

**Le processus d'individuation, la stigmatisation et les modalités
d'intervention conséquents auprès des personnes en situation de
dépression à Montréal**

Jean-Patrick Ménard

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme de thèse de
Maîtrise ès Arts (M.A) en Sociologie

École d'études sociologiques et anthropologiques
Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales
Université d'Ottawa

À tous ceux qui nous ont quittés depuis si peu,

À mes parents qui veillent et rayonnent de par l'au-delà,

Pour mon père (1945-2013) qui m'a transmis le goût insatiable pour la lecture, l'éthique et la valeur de la persévérance au travail et l'audace de poursuivre sa véritable passion malgré les obstacles inévitables du quotidien.

Pour ma mère (1949-2017) qui m'a généreusement appris à donner sans jamais compter ou espérer recevoir, à aimer avec empathie et surtout à voir le bon côté des choses de la vie et de l'Humanité.

Cela dit, nul mot ni expression ne saurait traduire ou exprimer toute l'ampleur de la reconnaissance et la gratitude que j'entretiens envers vous deux pour ce que vous avez fait pour mon bénéfice personnel, tel que pour celui de vos semblables que vous avez effectivement touchés de proche comme de loin.

Résumé

Cette étude sociologique porte sur la maladie mentale qu'est la dépression au sein de la sphère publique de la ville canadienne et québécoise de Montréal. Depuis plusieurs décennies, au Québec, comme aux quatre coins de la planète, nous observons une montée sans précédent des problématiques de santé mentale. Trop souvent, les gens aux prises avec une dépression sont stigmatisés, exclus, marginalisés, étiquetés, ridiculisés ou simplement formellement « tolérés ». Dans cette thèse de maîtrise, notre objectif est double puisque nous visons à déterminer : (1) En quoi le processus d'individuation permet-il de comprendre la stigmatisation des gens en situation de dépression à Montréal ? et (2) En quoi le processus d'individuation éclaire-t-il les modalités d'intervention auprès des gens éprouvant une dépression ? À travers un travail de terrain et des entrevues exhaustives auprès de 5 acteurs œuvrant au sein de groupes d'entraide à caractère thérapeutiques (ou organismes communautaires en santé mentale) desservant une clientèle dépressive dans la ville de Montréal, nous cherchons, dans un premier temps, à cerner et à déterminer la nature des racines sociologiques de l'emprise de la stigmatisation de la dépression sur les malades psychiques en mettant en cause le processus d'individuation comme mécanisme social actif. Ensuite, nous examinons l'incidence du processus d'individuation sur les modalités d'intervention qu'exercent les 5 acteurs interrogés et intervenants sur leur clientèle avec une problématique de santé mentale. Dans ce contexte sociologique, les 5 entrevues permettent de dégager les singularités du message thérapeutique, des valeurs, des idées transmises et des aptitudes enseignées qui se cachent derrière les interventions thérapeutiques des acteurs interrogés. Ainsi, les résultats de cette étude démontrent qu'à l'arrière-scène des gestes thérapeutiques auprès des dépressifs se dissimule souvent une « idéologie individualisante », où le primat de l'auto-détermination et la responsabilité purement individuelle, pour « être en dépression » et/ou le rester, sont disséminés et répandus lors des interventions, le plus souvent à l'insu des intervenants. Cette étude sociologique de la maladie mentale permet enfin de jeter un nouveau spectre de lumière sur le *modus operandi*, les implications et les conséquences des interventions thérapeutiques, permettant ainsi de porter un regard critique à propos de l'interventionnisme des groupes thérapeutiques qui est communément appliqué sur les gens en situation de dépression au sein de la ville de Montréal à l'heure actuelle.

Mots-clés : Stigmatisation, stigmaté, exclusion, étiquetage, tabou, maladie mentale, dépression, processus d'individuation, modalités d'intervention, dispositif, interventionnisme, sociologie de la santé mentale, sociologie de la maladie mentale, Montréal, Marcelo Otero, Alain Ehrenberg, groupes d'entraide, organismes communautaires, étude sociologique, intervenants.

Abstract

This sociological study provides insight into mental illness and, more specifically, depression in the public sphere of the Canadian and Quebecois city of Montreal. For many decades now, in the province of Quebec, as in all four corners of our globe, we observe an unprecedented rise in mental health related problematics. Too often, people living with depression are stigmatized, excluded, marginalized, labelled, ridiculed or simply formally tolerated. The objective of this present Master's thesis is double in that we seek to determine: (1) In what way does the "individuation process" help to comprehend the stigmatization of people composing with depression in Montreal? and, (2) How does the "individuation process" facilitate our knowledge of intervention modalities, which the depressed are subjected to? Through our fieldwork and after conducting 5 exhaustive interviews of employees, working for support groups (or self-help groups or mental health community groups) geared towards helping and serving the mentally ill with depression in the city of Montreal, we first circumscribe and determine the nature of the sociological roots related to the strong hold of stigmatization of the mentally ill at issue with the "individuation process", as an active social mechanism. Furthermore, we examine the incidence and effects of the "individuation process" on intervention modalities, exercised by the 5 interviewed interventionists on their patients coping with mental health related issues and problems. Within this sociological context and framework, our 5 interviews enable us to decipher the singularities surrounding the therapeutic message, core values, transmitted ideas and taught aptitudes, often hiding behind therapeutic interventionism, performed by the 5 individuals whom we interviewed. Results of the study indicate that underneath such therapeutic gestures performed on the mentally ill was often found an "individualizing ideology", echoing the ethos of self-determination and pure individual responsibility, serving as an explanation for the presence of depression and/or reasons for staying in a depressive state. Our research suggests that this is disseminated through tangible interventions that are conducted on those with psychopathologies, most often unwittingly and unintentionally to therapeutic practitioner's attention or consciousness. This sociological study of mental illness, we believe, sheds new light on the *modus operandi*, implications and inevitable consequences of therapeutic interventions and interventionism, on the depressed, by support group interventionists and employees, thus casting a critical view and appraisal of these presently applied practices, within mental health self-help groups or community organisms in the Canadian city of Montreal.

Keywords: Stigmatization, social stigma, exclusion, labelling, taboo, mental illness, depression, individuation process, intervention modalities, prevention system, governmentality, interventionism, sociology of mental health, sociology of mental illness, mental health stigma, Montreal, Marcelo Otero, Alain Ehrenberg, support groups, self-help groups, community organisms, sociological study.

Table des matières

Résumé.....	III
Abstract	IV
Table des matières.....	V
Liste des tableaux.....	VI
Remerciements.....	VII
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE.....	4
1. De la problématique à la théorisation critique	4
a) Exposé de la problématique	4
b) Identification des concepts principaux	5
2. Les deux contributions sociologiques d'Alain Ehrenberg.....	8
a) La fatigue d'être soi. Dépression et société	8
b) <i>La société du malaise</i> de Alain Ehrenberg.....	13
3. Les trois contributions sociologiques d'Otero.....	17
a) Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société	17
b) L'ombre portée. L'individualisme à l'épreuve de la dépression	18
c) Les fous dans la cité. Sociologie de la folie contemporaine	22
4. Conclusion sommaire sur l'état des connaissances théoriques relevées.....	28
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	29
1. Milieu de recherche	30
a) L'échantillon de notre étude et les justifications de nos choix	30
b) Échantillon, éligibilité et participants de l'étude : modalités et procédures	31
2. Les 5 entretiens semi-dirigés, description générale.....	33
3. Nature et composition des 2 questionnaires différents et les 4 « thématiques » explorées pour guider les entretiens	34
a) Instrument de la collecte des données.....	35
4. Transcription, codage et analyse :.....	35
a) Le traitement des données : analyse et synthèse.....	36
b) Procédures d'analyse et méthodes de traitement des données.....	37
5. Considérations éthiques et pratiques : explications, clarifications et justifications.....	40
CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	42
1. Le portrait de l'échantillon des entretiens menés	42

2. Les résultats des 5 interviews	43
a) L'analyse « thématique » : clarifications et directives.....	43
b) Sur les traces des résultats de l'étude	44
c) La face cachée du message thérapeutique	44
d) À la recherche des valeurs véhiculées	47
e) La réfraction des idées transmises	49
f) Les aptitudes enseignées	50
3. La dépression : un terme à plusieurs sens	54
a) La dépression comme terrain d'enquête fertile pour la stigmatisation de la maladie mentale.....	57
b) Perception de la dépression à Montréal.....	57
c) Conceptualisation des dépressifs à Montréal.....	59
d) Traitement des dépressifs à Montréal.....	61
4. Conclusion du chapitre.....	63
Conclusion générale.....	65
1. Synthèse des résultats.....	65
2. Notre première question et les résultats.....	65
3. La deuxième question face aux résultats.....	67
4. Limites de l'étude	69
5. Mot de la fin : discussions et réflexions.....	69
Bibliographie.....	71
Annexe 1.....	74
Annexe 2.....	75
Annexe 3.....	78
Annexe 4.....	80
Annexe 5.....	82

Liste des tableaux

Tableau 1: 5 profils sociodémographiques de l'échantillon des personnes interviewées	42
--	----

Remerciements

La réalisation de cette thèse de maîtrise en sociologie aurait été impossible sans plusieurs personnes qui m'ont aidé et supporté au fil de mon parcours. Je tiens vivement à les remercier respectivement dans ce qui suit.

Dans un premier temps, j'aimerais témoigner toute ma reconnaissance à mon directeur de thèse de maîtrise, Professeur André Tremblay, qui a joué un rôle de premier plan, à plusieurs niveaux d'implications, dans la concrétisation et l'aboutissement de la somme de ce travail académique. Je tiens donc à le remercier pour son travail sans relâche afin de m'aider à mener ce projet à terme, pour son soutien, sa confiance en moi, ses conseils inestimables ainsi que pour toute l'énergie positive et le temps investis en moi et dans ma thèse qu'il a su insuffler dans le processus tout comme notre lien collaboratif. Sachez que, pour moi, vous resterez toujours une importante source d'inspiration, des plus emblématiques, en termes de rigueur académique et de bonté fondamentalement altruiste.

Dans une autre perspective, je tiens à remercier le jury qui a donné son aval à mon projet de thèse de maîtrise. Plus spécifiquement, il s'agit de la Professeure Marie-Blanche Tahon, du Professeur Vincent Mirza et du Professeur André Tremblay. Un gros merci pour vos lumières, votre implication et vos suggestions forts pertinentes qui ont su redéfinir et grandement améliorer le présent projet de thèse de maîtrise.

En amont, je souhaite aussi témoigner toute ma reconnaissance et ma gratitude au présent jury de cette thèse de maîtrise. Celui-ci est composé de la Professeures Mireille McLaughlin (Présidente du comité du jury), du Professeur Vincent Mirza et du Professeur Claude Denis. Mes plus chaleureux remerciements pour le temps, le travail, l'attention et l'énergie considérable que vous avez tous mis, à la fois respectivement et collectivement, afin de considérer, évaluer et de lire ma thèse avant de vous prononcer sur celle-ci. C'est d'ailleurs très apprécié étant donné l'ampleur de la tâche que vous avez tous généreusement accepté d'entreprendre afin de m'aider à progresser.

Ensuite, je voudrais remercier, de tout cœur, la direction du département (celle du passé comme celle présente) et le personnel du Département de sociologie et d'anthropologie, tout comme les membres de la Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales de l'Université d'Ottawa, pour leur compréhension, compassion, patience et empathie envers moi alors qu'en entrant dans le programme, je vivais déjà le deuil de mon père et, par la suite, en 2017, la perte tragique de ma mère. Merci pour le visage humain que vous avez tous su mettre, au cours de mon évolution à l'Université d'Ottawa, sur mon expérience académique.

De plus, je désire remercier mon père et ma mère qui m'ont soutenu, de leur vivant, autant au niveau personnel que financier. Aussi, j'aimerais également remercier très chaleureusement mon frère, David, et ma sœur, Vanessa, pour leur aide et leur soutien indispensable.

Je veux aussi remercier mon mentor de longue date, le professeur émérite de sociologie de l'Université de Montréal, Professeur Marcel Fournier, pour tout le temps et l'énergie qu'il a généreusement su me consacrer pour corriger et réviser mes textes académiques tout en me prodiguant de précieux conseils, parfois plus personnels et, à d'autres occasions, au niveau professionnel, entourant tous les aspects académiques qui me tenais et me tiens, toujours d'ailleurs, beaucoup à cœur. Rien de moins qu'un titanesque merci Professeur Fournier.

Je souhaite également remercier le sociologue français Alain Ehrenberg pour l'intérêt qu'il a porté pour le sujet et le thème de ma thèse de maîtrise, notamment lors de nos quelques échanges et pour avoir conçu toute la théorie qui allait, à travers mes lectures de ses œuvres, servir de base pour l'élaboration et d'inspiration pour cette thèse. Vous êtes simplement et rien de moins que superbe.

