cibles (Dorvil et Mayer, 2001). Ce fractionnement est considéré comme une nouvelle

dimension de l'analyse contemporaine des problèmes sociaux. Cette catégorisation, en plus de retirer toute créativité à l'intervention sociale, transmet une vision très stigmatisée de sa propre situation à l'usager.

Les obligations de résultats quantifiables font désormais partie du quotidien des intervenants oeuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux. On assiste à l'émergence des approches par données probantes comme les protocoles de traitement cognitivo-comportemental qui s'appuient sur des théorisations générales excluant par la force du scientisme la singularité de l'expérience subjective de l'individu.

Concrètement, lorsque l'intervenant qui accueille un individu au centre hospitalier ou au CLSC omet d'accueillir l'expérience subjective de celui-ci pour se concentrer uniquement sur l'évaluation diagnostique en vertu du plan d'intervention correspondant, il nie la singularité de cette personne. Il redéfinit l'identité de l'usager en fonction de différents critères théoriques. Comme ce type d'intervention vise la normalisation des marginaux, ceux dont la dérogation à la norme crée un large écart culturel entre l'expérience identitaire de l'intervenant et celle de l'usager, l'interaction pourra prendre un sens important pour les acteurs. Elle participera à la création identitaire de ceux-ci. Comme cette interaction se vit sur une base asymétrique aidé/aidant, le premier accordant un certain pouvoir au second, l'expérience pourra prendre un sens important pour l'aidé. La personne aidée pourra donc se construire dans l'interaction.

### **1.3 Les acteurs concernés**

Les gens présentant un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie sont particulièrement marginalisés par différents facteurs. Pris séparément, ces deux

problèmes font objet à la fois de marginalisation et de stigmatisation. Ensuite, on s'attend d'une personne souffrant d'une affliction ne lui permettant pas de fonctionner normalement qu'elle fournisse les efforts nécessaires à sa guérison ou à sa normalisation. Ainsi, une personne souffrant d'un problème de santé mentale qui consomme des substances psychotropes de façon inadéquate est stigmatisée du fait qu'elle présente un trouble psychique; stigmatisée du fait qu'elle consomme des psychotropes et stigmatisée parce qu'elle déroge du dogme voulant qu'on doive se normaliser à tout prix. Dans le présent mémoire, l'expression *troubles concomitants* pourra référer à toute combinaison de troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive et de troubles mentaux tels que définis par l'Association psychiatrique américaine dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (2003).

Très souvent, les intervenants notent une importante prévalence de l'attrition chez les usagers des services de santé mentale qui consomment des substances psychoactives non prescrites à des fins médicales. L'esprit cartésien, fort légitime de l'intervenant, explique le phénomène par le lien de causalité entre l'usage de psychotropes et l'échec de la démarche thérapeutique adaptée en fonction de l'évaluation diagnostique. L'individu, déjà stigmatisé par la classification diagnostique de son état de santé mentale, se voit à nouveau stigmatisé par son refus de se conformer aux normes sociales voulant qu'une personne aux prises avec un problème de santé mentale ne doive pas consommer de psychotropes. S'ajoute à cette série de facteurs *stigmatisants* le stigmate lié à l'échec d'une démarche thérapeutique qui, selon les données probantes, devraient fonctionner. Selon Malherbe (2000), la rage de rendre normal s'est emparée depuis quelques années de la plupart des gouvernements occidentaux. L'État vise bien-sûr la santé de ses citoyens dans ce que nous considérons être un effort de normalisation, la santé étant une condition souhaitable et «normale».

Lorsque la vie en société est comprise selon une logique fonctionnaliste, le problème social devient une dysfonction, une pathologie sociale d'une société perçue comme un organisme fonctionnel et autonormatif (Dumont, 1994). On remarque que la mission de l'intervenant oeuvrant dans l'appareil d'État vise à maintenir la « santé globale » de l'organisme en normalisant le déviant. C'est ainsi dire que les gens dont l'état de santé, la situation psychosociale ou les habitudes de vie ne correspondent pas à cette norme mouvante sont donc des citoyens déviants (Dorvil et Mayer, 2001) dont on s'attend à un effort d'adaptation. Lorsque les mécanismes de normalisation visant l'adaptation de la personne jugée déviante ne fonctionnent pas, on la considère responsable de son sort. Elle a donc désormais à supporter le poids de son stigmat. Les problèmes sociaux, l'écart entre les conditions actuelles et les problèmes sociaux, placent les membres de la société devant l'obligation de les résoudre.

Selon la perspective fonctionnaliste, l'écart entre l'anormal et le normal est corrigible (Dorvil et Mayer, 2001). La réadaptation psychosociale avec les patients psychiatriques est un excellent exemple de cette quête du normal qui prévaut dans le réseau de la santé et des services sociaux. Selon Santé Canada (1996), la réadaptation psychosociale met en valeur le rôle primordial de l'administration d'un bon traitement, la gestion des médicaments et la réduction des symptômes de la maladie tout en préconisant le soutien à l'intégration sociale. Les approches fonctionnalistes mettent l'accent sur les conditions problématiques qui affectent le fonctionnement de l'individu (Dorvil et Mayer, 2001). Plus largement, la société est perçue comme un système bien ordonné qui doit prendre les dispositions pour encadrer ses membres et palier aux maux de la modernité. Le processus par lequel nous définissons ces maux n'est pas remis en question.

En conséquence, les services de santé et les services sociaux, par des approches comme la réadaptation psychosociale, visent, pour les déviants, le retour à la norme par la réduction des symptômes de la déviance et le retrait d'un style de vie marginal

pour une apparente intégration sociale. Dans le cadre fonctionnaliste, la norme, ou s'en approcher, est le but à atteindre de toute intervention. Toutefois, malgré l'efficacité des approches ou des traitements basés sur les données probantes, les grandes villes des pays développés sont néanmoins aux prises avec des personnes souffrante socialement désaffiliées et qui ne sont pas rejointes par les systèmes de soins de santé et de services sociaux. On compte particulièrement parmi ces gens, les personnes toxicomanes et présentant des problèmes de santé mentale graves.

## CHAPITRE II

### 2. LE BUT DE LA RECHERCHE

#### 2.1 L'énoncé du but

Le but de cette recherche est de nommer et de décrire les facteurs contribuant à la création de l'identité sociale chez les usagers des services de santé mentale présentant un trouble concomitant de toxicomanie à travers l'interaction avec les intervenants dans un centre de santé et de services sociaux.

#### 2.2 La pertinence

Dans le cadre fonctionnaliste qui prévaut dans l'offre de service en santé mentale, le rétablissement des personnes souffrant d'un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie ou non est décrit « Comme la croyance dans les capacités des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie (plutôt que de laisser la maladie contrôler leur vie). [...] Le rétablissement nous invite à soutenir les personnes atteintes d'un trouble mental en les aidant à réintégrer leur rôle en société malgré l'existence chez elles de symptômes ou de handicaps, car c'est généralement par l'interaction sociale qu'une personne apprend que ses efforts lui donnent pouvoir son environnement. »<sup>1</sup> Il s'agit de la définition du rétablissement selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du

---

<sup>1</sup> Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, 2005, p.15

Québec. Bien que louable, la responsabilité individuelle de sa condition y est explicite et l'objectif de normalisation par la réintégration sociale y est également nommé. L'intervention auprès des gens souffrant de problèmes de santé mentale est ainsi orientée, et différentes activités prévues à cette fin sont offerts tels que des plateaux de travail ou des programmes de réinsertion à l'emploi.

Pourtant, selon St-Onge et Tessier (2003), la restauration des rôles sociaux est un aspect de l'intervention particulièrement négligée selon les utilisateurs de services. L'identité sociale des gens souffrant de problèmes de santé mentale graves demeure fragile et l'objet d'une détresse psychologique importante.

Nous souhaitons par cette recherche remettre en question l'offre de service en santé mentale pour les usagers souffrant de troubles concomitants de toxicomanie et de troubles mentaux. Peut-être qu'en identifiant les facteurs contribuant à la création de l'identité sociale dans l'interaction avec l'intervenant nous parviendrons à identifier des pistes de réflexion qui, elles, ouvriront la perspective de types d'intervention novateurs ? Peut-être que le rétablissement n'est pas nécessairement l'intégration sociale telle que comprise dans notre société où dominant la compétitivité et la performance.

## **CHAPITRE III**

### **3. RECENSION DES ÉCRITS**

#### **3.1 L'objectif de la recension des écrits**

L'objectif de la revue littéraire qui suit vise à situer le lecteur relativement aux dernières données scientifiques qui sous-tendent les services et programmes offerts aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie.

#### **3.2 Toxicomanie**

La toxicomanie est largement documentée et sa définition varie selon les auteurs. Le psychotrope est une substance qui agit sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental. Il peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement, et dans les diverses fonctions psychologiques et organiques (Léonard et Ben Amar, 2000). La classification des psychotropes selon l'effet pharmacologique est celle qui est la plus largement utilisée dans le domaine de la toxicomanie. Léonard et Ben Amar en proposent une classification en cinq catégories : les déprimeurs, les stimulants, les perturbateurs, les médicaments psychiatriques et les stéroïdes. Selon cette classification des psychotropes, la nicotine contenue dans le tabac et la caféine contenue dans le café sont autant de substances que nous considérons comme étant des substances psychoactives.

Les recherches épidémiologiques ont démontré que les personnes souffrant d'un problème de santé mentale grave risquent particulièrement de vivre également une problématique liée à l'abus de psychotropes. On croit également que les problèmes liés à l'usage inapproprié de substances psychoactives chez ces gens sont le plus souvent liés à des questions relatives à la situation psychosociale (Ogborne et Roberts, 1999, FQCRPAT, 2005). Les recherches sur l'étiologie de la toxicomanie ont mis en évidence la complexité de ce phénomène qui doit se comprendre au travers d'un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques ou environnementaux susceptibles de contribuer au développement d'une dépendance aux psychotropes (Guyon, Landry, Brochu et Bergeron, 1998).

La majorité des adultes canadiens consomment au moins une substance psychotrope (Santé Canada, 2000). Heureusement, la plupart des consommateurs n'en souffrent pas. À la suite d'une étude menée aux États-Unis, l' *Epidemiology Catchment Area (ECA) Study*, on estime que 16 % de la population américaine vit une difficulté liée à la consommation de psychotropes. Selon cette étude épidémiologique, ce nombre s'élève à 29 % chez les gens souffrant d'un problème de santé mentale (Santé Canada, 2000). Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2003) estime que 7.3 % de la population de 15 ans et plus du Québec a consommé de l'alcool chaque jour en 2000-2001. Le CPLT estime également que 1.5 % de la population québécoise est à risque d'être dépendante à l'alcool et 0.8 % risquait d'être dépendant d'une drogue illicite. Il est important de souligner la concomitance élevée entre les problèmes de consommation de psychotropes et les problèmes de jeu excessifs (FQCRPAT, 2005) Par exemple, lors d'un récent programme expérimental sur le jeu pathologique de l'INSPQ la moitié des sujets a également été traitée pour au moins un des problèmes suivants : alcoolisme, autres dépendances et santé mentale (Papineau et al., 2005).

Les raisons de consommer sont multiples et concernent toute une variété de domaines : psychopharmacologique, somatique (ex. : calmer des douleurs), psychique (ex. : lutte contre un sentiment de vide, contre l'anxiété), relationnel (ex. : influence des pairs) et social (ex. : effet du chômage) (Briefer, 1999). Des facteurs culturels sont aussi à considérer pour évaluer les troubles concomitants. Par exemple, on rencontre plus d'hommes que de femmes avec des problèmes liés aux toxicomanies. L'une des raisons serait que la consommation d'alcool, entre autres, serait socialement plus acceptable pour un homme que pour une femme (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Ainsi, il est vraisemblable de croire que les toxicomanies et les problèmes de santé mentale concomitants complexifient le travail d'évaluation du praticien de première ligne.

En première ligne, des programmes dits d'intervention précoce auprès des buveurs à risque se sont progressivement implantés dès les années 80 en Amérique du Nord. Sous différentes modalités, il s'agit des interventions par le médecin généraliste des programmes autoadministrés et également des programmes supervisés par des professionnels de programmes de première ligne. Au Québec, on connaît les programmes Alcochoix et P-CRA qui ciblent des objectifs différents mais complémentaires (Brisson, 1997). Ces programmes d'intervention précoce visent une consommation contrôlée et modérée chez les consommateurs à risque. Toutefois, il faut considérer la question de la comorbidité, définie par la présence concomitante d'une maladie mentale et d'une toxicomanie et les programmes de première ligne ne considèrent pas les comorbidités. Les individus souffrant de tels problèmes sont souvent traités dans des cadres où l'on ne s'attaque qu'à l'un des volets en ignorant l'autre. On réalise de plus en plus l'importance de traiter de manière concurrente les deux aspects (Hood et al., 1996).

Comme la littérature fait mention de la forte prévalence des toxicomanies chez les gens souffrant de problème de santé mentale et qu'il est maintenant hors de tout doute

que l'usage de substances psychotropes répond à différents besoins, il nous est permis de croire qu'une intervention précoce en première ligne pourrait éviter que l'état de santé mentale et physique de ces gens ne se détériore faute de soins appropriés.

Au niveau de la deuxième ligne de service, l'extrait suivant, tiré du rapport du comité sur les troubles concomitants de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes résume bien la situation actuelle.

*En 1993, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRAT) formulait des recommandations portant sur l'intervention auprès des personnes vivant une comorbidité «toxicomanie/trouble mental». Demeurant d'actualité, ces recommandations ont favorisé quelques améliorations intéressantes au sein des services offerts à ces clientèles. Malheureusement, dans la plupart des régions, la gamme des services disponibles est restée peu développée, peu intégrée et peu adaptée aux besoins de la clientèle rencontrant à la fois des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. (FQCRAT, 2005)<sup>2</sup>*

### **3.3 Comorbidité toxicomanie-santé mentale**

« Le concept de comorbidité toxicomanie-trouble mental repose sur l'existence simultanée de deux troubles; un trouble relié à l'utilisation de substances

---

<sup>2</sup> FQCRAT, *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres de réadaptation et leurs partenaires*, Montréal, Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005, p. 5.

psychoactives d'une part et d'un trouble mental à l'axe I ou II du DSM-IV d'autre part. »<sup>3</sup> Les critères diagnostiques et la classification des troubles mentaux du DSM-IV reflètent un consensus actuel portant sur les connaissances en psychiatrie (American psychiatric association, 1994). Les axes du DSM-IV précédemment mentionnés constituent cinq catégories diagnostiques. L'axe I inclut les diagnostics et troubles psychiatriques majeurs comme, entre autres, les psychoses et les troubles de l'humeur. L'axe II classe les troubles de la personnalité et le retard mental. À l'axe III, on note les affections médicales générales. L'axe IV décrit les facteurs de stress psychosociaux et les problèmes environnementaux. Finalement, l'axe V permet d'établir une appréciation du fonctionnement psychosocial de la personne évaluée. D'autres systèmes de classification diagnostique peuvent être utilisés dans l'évaluation et le traitement des troubles de santé mentale et des troubles concomitants, mais le DSM-IV demeure l'un des plus employés tant pour la recherche que pour le traitement (FQCRPAT, 2005).

Concernant les troubles mentaux, classifiés au DSM-IV, on évalue qu'un Canadien sur cinq sera atteint d'une maladie mentale au cours de sa vie. Environ 8 % des adultes souffriront d'un trouble de l'humeur, comme une dépression; 12 % présenteront un trouble anxieux ; 1 % de schizophrénie ; de 6 à 9 % de trouble de la personnalité (Santé Canada, 2002).

Selon Mercier et Beaucage (1997), entre 33 et 50 % de la clientèle psychiatrique présentant des problèmes de santé mentale graves et persistants auraient aussi eu un problème de consommation dans leur vie. Selon Rosenthal et Westreich (1999), les conclusions des récentes études épidémiologiques, situent entre 40 et 60 % les personnes souffrant de troubles mentaux sévères qui développeront un trouble lié à

---

<sup>3</sup> Jean-Marc Ménard, *Proposition d'un modèle régional d'organisation de services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et problème de santé mentale*. Le Centre de réadaptation Domrémy Mauricie Centre-du-Québec, 2001, p.2.

l'usage de substances à un moment de leur vie. Ménard (2001) constate un taux élevé de symptômes psychiatriques chez les gens présentant un problème de consommation, mais chez les gens vivant un problème de santé mentale, on observe l'inverse.

Ménard (2001) dresse une synthèse des quatre principales hypothèses qui expliquent les comorbidités toxicomanie-santé mentale :

- 1- Le problème de consommation est une conséquence du trouble mental primaire ;
- 2- Les symptômes psychiatriques sont induits par un problème de consommation primaire ;
- 3- Le problème de consommation et le trouble mental sont initialement indépendants ;
- 4- Le problème de consommation et le trouble mental partagent une étiologie ou des facteurs de risques communs.

Toujours selon Ménard (2001), l'intervention auprès des gens présentant cette comorbidité représente un défi de taille pour quatre grandes raisons :

- 1- Une complexité inhérente au phénomène de la comorbidité ;
- 2- Un plus grand risque d'erreurs au niveau du diagnostic et de l'orientation du traitement ;
- 3- Un plus grand risque d'incohérences entre les traitements utilisés ;
- 4- Une difficulté marquée à garder ces gens en traitement.

Par exemple en clinique, on constate que la consommation de cannabis exacerbe les délires et les déficits de motivation chez les gens souffrant de schizophrénie. La prévalence de consommation de cannabis est de 5 à 6 fois plus élevée chez ces derniers que dans la population en général (Potvin, Légaré et Cloutier, 2005). On

soupçonne d'ailleurs que la consommation de cannabis pourrait provoquer de façon précoce l'apparition des premiers symptômes psychotiques chez les jeunes schizophrènes. Les études ne démontrent toutefois pas hors de tout doute ce lien de causalité (Potvin, Légaré et Cloutier, 2005).

La combinaison cannabis-problème de santé mentale est un exemple qui fait couler beaucoup d'encre, mais une personne souffrant d'une dépression majeure et qui consomme de façon abusive présente également une comorbidité qui exige un autre type de traitement. Une évidence demeure : l'abus de substances chez les gens souffrant de troubles psychiques déroute plus d'un clinicien. « La comorbidité des troubles liés aux substances et des troubles mentaux modifie le cours, le coût et le résultat du traitement et présente des défis importants pour le dépistage, l'évaluation, le traitement et le soutien ainsi que la surveillance de l'issue du traitement. »<sup>4</sup>

Selon le Centre de toxicomanie et de santé mentale de la stratégie canadienne antidrogue (2002), il y a de nombreux points d'entrée dans le réseau de services en santé mentale et en toxicomanie. On remarque que les services d'urgence, les centres de crise et les refuges pour sans-abris sont des points d'entrée où les gens souffrant de troubles concomitants sont particulièrement susceptibles de s'y présenter. Néanmoins, les données de recherche démontrent que la prévalence des troubles concomitants serait élevé pour l'ensemble des points d'entrée.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec, les CLSC offrent les services de première ligne et sont conséquemment la « porte d'entrée du système de santé ». Toutefois, les possibilités d'identifier une personne présentant un trouble concomitant sont variables selon les situations et les établissements. Historiquement,

---

<sup>4</sup> Canada, Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Santé Canada, 2002, p.ix.

en CLSC, les praticiens de première ligne ont des types de formation professionnelle, des connaissances et des perspectives expérientielles qui diffèrent grandement. On peut donc supposer que, d'un établissement à l'autre ainsi que d'un intervenant à l'autre, la réponse offerte sera fort différente. Peu importe l'accès, il est notoire que dans la plupart des centres de soins en santé mentale, les services sont peu adaptés à la clientèle comorbide (FQCRPAT, 2005 ; Alarie, 2001) comme en fait mention l'extrait suivant :

*Lors de récents focus groups, des patients ont décrit leur expérience dans les services de santé mentale du Québec. Lorsqu'ils ont choisi de révéler leur consommation abusive dans certains services de santé mentale, ils avaient été blâmés, sinon exclus, de ces services : il leur fallait retrouver une consommation non problématique avant de pouvoir recevoir des services. Lorsqu'ils avaient choisi de révéler l'intensité de leur détresse psychologique et de leurs symptômes cliniques dans certains services de toxicomanie, on leur a dit que seuls leur alcoolisme et leur toxicomanie étaient importants et que leur souffrance disparaîtrait avec l'abstinence.<sup>5</sup>*

Le manque de connaissance des intervenants en ce qui a trait à la problématique des comorbidités représente un problème. Les intervenants témoignent des difficultés à aider les individus porteurs d'une comorbidité toxicomanie et trouble mental (MSSSQ, 2005). Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec place également dans son plan d'action en santé mentale 2005-2006 la lutte à la

---

<sup>5</sup> Sophie Alarie, 2001. *Rapport des « focus groups » sur les doubles problématiques toxicomanie et santé mentale*, Montréal, Département de psychologie, Université de Montréal, 2001, p.2-21.

stigmatisation dans cadre pour l'action. Il y est noté que « L'image attachée à la maladie mentale, aux organismes de traitement et, parfois, aux intervenants de ce domaine demeure négative dans l'esprit du public et des autres professionnels de la santé. Les craintes engendrées par les troubles mentaux limitent le recours des personnes visées à l'aide dont elles ont besoin, de même qu'elles entravent le processus d'intégration sociale de ces personnes. »<sup>6</sup>

En conclusion, les études s'entendent sur le fait qu'une majorité de personnes souffrant de problèmes de santé mentale graves ont également une consommation problématique de psychotropes. Les services de première ligne et de deuxième ligne ne sont pas adaptés aux besoins spécifiques de cette clientèle. Les intervenants, tant de la santé mentale que des services en toxicomanie, sont rarement formés de façon adéquate pour offrir les services requis à ces clientèles. Le manque de formation des intervenants de la santé et le manque d'information du public sont susceptibles d'engendrer la stigmatisation des gens présentant cette comorbidité.

---

<sup>6</sup> Québec, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, p.17.

## CHAPITRE IV

### 4. CADRE DE RÉFÉRENCE

#### 4.1 Le choix du cadre de référence

Le choix de l'interactionnisme symbolique pour aborder la question de l'organisation de la prestation de services pour les gens souffrant d'une toxicomanie concomitante à un problème de santé mentale a pour but de susciter la réflexion du lecteur quant au rôle de l'intersubjectivité des rapports sociaux créateurs de l'identité sociale.

#### 4.2 La perspective interactionniste

Herbert Blummer (1967), psychosociologue, illustre représentant de la seconde génération de l'école de Chicago critique les pensées sociologiques conventionnelles qui « [...] ne considèrent pas que les actions sociales d'individus dans la société humaine soient construites par eux au travers du processus d'interprétation. Au lieu de cela, l'action est traitée comme le produit de facteurs agissant sur et à travers les individus. »<sup>1</sup> Selon l'interactionnisme symbolique, toute action est construite à travers la situation dans laquelle elle prend place. Dans l'interactionnisme symbolique, on considère que les définitions des problèmes sociaux sont subjectives (Dorvil et Mayer, 2003). Au contraire, pour les tenants du fonctionnalisme théorique, les problèmes sociaux sont soit des problèmes de désorganisation sociale, soit des problèmes de déviance sociale. Reprenant les propos de Dorvil et Mayer (2003),

---

<sup>1</sup> Herbert Blummer, «L'interactionnisme symbolique : La société comme système d'interactions symboliques», 1967, p.72.

« Cette approche [le fonctionnalisme théorique] explique la pauvreté de certains individus et groupes de la société par leur manque d'adaptation aux changements sociaux et culturels entraînés par le développement de la société moderne. » Selon Dorvil et Mayer, l'interactionniste, plutôt que de partir des individus et des comportements des individus, préférera comprendre la déviance par les situations sociales où il peut advenir que l'individu soit désigné comme déviant. C'est la réaction à l'égard de la transgression de la norme sociale qui construit donc le problème social. Par ce processus se forge l'identité sociale du porteur de ce construit d'où émerge la stigmatisation.

### 4.3 La stigmatisation

Le processus d'étiquetage étant au centre de la perspective interactionniste, il importe d'en saisir la portée. Lorsque l'individu est mis en présence d'autres personnes, il agit de façon à donner, intentionnellement ou non, une expression de lui-même, et les autres doivent en retirer, à leur tour, une certaine impression (Ichheiser, 1949). Selon Berger et Luckmann (1996), l'individu devient l'image que les personnes se font de lui. Ils expliquent : « Alors qu'il est possible de dire que l'homme possède une nature, il est plus significatif de dire que l'homme construit sa propre nature, ou plus simplement, que l'homme se produit lui-même. »<sup>8</sup>. Plus précisément, c'est au travers du regard de ses pairs que l'homme se crée une identité sociale. Il sera valorisé par le statut social que lui confèrent ses prestigieux diplômes auprès des membres de sa profession. L'athlète, diplômé ou non, se construira une identité par un mode de vie sain et discipliné telle que le veut la norme parmi les siens. Par contre, certains comportements sont attendus de certains groupes de la société. Lorsqu'ils y dérogent, ces groupes s'exposent à la désapprobation collective

---

<sup>8</sup> Peter Berger et Thomas Luckmann, *La construction sociale de la réalité*, Coll. « Sociétés », Paris, Éditions Méridien Klincksieck, 1996, p.72.

et à la stigmatisation. On y compte les groupes d'exclus tels que les personnes défavorisées, les personnes présentant un problème de santé mentale et les personnes toxicomanes. Dès qu'on perçoit que l'effort d'adaptation à la norme diminue en intensité, le mot *personne* disparaît pour ne laisser que l'étiquette porteuse de l'identité du stigmatisé. On s'attend du *malade* qu'il fasse le nécessaire pour guérir de même qu'on s'attend du *toxicomane* qu'il prenne les dispositions pour se libérer de sa dépendance. Dans l'interaction sociale, la personne dite normale qui interagit avec une personne qui s'éloigne de la norme procèdera à un exercice de catégorisation (Goffman, 1963). Ainsi, la personne souffrant d'une toxicomanie devient alors un toxicomane. D'ailleurs, l'usage de substances psychoactives est un comportement dont la norme est mouvante et difficilement saisissable. D'une sous-culture à l'autre, la norme concernant la consommation de psychotropes prend une définition tout à fait différente. Par exemple, l'usage de marijuana peut être banalisé chez certains groupes mais sévèrement désapprouvé par d'autres qui n'hésiteront pas à consommer des produits alcoolisés avec excès. À l'intérieur même de ces groupes, certains individus devront, pour différentes raisons, adopter les comportements dont on s'attend d'eux sous peine d'être stigmatisés.

#### **4.4 La normalisation**

Le mode d'intervention des travailleurs sociaux peut contribuer au stigmatisme selon certains penseurs dont Guy Bourgeault (2004). Ce dernier critique l'intervention réalisée en la définissant comme une entreprise de normalisation qui engendre et nourrit une dynamique de stigmatisation et de marginalisation des « déviants ».

Selon la théorie statistique du normal et du pathologique de Claude Bernard, le normal représente l'équilibre entre le trop et le trop peu. L'intervention technique sous cette théorie est donc destinée à ramener les paramètres à la normale (Malherbe,

2003). Il s'agit là du fondement même de l'*evidence-based practice* qui connaît son avènement même dans les sciences humaines après être devenue évangile dans les sciences pures. Selon Couturier et Carrier (2004), l'*evidence-based practice* ne considère malheureusement pas l'intersubjectivité qui s'inscrit dans la relation clinique. Selon ces auteurs, il s'agit d'une approche médicale centrée sur la maladie. On cherche donc à diagnostiquer le problème identifié par des critères précis pour ensuite l'éradiquer avec la méthode éprouvée qui est adaptée. Pour Bourgeault, (2004) il s'agit d'une théorie qui mène à une catégorisation stigmatisée qui sert davantage l'expert que l'usager. Ce dernier plaide pour la reconnaissance de l'ambiguïté de toute intervention sociale « [...] prenant acte de ce que les réalités humaines concrètes ont d'unique et de mouvant. » Erving Goffman (1975) explique que le fait même de considérer une personne en dehors des normes par le stigmate qu'elle porte réduit ses chances :

*Les attitudes que nous les normaux, prenons vis-à-vis d'une personne affligée d'un stigmate et la façon dont nous agissons envers elle, tout cela est bien connu puisque ce sont ces réactions que la bienveillance sociale est destinée à adoucir et à améliorer. Il va de soi que par définition, que la personne qui a un stigmate n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toute sorte de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne.*<sup>9</sup>

Certains facteurs socio-économiques comme l'exigence de la rentabilité des méthodes et techniques employées confèrent à l'*evidence-based practice* une popularité grandissante dans le réseau de la santé et des services sociaux.

---

<sup>9</sup> Erving Goffman, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975, p.15.

La science nous répond abondamment sous un angle qui définit la réponse aux besoins selon les experts et non selon les usagers. D'ailleurs l'approche scientifique, l'*evidence-based practice*, comporte le risque important de sombrer dans une violence « scientiste » résultant d'un manque de lucidité sur les limites de cette approche (Malherbe, 2003).

#### 4.5 Les principaux concepts théoriques

Les concepts à l'étude pour cette recherche sont directement liés au cadre théorique. Ces concepts, croisés aux thèmes retenus pour les interviews, représenteront le modèle d'analyse des données.

- a) **La déviance sociale** se définit par les façons d'être, de penser et d'agir qui s'écartent des standards qui définissent la normalité dans une société donnée. La déviance sociale est réprimée par la société qui supporte ces standards moraux et juridiques (Lamarque, 1995).
- b) **La normalisation** est l'intervention visant à favoriser l'adaptation du déviant à la norme.
- c) **La stigmatisation** représente le processus d'étiquetage négatif d'une personne déviante de la norme prescrite. Il s'agit d'une disqualification sociale.
- d) **La déstigmatisation** est le contraire de la stigmatisation. Il s'agit de la requalification sociale d'une personne stigmatisée.

- e) **Identité sociale** : Définition subjective en terme de rôles et de positionnement dans la structure sociale.

## **CHAPITRE V**

### **5. LA MÉTHODOLOGIE**

#### **5.1 Le type d'étude**

Il s'agit d'une recherche qualitative qui s'intéresse au sujet sous l'angle de l'interactionnisme symbolique. Le choix de cette approche est fondamentalement lié au but de la recherche qui vise la découverte et l'exploration du phénomène de construction de sens de l'interaction intervenant/usager. L'objectif de ce type de recherche consiste précisément à connaître l'expérience perceptuelle et subjective des personnes interrogées. D'ailleurs le choix du cadre théorique, soit l'interactionnisme symbolique, est lié, entre autres, à la place privilégiée accordée par ses artisans aux interactions individuelles ou collectives susceptibles d'influencer le sens des actions et des situations des individus. (Poupart, 2003).