Enfin, je ne pourrais jamais assez remercier mes amis pour leur soutien, leurs conseils et leur appui indéfectible pendant mon évolution à l'Université d'Ottawa. À ce titre, un très gros merci particulièrement à Jessica, Hicham, Théodore, Karine, Nicolas, Daniel, Marie-Ève, Julie et aussi à Jacques, mon cousin. Les mots ne suffiront simplement jamais assez pour rendre pleinement justice à toute la gratitude que j'ai envers vous tous pour la persévérance de votre amitié et de votre bonté envers moi. D'ailleurs, je suis très privilégié de tous vous avoir dans ma vie, car vous avez tous toujours cru en moi et en ce projet académique d'importance considérable pour moi.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

*« La plupart des hommes sont incapables
de se former une opinion personnelle, mais le
groupe social auquel ils appartiennent leur en
fournit de toutes faites »¹*

Gustave Le Bon, *Aphorismes du temps présent*, 1913

À l'heure actuelle, la stigmatisation associée à la dépression est si persistante que les personnes qui en souffrent font l'objet de discrimination, de préjugés, d'injures, de moqueries et, au paroxysme, d'exclusion sociale (Sheehan, Nieweglowski, Corrigan, 2016). Trop souvent, la stigmatisation de la dépression est beaucoup plus lourde à porter que les symptômes de cette même dépression (Corrigan, 1998: 201-222, Corrigan, Penn, 1999). D'ailleurs, les étiquettes que l'on colle le plus souvent aux dépressifs sont ceux d'individus « faibles », « fragiles », « moins intelligents », « paresseux », « inaptes » voire même « dangereux » (Thornicroft, 2009) par exemple. Dans cette perspective, il y a lieu de s'attarder à la problématique discriminatoire qu'est la stigmatisation au sein de nos sociétés contemporaines et de se pencher sur les racines sociologiques qui maintiennent cette emprise sur les individus en situation de dépression.

Cette thèse de maîtrise vise donc à saisir en quoi le processus d'individuation permet de comprendre la stigmatisation de la dépression et comment ce même processus d'individuation nous éclaire à propos des modalités d'intervention thérapeutiques auprès des gens éprouvant une dépression dans le contexte québécois de la ville de Montréal.

Notre objectif s'inspire de l'ouvrage (2012) de Marcelo Otero que nous étudions. Cet auteur québécois analyse d'ailleurs le contexte montréalais mais, fait important à noter comme

¹ Cette citation a été empruntée, tirée et inspirée directement de l'ouvrage de Marcelo Otero, *Les Fous dans la cité. Sociologie de la folie* contemporaine (publié en 2015) à la page 55.

lacune chez Otero² que nous souhaitons éclaircir, soit que « les groupes d'entraide ferment³ la liste des ressources[...] » les moins consultés par les Québécois et moins étudiés par Otero (Otero, 2012 : 131). De là notre intérêt d'en connaître davantage sur cette modalité d'intervention négligée dans la population du Québec. Pour y arriver, nous allons mettre l'accent sur les 5 intervenants thérapeutiques interrogés comme sujet de notre enquête sociologique afin de mieux comprendre les intervenants thérapeutiques et leurs groupes d'entraide respectifs.

Le premier chapitre est consacré à la présentation de notre cadre théorique et à la littérature pertinente en fonction de nos objectifs. D'ailleurs, ce chapitre est essentiellement consacré aux thèses d'Alain Ehrenberg et de Marcelo Otero qui concernent notre problématique. Ce chapitre délimite aussi la définition des quatre concepts dont il sera question tout au long de cette thèse. D'ailleurs, nous interrogerons le concept de processus d'individuation pour mieux cerner les modalités d'intervention thérapeutiques à travers les actes des intervenants (thérapeutiques) devant la condition dépressive.

Ensuite, le second chapitre aborde l'aspect méthodologique de notre démarche. Plus spécifiquement, il s'agit d'explorer les balises méthodologiques qualitatives qui serviront de bases pour préparer notre travail de terrain. Ce travail de terrain prend la forme de 5 entrevues semi-dirigées de 5 individus (les intervenants et/ou cadres de direction) qui œuvrent au sein de groupes d'entraide à caractère thérapeutique. Nous avons interrogé trois hommes et deux femmes qui travaillent auprès de groupes de soutien (ou groupes communautaires) desservant des personnes

² À part de les mentionner très brièvement et à très peu de reprises, Otero n'analyse pas en profondeur les « groupes de soutien à caractère thérapeutique » ou ce qu'il nomme, comme synonyme, les « groupes d'entraide » dans son livre, *L'Ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression* (2012). De là notre intérêt de s'y pencher davantage et notre objet d'étude qui se matérialise à travers notre problématique.

³ Autrement dit, cette ressource thérapeutique arrive bel et bien en dernière position en termes de fréquentations et de nombre de fois d'utilisation lorsque l'on regarde et considère toutes les ressources disponibles chez les usagers dépressifs au Québec.

en situation de dépression dans la ville de Montréal. À travers cette démarche d'enquête, nous souhaitons davantage et mieux connaître les interventions thérapeutiques qu'ils mettent en oeuvre face à la dépression et à ceux qui en souffrent.

Le troisième chapitre est consacré à la présentation des résultats obtenus lors de nos 5 entrevues. Ce chapitre nuance et expose donc les résultats que nous ont permis d'obtenir ces entrevues au sujet des individus dépressifs. De ce fait, nous étudierons trois groupes de soutien à caractère thérapeutique destinés aux personnes vivant ou ayant vécu avec une dépression à Montréal à travers la compréhension des 5 intervenants interviewés. En d'autres mots, nous centrons notre étude sur des intervenants et des intervenantes thérapeutiques interrogés pour alimenter les résultats obtenus.

Enfin, en synthèse, le chapitre de conclusion achève notre démarche en expliquant comment et en quoi les résultats obtenus servent à apporter des réponses spécifiques et pertinentes à notre problématique (sous forme de deux questions distinctes, mais complémentaires). À ce titre, ce chapitre de conclusion sert aussi à générer des réponses ciblées et, à la toute fin, des questions plus larges, ou autres pistes de recherche. Ainsi, ceci sert à générer des avenues possibles de futures démarches académiques qui se voudraient le prolongement de notre étude sociologique.

CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE

« Peu importe la période historique, on s'est toujours méfié des fous, on a mis en doute à divers degrés leur humanité et on a réagi par des gestes institutionnels, thérapeutiques, coercitifs et juridiques de mise à distance afin de nous en protéger, de les bannir ou de les aider »

Marcelo Otero, *Les Fous dans la cité. Sociologie de la folie contemporaine*, 2015, p. 10

« La santé tend à remplacer le salut comme manifestation de l'existence vertueuse. Elle inscrit les comportements à risque dans l'ordre de la rectitude morale (Foucault, 1988). Le corps en bonne santé deviendra un marqueur du degré de moralité des citoyens (Crawford, 1994) et ces derniers en viendront à attribuer une connotation morale à leur état de santé, à leur forme physique et à leur équilibre mental. La bonne santé en serait venue à « symboliser un état séculier de grâce » (Leichter, 1997 : 359) au service duquel est mis à contribution un « mouvement de rectitude des habitudes de vie » auquel travaillent des « zélotes du bien-être » (ibid. : 360-361) pour le bien d'un « peuple élu qui suit un mode de vie conforme » (ibid. : 372) »

Raymond Massé, *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, 2003, p. 19.

1. De la problématique à la théorisation critique

a) Exposé de la problématique

Sous plusieurs allures, la dépression donne l'impression d'occuper de plus en plus d'espace et de prendre davantage d'importance au sein de nos sociétés contemporaines. De là découle notre interrogation principale et subsidiaire, à savoir : (1) En quoi le processus d'individuation permet-il de comprendre la stigmatisation des gens en situation de dépression à Montréal? (2) En quoi le processus d'individuation éclaire-t-il les modalités d'intervention auprès des gens éprouvant une dépression? Le processus d'individuation semble, à première vue et à notre sens, être en cause dans le phénomène social de la stigmatisation de la dépression et, secondairement, impliqué dans les modalités d'intervention pour la composer et la gérer.

b) Identification des concepts principaux

La lecture de sociologues spécialistes du phénomène social de la dépression, tels que Ehrenberg et Otero nous a permis de mettre en place les grands éléments conceptuels qui favorisent une réponse satisfaisante à nos deux questions spécifiques. Par souci de clarté, nous désirons préciser immédiatement quel sens nous donnons aux quatre concepts centraux suivants, lorsque nous nous référerons à ceux-ci : processus d'individuation; modalités d'intervention; dépression et stigmatisation de la dépression.

Processus d'individuation : L'expression « processus d'individuation » renvoie aux pressions sociales exercées sur les individus par les sociétés contemporaines. Il s'agit de pressions de production du sujet pour qu'ils (chaque individu en société) deviennent les seuls et uniques responsables de leur destin (Otero, 2003, 2012). Ce processus de production du sujet s'applique autant au plan de la réussite matérielle ou professionnelle, de la situation médicale et, plus particulièrement, à leurs conditions de vie en matière de santé mentale reliée à la dépression (Otero, 2012). Cette notion renvoie d'ailleurs au « processus de fabrication des individus » (Otero, 2012 : 62) et du sujet dépressif. Pour que l'individu soit accepté dans la communauté à travers le « processus d'individuation », il doit constamment faire preuve d'autonomie, d'adaptabilité sociale, de responsabilité et d'initiative dans l'auto-détermination purement personnelle et individuelle de sa santé mentale (Ehrenberg, 2000, Otero, 2003, 2012) pour éviter de vivre une dépression. De là le processus de production du sujet en dépression à l'heure actuelle en fonction de la notion du « processus d'individuation ».

Modalités d'intervention : Ce terme tire ses origines des contributions de Michel Foucault qui croit que l'ordre néolibéral a tenté de rationaliser les obstacles concrets que peut rencontrer la « gouvernamentalité » étatique (Foucault, 2004). Pour ce faire, l'auteur français conçoit que le

transfert de la rationalisation a justement visé des problèmes sociaux en termes de santé ou de salubrité, par exemple (Foucault, 2004). Ainsi, on tente alors de responsabiliser et d'individualiser cette exercice « biopolitique » transpositoire sur les populations qui présentent un trouble pour l'ordre public (Foucault, 2004). D'ailleurs, ce type de modalité d'intervention par le gouvernement est en effet très proche de la lecture d'Otero à propos des malades psychiques.

Appliquée à la santé publique, pour Otero, l'expression « modalités d'intervention » fait référence à l'inscription des techniques d'intervention psychosociale dans des dispositifs de « gouvernementalité » et de régulation des conduites en matière de santé mentale (Otero, 2003, 2012). Lorsque nous évoquons le terme de « modalités d'interventions », il est important de noter que celles-ci comportent parfois chacune leurs propres spécificités subjectives d'intervention, où le *modus operandi* thérapeutique varie d'une modalité à l'autre :

« Dans un réseau de service où les intervenants peuvent définir leur mandat, les pratiques sont transformées en fonction d'un dialogue quotidien entre intervenants et personnes utilisatrices » (Rodriguez, Corin, Poirel, Drolet, 2002 : 175; Poirel, Corin, 2011 : 118-123).

Parmi les types de modalités d'intervention qui concernent notre étude sociologique, nous retenons les groupes de soutien⁴ à caractère thérapeutique ouverts à tous et destinés aux gens en situation de dépression pour les mettre sur la voie du rétablissement (Otero, 2003).

Dépression : Selon Otero, la notion de « dépression » est un phénomène à la fois social et psychologique puisqu'elle est vécue individuellement, mais se traduit :

« [...] aussi en même temps [par] une expérience sociale qui met en relief les caractéristiques d'une individualité sociale inadéquate, insuffisante, défailante ou encore prise tout à coup en défaut » (Otero, 2012 : 16).

⁴ Ou « groupe d'entraide » comme synonyme (et tel que Otero le nomme, dans Otero, 2012 : 131), pour nous ici, et ce qui va suivre.

La dépression est également nommée comme étant une « épreuve dépressive ». De ce fait, la dépression affecte toutes les couches sociales et, en ce sens, elle s'est démocratisée au cœur de la sphère publique et privée de nos collectivités. Or, la dépression contemporaine est, à la fois, marquée par la singularité de la souffrance qui l'accompagne, mais aussi, par la généralité de sa présence chez les individus affligés par celle-ci. En outre, Otero croit que la société et le social déterminent la souffrance qui caractérise la dépression :

« La personne humaine, peu importe sa singularité, ne souffre pas comme elle le veut. Même si elle souffre somme toute individuellement et que certaines dimensions de sa souffrance resteront à jamais en son for intérieur, la grammaire de sa souffrance ne lui appartient pas : elle est à tous et à personne » (Otero, 2012 : 9).

Quand nous nous référerons à la notion de dépression, nous n'aspirerons pas à départager ou à identifier quel type de dépression (comme la dépression dysthymique, majeure, atypique, chronique, épisodique, post-partum, saisonnière, avec bipolarité, avec psychose, etc.) dont la personne souffre. D'ailleurs, Otero adopte la même approche, car pour mieux comprendre la dépression, il croit qu'il faut la saisir :

« [...] qualitativement dans sa généralité, c'est-à-dire d'analyser les résonances spécifiques et transversales aux expériences individuelles telles qu'évoqués «de l'intérieur» de l'épreuve [(dépressive)], plutôt que de mettre l'accent sur les particularités dues, par exemple, à l'appartenance à des groupes particuliers [et] ces résonances réconcilient concrètement [...] les clivages de sexe, d'âge et socioéconomiques dans les termes mêmes imposées par la logique sociétale générale de l'épreuve dépressive et de ses tensions typiques » (Otero, 2012 : 156).

Martuccelli est d'accord avec cette approche de ne pas spécifier le type de dépression à l'étude parce que Otero pense que la dépression « [...] constitue en même temps l'un des révélateurs négatifs de certaines caractéristiques générales de l'individualité dans une société d'individus de masse » (Otero, 2012 : 156). De là notre raison de ne pas caractériser ou identifier

la spécificité du type de dépression durant cette recherche, mais plutôt de l'étudier et de la « comprendre *qualitativement dans sa généralité* » (Otero, 2012 : 157).