#### **5.2 Le choix de l'échantillon**

Le choix de l'échantillon s'appuie sur l'intérêt de l'étudiant-chercheur pour les processus de stigmatisation et de déstigmatisation propres à l'interactionnisme. Le choix des personnes présentant un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie est lié au fait que l'une ou l'autre de ces problématiques prises séparément est propice à la stigmatisation. L'effet de stigmatisation est exponentiel lorsque l'un s'ajoute à l'autre. Concrètement, une personne souffrant d'un problème

de santé mentale peut être stigmatisée. Si cette personne se soigne, son effort d'adaptation lui vaudra un allègement du stigmate. Si cette même personne, plutôt que de se soigner abuse de psychotropes souvent illégaux, son stigmate risque de s'alourdir considérablement. Par le choix de cet échantillon, il fut estimé que les facteurs de stigmatisation et de déstigmatisation contribuant à la création de l'identité sociale seront suffisamment identifiables pour en tirer certaines conclusions.

### 5.3 Sélection des sujets

Il s'agit d'un échantillon non probabiliste par choix raisonné (Fortin, 1996). Les caractéristiques suivantes furent les critères recherchés chez les personnes interviewées :

1. Être un homme ou une femme ;
2. Être âgé entre 18 et 55 ans ;
3. Présenter un problème de santé mentale **grave** (troubles affectifs, troubles anxieux, schizophrénie, troubles de personnalité grave, etc.) ;
4. Avoir une consommation de psychotropes **jugée problématique** par l'intervenant ou le médecin (psychiatre ou omnipraticien) ;
5. Présenter un fonctionnement social, professionnel ou académique **significativement altéré** par l'état de santé mentale et la consommation de psychotropes ;
6. Avoir présenté une demande de service au **CSSS du Suroît** au cours des six derniers mois **ou** être actuellement suivi au **CSSS du Suroît**.

### **5.3.1 L'âge des sujets**

Il fut décidé que l'échantillon sera composé d'adultes de moins de 55 ans pour éviter les facteurs de stigmatisation liés à l'âgisme qui auraient pu s'ajouter et créer un biais.

### **5.3.2 Problèmes de santé mentale graves**

Les problèmes de santé mentale sont qualifiés de graves lorsqu'ils ont pour conséquences l'altération significative des relations interpersonnelles, des compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans l'un de ces trois domaines est un indice pour reconnaître un problème de santé mentale grave (MSSSQ, 2005). Les troubles de santé mentale dits modérés sont moins handicapants et donc moins susceptibles de stigmatisation.

### **5.3.3 Consommation de psychotropes**

Il est nécessaire que la consommation soit jugée problématique par l'intervenant référant sans critère objectif à ce propos révèle l'intention de l'étudiant-chercheur de saisir le vécu subjectif et teinté des acteurs de l'interaction qui est l'objet de notre attention.

### **5.3.4 Fonctionnement social, professionnel ou académique significativement altéré**

Le fonctionnement social se définit comme suit : « Processus par lequel, les individus, les familles les groupes et les collectivités cherchent à satisfaire leurs besoins par des interactions avec leur environnement. Ces besoins peuvent être d'ordre psychologique, psychosocial et social. »<sup>10</sup> Le fonctionnement professionnel ou académique revêt son sens dans la mesure où on considère généralement ces domaines comme les principaux lieux d'intégration sociale.

### **5.3.5 Demande de service au CSSS ou suivi**

Le sujet devra avoir rencontré un intervenant ou être suivi par un intervenant du domaine de la santé mentale au CSSS sans égard à la discipline. Au CSSS du Suroît, cet intervenant peut être un médecin, un infirmier, un travailleur social, un agent de relations humaines ou un psychologue. Le dénominateur commun pour les intervenants ayant été en interaction avec les sujets interviewés est qu'ils auront évalué ou offert un service psychosocial ou psychologique à ces derniers.

## **5.4 Recrutement des sujets**

Pour rencontrer des candidats potentiels, j'ai communiqué avec les partenaires communautaires et institutionnels du territoire du CSSS du Suroît susceptibles d'être en contact avec l'échantillon recherché.

---

<sup>10</sup> Ordre des travailleurs sociaux du Québec, *Les normes de pratique des travailleurs sociaux*, Montréal, 1993, p.3.

Conformément aux recommandations du Comité institutionnel d'éthique de l'UQAM, les candidats ayant reçu ou recevant des services de l'équipe de l'étudiant-chercheur furent exclus. L'objet de cette exclusion étant d'éviter au maximum les biais d'appréciation des personnes interviewées.

Une rencontre avec une personne de ces équipes et organismes et l'envoi d'une lettre (annexe 1) a permis d'entrer en contact avec huit candidats répondant aux critères recherchés. Les huit candidats furent retenus pour la recherche. Il s'agit de six femmes et de deux hommes. Les partenaires sollicités pour me mettre en lien avec les candidats potentiels furent les suivants : Via l'anse (organisme pour hommes violents) ; Pacte de rue (travail de rue) ; La Maison d'hébergement dépannage de Valleyfield, l'équipe de santé mentale du CLSC Seigneurie de Beauharnois et le Centre de jour de psychiatrie du Centre hospitalier régional du Suroît. Nos interviews nous ont permis de recueillir des données qui sont relatives à l'ensemble des services de santé mentale du CSSS du Suroît à l'exception du Centre de jour de psychiatrie. Les sujets ont reçu ou reçoivent actuellement des services de l'équipe de santé mentale de la mission CLSC du CSSS (CLSC Seigneurie de Beauharnois), de la clinique externe de psychiatrie de la mission hospitalière (Centre hospitalier régional du Suroît) ou du service interne de psychiatrie également de la mission hospitalière.

## **5.5 Le terrain d'échantillonnage**

### **Le Centre de Santé et de Services Sociaux du Suroît**

En 2003, le projet de loi 25, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a transformé l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux. En lieu des régies régionales, les agences exercent désormais les pouvoirs, fonctions et devoirs que la loi 25 confie à celles-ci. La loi prévoit que chacune des agences a pour mission de mettre en place sur son territoire une organisation de services intégrés. Chaque réseau local doit comprendre une instance locale regroupant les établissements identifiés par l'agence, les services d'un centre local de services communautaires, d'un centre d'hébergement de soins de longue durée et, sauf exception, d'un centre hospitalier. De plus, dans chacun de ces réseaux locaux, on doit retrouver les activités et services de médecins, de pharmaciens, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des ressources privées.

En juillet 2004, le Centre de santé et de services sociaux du Suroît est né de la fusion du Centre hospitalier régional du Suroît, des Centres du Haut St-Laurent et du Centre local de services communautaires Seigneurie de Beauharnois. Ce nouveau modèle d'organisation repose sur la disponibilité d'une large gamme de services de première ligne, à proximité des milieux de vie et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes. Outre, le territoire identifié du réseau local, le CSSS du Suroît offre également des services hospitaliers au 195 000 personnes des trois territoires de MRC : Vaudreuil-Soulanges, Beauharnois-Salaberry et

Haut Saint-Laurent. Le CSSS du Suroît a également la responsabilité de conclure des ententes avec des établissements à portée régionale ou avec des établissements dispensant des services spécialisés et ultra-spécialisés à l'extérieur de la Montérégie.

La fusion des établissements ne se limite pas au niveau administratif de la structure mais également au niveau clinique. Le MSSS a identifié neuf programmes qui transcenderont les services des différents établissements des CSSS pour desservir la population d'un territoire : santé physique, services généraux, santé publique, santé mentale, perte d'autonomie due au vieillissement, jeune en difficulté, dépendances, déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement, déficience physique.

Le 8 novembre 2005, le CSSS du Suroît a adopté son plan d'organisation qui sera articulé autour de quatre principaux programmes-clientèles :

- Famille et services généraux
- Santé mentale
- Personne en perte d'autonomie
- Santé physique et affaires médicales

Les principaux services du programme de santé mentale du CSSS du Suroît sont la clinique externe de psychiatre, le service interne de psychiatrie, le court séjour de psychiatrie, le centre de jour de psychiatrie, l'équipe de suivi intensif dans le milieu et l'équipe de santé mentale de la mission CLSC.

La population desservie par le CSSS du Suroît est en grande majorité francophone et québécoise d'origine. Peu de personnes issues d'autres communautés culturelles se sont installées sur le territoire. À une heure de la métropole, la population active habite et travaille dans le Suroît. La principale activité économique de la région du Suroît est le secteur l'industriel de la transformation. Des milliers de travailleurs sont employés par des multinationales installés sur le territoire comme les usines Alcan et CEZinc. Toutefois, ce portrait tend à changer. Depuis 3 ans, les fermetures d'usines s'enchaînent dans la région du Suroît. En 2006, la fermeture de l'usine Gildan a entraîné 175 mises à pied. La fermeture des 6 usines de textile de Huntingdon a provoqué 800 pertes emploi en 2005. Récemment, en avril 2007, l'usine de pneus Good Year a annoncé la fermeture de son usine de Salaberry-de-Valleyfield entraînant la perte de 800 emplois.

### **5.6 La méthode de cueillette de données**

La méthode de cueillette de données choisie fut l'entrevue en profondeur semi-dirigée. Les questions posées n'étaient précisées que lorsque l'objet de la question était clairement écarté par une mauvaise compréhension linguistique. La reformulation fut utilisée à de nombreuses reprises dans chaque interview pour permettre l'approfondissement des idées exprimées par les gens. Chaque personne interviewée fut rencontrée pour une entrevue d'une durée moyenne d'une heure. Les rencontres furent enregistrées avec l'accord de la personne interviewée.

Dès le départ, nous avons été confronté à une difficulté importante à recruter les sujets pour nos interviews. Devant l'éventualité d'un échantillon très réduit, nous avons pris la décision de ne pas effectuer de pré-test afin de disposer du maximum de données.

Dans un premier temps, les questions posées auront visé la mise en contexte et la création d'un climat de confiance propice au dévoilement des perceptions subjectives recherchées. Les interviews furent réalisés au domicile des sujets, sauf dans un cas, pour induire l'idée aux gens qu'ils invitaient l'interviewer dans leur monde plutôt que le contraire. En somme, le climat des rencontres se devait d'être agréable et favorable aux confidences.

Les thèmes abordés étaient les suivants :

- 1- L'histoire personnelle et sociale ;
- 2- L'objet de la demande de service au CSSS ;
- 3- La perception du problème de santé mentale ;
- 4- La perception du problème de consommation de substances ;
- 5- La construction identitaire et l'intersubjectivité.

## **5.6 L'analyse des données**

Dans un premier temps, chaque verbatim fut analysé en étude de cas par les thèmes précédemment mentionnés. Dans un deuxième temps, l'ensemble des données recueillies et retranscrites en verbatim fut traité par analyse comparative, convergence et divergence. Nous nous sommes ici inspirés de la méthode de catégorisation conceptuelle des énoncés significatifs de Clément (2001). Dans la réalisation de sa

thèse de doctorat, «L'exclusion des personnes atteintes de maladie mentale : ancienne problématique, nouvelle réalité», Michèle Clément a procédé par analyse de contenu thématique. S'inspirant de la méthode de l'auteur, nous avons repéré les énoncés où les sujets jugeaient se distinguer par une caractéristique qui les écartait de la norme. Nous avons regroupé les énoncés convergents, regroupés par thèmes, qui ont ensuite été croisés aux principaux concepts que nous associons au processus de création identitaire. Nous sommes parti de la définition donnée à chacun de nos concepts (p.31) pour inférer les liens implicites ou explicites entre les énoncés. Par exemple, deux sujets ont exprimé une difficulté relationnelle avec l'intervenant en remettant en doute la capacité d'empathie de celui-ci relativement au fait que celui-ci a tout ce qui leur fait défaut. Nous considérons alors que cet énoncé fait référence à la norme voulant qu'un certain nombre d'acquis est nécessaire pour appartenir à la norme. Ainsi, la perception de ne pas prétendre à cette norme sociale est un élément de stigmatisation qui sera classé comme tel.

## CHAPITRE VI

### 6. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

#### 6.1 Caractéristiques de l'échantillon

La présentation de l'échantillon et des sujets de notre recherche se fera dans la préoccupation de la confidentialité garantie aux personnes interviewées. Dans le but d'obtenir le maximum d'information, exempte de biais d'appréciation ou de toute forme de crainte de représailles actives ou passives, nous avons garanti aux personnes interviewées, que d'aucune façon, les résultats présentés dans le présent mémoire ne pourraient permettre à qui que ce soit, y compris leur intervenant, de les identifier. L'ensemble des sujets interviewés est actuellement suivi au CSSS du Suroît dans l'une des équipes du programme de santé mentale.

Les sujets interviewés répondaient aux caractéristiques relatives aux critères d'échantillonnage déterminés pour le recrutement de ceux-ci.

#### Critères d'échantillonnage

- 1- Être un homme ou une femme.
- 2- Être âgé entre 18 et 55 ans.
- 3- Présenter un problème de santé mentale **grave** (troubles affectifs, troubles anxieux, schizophrénie, troubles de personnalité grave, etc.).
- 4- Avoir une consommation de psychotropes **jugée problématique** par l'intervenant ou le médecin (psychiatre ou omnipraticien).
- 5- Présenter un fonctionnement social, professionnel ou académique **significativement altéré** par l'état de santé mentale ou la consommation de psychotropes.
- 6- Avoir présenté une demande de service au **CSSS du Suroît** au cours des six derniers mois **ou** être actuellement suivi au **CSSS du Suroît**.

Répondant aux critères d'échantillonnage, six femmes et deux hommes ont accepté de répondre à nos questions. Quatre sujets étaient âgés entre 18 et 25 ans, deux sujets étaient âgés entre 26 et 30 ans, un sujet se situait au début de la trentaine et un dernier sujet était au début de la quarantaine.

Les sujets nous furent référés directement par des professionnels de la santé mentale des différentes équipes du programme de santé mentale du CSSS du Suroît. Nous n'avons obtenu aucune référence des organismes communautaires sollicités.

Lorsque que les intervenants communiquaient avec l'étudiant-chercheur, ils vérifiaient systématiquement la conformité aux critères d'échantillonnage. Il nous fut ainsi permis de noter les diagnostics et l'objet du traitement de chaque sujet ce qui permet de les comparer à la nature de la demande de service. Dans un premier temps, il est d'ailleurs exposé dans le tableau 6.1 les diagnostics psychiatriques que les intervenants nous ont transmis lors de la référence des sujets.

Aucun critère précis concernant la consommation de psychotropes ne fut transmis aux intervenants référents quant à l'échantillonnage. Le seul critère subjectif de consommation jugée abusive était suffisant. D'ailleurs, dans les entretiens téléphoniques avec les intervenants référents, il ne fut très peu mention de cette question et aucune information d'intérêt ne fut notée à ce propos. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un point d'analyse sur lequel nous nous attarderons, nous jugeons à propos de présenter au lecteur un vague portrait de la consommation de substances psychoactives non prescrites des sujets interviewés. Le tableau 2 présente une vision globale des sujets relative à nos deux principaux critères d'échantillonnage : un problème de santé mentale grave et une consommation de psychotropes non prescrits jugé problématique. Nous accordons une importance particulière à ces deux critères que nous jugeons être les principaux facteurs de stigmatisation.