Stigmatisation de la dépression : Selon Ehrenberg, le concept de stigmatisation de la dépression renvoie à la rupture des liens sociaux et à l'absence de socialisation chez les gens déprimés. Sans liens sociaux ni socialisation, la stigmatisation de l'individu (en dépression) se manifeste par la désignation de la personne dépressive comme étant « insuffisante » et « dysfonctionnelle ». Cet individu semble alors incapable de prendre sa vie en main (en vue d'atteindre la santé mentale) tout en étant incapable d'être à la hauteur de la normalité psychique d'une personne fonctionnelle et productive. Dans ce contexte, l'individu cherche à « retrouver une assise d'estime de soi et de respect [et] regagner pied à pied du terrain sur le processus de disqualification et de désagrégation [...] » (Ehrenberg, 2012 : 383-387).

2. Les deux contributions sociologiques d'Alain Ehrenberg

a) La fatigue d'être soi. Dépression et société

Dans son œuvre *La fatigue d'être soi. Dépression et société* (2000), le projet d'Ehrenberg est de retracer l'évolution de « l'individu contemporain », sa formation, ses caractéristiques et le processus d'individuation propre à la perception de la dépression. De même, il découle également le désir de préciser le contour des liens entre individuation, psychiatrie et dépression.

Pour ce faire, il analyse et oppose comparativement l'histoire de la psychiatrie française et américaine, l'institution qui s'occupe des gens déprimés, et les « modes de vie ». Ce faisant l'auteur français souhaite découvrir et retracer comment la « dépression » s'est implantée comme « le » malheur dominant au sein des collectivités. De ce fait, Ehrenberg cherche comment l'avènement de la dépression, à travers l'évolution de la psychiatrie, a contribué à changer la

norme sociale de la culpabilisation vers la responsabilisation sociale du dépressif. Il est d'ailleurs mis en relief que ce vaste mouvement social vers une société plus individualiste a favorisé le développement de la psychiatrie. Il s'agit d'une orientation différente de celle du XIX^e siècle là où l'hystérie identifiait les êtres coupables de ne pas se conformer. D'ailleurs, la création de la « dépression » comme catégorie psychiatrique est une maladie et un malaise correspondant justement au type d'exigence que commande la société individualiste d'aujourd'hui.

Par conséquent, les rapports sociaux qu'entretiennent les gens, lorsqu'il s'agit de percevoir et de juger un individu dépressif, ont changés. À ce chapitre et dans les rapports sociaux quotidiens, la dépression renforce effectivement la logique de l'individuation inscrite dans le sens commun en identifiant comme malades les gens qui n'obéissent pas aux diktats de la responsabilisation personnelle et individuelle, en les qualifiant d'irresponsables.

D'ailleurs, l'auteur croit que la prévalence de la dépression a aussi favorisé et provoqué un changement radical des normes sociales. Autrement dit et dorénavant, la norme sociale qui régit le comportement des gens, qu'ils soient en santé ou malades (comme en dépression), n'est plus celle de la culpabilité et de la discipline (« que m'est-il permis de faire ? ») (Ehrenberg, 2000) mais plutôt en fonction de la norme de la « responsabilisation » et de la « prise d'initiatives » des individus (« suis-je capable de le faire ? ») (Ehrenberg, 2000 : en couverture arrière du livre).

À partir de ce moment, toute responsabilité d'un meilleur sort pour la personne déprimée repose sur elle-même. En d'autres mots, si l'individu en situation de dépression veut « s'en sortir », il doit uniquement compter sur ses propres capacités, sa personnalité, son comportement, sa volonté, sa détermination, ses attributs, ses moyens ou sa motivation personnelle. La stigmatisation de la dépression s'inscrit dès ce moment dans le sens commun. En d'autres termes et comme souvent le processus de socialisation, la société opère en fonction d'un « processus

d'individuation » de responsabilisation sociale pour la personne en situation de dépression et cette forme de perceptions stigmatisantes collectives (et responsabilisantes) affecte négativement la personne en situation dépressive.

Dorénavant, l'être déprimé est d'ailleurs confronté à sa propre « pathologie de l'insuffisance » (Ehrenberg, 2000), où ce dernier, en situation de dépression, est considéré comme étant inutile, incompetent, inadapté, invalide, dysfonctionnel, insuffisant et complètement incompatible avec le reste des gens dits « normaux ». Dans une telle société fondée sur l'individuation, tant en France qu'aux États-Unis, la stigmatisation des épisodes dépressifs est plus propice, car cet ordre social amplifie le sentiment d'échec personnel lors de l'apparition de cette maladie mentale. En d'autres mots, la personne en situation de dépression est, et comme l'avance Ehrenberg, doublement condamnée pour son inaction « personnelle » et « volontaire », à ses yeux et aussi à ceux des autres de la collectivité et de son environnement social. De là sa stigmatisation pour cause de dépression, dans ce cas.

En ce qui concerne notre deuxième question, le processus d'individuation nous éclaire au sujet des modalités d'intervention auprès des gens en dépression, car le raisonnement, la réaction et le discours populaire responsabilisent et encouragent la prise d'initiatives (individuelles), ciblant ainsi, personnellement et individuellement la personne en dépression. Dorénavant, ces gens dépressifs sont stigmatisés comme étant insuffisants face aux normes et aux exigences d'un nouvel idéal de la normalité qu'incarne justement le rôle régulateur des modalités d'intervention thérapeutique.

Ehrenberg suggère d'ailleurs que le raisonnement derrière les modalités d'interventions auprès des gens dépressifs repose sur une longue histoire au sein de la psychiatrie. En effet, la

psychiatrie semble avoir changé et modifié l'identité de la personne déprimée à travers de nouvelles formes de raisonnement propre à l'individuation et à ses valeurs.

De ce fait, le raisonnement de la psychiatrie à propos des modalités d'intervention a directement reconfiguré le mode de vie des gens dépressifs comme celui de ceux qui sont dits sains en matière de santé mentale (Ehrenberg, 2000). D'ailleurs, l'incursion de la psychiatrie contemporaine dans le « mode de vie » et la façon dont les gens raisonnent au quotidien a profondément changé le rapport de chacun à soi-même et à sa propre souffrance psychique (Ehrenberg, 2000). Autrement dit, la dépression s'est propagée, diffusée et popularisée puisque l'ensemble des individus peuvent dorénavant interpeller la psychiatrie ou autres ressources (tel que les groupes à caractère thérapeutique de la ville de Montréal que nous verrons plus loin) comme modalité d'intervention, afin de résoudre un problème comme la dépression.

Pour pallier la généralisation de la dépression au sein des sociétés contemporaines, la « modalité d'intervention » de choix a été sa médicalisation systématique par la psychiatrie qui a choisi de gérer et d'intervenir de cette manière en vue de récupérer et de réintégrer les gens qui en sont affligés (Ehrenberg, 2000). Comme modalités d'intervention, les antidépresseurs et les anxiolytiques prescrits par les psychiatres servent à soulager la souffrance psychique comme la dépression (Ehrenberg, 2000). Du même coup, la prise de ces psychotropes semble consacrer « l'échec » de la personne déprimée face à elle-même et face aux normes sociales qu'elle n'aura pas été à la hauteur de rencontrer (Ehrenberg, 2000).

Par conséquent, il y a eu un changement dans les modes de vie des individus contemporains. Ce changement social a été instauré par les divers « processus d'intervention » médicaux ou psychosociaux, comme celui qu'est la psychiatrie contemporaine. Simultanément,

la psychiatre actuelle aura changé les mentalités en faveur d'une stigmatisation des dépressifs, par exemple.

En suivant l'évolution de la pensée de Ehrenberg dans *La fatigue d'être soi. Dépression et société* et dans la prochaine section qui analysera une seconde contribution de ce sociologue français, les individus déprimés et stigmatisés semblent constamment sollicités par les exigences d'action vouées à la responsabilisation individuelle qu'exige la société.

À ce titre, le poids social et la pression populaire agissent sur la subjectivité des gens : ceux-ci sont transformés en individus dont la personnalité est à réformer, reformater et à façonner à travers les interventions thérapeutiques⁵ pour répondre aux exigences et aux besoins du fonctionnement de la société. Particulièrement celles et ceux du milieu de travail pour que la société conserve une stabilité et un calme relatif, pour contrer toute menace contre la paix sociale du point de vue de la santé publique en matière de santé mentale.

Dans cette optique, les « modalités d'intervention » comme les groupes d'entraide à caractère thérapeutique, que nous allons examiner, sont des mécanismes de régulation des conduites pour en quelque sorte offrir une « politique d'assurance » sociétale contre les dysfonctionnements qui pourraient découler des maladies mentales, comme la dépression.

De là l'intérêt de la prochaine contribution d'Ehrenberg que nous allons scruter à l'instant afin d'apporter des réponses aux deux questions de notre problématique.

⁵ Outre que dans cet ouvrage d'Ehrenberg et dans ce contexte précis, les notions de « subjectivité » et de d'interventions thérapeutiques sont également présentées dans les sources suivantes : (Rodriguez, Corin, Poirel, Drolet, 2002 : 154-179, Poirel, Corin, 2011 : 115-130).

b) *La société du malaise* de Alain Ehrenberg

Dans son ouvrage *La société du malaise* (2012), Ehrenberg développe une véritable sociologie de l'individualisme qui tient compte autant du langage commun, des nouvelles valeurs contemporaines que des dynamiques sociales (les rapports sociaux) où :

« [...] la santé mentale est devenue le langage contemporain, la forme d'expression obligatoire non seulement du mal-être et du bien-être, mais aussi de conflits, de tensions ou de dilemme d'une vie sociale organisée en référence à l'autonomie, prescrivant des façons de dire et de faire aux individus. [...] [et] ce jeu de langage [...] consiste à mettre en relation malheur personnel et relations sociales perturbées à l'aube de la souffrance psychique » (Ehrenberg, 2012 : 19).

Par ailleurs, pour cerner la « souffrance sociale » et la fragmentation des liens sociaux diagnostiquées, Ehrenberg mène une analyse comparative entre la France et les États-Unis au sujet de la diffusion de l'autonomie. Pour soulager ces maux sociaux, aux États-Unis, la psychanalyse adopte une approche plutôt médicale, scientifique, axée sur la guérison, l'adaptation, la réalité extérieure et est vouée à la compréhension du patient (Ehrenberg, 2012 : 179). Par contre, en France, la psychanalyse est plus influencée par la littérature, la philosophie, l'exploration du fantasme et la critique de la société (Ehrenberg, 2012 : 179-180). Dans les faits, les nouvelles comme les anciennes approches thérapeutiques sollicitent tous des modes de normalisation sociale. Or, la souffrance des individus, comme chez les dépressifs, fait en sorte qu'ils peinent à atteindre les idéaux sociaux. De plus, l'affaiblissement des liens sociaux traduit donc une précarisation de l'existence. Dorénavant, l'individu est confronté à des épreuves ou à des situations auxquelles il n'a jamais été confronté auparavant (Ehrenberg, 2012).

Dans cette optique, l'individu souffre considérablement. Surtout à cause de la fragilisation des liens sociaux que l'on englobe sous l'appellation des « pathologies du lien social ». Sous la rubrique des « pathologies du lien social », on dénombre trois formes de pression qu'exerce la

société : 1) la glorification de la personnalité (Ehrenberg, 2012), 2) la psychologisation des rapports sociaux (d'où la désinstitutionalisation généralisée) (Ehrenberg, 2012) et, 3) l'individualisme des gens (Ehrenberg, 2012).

Au chapitre de la glorification de la personnalité, on mentionne que la personnalité psychologique « idéale » est l'individu qui possède certains attributs. Parmi ceux-ci, on dénombre l'autonomie, la confiance en soi, l'indépendance sociale, la coopération, l'interdépendance, la réussite et l'accomplissement personnels, la conciliation du bonheur public et privé et le potentiel de croître dans un monde compétitif (Ehrenberg, 2012).

Selon Ehrenberg, l'origine de la souffrance sociale de la dépression se situe dans l'isolement et dans la ségrégation des uns envers les autres. D'ailleurs, le processus d'individuation et sa conséquence directe, c'est-à-dire la stigmatisation de la dépression ne peuvent se concrétiser sans certaines modalités d'intervention. De ce fait, l'implantation sociale de la normalité de la « personnalité » qu'incarnent les modalités d'intervention favorise justement ce sentiment d'isolement.

Pour l'auteur, ceci est attribuable à la compétition et à l'individualisme caractéristique du processus d'individuation qui contribue à causer la dépression. De là s'implante la stigmatisation; le déprimé étant exclu et désigné par les autres sur la base différentielle de sa personnalité psychique.

De plus, la « psychologisation des rapports sociaux » (Ehrenberg, 2012) et la désinstitutionalisation généralisée sont caractérisées par l'opposition et le combat sans cesse entre le choix d'un mode de vie axé sur l'individu vis-à-vis un en faveur de l'appartenance à la société. Dans cette optique, ceci représente un mode régulateur de la gestion du comportement humain, où tout compromis semble, non pas impossible, mais parfois difficilement négociable.

On explique ceci par les pressions sociales exercées avec détermination sur la personne et le travailleur commun de nos sociétés occidentales.

Dans les faits, le processus d'individuation a reconfiguré l'individu contemporain et a été caractérisé par la « psychologisation des rapports sociaux ». Cette transformation s'est faite à travers les modalités d'intervention thérapeutiques et ceux provenant d'initiatives personnelles des dépressifs.

Parmi ces modalités d'intervention, Ehrenberg dénombre les « pilules de la performance », la psychanalyse, les antidépresseurs, la psychiatrie et la psychothérapie. Démocratisé et librement exprimé, le contenu du langage autour de la dépression chez les gens provoque de la stigmatisation. À ce titre, les perceptions et les jugements négatifs envers le dépressif nuisent à la qualité de ses liens sociaux (qui demeurent essentiels pour sa santé mentale).

Dans le troisième volet des « pathologies du lien social », Ehrenberg reconnaît que l'individualisme est de plus en plus présent dans nos sociétés. Or, il concède et nuance son propos, affirmant ainsi que :

« [...] le nouvel individualisme signale moins un repli sur la vie privée qu'une recomposition des rapports et des contenus de la vie publique et de la vie privée en fonction de la valeur de l'autonomie [...] [et] l'autonomie représent[e] une revendication, elle imprègne désormais toute la vie sociale » (Ehrenberg, 2012 : 262).

Par ailleurs, les modalités d'intervention (envers les dépressifs) servent à favoriser la viabilité d'une société axée sur l'individualisme et l'importance du travail (qui rompt avec les liens sociaux qui étaient, autrefois, plus étanches). Au nombre de ces modalités d'intervention, on note les thérapies humanistes qui visent à redynamiser la motivation, la prise d'initiatives, l'autonomie, l'affirmation de soi et la volonté à devenir sociable, productif et une « meilleure » personne en société. Cette modalité d'intervention psychologique mène à la « perte de sens moral » à travers

les exigences d'une société qui ne consigne qu'un modèle standard de citoyen, travailleur et d'employabilité.

Par contre et souvent, la thérapie ne fait que rappeler le caractère « incapable », « déficient » et « inadapté » des gens déprimés. De plus, les fondements et les objectifs de la thérapie psychologique sont :

« [...] devenu[s] une conception du monde et pas seulement un traitement mental » (Ehrenberg, 2012 : 145).

De là, le caractère idéologique et contraignant de vouloir gérer, reconditionner et optimiser les capacités de la personne dépressive pour la rendre efficace, performante et compétitive.

En fin de compte et comme produit du processus d'individuation, la stigmatisation de la dépression découle de l'application des multiples modalités d'intervention thérapeutique dont celles entreprises par ceux qu'on désigne comme des « intervenants ». Ces modalités d'intervention ont en commun de responsabiliser et de désigner, dans ce cas, l'individu dépressif comme étant le seul à être capable d'apaiser ses souffrances, d'augmenter son estime de soi et de socialiser avec les autres comme il est de mise.

Devant les constats d'Ehrenberg, il s'agira maintenant de considérer la perspective sociologique de Marcelo Otero afin de compléter notre réflexion théorique autour de la dépression et de notre problématique.

D'ailleurs, Otero a le mérite d'adapter certaines thèses de Ehrenberg⁶ au contexte de la ville de Montréal (dans le troisième œuvre de ce dernier que nous examinons en détails). De là

⁶ Alain Ehrenberg a aussi été, il faut le dire, le directeur postdoctoral du sociologue et professeur de l'UQAM, Marcelo Otero. De là les liens étroits entre leurs pensées, leurs idées et leurs conceptions théoriques entourant la sociologie de la santé mentale (ou, si l'on préfère l'exprimer ainsi, la sociologie de la maladie

notre intérêt pour ce sociologue qui met au centre de son livre les processus d'intervention à caractère thérapeutique.

3. Les trois contributions sociologiques d'Otero

a) Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société

Influencé par la pensée de Michel Foucault, le sociologue québécois Marcelo Otero présente *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société* (2003). Sa thèse postule que les « interventions psychosociales » sont essentiellement des mécanismes de production collective des pratiques quotidiennes et de contrôle sociale (par la « normalisation » sociale de l'individu dit « utilitaire ») (Otero, 2003 : 87-128). Ceci est accomplie à travers les traitements thérapeutiques des intervenants ou des professionnels de la santé de tout genre (intervenants communautaires, psychiatres, psychologues, etc.) envers les malades psychiques (Otero, 2003 : 87-128). De là notre intérêt d'en connaître plus et d'investiguer les intervenants sociaux comme sujets de notre enquête sociologique.

De plus, Otero pense aussi que les « interventions psychosociales » et thérapeutiques (tout comme dans les groupes d'entraide de notre enquête) sont conçus pour façonner, diriger et gérer les individus ayant une psychopathologie. De là émerge un nouveau type d'individu dit « psychologique » (il s'agit d'un autre mode de production collectif du sujet, et dans notre cas, des dépressifs puisqu'il y a psychologisation de la personne). Dans cette perspective, les intervenants et professionnels de la santé deviennent les nouveaux moyens de « discipliner » afin d'aboutir à la « régulation des conduites » des malades psychiques (Otero, 2003 : 43-58). De ce fait, ce nouvel individu discipliné par les intervenants et les professionnels de la santé doit impérativement

mentale) et, par extension, l'une des justifications du choix de mobiliser ces deux auteurs dans le cadre de cette thèse de maîtrise.

évoluer vers l'« autonomie » et la « responsabilisation » qu'assurent les individus œuvrant dans le domaine de la santé, la psychologie ou la relation d'aide (Otero, 2003 : 55-63).

Dans cette optique, il y a effectivement de nouveaux mécanismes thérapeutiques de la gestion des individus dit malades psychologiquement. Du même coup, il s'instaure un contrôle social en vue de produire des gens en collectivité qui sont heureux et qui ont les deux qualités (autonome et responsable) requises pour parfaitement s'intégrer dans la société civile. À défaut de réussir à se conformer à ces deux impératifs thérapeutiques, la stigmatisation de l'individu « malades » par les autres personnes saines (qui ont ces deux qualités) peut se produire.

Cela dit, l'ouvrage d'Otero ne s'intéresse pas assez spécifiquement ou peu aux groupes d'entraide à caractère thérapeutiques en vue de répondre aux questions de notre problématique. À partir de ce constat, il faut se pencher sur deux des prochaines contributions qui pourront mieux servir les objectifs de notre mandat avant de réaliser notre étude sociologique.

b) L'ombre portée. L'individualisme à l'épreuve de la dépression

Dans *L'ombre portée. L'individualisme à l'épreuve de la dépression* (2012), le sociologue Marcelo Otero analyse le processus d'individuation qui mène à la dépression du point de vue des gens qui en sont affligés. Il se penche aussi sur la manière dont ils s'en rétablissent. De ce fait, le processus d'individuation nous permet de mieux comprendre la stigmatisation à l'œuvre chez les gens en situation de dépression et le déploiement des modalités d'intervention.

Pour ce faire, Otero mène une enquête théorique et pratique prêtant la voix à 60 montréalais ayant reçu un diagnostic médical officiel de dépression. Dans cette optique, Otero croit que la dépression est le meilleur objet d'analyse pour nous révéler comment notre société fonctionne et dysfonctionne. À partir du processus d'individuation à l'œuvre dans le

dysfonctionnement social, Otero précise que le phénomène de la dépression est un excellent révélateur des normes sociales. Dans le cadre de la « misère psychologique de masse », les gens dans le « processus d'individuation » sont ciblés par le « lieu de liaison sociale » et les « modèles d'identification ». Il s'agit d'une refonte de l'identification personnelle (l'identité) devant la pression individualisante de la société néolibérale et de la normalité acceptée par une majorité de gens. Donc, l'objectif est de décoder le processus d'individuation afin de déterminer de quel type de société nous parle la dépression. Otero se demande comment un épisode dépressif, si intime et personnel, puisse avoir un écho si fort et puissant au sein de nos collectivités.

Otero constate aussi que la dépression se manifeste le plus souvent après un échec professionnel au travail. Cette dépression survient souvent suite à une perte d'emploi, un épuisement professionnel, un investissement dans un emploi non reconnu par autrui, un important stress ou un conflit au travail.

Étudiant des utilisateurs de services thérapeutiques, Otero déduit de ses 60 entrevues les mécanismes des processus d'intervention thérapeutiques et les nouvelles métamorphoses des exigences de la société envers tous.

Afin de réhabiliter, récupérer et gérer les gens en dépression afin qu'ils redeviennent autonomes, la société a pris un virage thérapeutique et interventionniste. Ce virage thérapeutique est lié au processus d'individuation, car sa caractéristique centrale est « [...] la généralisation des normes de responsabilité individuelle et d'autonomie » (Otero, 2012). Dans les faits, le processus d'individuation de la personne en situation de dépression est caractérisé par la « difficulté d'adaptation ». Par conséquent, les modalités d'intervention prennent le relais à travers la volonté thérapeutique de « gérer les comportements » et, dans une certaine mesure, la psyché de la collectivité (Otero, 2012).

Parmi les autres modalités d'intervention thérapeutiques contre la dépression, on dénombre aussi la « valorisation de certaines conduites », l'écoute active, l'intervention psychosociale et l'ordonnance juridique, les évaluations psychiatriques et la banalisation de la « vulnérabilité sociale ». Alors que l'acquisition de nouvelles compétences se fait souvent par le biais de la socialisation pratique du quotidien à l'école, dans la famille, auprès des amis, mais surtout à travers le milieu de travail. C'est d'ailleurs là que la promotion des attributs liés au processus d'individuation se matérialise par un mode de régulation sociale que sont les modalités d'intervention thérapeutiques. Il s'agit, en effet, ici de la production collective de l'individuation des pratiques quotidiennes.

Pour véhiculer les valeurs individualistes dans le processus d'individuation, les modalités d'intervention auprès des gens en situation de dépression comprennent plusieurs éléments. On compte la promotion de la performance, l'insistance sur les bienfaits des médicaments psychiatriques et la promotion des avantages à devenir plus compétent. La responsabilisation de « se prendre en main » permet aussi de se rapprocher de sa véritable identité selon l'idéologie thérapeutique d'intervention décrite par le sociologue québécois.

À défaut d'adopter ces instructions « sanitaires » visant la collectivité, la « nervosité d'adaptation » et la « nervosité sociale » se manifestent par la dépression. Par conséquent, la stigmatisation d'avoir échoué de devenir ce que la société dicte comme idéal individuel se manifeste par une dépression.

Si l'individu ne parvient toujours pas à atteindre ces idéaux normatifs, il est plus susceptible de revivre une « épreuve dépressive » parce que son identité aussi publique que privée est de nouveau atteinte et teintée négativement. D'ailleurs, Otero parle de :

« [...] l'épreuve dépressive » comme étant un « test général de l'individualité ordinaire », c'est-à-dire vérifiant leur capacité à être à la hauteur des attentes de la société : accomplissement, performance, confiance en soi » (Gagnon, 2012 : 675).

De là, Otero voit que « [...] la dépression est l'une des épreuves emblématiques de l'individuation » (Otero, 2012 : 62) et du processus d'individuation. Ainsi, la dépression se situe dans :

« [...] l'ensemble des « failles » de l'individualité codées en l'occurrence comme troubles mentaux [...] [qui] ne peut être comprise sans faire appel aux résonnances collectives qui unissent, organisent et structurent les expériences individuelles qu'il s'agit d'examiner » (Otero, 2012 : 62-63).

On voit donc apparaître « [...] deux dimensions distinctes : le social problématique et le mental pathologique [...] » (Otero, 2012 : 76). Ces deux problématiques sont le résultat direct du processus d'individuation qui bascule souvent dans la stigmatisation de la dépression. De là les modalités d'intervention thérapeutiques tentent de réformer les dépressifs, dont notamment à travers les groupes d'entraide à caractère thérapeutique et les gestes de leurs intervenants.

En outre, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (le DSM-IV, utilisé avant 2013 et servant de référence, car le livre d'Otero a été écrit en 2012 donc avant la parution du DSM-V) guide et oriente tout diagnostic des psychiatres. Aujourd'hui les psychiatres utilisent la cinquième version de ce manuel. Or, le DSM-IV semble viser à identifier les gens qui ont des comportements socialement « incommodants », « déviants » et associés à des « contre-performances » liés notamment au travail (Otero, 2012 : 104).

À partir des modalités d'intervention thérapeutiques auprès des dépressifs, la psychiatrie a pour objectif principal de dépister, diagnostiquer, diffuser et de rendre disponible les traitements comme, par exemple, la prise d'antidépresseurs.

Cumulant la fatigue, le stress et la pression à performer au travail, les individus dépressifs et stigmatisés vont souvent se responsabiliser pour leur psychopathologie. Ceci consacre leur « échec » de vie. Ainsi, « l'épreuve dépressive et ses « remèdes » ne sont intelligibles qu'en fonction de ces trois dimensions » (Otero, 2012 : 304) dont la « nervosité sociale et l'individualité sont indissociables » (Otero, 2012 : 306).

D'ailleurs et la spécificité canadienne quant aux modalités d'intervention est la suivante :

« À l'échelle canadienne, le recours au psychologue est une spécificité, car dans l'ensemble des provinces canadiennes, les omnipraticiens sont les professionnels les plus consultés, suivis des travailleurs sociaux, conseillers et psychothérapeutes; ensuite seulement, à égalité, on retrouve les psychologues et les psychiatres. Enfin, les groupes d'entraide⁷ ferment la liste des ressources et professionnels consultés » (Otero, 2012 : 131).