**Tableau 6.1 Caractéristiques des sujets liées à leurs psychopathologies et leur usage de psychotropes**

<b>Sujets et durées des interviews</b>	<b>Diagnostics psychiatriques nommés par le référent</b>	<b>Substances régulièrement consommées</b>	<b>Fréquence de consommation nommée par le sujet</b>
Sujet 1 1h35	Dépression majeure, trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	Marijuana	Quotidienne
Sujet 2 0 h55	Trouble de personnalité limite, trouble de l'identité	Marijuana amphétamine Cocaïne	Régulière et abusive (plusieurs jrs/sem.)
Sujet 3 1h10	Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	Alcool Amphétamine	Régulière et abusive (plusieurs jrs/sem.)
Sujet 4 0h45	Trouble de personnalité non spécifié, trouble de stress post-traumatique	Marijuana	Quotidienne
Sujet 5 1h20	Anorexie, dépression majeure	Marijuana Amphétamine Ecstasy	Quotidienne
Sujet 6 1h15	Trouble bipolaire	Marijuana Alcool Cocaïne	Occasionnelle et abusive
Sujet 7 0h40	Trouble de personnalité limite	Marijuana Alcool	Quotidienne
Sujet 8 1h05	Trouble bipolaire, trouble de personnalité limite	Marijuana Amphétamine Ecstasy Alcool	Occasionnelle et abusive

## **6.2 Analyse comparative par catégorisation des énoncés conceptuels**

Par une démarche d'analyse comparative, les principaux énoncés de sens convergents furent extraits des verbatims, puis classés selon les principaux thèmes qui guidèrent les entrevues dans notre recherche des facteurs expliquant le phénomène de création identitaire dans l'interaction avec l'intervenant. Ces quatre thèmes sont :

- 1- L'objet de la demande de service au CSSS du Suroît ;
- 2- La perception du problème de santé mentale ;
- 3- La perception de la consommation de substances psychotropes ;
- 4- La construction identitaire et l'intersubjectivité.

Les énoncés de sens notés furent classés sous les thèmes précédemment mentionnés et croisés aux concepts théoriques (voir chapitre 4) que nous associons au processus de création identitaire. Les concepts théoriques retenus pour l'analyse sont :

- Déviance sociale ;
- Désir de normalisation ;
- Intervention de normalisation ;
  - stigmatisation,
  - déstigmatisation.

## **Déviance sociale**

La déviance sociale se définit par les façons d'être, de penser et d'agir qui s'écartent des standards qui définissent la normalité dans une société donnée. La déviance sociale est réprimée par la société qui supporte ses standards moraux et juridiques (Lamarque, 1995).

La consommation de psychotropes non prescrits représente un élément de déviance sociale pour les gens présentant un problème de santé mentale pour deux raisons principales. D'abord, il peut souvent s'agir de substances illégales et ensuite, selon les normes sociales en vigueur, une personne souffrant d'un problème de santé mentale devrait se soigner et non consommer des psychotropes non prescrits ce qui devient alors répréhensible.

Selon la logique fonctionnaliste, un problème de santé mentale est un élément de déviance sociale tant que les façons d'être, de penser et d'agir de son porteur ne sont pas normalisées.

Pour qu'il y ait une déviance sociale, il doit y avoir une norme sociale. Pour les fins de notre analyse, nous situons ces deux concepts aux deux extrémités d'un continuum où le désir de normalisation et ses actions, ainsi que l'intervention de normalisation avec ses facteurs déterminants de stigmatisation et de déstigmatisation, représentent des éléments d'évolution sur ce continuum générateur, entre autres, de l'identité sociale (voir tableau 3). Nous considérons toutefois que sur un pareil continuum, le sujet se situe en déviance tant que la norme prescrite n'est pas atteinte.

### **Désir de normalisation**

Le désir de normalisation émane du déviant à la norme. C'est la prise de conscience d'une tendance vers le standard connu ou imaginé de la norme. Il s'agit des énoncés des sujets qui expriment le vœu de tendre vers la norme pour différentes raisons.

### **Intervention de normalisation**

L'intervention de normalisation vise à favoriser l'adaptation du déviant à la norme. Il s'agit ici de l'intervention psychologique, psychosociale ou sociale réalisée auprès des sujets rencontrés. Dans le cadre de cette recherche de perspective interactionniste, nous considérons que l'identité sociale se crée dans les rapports sociaux. Conséquemment, la relation entre le sujet et son intervenant devrait avoir une influence sur le processus de création identitaire. Ces interventions sont susceptibles d'engendrer de la stigmatisation ou, au contraire, avoir pour effet de déstigmatiser une identité sociale préalablement stigmatisée.

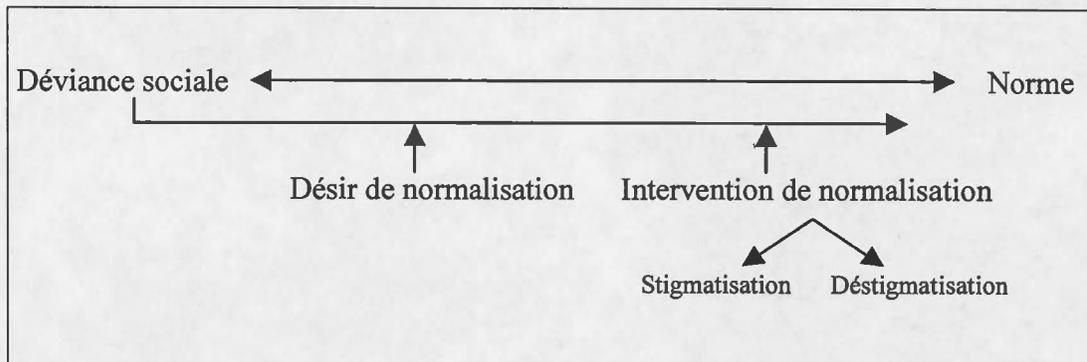
### **Stigmatisation**

La stigmatisation représente le processus d'étiquetage négatif d'une personne déviante de la norme prescrite. Il s'agit d'une disqualification sociale.

### **Déstigmatisation**

La déstigmatisation est le contraire de la stigmatisation. Il s'agit de la requalification sociale d'une personne stigmatisée. Il peut s'agir, par exemple, d'une intervention visant à dédramatiser un diagnostic pour soulager le porteur d'une étiquette négative.

**Tableau 6.2 Continuum de la déviance à la norme**



### 6.3 Résultats de la recherche

Les résultats de la recherche sont présentés au lecteur sous les quatre thèmes qui furent la toile de fond de nos interviews : l'objet de la demande de service au CSSS du Suroît, la perception du problème de santé mentale, la perception de la consommation de substances psychotropes et finalement, la construction identitaire et l'intersubjectivité.

D'abord, les questions de recherche qui furent posées sous chacun de ces thèmes sont exposées. Les principaux énoncés convergents sont ensuite présentés au lecteur. Ces mêmes énoncés sont ensuite classés dans un tableau qui offre une première analyse des résultats catégorisés selon les concepts théoriques auxquels l'étudiant-chercheur les associe.

### **6.3.1 Thème 1 : Objet de la demande de service**

#### **Question 1**

#### **Quel est le problème qui vous a amené à demander de l'aide au CSSS ?**

Le tableau qui suit expose de façon détaillée les réponses à cette question. Nous avons classé ces résultats sous le concept de déviance sociale en raison du mode d'intervention généralement offert à ces gens dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les services en santé mentale, particulièrement en psychiatrie, sont construits autour de l'opposition de la maladie et de la santé donc de la déviance et de la norme (Goffman, 1967). Comme les référents communiquaient directement avec l'étudiant-chercheur pour référer les sujets intéressés à participer à la recherche, ceux-ci nous mentionnaient systématiquement les diagnostics psychiatriques pour lesquels ces gens recevaient des services en santé mentale. Dans le tableau 6.3, ces diagnostics sont notés sous « dx connus » et l'objet de la demande de service des sujets, conséquemment la perception de son état, est décrit sous « Sujet ».

#### **Énoncés convergents**

Pour 7 sujets, l'objet de la demande de service initiale ne correspond pas au diagnostic psychiatrique pour lequel celui-ci est traité. Parmi ceux-ci, pour deux sujets qui présentaient deux diagnostics, un seul diagnostic correspondait à leur demande de service.

#### **Énoncés divergents**

Un seul sujet sur les huit interrogés a exposé une demande de service exactement correspondante relative au diagnostic psychiatrique pour lequel il était traité.

## Question 2

### Quel était le résultat attendu de cette demande d'aide ?

Ces réponses furent classées plus précisément en fonction de l'intention explicite, soit le désir de normalisation.

### Énoncés convergents

Cinq sujets ont répondu en des termes semblables correspondant à l'expression populaire « être comme tout le monde ».

*«J'ai pas rien dans la vie. Si j'avais un peu plus d'argent, peut-être que je pourrais m'acheter du linge, m'acheter une télévision. T'check mon chum, y a une maison, un système de son pis toute. J'aurais toujours voulu avoir ça dans ma vie.»* Sujet 4

Comme le sujet 4, les sujets ayant manifesté le désir de normalisation avaient en commun de comparer désavantageusement leur situation psychosociale et socio-économique à une norme généralement illustrée par la situation des proches. Le fait d'occuper un travail et posséder certains biens comme une voiture et une maison ou un appartement fait consensus chez ces sujets comme indice de l'atteinte de la norme.

Trois sujets ont dit souhaiter apprendre à s'adapter au problème nommé. Tous porteurs d'un trouble de personnalité et résignés à leur condition, atteindre la norme se manifeste davantage dans l'effort fourni que dans la finalité en soi.

### Énoncés divergents

Deux sujets parmi les huit sujets interrogés ont mentionné que le résultat attendu de leur démarche était de comprendre leurs comportements *déviants*. Il n'ont fait

aucune mention à un désir de s'adapter ou de changer en pour atteindre une certaine norme.

*«(...)que j'avais besoin de parler de ma vie, des problèmes que j'avais vécu dans mon enfance peut être pour comprendre un peu plus mon niveau comportemental. Y a des choses que j'arrivais pas à saisir. J'va te dire franchement, le résultat j'y ai pas pensé, c'était plus pour (silence) une libération, pour parler à quelqu'un qui ne me jugerait pas. Pour moi, ça c'était ben important».* Sujet 1

*«Je pourrais enfin découvrir c'est quoi mon problème. Parce que est plus qualifier pour trouver mon problème. Je suis tout le temps en train de chercher pis cherche.»*

*Sujet 5*

### **Question 3**

**Quelles circonstances ont motivé votre demande d'aide ?**

Cette question aura permis d'approfondir les concepts qui suivent en amenant le sujet à préciser la situation problématique, la déviance, la situation souhaitable et le désir de normalisation.

**Tableau 6.3 Thème 1 : Objet de la demande de service**

Concepts Thèmes	Déviance sociale	Désir de normalisation	Intervention de normalisation	
			Stigmatisation	Déstigmatisation
<b>Objet de la demande de service nommée par le sujet</b>	<p><b>Sujet 1</b> Dépression</p> <p><b>Dx connus :</b> Dépression majeure, TOC</p> <p><b>Sujet 2</b> Idées suicidaires, adaptation liée à l'identité sexuelle</p> <p><b>Dx connus :</b> Personnalité limite, trouble de l'identité</p> <p><b>Sujet 3</b> Deuil, perte d'un fondement identitaire</p> <p><b>Dx connus :</b> TSPT</p> <p><b>Sujet 4</b> Pauvreté, agressivité, douleur chronique</p>	<p><b>Sujets 2, 3, 4, 5, 6</b> Souhaitent être « comme tout le monde »</p> <p><b>Sujets 2, 5, 7</b> Souhaitent apprendre à s'adapter au problème nommé</p> <p><b>Sujets 1 et 5</b> Désirent comprendre leurs comportements</p>		

<p><b>Objet de la demande de service nommée par le sujet (suite)</b></p>	<p><b>Dx connus :</b> TP non spécifié, TSPT possible</p> <p><b>Sujet 5</b> Trouble de personnalité non spécifié, dépression majeure</p> <p><b>Dx connus :</b> Anorexie, dépression majeure</p> <p><b>Sujet 6</b> Agressivité, pauvreté, isolement social</p> <p><b>Dx connu :</b> Trouble bipolaire</p> <p><b>Sujet 7</b> Automutilation, idéation suicidaire</p> <p><b>Dx connu :</b> TP limite</p> <p><b>Sujet 8</b> Dépression</p> <p><b>Dx connus :</b> Trouble bipolaire, personnalité limite</p>			
--	--	--	--	--

### 6.3.2 Thème 2 : Perception du problème de santé mentale

#### Question 4

#### Quelle est votre compréhension de votre problème de santé mentale ?

Le lecteur notera que la question du diagnostic psychiatrique, son évaluation et le traitement qui y sont associés prennent une place importante dans les réponses des sujets à nos questions. Les questions de l'étudiant-chercheur n'ont d'aucune façon été orientées de façon à tirer les informations sous cet angle. Les réponses des sujets faisant amplement référence aux diagnostics psychiatriques semblent témoigner de la culture qui prévaut dans les services de santé mentale au CSSS du Suroît.

#### Énoncés convergents

Cinq sujets ont exposé la compréhension leurs problèmes de santé mentale sous l'angle du diagnostic psychiatrique et du traitement associé.

*«J'ai un trouble de personnalité (...) Mais c'est dur à dire parce que ça fait quant même trois mois que je prend des anti-dépresseurs pis ça a aidé un petit peu du point de vue physique et énergétique mais du point de vue dans ma tête, y encore des hauts et des bas. Dans les troubles de personnalité t'a de la misère à trouver ton identité t'sais, je sais pas comment le dire mais contrôler tes comportements, ça devient que je fais des crises pis je sais pas pourquoi.»* Sujet 5

#### Énoncés divergents

Trois sujets ont expliqué leurs problèmes de santé mentale en les associant à des difficultés ou à des traumatismes vécus dans l'enfance. Formulés sous forme d'hypothèses, ces sujets ont exposé des causes extrinsèques pour expliquer

l'apparition de leurs problèmes de santé mentale. Ces sujets amènent une hypothèse différente de celle du thérapeute.

### **Question 5**

**Selon vous, quelle a été la compréhension de l'intervenant de votre problème et de la solution à y apporter ?**

#### **Énoncés convergents**

Parmi les réponses recueillies à cette question, on note une objectification du sujet par la pharmacothérapie. Les sujets mentionnaient que la façon dont la pharmacothérapie est utilisée semble être une solution à tous les maux de ceux qui présentent un problème de santé mentale comme s'ils ne pouvaient avoir des problèmes affectifs comme les gens considérés appartenir à la norme.

*« [ ] T'sais , c'est pas à cause que t'as un problème que tes pilules marchent pas pis qu'il faut les changer. Aussitôt qu'on dit qu'on a quelque chose : des pilules, des pilules. T'sais y a pas juste des pilules qui aident...des fois, parler ça aide pis après tu te sens ben mieux. »* Sujet 2

Pour cinq sujets, la compréhension par l'intervenant du problème aura été une hypothèse diagnostique à laquelle un traitement général est associé.

#### **Énoncés divergents**

Pour quatre sujets, le fait qu'un professionnel de la santé mentale ait posé une hypothèse diagnostique permettant d'expliquer le comportement déviant a eu pour effet la dédramatisation puis la déstigmatisation.