De là l'importance de notre travail, car Otero apporte certaines réponses pertinentes, mais pas complètement satisfaisantes pour répondre aux questions de notre problématique. Autrement dit, les groupes de soutien à caractère thérapeutique pour les individus en situation de dépression sont presque complètement passé sous silence (à l'exception de quelques endroits). D'où l'intérêt de poursuivre en analysant une autre contribution de ce sociologue québécois de la santé mentale.

c) Les fous dans la cité. Sociologie de la folie contemporaine

Suite à la publication de *L'ombre portée. L'individualisme à l'épreuve de la dépression*, Otero revient avec *Les fous dans la cité. Sociologie de la folie contemporaine* (2015). Cette contribution se situe à l'intersection de la relation entre les « fous » et leurs comportements et le « nous-même et nos réactions ». L'auteur pose donc la question centrale suivante : « En quoi la folie a-t-elle toujours été, et est encore, un problème social à part entière ? » (Otero, 2015 : 14).

⁷ Un synonyme, pour nous et pour les besoins de cette thèse, avec l'expression des « groupes de soutien à caractères thérapeutiques » que nous employons.

Ainsi, le sociologue souhaite faire émerger une nouvelle approche sociologique visant à analyser les « liens actuels entre folie et société » (Otero, 2015 : 16). De ce fait, le « social problématique » et le « mental perturbé » doivent être interrogés comme étant liés à la problématique de la « folie civile » (Otero, 2015 : 145-192).

Par ailleurs, selon l'auteur, il faut mettre en cause l'union inéquitable entre la pratique du droit médical et de l'« expertise » de la psychiatrie et des psychiatres. Cette iniquité juridique émerge lorsque les autorités interpellent les tribunaux afin d'autoriser une garde forcée en établissement visant un malade psychique dans le cadre de la loi P-38.

Avant de s'avancer dans ce qu'il y a de plus pertinent pour notre recherche et de notre problématique, certains éléments du second ouvrage d'Otero, nous allons contextualiser ce qui va suivre dans notre analyse théorique.

Dans cet ouvrage, l'auteur se tourne vers la critique de la judiciarisation de la maladie mentale, la psychiatrie contemporaine, les psychiatres, le DSM (le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) et la gestion des policiers face aux malades psychiques. Otero dénonce aussi la disproportion du pouvoir médico-légal sur celui du malade psychique devant les tribunaux.

Or, cette contribution d'Otero s'éloigne à certains égards de notre objet d'étude et de notre problématique. Par contre, son oeuvre entretient plusieurs pistes pertinentes et nécessaires afin de déterminer en quoi le processus d'individuation permet de comprendre la stigmatisation des gens en situation de dépression à Montréal et de saisir en quoi ce même processus nous éclaire à propos des modalités d'intervention auprès des dépressifs.

Par conséquent, le processus d'individuation permet de comprendre la stigmatisation des gens en dépression à Montréal à travers la façon de diffuser, d'expliquer et de transmettre l'information à l'intention des (et sur les) malades psychiatisés.

Lorsque certains parlent et s'expriment au sujet des dépressifs, le discours de la responsabilisation des malades psychiques, sur leur réussite matérielle ou professionnelle, leur situation médicale et leurs conditions de vie en matière de santé mentale semblent tous en cause. Il s'agit ici d'une composante de la production du sujet « malade » psychiquement. On observe que le discours de la psychiatrie et des psychiatres a bel et bien de l'influence sur les croyances populaires pour responsabiliser les malades psychiques individuellement. Ainsi, les dépressifs deviennent le plus souvent les seuls et uniques responsables de leur état psychopathologique. De là encore un mécanisme de la production du sujet dépressif que notre étude de 5 intervenants permettra d'éclairer.

La dynamique de la production du sujet dépressif émane d'un conflit idéologique entre la vision sociologique et psychiatrique (dominant les tribunes publiques sur la base de « légitimité » scientifique et médicale en santé mentale). D'ailleurs, le discours des psychiatres s'inscrit souvent dans une ambition individualisante (et responsabilisante) propre au processus d'individuation envers les patients et demeure très stigmatisant pour les gens aux prises avec une problématique de dépression. Du propre aveu d'Otero nous ne pouvons pas laisser la psychiatrie définir à elle seule les maladies mentales, car les psychopathologies comportent aussi des dimensions sociales qu'écartent souvent la psychiatrie actuelle (Otero, 2015 : 25-28). C'est d'ailleurs une posture de la psychiatrie qui favorise la stigmatisation de la dépression.

Pour la psychiatrie, pour que l'individu soit accepté (conformément au « processus d'individuation » en tant que personne respectable), il doit constamment faire preuve

d'autonomie, d'adaptabilité sociale, de responsabilité et d'initiative dans l'auto-détermination personnelle et individuelle de sa santé mentale (Ehrenberg, 2000, Otero, 2012) pour éviter de vivre une dépression. De même, le phénomène de l'individu qui va manquer de vivre à la hauteur de ces idéaux et subir une dépression va consacrer et « confirmer » sa contre-performance sociale et, par conséquent, s'attirer les foudres de la stigmatisation (Otero, 2015 : 88) à travers le regard de la société et des individus.

Dans cette perspective, la personne dépressive est désignée comme étant « malade ». En d'autres termes, on certifie la différence et l'altérité face à la normalité communément admise :

« Bref, ils (les malades psychiques) ont des problèmes (pauvreté, vulnérabilité sociale, symptômes psychologiques, handicaps, marginalisation, isolement, dépendances, santé fragile) et ils posent problème à la société sur le plan des normes de conformité et des exigences sociales qui leur sont contemporaines (comportements déplacés, styles de vie non conformes, incapacité à subvenir à leurs besoins, passage à l'acte violents). C'est toutefois sous l'effet des multiples politiques sociales, sanitaires, (y compris en santé mentale) et sécuritaire qu'ils ont été regroupés en catégories administratives répondant davantage aux logiques concrètes d'intervention, de prise en charge, d'aide, de soins et de contrôle des autorités qui les gèrent qu'aux hypothétiques caractéristiques intrinsèques censées les définir » (Otero, 2015 : 53-54).

Pour ceux qui sont perçus et désignés (la production du sujet malade psychique *id*) comme des « fous mentaux » (les dépressifs) la responsabilité de leur état leur appartient. De là le phénomène de la stigmatisation dont ils font l'objet à partir d'une différence normative en fonction de leur état mental. Ceci, en retour, permet une meilleure appréciation du phénomène social de la stigmatisation à l'étude puisque le processus d'individuation de la psychiatrie et du regard social à l'œuvre impose des étiquettes stigmatisantes aux gens composants ou ayant vécu une dépression dans la ville de Montréal.

D'ailleurs, le sens commun et la psychiatrie n'hésitent pas à qualifier très souvent et nébuleusement de « dangereux » (Otero, 2015 : 72-122-123) les malades psychiques devant les

modalités d'intervention comme les tribunaux pour les faire interner de force. Cette réalité peut aussi s'appliquer aux intervenants et aux interventions des groupes d'entraide de notre étude.

En lien direct avec le processus d'individuation, l'une des justifications les plus fréquemment évoquée pour faire appliquer les modalités d'intervention auprès des gens éprouvant une dépression est :

« [...] la figure légale et administrative de la dangerosité mentale [...] [qui] permet d'illustrer l'hypothèse générale qui postule l'incontournable hybridation entre folie mentale et folie sociale » (Otero, 2015 : 119).

De ce fait, le processus d'individuation qu'Otero propose dans son ouvrage exprime la volonté de la psychiatrie à concevoir les problèmes psychiques à partir d'angles biologique, neurologique, physiologique et comportemental. Il s'agit donc qu'une perspective individualisante envers celui en dépression puisque juste son libre-arbitre peut le soulager dorénavant (et ce, sans considérer le « social »).

Cependant, dans 18,93% des cas, c'est justement des groupes d'entraide à caractère thérapeutique pour dépressifs (comme « modalités d'intervention » psychosociales) que proviennent les initiatives de requêtes pour évaluation psychiatrique (Otero, 2015 : 74). Tout ceci est débattue devant les tribunaux, en vue d'hospitaliser en psychiatrie et de force, selon une étude menée en 2007 (Otero, 2015 : 74). Encore pire, selon la même étude, les ressources communautaires représentent la 2^e plus grande source (après les CLSC avec 53,91% des cas) (Otero, 2015 : 74) à opter pour une tentative d'internement forcée devant les tribunaux et ce, même beaucoup plus que par les initiatives des psychiatres eux-mêmes (5,14% du temps) (Otero, 2015 : 74). Sur la base de cette étude, cela a certainement de quoi surprendre.

Dans la même lignée, une autre étude de l'ensemble des requêtes plaidées devant la Cour du Québec dans la ville de Montréal pour les années respectives de 2003 et de 2007 arrive à la

conclusion qu'après la famille (dans 77% des cas) ce sont les « intervenants sociocommunautaires » eux-mêmes qui arrivent en deuxième position (Otero, 2015 : 64) comme étant les principaux requérants de demandes de garde provisoires (Otero, 2015 : 64) :

« La deuxième catégorie significative de requérants est celle des intervenants sociocommunautaires (12% des dossiers en 2003 et 17% des dossiers en 2007), dans laquelle nous regroupons les travailleurs sociaux ainsi que communautaires œuvrant dans des refuges, des centres de crise et d'autres ressources d'aide » (Otero, 2015 : 64).

En matière d'interventionnisme thérapeutique, le sombre bilan que dressent ces deux études envers les ressources communautaires est tributaire du processus d'individuation, à travers l'imputation de la « faute » purement « mentale », personnalisée et individualisante du dépressif. C'est la thèse défendue par Otero que nous reprenons ici.

De nouveau, les arguments au profit de la couronne (de l'administration, de leurs avocats et des psychiatres, comme témoins dits « experts ») en vue d'interner un malade psychique relèvent majoritairement d'une imputation à la responsabilisation quasi purement individuelle que nous relions également au processus d'individuation (Otero, 2015 :148-152-164-272). Autrement dit, la cause explicative du « social problématique » semble tournée vers la responsabilité individuelle de ceux en situation de dépression.

Pour dire juste, certains psychiatres font aussi valoir l'importance des causes du « social problématique » comme cause d'une maladie mentale comme la dépression. Par contre, le plus souvent la narration relève d'un discours individualisant.

En somme, plusieurs questions demeurent toujours en suspens relativement à notre problématique sous forme de deux questions distinctes.

4. Conclusion sommaire sur l'état des connaissances théoriques relevées

D'abord, le constat s'imposant est le suivant : Otero ne fournit pas d'informations suffisantes concernant la qualité, la constitution, la valeur, la structure ou, encore, l'efficacité des groupes d'aide à caractère thérapeutique.

Ensuite, il demeure impératif que nous allions sonder le tout ailleurs et avec une autre approche plus pratique pour pallier les lacunes qui posent définitivement problème pour nous et atteindre les objectifs de cette étude.

En ce qui concerne les groupes à caractère thérapeutiques, Otero semble les englober sous l'appellation trop générale et parfois un peu confuse des « ressources communautaires » (impliquant les groupes d'entraide de tout genre essentiellement). De ce fait, l'information demeure aussi limitée pour nous aider à remplir les objectifs concrets de notre mandat.

De là, il y a une nécessité de mener un travail sur le terrain auprès de 3 groupes d'entraide à caractère thérapeutique pour dépressifs, implantés dans la ville de Montréal, qui nous permet de recueillir plus de données. Cette démarche vise aussi à générer davantage de réponses devant nos questions de nature sociologique.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

« Les groupes [d'entraide] font l'objet d'attaques variées, des plus grossières aux plus élaborées [...] Dans le désordre, on leur reproche ainsi : a) le caractère dépersonnalisant de leur méthodologie; leur manque d'égard pour les singularités individuelles; b) leur sectarisme, leur fermeture à l'altérité; c) leur religiosité; d) leur moralisme; e) la substitution d'une dépendance par la dépendance au groupe; f) leur amateurisme; g) leur comportementalisme; h) leur emploi systématique du concept de maladie [...] »

Pascal Coulon, *Les Groupes d'entraide. Une thérapie contemporaine*, 2009, p. 39-40

Notre démarche méthodologique se divise en cinq parties. Nous retrouvons les suivantes : 1) le milieu de recherche, 2) les 5 entrevues semi-dirigées et sa description générale, 3) la nature et la composition des 2 questionnaires différents et les 4 « thématiques » explorées pour guider les entrevues, 4) la transcription, le codage et l'analyse et, enfin, 5) les considérations éthiques et pratiques sous forme d'explications, de clarification et de justifications.

Dans la première partie, nous examinons de quoi se compose le milieu de terrain choisi qui nous a servi à proprement répondre aux questions de notre problématique. Ici, il a été question d'explorer la nature de l'échantillon, de l'éligibilité des répondants et des caractéristiques (linguistique, géographique, etc.) des participants pour pouvoir participer à notre étude. Aussi, les modalités et les procédures sélectionnées ont été discutées pour permettre de justifier nos choix et nos manières d'effectuer notre travail d'enquête. Ensuite, dans la seconde section, nous décrivons comment et justifions pourquoi nous avons mené nos 5 entretiens avec les intervenants de la façon retenue. En troisième lieu, nous précisons la nature et la constitution des 2 questionnaires distincts tout en expliquant et justifiant le choix des 4 « thématiques » qui ont orienté la façon de mener nos entrevues par les types de questions posées aux participants. En plus, l'instrument servant à collecter et à recueillir les données est également discuté. Quatrièmement, nous abordons les modalités de transcription, de codage et d'analyse des

données tout en expliquant les procédures et méthodes d'analyse des informations obtenues. Enfin, dans la cinquième partie, nous nous consacrons aux aspects éthiques de notre recherche en justifiant et précisant la nature et le pourquoi de certains choix méthodologiques que nous avons décidé de prendre au lieu des autres possibilités.

1. Milieu de recherche

Notre démarche de recherche nous a permis de choisir un milieu où faire cette recherche. D'ailleurs, nous avons mené notre étude sur les lieux des groupes d'entraide, sauf pour une seule exception. En fait, un entretien a été réalisé dans une université de Montréal à la demande de la personne interviewée. Ceci s'explique et se justifie par le souci que nous avons eu pour accommoder le plus possible les intervenants ayant la générosité de nous accorder de leur temps.

Enfin, les participants tous francophones habitaient à Montréal parce que notre recherche, notre problématique et notre objet d'étude ont pris forme au Québec et concerne la situation montréalaise. De là la justification et la raison de notre décision de sonder que des francophones dans cette enquête sociologique.

a) L'échantillon de notre étude et les justifications de nos choix

Pour le travail de terrain, nous avons choisi les trois groupes de soutien à caractère thérapeutique⁸ de Montréal suivant :

- Organisme #1 (avec une ligne d'écoute téléphonique⁹ et des groupes d'entraide)

⁸ Ici, nous nous limitons à l'étude de groupes de soutien thérapeutiques qui accueillent leur clientèle sur une base purement volontaire et qui relèvent de thérapies psychologiques professionnelles, non professionnelles, formelles ou informelles, et ouvertes à tous les usagers ciblés.

⁹ Or, nos 3 ressources à l'étude disposent non seulement des groupes de soutien à caractère thérapeutique, mais aussi, et il faut le dire, de lignes d'écoute qui ne nous intéressent pas à priori. Cependant, nous ne pensons pas que cela cause de problème au niveau méthodologique, car ces lignes d'écoute sont des ressources complémentaires, différentes et séparées du processus thérapeutique que peuvent offrir un groupe de soutien pour les dépressifs tangiblement.

- Organisme #2 (avec une ligne d'écoute téléphonique et des groupes d'entraide)
- Organisme #3 (avec une ligne d'écoute téléphonique et des groupes d'entraide)

Même s'il existe « [...] 625 organismes communautaires [...] »¹⁰ à Montréal, nous avons choisi et justifié ces 3 organismes pour deux raisons. En fait, le choix de ces trois ressources se justifie par le fait qu'elles : 1) abordent tous la dépression et 2) sont des groupes de soutien que les dépressifs peuvent fréquenter de façon volontaire et sans coûts pour eux.

Nous avons donc examiné trois ressources accueillant non seulement des dépressifs, mais aussi ceux qui souffrent d'autres psychopathologies, comme l'anxiété ou la bipolarité, par exemple. Pour le travail de terrain, nous avons examiné les 3 ressources choisies afin de les étudier « *qualitativement dans leur généralité* » et non pas de choisir les usagers selon leur maladie mentale. Notre approche n'a donc pas été de questionner directement les usagers dépressifs. Plutôt, nous avons interrogé trois intervenants et deux membres de la direction qui transmettent le message, les valeurs et utilisent une approche thérapeutique ou autre auprès des usagers en dépression. D'où la justification de questionner que des intervenants travaillant auprès des gens dépressifs pour notre étude.

b) Échantillon, éligibilité et participants de l'étude : modalités et procédures

Pour la collecte de données, la méthodologie de notre terrain utilisait des entrevues semi-dirigées auprès de 3 intervenants qui animent les séances thérapeutiques et 2 personnes au sein de la direction (faisant aussi de l'intervention). Donc, notre échantillon était composé de 5 entrevues. De ce fait, nous avons enrôlé 5 participants, sans faire de discrimination au niveau du sexe de l'intervenant, par l'envoi d'un message (en Annexe 1) par courriel à 3 organismes pour inviter des intervenants à participer à notre étude. L'unique lettre était adressée aux intervenants

¹⁰ <http://www.santemontreal.qc.ca/chercher-une-adresse/#cent>

et aux cadres de direction sans égard à leur position hiérarchique dans l'organisme. Pour ce qui est des éléments justificatifs de cette approche, les gestes posés visaient justement à solliciter leur participation en vue de les interviewer.

Pour être éligible, les 5 candidats devaient tous maîtriser le français et vouloir librement et de façon éclairée, participer à notre étude. Les intervenant recrutés ont accepté d'être interviewé au sujet de leur fonction d'intervenant dans l'organisme. Aussi, ils ont accepté d'être enregistré pendant l'entretien et étaient tous d'âge majeur(e). De plus, les participants ont tous lu la lettre de présentation et signé le formulaire de consentement pour certifier leur accord à participer à notre étude. Ceci a donc été fait en conformité avec les valeurs et les règlements d'éthique pour la recherche de l'Université d'Ottawa. Nous avons donc opté pour ces choix pour toutes ces raisons ci-haut servant d'explications et de justifications pour notre méthodologie.

À cette étape, nous avons commencé nos entrevues. Les entrevues ont permis de déterminer et d'examiner dans les faits ce qui se dit, ce que contient et caractérise le message véhiculé par les intervenants durant les séances thérapeutiques. D'ailleurs, nous avons voulu en apprendre plus sur les intervenants(es) et la nature de leurs interventions de chaque jour.

De ce fait et comme justification, notre approche méthodologique, par entrevues, a visé spécifiquement à faire parler et à relever le message sociologique diffusé par les intervenants aux dépressifs.

Nous avons aussi rencontré une difficulté inattendue. Dans cette perspective, la collecte de données a posé un problème lors de la composition de notre échantillon. Autrement dit, le nombre d'intervenants participant à notre enquête a été moins qu'attendu. À l'origine, notre échantillon devait être composé de 6 intervenants. Par contre, l'impossibilité d'interroger un cadre de direction après notre troisième entrevue (en raison d'une réorganisation de l'organisme)

a limité à 5 de nombre de participants. De là la raison pour laquelle nous nous sommes retrouvés avec ce nombre de participants et pas un de plus comme pourtant anticipé.

2. Les 5 entrevues semi-dirigées, description générale

Pour les entrevues-semi dirigées, nous nous justifions notre choix d'avoir donné la parole à 5 « experts » pour produire une riche compréhension (Savoie-Zajc dans Gauthier, 2008 : 340-355) et de rendre visible « l'univers de l'autre » (des intervenants). Ainsi, nous avons eu accès à leur « monde » avec un contact direct et personnel (Savoie-Zajc dans Gauthier, 2008 : 340-355) pour mieux comprendre l'organisation et la structure de chacun de leur pensées et idéologies (Savoie-Zajc dans Gauthier, 2008 : 340-355).

Nous nous sommes adressés aux intervenants pour avoir accès à leurs connaissances, expériences et expertise sur les groupes d'entraide. De ce fait, notre démarche a aussi eu pour objectif et de raison de voir si les paroles des intervenants avaient un lien avec le processus d'individuation.

D'ailleurs, notre approche a permis de déterminer les *modus operandi* des 3 groupes de soutien. Autrement dit, pour la justification de cette décision, nous avons eu accès à l'orientation thérapeutique, les valeurs, les idées, les habiletés et/ou les aptitudes véhiculés. Ces caractéristiques propres aux groupes de soutien sont transmises par les modalités d'intervention auprès des dépressifs. Dans cette perspective, à travers nos entrevues, nous avons capté l'orientation thérapeutique des trois organismes. Ainsi, nous en avons appris davantage sur le processus d'individuation et la stigmatisation qui s'exercent sur les dépressifs. De plus, dans le volet de ce travail de terrain, nous avons mené des entrevues à questions ouvertes d'une durée de 30 à 45 minutes comportant deux questionnaires très légèrement différents. Il y en avait un

destiné aux intervenants et un pour les cadres de directions (qui font aussi de l'intervention au quotidien).

3. Nature et composition des 2 questionnaires différents et les 4 « thématiques » explorées pour guider les entrevues

Pour les entretiens avec les 3 intervenants, la composition des thèmes (et des sous-thèmes) a été exprimée à travers les questions posées. Ces questions étaient sensiblement les mêmes (mais aussi différentes), car les 2 questionnaires ont été, au niveau justificatif, adaptés au poste de l'intervenant ou du cadre de direction interrogé (aussi des intervenants en même temps).

Dans les faits, nous avons eu quatre sortes de regard : 1) Le thème que nous avons appelé « ce qu'il ou elle est » selon « le profil de l'intervenant ou du cadre de direction ». De plus, nous avons posés des questions générales pour comprendre de qui il s'agissait. Autrement dit, nous les avons questionnés sur leurs caractéristiques sociodémographiques (et professionnelles), leur formation, leurs années d'expérience (et/ou en poste) et leurs informations sur leur rôle dans leur emploi., 2) Le thème de « ce qui devrait être » (Savoie-Zajc dans Gauthier, 2008) et aussi nommé « la manière de mener une séance de groupe de soutien selon [eux] ». Avec ces questions justifiées pour atteindre nos objectifs, nous avons voulu savoir comment ils aident concrètement à favoriser le rétablissement (donc ce qui devrait être fait pour améliorer la santé de leurs usagers en dépression), le contenu du message idéal quotidien (valeurs, idées, suggestions, aptitudes à développer, idéologies et la philosophie derrière le message thérapeutique diffusé et la vision du rôle de l'intervenant), 3) Le thème du « comment » (Savoie-Zajc dans Gauthier, 2008) ou ce que nous avons appelé « le point sur la dépression ». Parmi ces éléments, nous avons questionnés sur la perception des enjeux autour de la dépression (dont la manière de définir et de percevoir la dépression, les dépressifs et la façon dont ceux-ci sont traités à Montréal) et la façon dont se

déroule une journée à l'organisme. De plus, nous avons exploré avec eux leur point de vue sur l'origine de la dépression., et, 4) Le thème du « pourquoi » (Savoie-Zajc dans Gauthier, 2008) ou « la raison d'être de vouloir soutenir les gens en situation de dépression ». Pour ce quatrième point, il était aussi question de l'objectif de leurs pratiques et dans les groupes de soutien, de la manière de connaître du succès (ou pas) avec les usagers et pourquoi la dépression est si importante pour eux et leur organisme. Ces quatre grands thèmes justifient tous comment s'est orienté et composé les questions et le fruit de nos entretiens sous forme de données recueillies.

Pour les quatre thèmes soulevés, nous avons mis les deux questionnaires en Annexe 3 (le premier questionnaire pour les intervenants) et en Annexe 4 (le deuxième questionnaire pour les cadres faisant de l'intervention).

a) Instrument de la collecte des données

Après avoir souligné les 4 thèmes des questions posés lors des entrevues semi-dirigées, le moyen (l'instrument utilisé pour capter les paroles des interviewés) de collecte de données a été l'enregistreuse. Or, bien avant de commencer, nous avons eu l'approbation formelle du comité d'éthique de l'Université d'Ottawa et aussi de chaque intervenant à l'étude.

4. Transcription, codage et analyse :

Suite aux entrevues, nous avons retranscrit le verbatim pour les analyser avec la méthode d'analyse de contenu « thématique » que nous expliquons plus loin. Ensuite, en fonction de nos deux questions de recherche et des quatre grands thèmes (et de plusieurs sous-thèmes associés), nous avons effectué le traitement et l'analyse des données à travers plusieurs méthodes et procédures. Nous avons adopté le logiciel informatique « QDA Miner » pour nous aider à coder nos entrevues.

Nous allons maintenant décrire le type de traitement des données que nous avons réalisé et les procédures utilisées pour le mener à bon terme.

a) Le traitement des données : analyse et synthèse

Le traitement des données recueillies est connu pour être l'une des étapes les plus difficile (Mace, Pétry, 2000 : 203) dans l'évolution d'une recherche. Nous avons donc pris des précautions pour cette étape décisive (qui se justifient par les raisons qui vont suivre). Par conséquent, nous avons adopté plusieurs méthodes de traitement afin de maximiser la validité interne et externe de notre étude.

D'ailleurs, il s'avère qu'il faut toujours :

« [...] justifier le choix de la stratégie [de traitement et d'analyse] en fonction des travaux antérieurs, de l'information disponible sur l'objet d'étude, de la nature de l'hypothèse et de la nature et du nombre de variables ». (Mace, Pétry, 2000 : 87).

Pour réussir l'étape du traitement des données, nous avons référé à la littérature et aux écrits d'experts en méthodologie qualitative comme guides. Ceci nous a permis de mieux justifier nos choix sur le traitement des données et de l'analyse de celles-ci.

Dans cette même optique justificative, les données ont été analysées « en fonction de la question de recherche » (Alarie, 2011 : 62) et des principaux thèmes abordés par les deux questionnaires après la collecte de données finie (par entrevues). Parmi les principaux thèmes et les sous-thèmes (mis entre parenthèse plus bas), nous avons relevé les suivants :

1) Le profil de l'intervenant (1.A Profil des caractéristiques sociodémographiques de l'interviewé, 1.B Perspective et vision de l'organisme),

2) La manière de mener un groupe de soutien selon les intervenants (2.A Vers le rétablissement, 2.B Le contenu du message thérapeutique),

3) Le point sur la dépression (3.A Les enjeux de la dépression) et,

4) Leurs raisons de vouloir soutenir les gens en dépression (4.A Le pourquoi de l'objectif thérapeutique).