### Question 6

**(Dans le cas d'une différence) Comment expliquer que l'intervenant ait une compréhension différente de la vôtre du problème ?**

#### Énoncés convergents

Pour trois sujets, l'évaluation diagnostique eu un effet stigmatisant. Le fait d'être associé à un groupe d'individus porteurs des même symptômes, la généralisation diagnostique, fut considérée déshumanisante.

*«Je trouve qu'ils généralisent. T'sais, je sais pas combien y a de patients, mais on est pas toutes pareilles. T'sais, il faut qu'ils se prennent différemment...il y en a qui sont plus difficiles à parler que d'autres. »* Sujet 2

Ces trois mêmes sujets et deux autres ont jugé que leur souffrance était invalidée par le diagnostic retenu par l'intervenant. L'intervention réalisée ne correspondait donc pas à la demande de service selon la perception de ces sujets. En somme pour ces gens, l'objet de la souffrance tel qu'ils la percevaient n'avait pas la même importance que la perception de l'intervenant.

#### Énoncés divergents

Deux sujets ont jugé que les compétences professionnelles de l'intervenant expliquait la compréhension différente du problème et cela les rassurait de connaître une explication médicale à leurs maux.

**Tableau 6.4 Thème 2 : Perception du problème de santé mentale**

Concepts Thèmes	Déviance sociale	Désir de normalisation	Intervention de normalisation	
			Stigmatisation	Déstigmatisation
<b>Perception du problème de santé mentale</b>		<b>Sujets 1, 2, 7</b> Explication du problème : relatif à l'enfance	<b>Sujets 2, 4, 5</b> Intervention basée sur une généralisation diagnostique  <b>Sujets 2, 4, 5, 6, 7</b> Invalidation de l'objet de la souffrance nommée au profit du dx par l'intervenant  <b>Sujets 1 et 8</b> Objectification <sup>11</sup> du sujet par la pharmacothérapie	<b>Sujets 1 et 3</b> Dédramatisation du dx  <b>Sujets 5 et 8</b> Diagnostic rassurant : savoir et connaître

<sup>11</sup> Selon Malherbe, «L'objectification dans les soins consiste à ne pas prendre la peine de réapproprier au sujet dont on est censé prendre soin, ce que l'on a appris grâce à l'objectivation de son corps. Ce dernier est alors réduit à une simple machine anonyme, sans histoire et dépourvue de subjectivité, alors même qu'il est habité par un sujet», 2003, p.39.

### **6.3.3 Thème 3 : Perception de la consommation de psychotropes**

#### **Question 7**

#### **Parlez-moi de votre consommation de (...).**

À la manière d'une question ouverte, nous reprenons la perception que le sujet a de sa consommation de psychotropes non prescrits. Nous avons nommé le ou les psychotropes dont le sujet nous avait parlé depuis le début de l'entrevue. Le tableau 2 dresse un portrait sommaire du type de consommation des sujets.

#### **Énoncés convergents**

Les huit sujets m'ont confirmé avoir une consommation quotidienne ou régulière de psychotropes non prescrits.

Trois sujets ont expliqué consommer pour se détendre ou relaxer. Quatre sujets nous ont dit consommer pour se soulager d'une souffrance psychologique même si, d'une certaine façon, certaines pratiques comme l'usage de cannabis pour relaxer sont davantage normalisés. Toutefois dans notre société, il s'agit encore d'un acte délictuel que nous devons néanmoins associer à la déviance.

Cinq sujets m'ont affirmé leur intention d'agir sur leur consommation qu'ils jugeaient problématique.

#### **Énoncés divergents**

Un seul sujet a ouvertement mentionné faire usage de psychotropes à des purement fins récréatives.

### Question 8

Selon vous, que pense l'intervenant de votre consommation ?

#### Énoncés convergents

Sept sujets ont expliqué que leur intervenant banalisait leur consommation de psychotropes ce qui a un effet déstigmatisant sur la consommation de psychotropes, si stigmaté il y avait.

*« Lui, (l'intervenant) ça semble pas le déranger plus qui faut. C'est sûr qu'il m'a dit si tu viens aux rencontres gelés ça marche pas. »* Sujet 1

Cinq sujets ont mentionné que l'intervention du professionnel de la santé mentale, en ce qui a trait à l'usage de psychotropes non prescrit, s'est essentiellement réduit à de la sensibilisation relative au problème de santé mentale et au traitement associé, ce qui n'est pas sans effet stigmatisant.

*« Ben dans le fond y dit que c'est ma vie mais y é pas d'accord avec les pelules parce que ça fait pas un bon mélange...des fois l'effet que les pelules ça peut apporter ça fait pas un bon (silence) un bon mixte là. »* Sujet 2

#### Énoncés divergents

Un sujet a expliqué qu'il décevait son intervenant lorsqu'il consommait.

*« (...)pis je sais qu'elle est pas contente...Elle m'as donné des papiers là dessus. Je la déçois quant je lui raconte mes affaires... Ça me fait quelque chose parce j'ai reçu quelqu'un qui s'inquiète beaucoup pour moi. Quelqu'un qui veut mon bien-être... »*

Sujet 3

**Tableau 6.5 Thème 3 : Perception de la consommation de psychotropes**

Concepts Thèmes	Déviance sociale	Désir de normalisation	Intervention de normalisation	
			Stigmatisation	Déstigmatisation
<p><b>Perception de la consommation de psychotropes</b></p>	<p><b>Sujets 1 et 8</b> Usage quotidien ou régulier d'au moins un psychotrope non prescrit</p> <p><b>Sujets 1, 4, 7</b> Pour relaxer</p> <p><b>Sujets 2, 3, 5, 6</b> Pour soulager une souffrance psychologique</p> <p><b>Sujet 8</b> Usage récréatif</p>	<p><b>Sujets 2, 3, 4, 7, 8</b> Manifeste le souhait de diminuer.</p> <p>Considère la consommation problématique.</p>	<p><b>Sujet 3</b> Déçoit son intervenant lors qu'il consomme</p> <p><b>Sujets 2, 5, 6, 7, 8</b> Sensibilisation de l'usage de psychotropes vs traitement et problème de santé mentale</p>	<p><b>Sujets 1, 2, 4, 5, 6, 7</b> Banalisation de la consommation de psychotropes par l'intervenant</p>

#### 6.3.4 Thème 4 : Intersubjectivité et construction identitaire

##### Question 9

**Selon vous, quelle image l'intervenant s'est-il fait de vous ?**

##### Énoncés convergents

Trois sujets ont mentionné avoir l'impression que leur intervenant avait une perception positive d'eux.

*«Je pense qu'il trouve ça le fun de travailler avec moi. On a du fun. Il sait que je travaille sur moi. »* Sujet 8

##### Énoncés divergents

Deux autres sujets ont expliqué que parfois leur intervenant semblait déçu d'eux en raison de l'absence de progrès réalisé.

*«(long silence) Peut-être qui s'attendait à plus...j'sais pas...Il s'attendait à plus. Que mon comportement change...peut-être en mieux...»* Sujet 2

##### Question 10

**Quelle image avez-vous de l'intervenant que vous avez rencontré ?**

À cette question, les gens ont plutôt répondu en décrivant la qualité de la relation qu'ils vivaient avec leur intervenant.

### Énoncés convergents

Trois sujets ont eu l'impression que ce qu'ils racontaient n'était pas crédible. L'un d'eux a d'ailleurs expliqué avoir dû prouver ses dires à son intervenant.

*« Monsieur (l'intervenant), lui, y m'a pris au sérieux quant j'y ai amené mes papiers. Mais pas au début! Y me croyait pas, man ! Y m'a fait comme chier le gars(...). T'sais au début, y m'a traité de menteur. Ça, ça marchait pas. J'ai amené le dossier pis là le gars y me croit ».* Sujet 4

Trois sujets ont rapporté avoir continuellement eu l'impression que leur opinion ne valait pas celle de l'intervenant. Pour ces trois sujets, il s'agissait de la non-concordance de la demande de service via l'offre de service. Ces gens souhaitent agir directement sur ce qu'ils jugent être à l'origine de leur souffrance tandis que les intervenants ciblent le diagnostic psychiatrique de façon prioritaire.

*« (...) Mais disons que pour eux autres c'est plus compliqué que ça. Ils veulent régler mon borderline en premier que je sois stable. L'affaire que j'explique, que c'est ben beau borderline, mais attends, attends, mais pendant ce temps-là, le moral en prend un coup. »* Sujet 2

Cinq sujets ont perçu un désir sincère de l'intervenant à aider.

*« Je sais qu'elle veut vraiment mon bien. Elle a l'air d'avoir vraiment peur pour moi des fois. Ça fait drôle pis pas drôle en même temps. »* Sujet 7

Le sujet 2 s'est exprimé ainsi : *« Il m'a montré que je peux leur faire confiance à eux-autres pareil même si...c'est du monde normal comme nous autres. »*

### Énoncé divergent

Deux sujets ont exprimé une difficulté relationnelle remettant en doute la capacité d'empathie de l'intervenant relativement au fait que celui-ci a tout ce qui leur fait défaut.

*«T'sais (l'intervenant) a du cash en masse. Y a son char, sa maison pis une famille sûrement. On est pas toujours à la même place.»* Sujet 2

### Question 11

**Quelle image avez-vous de vous-même ?**

Les principaux extraits des réponses sont présentés ci-dessous.

*« Une femme qui a beaucoup de courage. »* Sujet 1

*« Très souvent, je me sens un raté... parce que j'ai 26 ans légale pis généralement à 26 ans, soit que le monde ont un travail, un char, une maison, un appart, y'ont une famille, pis moi je suis pas rendu à cette étape-là. »* Sujet 2

*« Quelqu'un qui ne sait pas ce qu'il veut dans la vie... »*Sujet 3

*« Moé j'me trouve looser. J'ai pas rien dans la vie.(...) looser pas mal de prendre un couteau. Des fois je suis tellement découragé, je feel suicidal. Des fois je pense à le faire mais je le ferais pas parce que la vie est belle quand même. »* Sujet 4

*« En deux mots...comme pas mal différente des autres. Pas mal marginalisée par rapport aux autres et c'est pas à cause de comment je pense et je vois la vie. On dirait que je fit pas dans la société et dans la vie. »* Sujet 5

*« Je le sais même pas c'est quoi mon image de moi. »* Sujet 6

*« C'est comme si j'étais tout le temps à côté d'un train qui passe vite pis que je peux pas embarquer dedans parce qu'il va trop vite. »* Sujet 7

*« Un gars correct... j'sais pas... »* Sujet 8

### **Question 12**

**Est-ce que la rencontre avec l'intervenant a modifié votre vision de vous-même ?**

#### **Énoncés convergents**

La majorité des sujets ont répondu que l'intervention avait eu un impact positif sur la perception qu'ils ont d'eux-mêmes. Trois sujets ont expliqué que le fait d'avoir été considéré comme une personne souffrante plutôt qu'un diagnostic fut libérateur de l'étiquette jusque-là portée.

*« T'sais la fameuse étiquette santé mentale, on l'a. Pis avec (l'intervenant), j'ai pas cette impression-là et pis je me sens beaucoup mieux. »* Sujet 1

#### **Énoncés divergents**

Deux sujets ont indiqué que la relation avec l'intervenant n'a eu aucun impact sur leur vision d'eux-mêmes.

**Question 13****Quel l'impact cette rencontre a-t-elle eu dans votre vie ?****Énoncés convergents**

L'ensemble des sujets ont mentionné que la rencontre avec un intervenant a eu un impact positif dans leur vie. Trois sujets ont précisé que cette rencontre avec l'intervenant leur aura permis de développer leur identité sociale et de mieux définir leur place en société.

*« (...) parce qu'il me disait de pas penser négatif pis qu'on a toutes nos bons côtés... pis y a toujours dit que vu que je suis une personne, j'ai droit à ma place autant que les autres. »* Sujet 2

**Énoncés divergents**

Un sujet (sujet 5) consent que la rencontre d'un intervenant aura eu un impact positif dans sa vie mais nuance son propos en soulignant que le fait d'avoir mobilisé ses ressources aura été le plus grand vecteur de changement dans sa vie.

**Tableau 6.6 Thème 4 : Intersubjectivité et construction identitaire**

Concepts Thèmes	Déviance sociale	Désir de normalisation	Intervention de normalisation	
			Stigmatisation	Déstigmatisation
<b>Intersubjectivité et construction identitaire</b>			<p><b>Sujets 2, 4, 5</b> Impression de ne pas avoir été cru</p> <p><b>Sujets 2, 4, 6</b> Impression que leur opinion ne valait pas celle de l'intervenant</p> <p><b>Sujets 2, 5</b> L'intervenant a tout ce qui leur fait défaut</p> <p><b>Sujets 2, 3</b> Ont l'impression de décevoir l'intervenant en l'absence de progrès</p>	<p><b>Sujets 1, 5, 7</b> Impression que l'intervenant a une perception de soi positive.</p> <p><b>Sujets 3, 5, 7</b> Impression d'être considérés comme une personne.</p> <p><b>Sujets 1, 2, 3, 4, 7</b> Sentent le désir sincère de l'intervenant à aider.</p> <p><b>Sujet 2</b> Les intervenants sont du « vrai monde comme nous autres ».</p> <p><b>Sujets 2, 3, 6</b> Plus conscients de leur identité.</p>

## CHAPITRE VII

### 7. LA DISCUSSION

#### 7.1 Interprétation des principaux résultats

Comme les récentes recherches portant sur l'offre de services pour les gens souffrant d'un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie n'ont guère abordé la dimension de l'identité sociale, nous nous référons donc principalement au cadre théorique de cette recherche pour dégager nos hypothèses.

L'analyse des résultats par catégorisation thématique des énoncés conceptuels nous a permis de dégager clairement les principales convergences des sujets interviewés. Dans un premier temps, les interprétations de l'étudiant-chercheur seront exposées par thème. Ensuite, nous réunirons l'ensemble des résultats pour proposer une réponse à notre question de recherche :

*Quels sont les facteurs contribuant à la création de l'identité sociale chez les usagers des services de santé mentale présentant un trouble concomitant de toxicomanie à travers l'interaction avec les intervenants dans un centre de santé et de services sociaux ?*

##### 7.1.1 Thème 1 : Objet de la demande de service

D'abord, considérant que le fonctionnalisme théorique est la logique qui sous-tend l'offre de soins et de services du réseau de la santé et des services

sociaux, nous devons alors considérer les problème de santé mentale comme des déviations. Dumont (1994) explique que le fonctionnalisme présuppose une analogie entre le corps humain et la société en tant que corps social. Les organes (les institutions) et leurs fonctions visent le bon fonctionnement du corps social. Ainsi, la norme sociale est induite du fonctionnement des institutions et lorsque le fonctionnement ou le comportement d'un individu ou d'un groupe déroge à la norme prescrite cela est considéré comme une déficience de fonctionnalité, une déviance.

La lecture verticale du tableau 6.3 présentant les résultats du thème 1 démontre que la moitié des sujets ont annoncé leur demande de service en fonction du diagnostic psychiatrique. Pourtant, lorsque questionné sur les circonstances ayant motivé leur demande de service au CSSS, l'objet de la souffrance verbalisée par plusieurs sujets était associé au fait de déroger à la norme prescrite. Le désir de rejoindre la norme était alors clairement manifesté. On se demande donc pourquoi présenter une demande de service en nommant la qualification sociale négative, l'étiquette, qui symbolise cette déviance.

La transgression d'une norme sociale n'est en rien une pathologie attachée en propre à l'individu pas plus qu'un dysfonctionnement du système social. C'est un jugement social, un stigmat, appliqué au déviant en réaction à cette transgression (Berger et Luckmann, 1996). C'est exactement ce qui se produit pour ces sujets interviewés qui ont endossé le diagnostic psychiatrique comme une identité virtuelle qui altère leur identité réelle.

Pour les quatre autres sujets qui n'ont pas appuyé leur demande de service au CSSS en fonction d'un diagnostic psychiatrique, la demande de service fut néanmoins directement orientée vers le traitement d'une pathologie psychiatrique. Je ne crois pas que l'objectification de la souffrance de

l'ensemble des sujets aura été temporaire pour le bénéfice du sujet et avec son consentement. L'usage de la terminologie diagnostique est à tel point répandu, tant chez l'utilisateur que l'intervenant, qu'un certain scientisme objectifiant vient aliéner de leur identité ces gens porteur d'un stigmatisme psychiatrique.

### **7.1.2 Thème 2 : Perception du problème de santé mentale**

Porteur d'un stigmatisme, certains sujets ont amené une hypothèse relative à des difficultés vécues dans l'enfance. Goffman (1963) explique que les stigmatisés trouveront des stratagèmes dans l'interaction sociale pour ménager leur identité discréditée. Sur cette base, nous proposons l'hypothèse que l'explication du problème de santé mentale, provoqué par des difficultés vécues dans l'enfance victime, allège le sujet de sa responsabilité de son dysfonctionnement social. Le stigmatisme serait donc ainsi moins lourd à porter.

À propos de l'intervention de normalisation qui est, bien sûr, le rôle de l'appareil d'État, conséquemment de l'intervenant en santé mentale du CSSS, tout nous porte à croire que le fonctionnalisme théorique est bien intégré. Plusieurs sujets ont mentionné que l'intervention réalisée avec l'intervenant était essentiellement basée sur des généralisations diagnostiques. La majorité des sujets ont également souligné avoir eu l'impression que le diagnostic posé par l'intervenant ainsi que le plan d'intervention associé avait plus d'importance que l'objet de la souffrance verbalisée par ceux-ci. En somme, le processus d'évaluation diagnostique et le protocole de traitement à y associer en fonction de la catégorisation effectuée par le professionnel déposent l'utilisateur de sa démarche personnelle. Selon Malherbe (2003), l'objectification est la forme de violence la plus fréquente dans la pratique des soins. Elle consiste à ne pas réapproprié à la personne ce que nous avons objectifié ou théorisé de façon objective sur sa propre condition. La personne n'est donc plus le

sujet avec lequel intervenir, mais l'objet sur lequel intervenir. Nous considérons que ce type d'intervention est, dans l'absolu, du pur scientisme qui crée et renforce le stigmaté.

L'ensemble des sujets s'est considéré déshumanisé, encore une fois objectifié, par l'usage à outrance de la pharmacothérapie. Dans les équipes de santé mentale, les médecins prescrivent et les autres professionnels vont travailler de pair pour encourager la compliance au traitement pharmacologique. Dans le domaine de la santé mentale, la médication a pour but d'atténuer l'intensité des symptômes diagnostiques. Comme le diagnostic est, dans plusieurs cas, la principale source de préoccupation du professionnel, la question de la pharmacothérapie est régulièrement abordée avec l'usager dès les premiers maux. Celui-ci est dès lors dépossédé de son droit d'éprouver de la tristesse, de l'anxiété ou pire, de la colère comme tout le monde. Son stigmaté est alors renforcé par ce traitement particulier.

Pour deux sujets chez qui un diagnostic psychiatrique fut posé préalablement par un psychiatre puis ayant bénéficié d'un suivi par la suite avec un autre intervenant, se sont dit heureux que le second intervenant prenne le temps de dédramatiser le diagnostic. Pour ceux-ci, le diagnostic représentait clairement un lourd stigmaté. L'intervention du second professionnel aura permis à ces gens de se réapproprier leur identité. Pour deux autres sujets, le fait de connaître le diagnostic qui explique leur condition fut rassurant et déstigmatisant. On pourrait toutefois croire que bien que rassurant, le fait de connaître son diagnostic est néanmoins stigmatisant, mais moins souffrant que le fait de ne pas comprendre ce qui nous arrive.

### **7.1.3 Thème 3 : Perception de la consommation de psychotropes**

Les huit sujets ont une consommation quotidienne ou régulière de psychotropes jugée problématique par leur intervenant. La majorité d'entre eux jugent également leur consommation problématique et songent à agir sur celle-ci. En ayant pour critère d'échantillonnage une consommation jugée problématique sur la base de critères subjectifs seuls connus du référent, nous avons souhaité ainsi avoir l'opportunité d'observer de quelle façon l'interaction pourrait en être teintée.

D'abord, selon la majorité des sujets, l'intervention réalisée en ce qui a trait à l'usage de psychotropes s'est limitée à une sensibilisation sommaire aux méfaits de l'usage de psychotropes lorsqu'on souffre d'un problème de santé mentale et qu'on suit une pharmacothérapie. Selon ceux-ci, aucune intervention visant l'arrêt ou la réduction de l'usage de psychotropes ne fut proposée. De plus, à l'exception d'un sujet, l'ensemble des personnes interviewées nous ont dit que l'intervenant banalisait l'usage de psychotropes en n'y accordant que peu d'importance. Ceci eut un effet de déstigmatisation, mais était-ce l'objectif d'intervention? Nous ne pouvons ici qu'exprimer notre étonnement. Trois hypothèses sont possibles :

- Il est fort probable que les intervenants ne disposent pas des connaissances requises en matière de toxicomanie pour intervenir adéquatement. Il est bien connu que dans la plupart des centres de soins en santé mentale, les services sont peu adaptés à la clientèle comorbide (FQCRPAT, 2005 ; Alarie, 2001). Les personnes présentant un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie sont souvent traitées dans des cadres où l'on ne s'attaque qu'à l'un des volets. On doit traiter les deux aspects de manière concurrente (Hood et al.1996).
- Ensuite, il est possible que l'invitation à un traitement intégré fut proposé, mais décliné par certains sujets. Pliant au biais d'appréciation, le sujet aura peut-être choisi de ne pas le dévoiler à l'interviewer dans le but d'éviter

d'alourdir un stigmaté déjà présent. Si on se réfère à Goffman (1963), il n'est pas rare que le stigmaté cherche à éviter de dévoiler certaines facettes déviantes de son identité déjà discréditée. Qu'elle soit superficielle ou non, cette intervention visant la normalisation d'un état déviant est porteuse de stigmatisation. Bien qu'objectivement l'usage de psychotropes est risqué pour l'ensemble de la population et l'est davantage pour plusieurs personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les raisons de ne pas consommer invoquées par les intervenants, selon les sujets, étaient relatives au problème de santé mentale.

- Finalement, selon Goffman (1963), dans certaines situations sociales où l'individu normal interagit avec une personne qu'il sait affligée d'un stigmaté, il se livrera à un exercice de catégorisation. L'intervenant essaiera donc de faire comme si la personne stigmatisée ne l'était pas ou, au contraire, comme si elle était pire qu'elle ne l'est en réalité. Conséquemment, l'intervenant négligera consciemment la question de l'usage de psychotropes pour éviter le malaise d'aborder directement des présuppositions relatives au stigmaté.

#### **7.1.4 Thème 4 : Intersubjectivité et construction identitaire**

Les convergences réunies sous ce thème nous amènent à une question fondamentale. Considérant que les humains agissent à l'égard des choses en fonction du sens que les choses ont pour lui et que ce sens est dérivé ou provient des interactions de chacun avec autrui, quelle est la conséquence sociale pour un individu stigmaté dont l'identité sociale est discréditée ? Il y a matière à approfondir cette question sous différents aspects, mais nous nous attarderons ici sur la dynamique de l'interaction entre l'aidé et l'aidant.

Goffman (1963) nommait les contacts mixtes ces instants où deux catégories identitaires de personnes, les normaux et les stigmatisés, se trouvent physiquement en présence l'une de l'autre et partagent une même situation sociale comme une simple conversation ou une participation commune à une réunion. C'est lorsque ces deux parties se trouvent directement en interaction qu'elles se voient contraintes d'affronter les causes et les effets du stigmaté.

Au cours de cette recherche, nous nous sommes efforcés d'observer comment la personne stigmatisée réagit à sa situation en présence de la personne considérée normale.

D'abord, plusieurs sujets ont exprimé l'impression que les faits qu'ils rapportaient étaient remis en doute et qu'ils avaient le fardeau de prouver leurs dires. Comme la personne souffrant d'un problème de santé mentale est en traitement psychologique, sa personnalité est souvent au centre de ses préoccupations (Goffman, 1967). Ainsi selon Goffman, les gens hospitalisés sont sujets à des formes très caractérisées d'apitoiement sur soi et conséquemment le personnel remet constamment les histoires racontées en doute. Nous osons ici dresser un parallèle avec les gens suivis en externe dont nos sujets font parti. Quelques-uns ont ajouté qu'ils ont eu l'impression que leur opinion n'avait pas la même importance que celle de l'intervenant et cela même si c'est bien eux qui se trouvaient au centre de l'intervention. Goffman (1967) explique cette dynamique par la dénivellation engendrée par la relation de service qui met en présence un spécialiste et un client, c'est-à-dire un savant et un ignorant. La science du savant porte sur le client lui-même et se fait savoir de l'ignorant et de son ignorance.

Ici, nous ajouterons à ces deux convergences les doléances de plusieurs sujets concernant la catégorisation diagnostique. Nous croyons que le travail de catégorisation diagnostique est objectifiant, et, conséquemment dans le contexte,

stigmatisant. Avec pour louable objectif d'objectiver l'homme et sa condition, cette démarche laisse plus souvent place à la l'objectification. Selon Malherbe (2003), l'objectivation est légitime dans son ordre comme un moment particulier et transitoire du travail médical, car elle permet le travail opératoire sur le corps, tandis que l'objectification n'est jamais acceptable, car elle consiste à considérer définitivement une personne comme une simple machine cybernétique, comme un objet, c'est-à-dire à la nier comme sujet<sup>12</sup>. Pour illustrer notre propos, nous citons un extrait de Goffman traitant de *l'homme comme chose* tiré de *Asile* (1967) :

*En tant que matériau, les hommes peuvent revêtir en quelque sorte les mêmes caractéristiques que des objets inanimés. Les chirurgiens préfèrent opérer des malades minces plutôt que des gros, parce que sur les gros les instruments glissent et qu'il faut commencer par trancher des tissus superflus. Dans les hôpitaux psychiatriques les services de la morgue préfèrent les cadavres de femmes minces à ceux d'hommes corpulents parce que les macchabées pesants sont difficiles à remuer et qu'il est malaisé d'enfiler des vestons d'hommes sur des membres raidis. De même, les bévues commises dans le maniement des objets, aussi bien animés qu'inanimés, peuvent laisser des traces révélatrices. Et, exactement comme un article usiné à la chaîne doit être accompagné d'une fiche-témoin portant indication des opérations exécutées, du nom de l'exécutant, de ce qui reste à faire et de l'identité des derniers responsables, un objet humain qui circule à travers l'organisation d'un hôpital psychiatrique par exemple, doit*

---

<sup>12</sup> Jean-François Malherbe, *Le cri de Dolorès : Penser la violence dans les relations d'aide*, Sherbrooke, Éditions G.G.C., 2003, p.168.

*être accompagné d'une série de renseignements qui donne le détail de ce qui a été fait au patient, de ce qu'il a fait lui-même, et le nom du dernier responsable qui l'a pris en charge.*<sup>13</sup>

Deux sujets ont expliqué avoir ressenti avec gêne l'impression que l'intervenant avait tout ce qui leur faisaient défaut. Les critères nommés par ces sujets étaient : posséder une voiture et une maison; avoir une famille et un travail valorisant. En effet, dans plusieurs cas cette réalité est indéniable. Toutefois pour le stigmatisé, il n'est pas nécessaire de consulter un professionnel de la santé mentale pour se comparer désavantageusement. Par contre, il est probable que la relation aidant-aidé vienne surajouter à cette autodépréciation, par la trame de fond d'un conflit entre deux groupes antagonistes revêtant tous les attributs objectifs d'une lutte de classe. D'un seul côté se trouvent monopolisés le savoir, le pouvoir et la liberté et de l'autre, l'ignorance, la dépossession de soi et la dépendance à l'égard du système (Goffman, 1967). Une relation privilégiée avec un intervenant considéré normal par le stigmatisé ne peut que renforcer la cassure en soi et ce qu'on exige de soi. Il pourra en résulter une consolidation du stigmate et du mépris de soi-même (Goffman, 1963).

À l'extrême opposé, un processus de déstigmatisation s'opère lorsque l'objectivation prend fin et lorsque l'aidé perçoit être considéré par l'intervenant comme un sujet plutôt qu'un objet. Dans cet ordre d'idées, les personnes interviewées déclaraient avoir l'impression que l'intervenant avait une bonne opinion d'eux et l'impression d'être considéré comme une personne plutôt qu'une catégorie diagnostique. Certains sujets ont également mentionné se sentir comme une véritable personne parce qu'ils avaient l'occasion de parler de leur souffrance et de leur

---

<sup>13</sup> Erving Goffman, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit, 1967, p.121.

aspiration. Certains ont clairement indiqué que la relation d'aide vécue leur permettait d'être plus conscients de leur identité personnelle et sociale. Ainsi pour ces personnes, la relation thérapeutique aura eu pour effet non seulement de traiter les symptômes diagnostiques, mais également de se réapproprier leur propre identité altérée par la maladie mentale ou par des services, précédemment reçus en santé mentale, qui auraient cristallisé le stigmate associé à la maladie mentale.

## **7.2 Facteurs contribuant à la création de l'identité sociale**

Nous avons observé que l'intervention en santé mentale, se voulant un exercice de normalisation, peut avoir une conséquence importante en plusieurs circonstances sur la création de l'identité sociale, toujours en mouvance, des usagers des services de santé mentale présentant un trouble concomitant de toxicomanie : la stigmatisation. Nous vous présentons donc les principaux facteurs de stigmatisation notés.

### **7.2.1 Le CSSS comme appareil d'état**

L'interaction entre l'intervenant et la personne souffrant d'un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie est d'abord et avant tout teintée de la logique fonctionnaliste de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux. L'institution du réseau, l'appareil d'État, a la fonction de normaliser les gens dont la condition de santé ne leur permet pas un fonctionnement optimum dans la société. S'ils ne peuvent être guéris, ils doivent suffisamment être adaptés pour ne pas représenter une menace au bon fonctionnement du corps social. Conséquemment, l'esprit même du réseau de la santé et des services sociaux, donc du centre de santé et des services sociaux, induit l'idée qu'il y a le sain, le normal, le malsain et le déviant.

*Dès le moment où une personne est prise en charge par l'institution, elle est stigmatisée de déviant à la norme parce que l'institution a pour mission de normaliser les déviants.*

### **7.2.2 L'intervenant comme agent de l'appareil d'État**

Agissant comme instrument de l'institution, l'intervenant endossera de façon plus ou moins consciente le mode d'intervention que sous-tend le fonctionnalisme théorique. D'abord, le symbole du *normal* représenté par l'intervenant vient renforcer le stigmate de *déviant* endossé par l'utilisateur dès l'admission pour des soins de santé mentale. L'image de l'intervenant qui dispose en apparence de tous les attributs nécessaires pour prétendre à la catégorie des normaux rappelle trop bien à l'utilisateur l'écart entre soi et ce qu'on exige de soi.