À partir de là, nous justifions d'avoir choisi utiliser le logiciel informatique « QDA Miner » pour associer les thèmes et les sous-thèmes aux passages correspondants aux mêmes thèmes du verbatim de nos entrevues.

Avant d'utiliser « QDA Miner », il était aussi important de clarifier la signification exacte du mot « thème » dans le contexte de notre étude. Cet exercice de définition nous a donc aidé à mieux déterminer de quoi nous parlions lorsque nous avons utilisé ce mot important. De là une justification supplémentaire d'avoir eu recours à ce précieux support informatique dans notre méthodologie pour recueillir nos données.

b) Procédures d'analyse et méthodes de traitement des données

Nous avons commencé par identifier une liste de thèmes et de sous-thèmes avec des mots-clés récurrents liés au contenu des questionnaires pour faire une « analyse de contenu thématique » (Sabourin, dans Gauthier, 2008).

Pour que notre analyse de contenu soit « thématique », nous nous justifions de nous avoir donné des critères de classification explicites et spécifiques pour bien classer les éléments dans les entrevues (Gauthier, 2008). De plus, cette décision nous a aussi permis de trouver des réponses à notre problématique et à notre conclusion en examinant ce qui a été dit (Gauthier, 2008).

En somme, notre analyse de contenu « thématique » avait quatre volets de procédure, soit :

- 1) L'analyse de la lecture des données recueillies (Gauthier, 2008)
- 2) La définition des catégories thématiques (thèmes et/ou sous-thèmes) du discours analysé (Gauthier, 2008),
- 3) La classification des extraits selon les similitudes (ou les différences). En d'autres mots, les types (et la spécificité) de discours et d'à quoi ils ont renvoyé a permis de comptabiliser la fréquence d'apparition d'un thème ou d'un sous-thème (Gauthier, 2008) et,
- 4) L'ajout d'un logiciel qualitatif (« QDA Miner ») pour mieux mesurer la fréquence d'apparition et de récurrence d'un thème, d'un sous-thème et/ou d'un mot-clé a rendu notre analyse plus objective (Gauthier, 2008).

Comme premier volet afin de traiter la lecture des données, il a fallu analyser nos « [...] entrevues de façon individuelle (analyse verticale) grâce à la méthode du codage ouvert » (Alarie, 2011 : 62). En d'autres mots, pour justifier ce choix, nous avons utilisé la méthode pour laisser émerger les thèmes (et les sous-thèmes) qui se retrouvent (Godrie, 2014 : 179) dans la liste de la grille d'analyse thématique « à la lecture du matériel » (Godrie, 2014 : 179). Les thèmes et les sous-thèmes correspondaient à la structure des interrogations des 2 questionnaires (en Annexe 3 et 4) et à nos 4 thèmes pour interroger les intervenants de notre étude.

Nous avons aussi ajouté des variables pour collecter des données plus objectives comme quelques données sociodémographiques non invasives pour la vie privée.

En second lieu et comme justification, pour la définition et l'identification des thèmes dans les entrevues (suite à une lecture verticale et horizontale), nos lectures ont fait ressortir les « codes émergents [...] afin de terminer avec une liste de [...] codes » (Alarie, 2011 : 62). D'ailleurs, le terme « code » a été utilisé comme un synonyme du mot « thème » lors de la lecture

et l'analyse des entrevues. Un nombre de thèmes a donc été déterminé après le processus d'analyse.

Troisièmement, une liste de thèmes récurrents a été déterminée et établie. À partir de là, nous avons passé à l'analyse thématique. Ce choix de méthode se justifie par le fait que nous voulions et avons classifié les extraits selon les similitudes (et les différences) et aussi en fonction des thèmes identifiés. Autrement dit, nous avons classifié les types de discours avec la spécificité d'à quoi ils renvoyaient pour comptabiliser la fréquence d'apparition d'un thème (ou d'un sous-thème) lié à notre problématique (Gauthier, 2008). Après avoir lu le contenu des 5 entrevues, il a été suggéré de comparer ces 5 « entrevues entre elles (analyse horizontale) [...] » (Alarie, 2011 : 62).

Par ailleurs, nous avons également appliqué la « méthode triangulaire ». Ainsi, cette approche a assuré que l'analyse des données reflète avec respect les paroles des intervenants interviewés (Alarie, 2011 : 62). De là la justification de procéder de cette façon en termes méthodologiques.

Pour la quatrième phase d'analyse et de traitement de données, nous justifions d'avoir choisi d'ajouter un logiciel informatique afin de passer de l'analyse manuelle du contenu à l'analyse textuelle et automatisée par ordinateur. En d'autres mots, le logiciel « QDA Miner » a été utilisé pour compléter notre processus d'analyse.

Pour ce qui est de cet outil informatique, il faut dire que :

« QDA Miner est un logiciel d'analyse qualitative conçu pour la recherche avec méthodes mixtes. À la fois convivial et facile à utiliser, il permet le codage, l'annotation, l'exploration et l'analyse de petites et de grandes quantités de documents et d'images. QDA Miner permet d'analyser des transcriptions d'entrevues individuelles et de groupes de discussion, des documents, des rapports, des articles de revues, des livres, ou encore des images, des

photographies, ou tout autre type de documents visuels. Son intégration parfaite avec SimStat, un outil d'analyse statistique, et WordStat, un module d'analyse de contenu et d'exploration de textes, vous donne une flexibilité sans précédent pour analyser du texte et mettre en évidence les liens existant entre son contenu et des informations structurées, y compris des données numériques et catégoriques »¹¹.

Très utilisé en sciences sociales, cet outil informatique se justifie de soi, car il a ajouté plus de légitimité afin de compléter notre méthode par triangulation. Ainsi, notre démarche s'est donc trouvée enrichie par l'intégration de plusieurs méthodes d'analyse et de procédures méthodologiques complémentaires.

5. Considérations éthiques et pratiques : explications, clarifications et justifications

Avant de procéder par analyse de contenu, nous avons codé et masqué (sous de nouveaux prénoms) les identités des 5 participants pour respecter leur anonymat et la confidentialité.

Notre choix de ne pas interviewer directement des usagers des groupes de soutien se justifie par le fait que 1) nous ne voulons pas personnaliser notre étude sur la dépression, le processus d'individuation, la stigmatisation et les modalités d'intervention chez les intervenants à l'étude ici. Nous avons plutôt visé de s'attarder sociologiquement et de manière générale ou, selon l'expression justificative d'Otero :

« [...] qualitativement dans la généralité » (Otero, 2012).

Comme autre justification, 2) recruter des individus dépressifs qui fréquentaient les 3 ressources étudiées posait aussi beaucoup de problèmes d'éthique et légaux pour nous comme pour le comité d'éthique. Ces mêmes embûches se retrouvaient 3) pour les 3 organismes puisqu'il s'agissait souvent non de thérapie individuelle, mais de groupes d'entraide. De là, il aurait fallu obtenir l'autorisation unanime et consensuelle de tous les participants pour assister aux séances

¹¹ <http://provalisresearch.com/fr/produits/logiciel-d-analyse-qualitative/>

de groupe et les enregistrer. Cela aurait été un travail difficile et très long pour une maîtrise. En fin de compte, 4) cette approche aurait été difficilement acceptable et justifiable pour nous comme pour le comité d'éthique. D'où notre choix d'interviewer uniquement des personnes ressources comme les intervenants de ces organismes communautaires pour en connaître plus sur eux et sur leurs pratiques quotidiennes.

CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

« On doit échapper à l'alternative du dehors et du dedans : il faut être aux frontières. La critique, c'est l'analyse des limites et la réflexion sur elles »

Michel Foucault, *Dits et Écrits*, 2001.

1. Le portrait de l'échantillon des entrevues menées

Il s'avère que les 5 individus interviewés pour notre enquête étaient respectivement 3 intervenants (deux femmes et un homme) et 2 cadres de direction (deux hommes) provenant de 3 organismes distincts. Ainsi, ces 3 organismes étaient et sont différents dans leur taille, leurs profils, leur rayonnement public et leurs ressources pour accueillir les gens en dépression.

Le Tableau 1 qui suit permet justement de visualiser les profils des 3 hommes et 2 femmes qui constituent notre échantillon de 5 individus interviewés

Tableau 1: 5 profils sociodémographiques de l'échantillon des personnes interviewées

Participants ¹² (N = 5)	L'organisme /Groupe d'entraide	Fonction dans l'organisme	Éducation	Profession	Expérience profession- nelle
(1 ^{er}) André	#1	Cadre de direction	Certificat	Coordonnateur/ Intervenant	5 ans+
(2 ^e) Éric	#2	Cadre de direction	Maîtrise	Travailleur social	5 ans +
(3 ^e) Simon	#3	Intervenant	Baccalauréat	Animateur/ Intervenant	3 ans +
(4 ^e) Catherine	#2	Intervenante	Maîtrise	Travailleuse sociale	2-3 ans
(5 ^e) Hélène	#1	Intervenante	Doctorat (en voie d'obtention)	Animatrice/ Intervenante	2-3 ans

¹² Le nom des 5 participants, qui ont été modifié pour protéger l'anonymat et la confidentialité de leur identité. Or, les noms représentent néanmoins le sexe de la personne interviewée, dont il est question dans ce tableau.

Enfin, nous penchons maintenant sur la présentation des résultats colligés durant la collecte de nos données.

2. Les résultats des 5 interviews

a) L'analyse « thématique » : clarifications et directives

Nous avons donc effectué une analyse « thématique » en quatre temps et sous quatre rubriques distinctes qui sont les suivantes.

Notre première catégorie concerne (1) « ce qu'il ou elle est » en se référant aux caractéristiques identitaires et sociodémographiques des participants. Ainsi, les caractéristiques suivantes ont été soulevées : les noms (fictifs) des participants, le numéro attribué à l'organisme, la fonction dans l'organisme, le dernier niveau d'éducation atteint, la profession et le nombre d'année d'expérience dans l'organisme.

Par ailleurs, la seconde grande catégorie que nous avons proposé d'envisager thématiquement est (2) « ce qui devrait être » (Savoie-Zajc dans Gauthier, 2008), c'est-à-dire ce qui devrait être fait pour améliorer la santé mentale des dépressifs. Autrement dit, il s'agissait de saisir le contenu du message officiel, idéal et présent dans les interventions thérapeutiques face aux gens dépressifs fréquentant un groupe d'entraide. D'ailleurs, ce même thème visait aussi à répertorier les valeurs, les idées, les aptitudes, les idéologies, la vision et la philosophie (derrière le message thérapeutique), les interventions et les actions concrètes du *modus operandi* chez ces 3 groupes d'entraides qui sont effectués par les intervenants.

Nous avons donc visé à déterminer ce qui se cache derrière les messages et les pratiques thérapeutiques des intervenants afin de mieux comprendre les 3 instances communautaires à l'étude et les actes des intervenants.

b) Sur les traces des résultats de l'étude

Avant de répondre directement aux 2 questions de notre problématique, nous avons mis en place les éléments de réponses trouvées afin d'apporter des réponses crédibles aux interrogations fixées. D'ailleurs, tous les éléments, thèmes et variables que nous avons présenté plus bas proviennent des 5 entrevues de notre étude sociologique. Aussi, nous avons appuyé tous nos affirmations par des citations émises par les hommes et les femmes qui nous ont accordé ces entretiens.

c) La face cachée du message thérapeutique

Selon les intervenants interrogés et travaillant pour l'un des 3 groupes d'entraide, le contenu du « message thérapeutique » est important et demeure très encadré par les directives de leurs organismes. Dans les extraits suivants, les intervenants ont évoqué ce qui est véhiculé lors des interventions auprès des gens en dépression. Il s'agissait de la croyance en la primauté de l'individu et du potentiel de pouvoir s'en sortir en se fiant sur ses capacités d'agir et d'être des agents dans l'auto-détermination du rétablissement suite à une dépression. De ce fait, les intervenants tiennent à dire que leur approche est fondamentalement humaine, respectueuse (du dépressif), empathique, à l'écoute de l'autre, empreinte de compassion et porteuse d'un message d'espoir. Ces intervenants précisent que leur approche est non directive et axée sur l'importance de la valeur de la vie de chacun. De plus, ils privilégient aussi d'être toujours disponible pour leur clientèle et ce, peu importe les circonstances de leurs situations difficiles. D'ailleurs, plusieurs intervenants questionnés à propos du message thérapeutique dans le cadre de leur travail mentionnent par exemple que :

« Ici ils sont **accueillis sans jugement**¹³, avec une **grande écoute**, encore une fois avec une **validation de qu'est-ce qu'ils vivent** tout le temps **en essayant de les faire voir le moins pire**, en **travaillant l'espoir** aussi, pas des messages de cheerleader « t'es capable, tu vas t'en sortir » ! ». (Simon)

« [...] c'est **respect, égalité, accès ça fait partie...donner accès ça fait partie de nos valeurs, compassion, non jugement, empathie, oui non-jugement, accueil** oui ça **on accueille peu importe, ouverture d'esprit** oui **d'être à l'écoute, d'être ouvert à son référent être capable de mettre notre référent de côté pour plonger dans l'expérience à eux, [...]** ». (Catherine)

« T'sais avoir une disposition un peu plus **empathique**, un peu **plus centré sur sa réalité à travers nos connaissances** ». (Éric)

« **On travaille beaucoup cet espoir-là** en s'adaptant avec la personne qui est devant nous » (Simon)