*L'image de l'intervenant symbolise pour l'utilisateur l'écart entre soi et ce qu'on exige de soi.*

### **L'intervention de normalisation**

L'écart stigmatisant de perception entre l'intervenant et l'utilisateur est renforcé par un type d'intervention basé sur les données probantes largement influencées par l'approche médicale qui domine dans le domaine de la santé mentale dans le réseau de la santé et des services sociaux. De nos interviews, trois principaux facteurs de stigmatisation associés à l'intervention ont ressorti : la catégorisation diagnostique, la psychothérapie et la pharmacothérapie.

### 7.2.3 La catégorisation diagnostique

Tout d'abord, la catégorisation diagnostique apparaît être un facteur de stigmatisation pour plusieurs sujets interrogés. La catégorisation diagnostique la plus courante dans le réseau de la santé et des services sociaux est l'évaluation des critères diagnostiques et la classification des troubles mentaux du DSM-IV de *l'American psychiatric association*. Ce système de classification diagnostique permet d'établir le ou les diagnostics psychiatriques de l'individu pour expliquer son état et adapter le traitement. Le diagnostic psychiatrique ayant l'avantage d'être d'une utilité indéniable pour le praticien dans le traitement et le suivi de l'utilisateur a toutefois l'effet pervers d'annoncer un stigmate qui peut s'avérer lourd à porter pour plusieurs. Dans le cadre institutionnel en santé mentale, la thérapie de type cognitivo-comportementale est très répandue ; l'une des premières étapes du traitement consiste à l'éducation de l'utilisateur sur la condition qui l'afflige, soit son diagnostic psychiatrique. L'étiquette associée au problème de santé mentale est le reflet symbolique de l'identité virtuelle qui confirme la catégorie à laquelle il appartient désormais.

*Nommer et confirmer le diagnostic psychiatrique à la personne est officialiser l'identité virtuelle de déviant que portera l'utilisateur.*

### 7.2.4 L'intervention clinique

Soutenu par un paradigme positiviste, on observe une médicalisation des soins offerts aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Conséquemment, les thérapies psychologiques viseront le recouvrement de la santé opposant dans cette logique le pathologique au normal. Soulignant le risque de violence par objectification, Malherbe (2003) cite le modèle statique de Claude Bernard développé

en 1865 où le normal et le pathologique se distinguent par une question de degré en médecine. J'ose comparer les degrés bernadiens aux critères diagnostique du DSM-IV où un critère peut faire la différence entre le normal et le pathologique. Tout comme le modèle bernadien, les thérapies psychologiques comme les thérapies cognitives et comportementales visent à réaligner l'état pathologique sur la norme. « La fragmentation du savoir induit une sorte de fragmentation du corps peu propice à une approche personnalisée contribuant à la subjectivation du patient. Cette fragmentation est donc incompatible avec une approche basée sur l'histoire de vie de l'individu et la construction de sens de son existence »<sup>14</sup>. Cette citation de Malerbe (2003) exprime bien les propos retenus de certains sujets interrogés qui, en leurs mots, expliquaient se sentir objectifiés par un processus thérapeutique technique. Malherbe (1994) nomme modèle mécanique la thérapie où le praticien actif intervient sur un client passif. Il devient alors l'objet de l'intervention du clinicien qui verra à extirper de ce corps mécanique le grain de sable qui empêche les rouages de tourner de façon normale.

*L'objectification par un processus thérapeutique axé principalement sur la réduction des symptômes diagnostique représente un risque majeur à une création identitaire exempte de stigmat.*

### **La pharmacothérapie**

La pharmacothérapie, tant pour les personnes toxicomanes que pour les gens souffrant de problème de santé mentale, est couramment utilisée en médecine. Il s'agit souvent d'ailleurs de l'une des premières formes de traitement que la personne reçoit avant même toute intervention psychosociale ou psychologique. Pour

---

<sup>14</sup> Jean-François Malherbe, *Les ruses de la violence dans les arts des soins-Essais d'éthique critique II*, Montréal, Liber, 2003, p.50.

l'ensemble des personnes interviewées, sans remettre en question l'utilité ou la pertinence de la pharmacothérapie, son utilisation a l'effet pervers de retirer le droit d'éprouver des émotions désagréables sans que l'intervenant ne fasse immédiatement l'association à la maladie mentale et son traitement pharmacologique. La personne se voit donc souvent privée du droit de souffrir d'une déception ou de vivre de la colère suite à une frustration sans que cela ne lui rappelle sa déviance à la norme, sa maladie.

En abordant le sujet de la médication avant d'avoir exploré toutes les causes psychosociales possibles, l'intervenant risque de stigmatiser davantage la personne. La personne peut se sentir alors considérée comme un malade mental avant même d'être considéré comme une personne *normale* qui peut avoir des souffrances *normales*. Il s'agit bien là du meilleur exemple d'objectification où la démarche d'objectivation ayant permis d'ajuster le meilleur traitement possible aura omis la réappropriation du sujet par lui-même, le laissant devenir l'objet et non plus le sujet de l'intervention.

### **7.3 Description des limites**

La taille réduite de l'échantillon ne nous permet pas de généraliser les résultats. Sur un échantillon de huit individus, il n'est pas hors de tout doute que ceux-ci soient, dans l'absolu, représentatifs du groupe de personnes étudiées soit les personnes souffrant d'un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie. Un échantillon plus vaste aurait sans doute permis d'observer une très grande variété d'interactions intervenant-usager. Néanmoins, un usager et un intervenant, étant singuliers l'un comme l'autre, leur interaction l'est autant. Que nous puissions observer deux ou mille interactions, nous aurions toujours deux ou mille cas uniques.

Le terrain de recherche, limité au CSSS du Suroît, a l'avantage de fournir des données spécifiques à la pratique clinique en santé mentale au sein de l'établissement. Plusieurs déterminants organisationnels dont les orientations de l'établissement et les facteurs culturels propres à chaque organisation sont incontournables lorsqu'il s'agit de se pencher sur la prestation de soins et de services. Conséquemment, les courants de pensée et les approches théoriques préconisées, entre autres, pourront significativement être différents d'un CSSS à l'autre et la qualité de l'interaction entre l'intervenant et l'utilisateur en sera probablement fortement teintée. Les résultats de cette recherche sont donc spécifiques au CSSS du Suroît. On peut croire que les résultats pourraient être convergents si une pareille recherche était effectuée au sein d'autres équipes de santé mentale dans d'autres CSSS. Il se pourrait également que les résultats soient significativement différents, ce qui serait particulièrement digne d'intérêt.

En ce qui a trait aux commentaires des sujets concernant l'intervention clinique, notre intérêt fut de connaître leurs perceptions subjectives, entre autres, à ce propos. Notre but étant de découvrir les facteurs contribuant à la création de l'identité sociale chez l'utilisateur, ces perceptions étaient donc notre principal intérêt. Toutefois, les subtilités spécifiques à la pratique psychosociale exigent un niveau de compréhension difficilement accessible au profane. Il est donc probable que certaines interventions, qui ont eu pour effet de contribuer au stigmatisation, furent un moindre mal pour l'utilisateur. Dans cette optique, la stratégie d'intervention de l'intervenant et ses perceptions auraient été riches d'information pour l'interprétation des résultats. Il aurait été fort intéressant d'observer les collisions de jeux de langage (Wittgenstein, 1993) à l'origine de certaines erreurs de compréhension susceptibles d'avoir une influence directe sur la création identitaire.

Finalement, une recherche portant exclusivement sur des données subjectives implique nécessairement que nous reconnaissons les biais d'une interprétation tout aussi subjective des résultats obtenus. Une interprétation collective des résultats par des chercheurs associés aurait probablement permis de réduire les biais de l'étudiant-chercheur.

#### **7.4 Présentation des implications pour l'intervention**

L'objectivation nécessaire à la pratique professionnelle, non seulement des services de santé mentale et de toxicomanie, mais de l'ensemble des services de prestation de soins, comporte des risques d'objectification cristallisant ainsi une identité sociale qui sera handicapée d'un stigmat. Les interventions de normalisation pratiquées aujourd'hui sont les résultats de nombreuses recherches empiriques qui en ont démontré l'efficacité. La catégorisation diagnostique, les protocoles d'intervention et la pharmacothérapie sont des exemples d'intervention de normalisation d'une grande science pouvant facilement glisser vers le scientisme et l'objectification. Faut-il alors les balayer du revers de la main ? Ce serait une grande erreur. Les risques de stigmatisation énoncés sont les effets secondaires possibles d'une intervention généralement efficace menée de bonne foi par des gens honnêtes et soucieux du bien-être des usagers.

Excluant ici l'idée d'une remise en question globale du mode de prestation des soins et services dans le réseau de la santé, nous suggérons de réduire les risques d'effets secondaires en accordant à l'utilisateur qui se livre à nous le droit de se réapproprier comme sujet de lui-même. Selon Malherbe (2003) : « Dans une société scientiste, la pratique des soins subjectivant est une véritable action éthique et politique qui reste si peu assurée de ses succès que son *éthicité* s'investit dans la

manière dont elle est menée bien plus que dans ses résultats. Ainsi, par exemple, un soignant veillera-t-il à ne jamais poser aucun geste objectifiant le patient et, dans un autre ordre de préoccupation, un mandataire politique veillera-t-il à ne poser aucun geste antidémocratique plutôt qu'à se crisper sur le caractère peu démocratique de l'État dans lequel il œuvre. »<sup>15</sup> Malherbe suggère une éthique de la relation d'aide qui exclut toute forme de violence scientifique objectifiante dans le contact avec les usagers dans notre mode d'intervention. La finalité des interventions est toujours juste dans l'esprit du soignant, mais la méthode employée doit demeurer éthique à tout prix.

L'objectivation de la condition de l'utilisateur souffrant d'un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie est nécessaire à la pratique du travailleur social, de l'infirmier et du médecin qui interviennent auprès de ces gens. Les interventions réalisées par des intervenants qualifiés sont salutaires pour beaucoup d'entre eux. Nous ne suggérons pas le rejet d'un mode de pratique clinique, mais nous croyons que la prudence dans l'usage des outils thérapeutiques est préférable à une action dont l'ampleur peut dépasser notre savoir et avoir un impact défavorable chez les gens que nous souhaitons aider.

Finalement, ce que nous considérons être la pierre angulaire d'une relation d'aide éthique est la relation de l'intervenant à lui-même qui doit éviter de s'objectiver lui-même en ne devenant qu'un outil scientifique et le pâle reflet du sujet qu'il est lui-même. Dans l'interaction sociale, tout est perception et symbolisme. Ce que l'utilisateur représente pour nous est important et ce que nous représentons pour l'utilisateur l'est tout autant. Vaut-il mieux alors qu'il soit en interaction avec un véritable sujet aidant, un autre humain comme lui ?

---

<sup>15</sup> Malherbe, *Les ruses de la violence dans les arts des soins-Essais d'éthique critique II*, p.116.

### **7.5 Énoncé de recommandation pour d'autres recherches**

L'ère des approches par données probantes est à son apogée autant que les sciences qui les sous-tendent. Probablement à raison, considérant l'amélioration du traitement des symptômes des psychopathologies. Une éthique de la relation d'aide dont la subjectification en opposition à l'objectification est indispensable à une démarche thérapeutique qui doit considérer la reconstruction de l'identité sociale des marginaux malmenée dans notre société. Il existe autant de dimensions à explorer de l'éthique de la relation d'aide que d'interactions aidé-aidant. La réflexion ne devrait jamais s'arrêter à une théorie transposable, mais être en constante évolution avec les changements socioculturels d'une société donnée.

Prenant le risque de jeter un coup d'œil furtif sur les facteurs de stigmatisation générés dans l'interaction entre l'intervenant et l'utilisateur, les collisions de langage seraient une voie fort intéressante à explorer. Selon Wittgenstein (Malherbe 2006), tous les groupes humains ont leurs jeux de langage. Il se crée un énoncé de sens dans un langage qui se transporte dans l'implicite et l'explicite du langage et des comportements dans un contexte donné. Considérant des paramètres aussi variables dont dépendent le sens de l'énoncé et de l'interprétation, il est possible de croire que les professionnels de la santé mentale et les usagers des services de santé mentale ne possèdent pas les mêmes jeux de langage. Les collisions de langage qui en résultent pourraient donc être susceptibles d'engendrer des stigmates inutiles. De longues années d'université dans une spécialisation qui mène à une profession du domaine de la santé et conséquemment à un statut social donné, dépendamment du niveau associé dans la hiérarchie médicale, crée un groupe humain qui partage le même jeu de langage. Nous croyons qu'il est possible de croire que les

principaux facteurs de stigmatisation liés à l'intervention soient liés à des collisions de langage créées entre des groupes humains dont les jeux de langage diffèrent. L'aidé adhérant à l'énoncé de sens interprété du langage de l'aidant, nous pouvons croire que les jeux de langage du premier, inaccessible au second, soient le principal canal du processus de stigmatisation. Conséquemment, abstraction faite de la pure critique interactionniste, les interventions de normalisation réalisées ne devraient pas nécessairement être mises en cause, mais leur énoncé de sens et leur interprétation le pourraient.

## CONCLUSION

Erving Goffman fut le premier à se pencher sur la construction identitaire de l'usager des services de santé mentale dans « Asile-Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. » De 1954 à 1957, il s'attacha à étudier la façon dont le malade mental vivait ses rapports avec l'environnement hospitalier de l'asile psychiatrique (Goffman, 1967). Il notait, entre autres, que le médecin ne peut réaliser sa tâche thérapeutique qu'en faisant reconnaître au patient son interprétation de l'état du malade par le malade lui-même, le privant ainsi de sa prétention à se comprendre lui-même selon son propre système de référence. Plus subtil, en traitement externe de nos jours, les usagers des services de santé mentale sont exposés au même principe de traitement décrit par Goffman. L'objet de ce mémoire fut d'ailleurs de présenter les résultats d'une recherche sur la création identitaire de l'usager des services de santé mentale affligé d'un second stigmaté, la toxicomanie.

Devant le constat du mode de prestation des soins et services dans le réseau de la santé et des services sociaux visant la normalisation des déviants à la norme, les risques associés au scientisme nous sont apparus suffisamment élevés pour nous pencher sur les *effets secondaires* de l'intervention réalisée auprès des marginaux déviants de la norme que sont les personnes souffrant d'un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie. Plus précisément, le but de cette recherche fut de nommer et de décrire les facteurs contribuant à la création de l'identité sociale chez les usagers des services de santé mentale présentant un trouble concomitant de toxicomanie à travers l'interaction avec les intervenants dans un centre de santé et de services sociaux.

Guidé par la perspective de l'interactionnisme symbolique, nous avons réalisé huit entrevues semi-dirigées dont nous avons analysé les résultats convergents par catégorisation des énoncés conceptuels. Nous avons largement fait état de notre interprétation des résultats nous permettant de dénoncer le scientisme objectifiant engendré par la logique fonctionnaliste régissant les institutions des soins et services. Nous avons également mis en évidence le fait que les usager(ère)s intègrent cette logique dans leur mode de socialisation en individualisant le problème de santé mentale ou la toxicomanie. Ainsi pour s'assurer du bon fonctionnement de la société, ses membres doivent être sains et normaux. Dans ce contexte, les appareils d'État, comme les CSSS, visent la normalisation des « déviants », les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, sans se soucier d'approfondir une réflexion éthique. Les résultats de notre recherche nous ont démontré que les interventions de normalisation, principalement la catégorisation diagnostique, l'intervention clinique et la pharmacothérapie peuvent avoir un impact défavorable sur la création identitaire en provoquant un stigmate.

Les limites de notre recherche sont principalement liées au fait que l'échantillon soit réduit, ne nous permettant pas une généralisation digne de ce nom. Toutefois, cette recherche aura permis d'ouvrir une réflexion pour l'intervention sur l'éthique de la relation d'aide. Cette réflexion est d'autant plus pertinente que les approches par données probantes ont le vent dans les voiles. Comme les recherches le démontrent, les interventions de normalisation ont une efficacité importante dans le traitement des psychopathologies. «Les meilleurs résultats de recherche actuels concernent un ensemble de services, le traitement ambulatoire, l'entrevue visant la motivation et le traitement cognitivo-comportemental, la réduction des méfaits et le soutien de la réadaptation psychosociale complète.»<sup>16</sup> Toutefois, ces modes d'intervention peuvent

---

<sup>16</sup> Canada, Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Santé Canada, 2002, p.67.

être remis en question pour s'assurer d'offrir à la personne en demande d'aide une démarche subjectifiante exempte de toute objectification stigmatisante. L'usage du langage dans l'interaction avec les usagers est une piste intéressante de recherche dans l'optique d'une relation d'aide qui se veut éthique.

## APPENDICE A

### LETTRÉ DE RECRUTÉMENT DES SUJETS

Regard interactionniste sur la prestation des services en santé mentale pour les usagers souffrant d'un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie dans le réseau de la santé et des services sociaux  
Benoit Geneau

#### Projet de recherche

Il s'agit d'un projet de recherche pour l'obtention de la maîtrise en travail social de l'UQAM. Mon objectif est d'explorer et de décrire de quelle façon l'interaction entre l'intervenant et l'usager contribue à la création de l'identité sociale.

La recherche que je mènerai sera une recherche qualitative de type phénoménologique. La population à l'étude sera l'échantillon d'adultes vivant un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie qui reçoivent des services ou qui ont déjà demandé des services au CSSS du Suroît.

#### **Échantillon non probabiliste**

#### **Caractéristiques recherchées chez la personne interviewée :**

1. Être un homme ou une femme ;
2. Être âgé entre 18 et 55 ans ;
3. Présenter un problème de santé mentale **grave** (troubles affectifs, troubles anxieux, schizophrénie, trouble de personnalité grave, etc.) ;

4. Avoir une consommation de psychotropes **jugée problématique** par l'intervenant ou le médecin (psychiatre ou omnipraticien) ;
5. Présenter un fonctionnement social, professionnel ou académique **significativement altéré** par l'état de santé mentale ou la consommation de psychotropes ;
6. Avoir présenté une demande de service au **CSSS du Suroît** au cours des six derniers mois **ou** est actuellement suivie au **CSSS du Suroît**.

Si vous connaissez une personne correspondant à ces caractéristiques, qui est volontaire pour une entrevue d'environ une heure, veuillez s'il vous plaît, communiquer avec moi afin de me transmettre ses coordonnées.

La confidentialité est assurée. Le contenu des rencontres, enregistré et noté, sera détruit au dépôt du mémoire.

Pour me transmettre les coordonnées d'une personne intéressée ou pour toutes questions, communiquez avec moi au 371-0143, poste 3103.

Cordialement,

Benoit Geneau

## APPENDICE B

### GRILLE D'ENTREVUE

#### Guide d'entrevue

#### **THÈME 1 : Caractéristiques socio-économiques**

##### **1.1 Identification :**

Age :

Sexe :

Occupation :

Source de revenu :

Réseau et milieu d'origine:

#### **THÈME 2 : Histoire personnelle et sociale**

**2.1** Qui êtes-vous ? Parlez-moi un peu de vous.

*Est-ce que le client se présente d'emblée en fonction de ses dx?*

**2.2** Anamnèse (dx et consommation)

### **THÈME 3 : L'objet de la demande de service au CSSS**

3.1 Quel est le problème qui vous a amené à demander de l'aide au CSSS ?

3.2 Quel était le résultat attendu de cette demande d'aide ?

3.3 Quelles circonstances ont motivé votre demande d'aide ?

### **THÈME 4 : Perception du problème de santé mentale**

4.1 Quelle est votre compréhension de votre problème de santé mentale ?

4.2 Selon vous, quelle a été la compréhension de l'intervenant de votre problème et de la solution à y apporter ?

4.3 (Dans le cas d'une différence) Comment expliquer que l'intervenant ait une compréhension différente de la vôtre du problème ?

### **THÈME 5 : Perception du problème de consommation de substance**

5.1 Parlez-moi de votre consommation de (...).

5.2 Selon vous, que pense l'intervenant de votre consommation ?

**THÈME 6 : Construction identitaire et intersubjectivité**

**6.1** Selon vous, quelle image l'intervenant s'est-il fait de vous ?

**6.2** Quelle image avez-vous de l'intervenant que vous avez rencontré ?

**6.3** Quelle image avez-vous de vous-même ?

**6.4** Est-ce que la rencontre avec l'intervenant a modifié votre vision de vous-même ?

**6.5** Quel impact cette rencontre a-t-elle eu dans votre vie ?

## APPENDICE C

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

*Formule de consentement éclairé**Je, soussignée (e)*

.....  
*accepte de fournir des renseignements dans l'enquête intitulée :*

Regard interactionniste sur la prestation de services en santé mentale des usagers souffrant d'un problème de santé mentale concomitant à une toxicomanie.

*Étudiant-chercheur responsable : Benoit Geneau, ts*

*Je suis informé (e) que les renseignements obtenus lors de cette enquête sont confidentiels, qu'ils ne seront connus que de l'investigateur principal, que toute publication sera sur l'ensemble des personnes interviewées et jamais sur un cas particulier.*

*Après l'analyse des résultats, les données de la recherche seront détruites.*

*Je reconnais par ailleurs la possibilité de me retirer de l'étude en tout temps pour des motifs dont je serai le seul juge.*

*Enfin, je suis informé (e) aussi que le sous-comité de la maîtrise a approuvé ce projet de recherche et que l'observance de leurs recommandations est une condition indispensable à la réalisation de cette recherche.*

\_\_\_\_\_ date :

*Signature de l'interviewé (e)*

\_\_\_\_\_ date :

*Signature de l'étudiant-chercheur responsable  
 Benoit Geneau, ts*

## RÉFÉRENCES

- Aaron, Raymond. 1967. *Les étapes de la pensée sociologique : Montesquieu, Comte, Mars, Tocqueville, Durkheim, Pareto, Weber*. Paris : Gallimard, 659 p.
- Alary, Sophie. 2001. *Rapport des « focus groups » sur les doubles problématiques toxicomanie et santé mentale*. Montréal, Département de psychologie, Université de Montréal. «Santé mentale au Québec», p.2-21.
- American psychiatric association. 2003. *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>ème</sup> édition, Texte révisé, Washington D.C, 2000, Trad. de l'anglais par J.-D. Guelfi et al., Paris; Masson.
- American psychiatric association. 1996. *MINI DSM-IV, Critères diagnostiques*, 1994. Washington D.C. Trad. de l'anglais par J.-D. et al., Paris; Masson, 361 p.
- Apollon, Willy. *Enjeux éthiques de la mort volontaire*. Cahier de recherche éthique II. Montréal : Éditions Fides.
- Berger, Peter, et Thomas Luckman. 1996. *La construction sociale de la réalité*. Coll. « Sociétés », Paris : Méridien Klincksieck éditeurs, 288p.
- Bibeau, Gilles. 2000. « L'abus de rationalité en matière de santé publique et de toxicomanie : des perspectives critiques ». In *L'usage des drogues et la toxicomanie*. vol.3, Groupe de recherche appliquée sur les psychotropes, sous la dir. de Pierre Brisson, p. 45-71. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

- Blummer, Herbert. 1967. «L'interactionnisme symbolique : La société comme système d'interactions symboliques». Chap. in *Symbolic Interactionnism*, New Jersey : Prentice-hall, Englewoods Cliffs éditeurs.
- Bourgeault, Guy. 2004. « L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation. Peut-il en être autrement ? À quelles conditions ? » *Nouvelles pratiques sociales*, vol.16, no 2, Montréal. p.92-105.
- Briefer, Jean-François. 1999. « Intégration sociale et psychopathologie chez les usagers de drogues ». Thèse pour obtenir le grade de docteur en psychologie, Lyon : Université Lumière.
- Brisson, Pierre. 2000. *L'usage des drogues et la toxicomanie*. vol.3, Groupe de recherche appliquée sur les psychotropes, Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 416 p.
- Brisson, Pierre. 1997. « L'approche de réduction des méfaits : sources, situations pratiques ». *Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Montréal, 109 p.
- Canada, Centre de toxicomanie et de santé mentale. 2002. *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Santé Canada, 155 p.
- Canada, ministère des Travaux publics et services gouvernementaux. 1997. *Les drogues, faits et méfaits*. Ottawa : Santé Canada, 66 p.

- Clément, Michèle. 2001. « L'exclusion des personnes atteintes de maladie mentale : ancienne problématique, nouvelle réalité – L'étude des décisions de révision de cure fermée de la Commission des affaires sociales ». In *Problèmes sociaux tome I : Théorie et méthodologies*, sous la dir. de H. Dorvil et R. Mayer, p. 490-509. Sainte-Foy (Qué.) : Presses de l'Université du Québec.
- Couturier, Yves et Sébastien Carrier. 2004. « Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol.16, no 2. Presses de l'Université du Québec, p. 68-79.
- Dorvil, Henri, et Robert Mayer. 2001. «Les approches théoriques». Chap. in *Problèmes sociaux tome I : Théorie et méthodologies*, p.15-30. Sainte-Foy (Qué.) : Presses de l'Université du Québec.
- Dumont, Fernand. 1994. «Approche des problèmes sociaux». In *Traité des problèmes sociaux*, sous la dir. de Fernand Dumont, Simon Langlois et Yves Martin, p. 15-25. Québec : Institut québécois de la recherche sur la culture.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. 2005. *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*. Montréal : Comité permanent sur les troubles concomitants, 46 p.
- Fortin, Marie-Fabienne. 1996. *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal (Qué.) : Décarie éditeur, 379 p.
- Goffman, Erving. 1975. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les éditions de Minuit, 175 p.

Goffman, Erving. 1974. *Les cadres de l'expérience*. Paris : Les éditions de Minuit, 573 p.

Goffman, Erving. 1967. *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Les éditions de Minuit, 441 p.

Gratton, Francine. 1996. « Le suicide chez les jeunes; un acte sensé ». *Santé mentale au Canada*, vol. 43, no 3, p.35-38.

Guyon, Louise, Michel Landry, Serge Brochu et Jacques Bergeron. 1998. *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes : L'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT)*. Coll. « Toxicomanie ». Sainte-Foy (Qué.) : Presses de l'Université Laval, 209 p.

Ichheiser, Gustav. 1949. « Misunderstanding in human relations », supplément à *The American Journal of Sociology*, LV. (septembre 1949).

Lamarque, Gilles. 1995. *L'exclusion*. Coll. « Que sais-je? ». Paris : Presses universitaires de France, 127 p.

Malherbe, Jean-François. 2006. « Pour une éthique de résistance - Éléments d'histoire de la philosophie ». Documents pour le cours TXM 717, Université de Sherbrooke, (printemps 2006), 381 p.

Malherbe, Jean-François. 2003. *Les ruses de la violence dans les arts des soins - Essais d'éthique critique II*. Montréal : Liber, 125 p.

Malherbe, Jean-François. 2003. *Le cri de Dolorès : Penser la violence dans les relations d'aide*. Sherbrooke : éditions G.G.C, 179 p.

- Malherbe, Jean-François. 2000. «Éthique et toxicomanie : remarque sur l'incertitude, la violence et le mensonge dans les relations d'aide», In *L'usage des drogues et la toxicomanie*. vol.3, Groupe de recherche appliquée sur les psychotropes, sous la dir. de Pierre Brisson, p. 367-388. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Malherbe, Jean-François. 1994. *Autonomie et prévention - Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée*. Coll. « Catalyses ». Montréal : Fides et Artel, 189 p.
- Mayer, Robert, et Marcelle Laforest. 1990. « Problème social, le concept et les principales écoles théoriques ». *Service social*, vol. 39, no 2, p.13-43.
- Ménard, Jean-Marc. 2001. *Proposition d'un modèle régional d'organisation de services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et problème de santé mentale*. Le Centre de réadaptation Domrémy Mauricie Centre-du-Québec, 65 p.
- Mercier, Céline, et Béatrice Beaucage. 1997. *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 99 p.
- Ordre des travailleurs sociaux du Québec. 1993. *Les normes de pratique des travailleurs sociaux*, Montréal. 8 p.
- Papineau, Élisabeth, et al. 2005. *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Le programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs - Le point de vue des intervenants*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 157 p.

- Potvin, Stéphane, Nancy Légaré et Richard Cloutier. 2005. « Les effets psychiatriques du cannabis ». *L'écho-toxico*, vol. 15, no 1 (janvier), Université de Sherbrooke, p.10-11.
- Poupart, Jean. 2003. «D'une conception constructiviste de la déviance à l'étude des carrières dites déviantes : retour sur la sociologie interactionniste et sur le courant de la réaction sociale : Les approches théoriques». In *Problèmes sociaux tome I : Théorie et méthodologies*, sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer, p.78-108. Sainte-Foy (Qué.) : Presses de l'Université du Québec.
- Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 2005. *Plan d'action en santé mentale, 2005-2010 : la force des liens*. Québec, 96p.
- Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 2004. *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Québec : Comité de travail de prévention et d'aide aux hommes, 42 p.
- Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 2003. *La consommation de psychotrope : portrait et tendances au Québec*. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec, 42 p.
- Robert, Gary, et Alan Osborne. 1999. *Meilleures pratiques - Alcoolisme et toxicomanie : Traitement et réadaptation*. Ottawa : Santé Canada, 105 p.
- Rosenthal, Robert. 1999. «Treatment of persons with dual disorders of substance use disorder and other psychological problems». Chap. in *Addictions: A Comprehensive Guidebook*, p.439-475. New York: Oxford University Press.

Saint-Onge, Myreille et L. Tessier. 2003. «Les personnes d'âge adulte ayant des troubles mentaux et la diversité de leurs besoins : des repères pour l'action». In *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir une vie*, sous la dir. de Rosanne Émard et Tim Aubry, p.1-29. Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.

Santé Canada. 2002. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, 111p.

Santé Canada. 1996. *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances*. Ottawa : Stratégie canadienne antidrogue, 291 p.

Thérien, André. 2003. « Arrimage idéologique entre les approches conventionnelles de la réduction des méfaits et de la gestion expérientielle (1<sup>re</sup> partie)». *L'intervenant*, vol.19, no 4, Longueuil : Association des intervenants en toxicomanie, éditeur, p.10-17.

Wittgenstein, Ludwig. 1993. *Tractatus logico-philosophicus*. Trad. de l'anglais par Gilles-Gaston Granger. Paris : Gallimard, 121p.