« **C'est possible d'être en dépression et d'être digne** et [...] **que c'est possible d'être imparfait et digne d'être en dépression et d'être digne quand même d'avoir ma valeur comme individu, d'avoir ma valeur comme personne** et ce n'est pas parce que je vis des difficultés que ça n'existe plus ». (Éric)

« Je dirais **c'est possible de passer à travers au-delà de l'adversité, au-delà des émotions intenses pis de la souffrance et de la douleur...les gens pensent parfois qu'ils sont brisés à jamais**, qui sont comme des vases cassés t'sais pis j'aimerais ça qu'y comprennent, y ne sont pas inorganique comme des objets; **ils sont organiques comme des plantes qui peuvent pousser, qui peuvent fleurir** et je pense c'est ça **le message d'espoir que t'es pas cassé à jamais**, tu peux **continuer à pousser**, tu peux **continuer à grandir**, [...] [et] y a **possibilité que tu mènes une bonne vie quand même. Le soutien, l'accompagnement existent, t'as des forces personnelles, tes forces personnelles, tes proches, tes ressources sont tous tes alliés là-dedans...utilises-les**, prends le temps qu'il faut, **vas-y à ton rythme, respecte tes limites, mets tes limites**, le cheminement est possible ». (Simon)

« Ça c'est le deuxième message, **l'espoir**. Le premier, **l'existence de soutien**, le deuxième c'est **l'espoir** et y aurait peut-être un troisième message...le troisième message c'est que ahhhh il y a une multitude de **gestes qu'on peut poser** mais sont difficiles à poser, y en a plusieurs qui peuvent être difficiles à poser c'est **possible d'être soutenu** vers ça et d'adopter un **rôle proactif pour prendre soin de soi de recommencer à avoir un regard bienveillant sur soi** ». (Éric)

¹³ Les mots et les expressions mis en caractère gras indiquent, tout au long de ce chapitre, au lecteur où se situent les éléments de réponses clés, qui appuient ce que nous avançons dans la description de ce que nous avons trouvé dans le verbatim. En d'autres mots, ce sont les éléments de réponses reliées aux thèmes indiqués et identifiés dans chaque partie et sous chaque titre de section.

Ouvert à débat parmi les dires des intervenants, il nous restait à déterminer si les gens dépressifs sont des agents individuels et libres de leur changement (une vision individualisante de la notion du « processus d'individuation »). Ou au contraire, sont-ils influencés et socialisés par le contexte (social, familial, économique, culturel, etc.) dans lequel ils sont (favorisant l'éclosion et la persistance d'une dépression) ? Notons qu'un compromis entre les deux visions est également possible au lieu de dichotomiser le débat lors de la prise de position sur cet enjeu.

Sur la base de nos entretiens, la réponse à cette question semble plus souvent nuancée entre les deux réponses possibles (c'est-à-dire entre la responsabilité individuelle vs le déterminisme social de l'environnement). Cependant, une majorité des intervenants questionnés ont mis l'accent sur la responsabilité individuelle de la personne de se sortir elle-même de sa propre dépression en évoquant que :

« Les gens ont les outils pour s'en sortir et leurs propres outils à leur couleur et on les encourage à s'autonomiser si c'est un mot pour ce qui est de leur propre prise en charge et [...] le respect des autres [...] et c'est à nous d'y aller au rythme et de s'adapter ». (Simon)

« On a un langage que l'on utilise à [l'organisme #3] parce que la façon qu'on parle de santé mentale est vraiment importante et le message que l'on veut envoyer aux participants de groupe c'est qu'ils peuvent jouer un rôle actif face à leur santé » (Catherine)

« Non on ne fait pas ça, on fera pas de thérapie ici. Nous c'est non directif, c'est « l'empowerment » ici, c'est-à-dire nous on croit aux capacités d'agir de la personne. On croit en la personne. Nous c'est la personne d'abord » (André).

Par contre, d'autres extraits penchent davantage en faveur d'un certain déterminisme social, mais le plus souvent, de manière nuancée. Or, en fait, ceux-ci reconnaissent également la responsabilité individuelle dans le fait de souffrir d'une dépression lorsqu'ils émettent que :

*« Je pense que quand **on pousse ce message-là** pis quand on dit **c'est peut-être à cause du contexte...** vous avez passé une **dure semaine** pour différentes raisons **à cause du travail, votre chum, votre blonde** pis la ouff vous retombez dans le deuil **c'est dans des symptômes dépressifs** ou autres, vous revenez pas à la case départ t'sais **ce moment-là ne durera pas** aussi longtemps que les grosses émotions, les gros down que vous avez vécu au début ». (Simon)*

*« Quelques messages clés que les gens ne sont **pas obligés de vivre ça seuls** et pis que **parfois l'entourage est soutenant** pis c'est parfait et **parfois l'entourage est moins soutenant et moins adéquat** pour plein de raisons possibles mais **il existe des ressources qui peuvent les soutenir** pour traverser ce qu'ils ont à traverser. Ça c'est le premier message. Le deuxième message c'est que **c'est possible de retrouver la santé** » (Éric)*

d) À la recherche des valeurs véhiculées

Relié au « message thérapeutique » derrière les interventions auprès des dépressifs dans 3 organismes sondés, nous avons questionné les intervenants à propos de leurs propres valeurs. Dans tous nos cas, les valeurs personnelles des intervenants étaient très semblables ou pareilles à celles de l'organisme communautaire à caractère thérapeutique pour lesquels ils étaient à l'emploi.

D'ailleurs, les intervenants ont parlé des valeurs véhiculées en se revendiquant de la démocratie, l'égalité et de l'accessibilité universelle (l'universalisme). Ces 3 valeurs soulevées par les intervenants se rapprochent assez de celles partagées les sociétés démocratiques contemporaines et leurs citoyens. Ainsi, les extraits suivants permettent de le constater et d'en témoigner puisque :

*« **Très très démocratique.** Pas une joke ici [pour l'organisme #1] la **démocratie** [...] » (André)*

*« [...] c'est **respect, égalité, accès** ça fait partie...**donner accès** ça fait partie de nos valeurs, **compassion, non jugement, empathie**, oui non jugement, accueil oui ça on **accueille peu importe, ouverture d'esprit** ouin **d'être à l'écoute, d'être ouvert à son référent être capable de mettre notre référent de côté** [...] » (Catherine)*

« [...] **valeurs fondamentalement humanistes derrière les façons d'intervenir** comme celles-là...on essaie d'avoir un **rapport horizontal** aussi avec les gens donc **pas arriver avec un savoir dont on veut que les gens profitent** [...] » (Éric)

« On veut **cultiver l'espoir, être dans le respect de la personne, le respect de son rythme, d'être très à l'écoute** on est dans une **posture très égalitaire** face aux gens avec qui on travaillent [...] » (Catherine)

Très semblable aux 3 dernières valeurs mentionnées, les témoignages des intervenants nous ont permis de constater que les autres valeurs qu'ils ont ensuite nommées sont en parfait accord avec la nature du métier thérapeutique qu'ils exercent. Parmi ces autres valeurs, ils ont notamment mentionné le non-jugement, l'empathie, le respect de l'autre, l'actualisation personnelle (la réalisation de l'individu ou, simplement, la prise en charge sur soi-même, suite à une dépression), la solidarité, le respect pour la liberté de chacun, l'écoute, l'ouverture d'esprit, la considération pour son prochain, la compassion et le respect pour la dignité humaine. Pour les intervenants au cœur de notre étude sociologique, il a effectivement été dit que :

« [...] **ce que je veux vraiment transmettre comme valeur c'est** [...] **que je suis ouverte, que je suis respectueuse et je suis prête à accueillir n'importe qui peu importe** » (Hélène)

« [...] **on les amène à une réorganisation, [...] à reprendre le contrôle** de qui y sont, leur vie, leur **faire prendre contact avec leurs forces, leurs habiletés** et l'aspect aussi d'« **empowerment** » parce [...] ça crée des **liens significatifs** pour la plupart donc c'est ça, [...] **on essaie d'être réalistes dans ces objectifs-là** » (Simon).

« [...] l'importance de l'**équilibre** entre vivre ses émotions t'sais les encourager à les **vivre à leur façon, à leur rythme de ne pas les enfouir** ». (Simon)

« La plupart [de nos **valeurs**] gravitent autour du **respect, le respect de soi, le respect des autres, le respect des règles de fonctionnement**. Savoir que s'qu'on va **partager** va être reçu **avec respect** mais aussi on doit aussi **accueillir les opinions qui diffèrent de les siennes** de manière respectueuse [...] ». (Éric)

« [...] de façon **calme, humaine, respectueuse et digne** » (Hélène)

e) La réfraction des idées transmises

En examinant les nombreux témoignages recueillis à propos du contenu du « message thérapeutique » et des « valeurs véhiculées » à travers les récits des intervenants 3 organismes que nous venons de mettre de l'avant, un constat s'impose : il semble bel et bien y avoir plusieurs liens et similitudes dans les éléments de réponses que nous avons proposés jusqu'à maintenant. De notre point de vue, il existe plusieurs recoupements et rapports de proximités entre les divers témoignages des intervenants en lien avec le message thérapeutique et les valeurs véhiculées.

Au regard des « idées transmises », nous avons sélectionnés deux passages qui parlent plus fort, à notre sens, que n'importe quel autre passage que nous avons rencontré sur ces mêmes idées transmises en lien avec la dépression. Les deux passages qui suivent sont donc aux antipodes de tout ce que nous avons entendus jusqu'à maintenant et des paroles des autres intervenants interrogés. Dans cette perspective, André soutient que certaines « souffrances » comportent même des bienfaits et des bénéfices dont il faut s'approprier et embrasser comme étant un « principal outil » dans le cheminement contre la maladie mentale. André affirme effectivement que :

« [...] ta souffrance là, tu ne mets pas ça dans le sac à dos et t'essaye de l'oublier. Oh non, non, non ! Ta souffrance c'est ton principal outil maintenant, c'est devenu ta lunette pour regarder la vie » (André)

« [...] ce qui me préoccupe ce qu'une personne qui a traversé des périodes très difficiles dans sa vie qu'on appelle « souffrance », moi je suis très très préoccupé pour qu'un jour cette souffrance-là se transforme en protéine, en force, en expérience » (André)

Or, les agents que nous avons interviewés ne perçoivent pas tous les problématiques de santé mentale, comme la dépression, d'un bon œil ou, plus précisément, comme comportant des vertus bénéfiques et positives. Ainsi, les deux extraits d'André soutiennent pourtant le contraire et ce, avec cœur et convictions.

f) Les aptitudes enseignées

Plusieurs des « aptitudes enseignées » recueillies auprès des intervenants auraient également pu être incluses dans la dernière section puisqu'il existait parfois une proximité considérable entre celles-ci et les « aptitudes enseignées ». Cette dernière notion réfère davantage à l'enseignement ou à la vocation pédagogique tournée vers la promotion d'outils ou de techniques afin d'améliorer la santé mentale des dépressifs à Montréal.

Cela dit, les intervenants questionnés dans notre étude nous ont aussi fait prendre conscience de toute l'éventail de ce que nous pouvons répertorier et identifier comme les diverses « aptitudes enseignées ».

Pourtant, les intervenants au service des dépressifs ont tous témoigné de l'importance des aptitudes enseignées qui sont transmises aux individus qu'ils tentent d'aider. Pour ces intervenants, ils semblaient avoir un tronc commun de buts, qui ne sont pas identiques en ce qui concerne la part pédagogique dont doit faire partie leur travail thérapeutique. De plus, leurs manières de comprendre et de conceptualiser la notion des aptitudes enseignées diffère parfois sensiblement. Or, l'analyse de contenu des entretiens a servi de miroir de leurs conceptions des aptitudes qu'ils doivent ou peuvent enseigner dans le cadre de leurs fonctions thérapeutiques au sein des groupes d'entraide.

Pour les uns, certains aspects thérapeutiques et protocolaires très spécifiques et spécialisés doivent être enseignés ou relégués à leur clientèle en détresse. Pour les autres, il s'agissait plutôt de suivre une approche plus globale ou générale qui semblait guider leurs actions thérapeutiques quotidiennes.

À titre d'exemples, les interventions thérapeutiques doivent notamment comporter l'apprentissage et la transmission curatives à l'effet que la souffrance psychique peut (comme

selon André, cité plus haut) parfois être porteur de côtés positifs et bénéfiques. Par contre, certains intervenants affirment que la souffrance change une personne à jamais et pas pour le mieux. Les intervenants concèdent aussi qu'ils ont un devoir d'accompagner les dépressifs, où la conquête de soi ou de sa maladie reste importante. De là que l'appropriation de gestes, aussi petits pour améliorer leur état psychique soient-ils, est en fait un pas dans la bonne direction. Enfin, chacune des souffrances psychologiques demeure singulières et uniques aux dépressifs lorsqu'il a été dit que :

« [...] ta sensation de stress est utile, l'Humanité serait morte s'il n'y avait pas le stress, on vient au monde avec, c'est merveilleux. Alors y a le stress que tu vas transformer en positif et le stress que tu vas transformer en négatif, mais ça ça te regarde et ça dépend de comment tu gères, [...] de gestion du stress » (André)

« [...] t'es plus la même parce que tu as souffert. Y a y a une « Micheline » avant ta souffrance pis une « Micheline » après ta souffrance parce justement ça changé de lunette et tu ne vois plus la vie de la même manière, c'est devenu ta protéine et donc c'est très très riche ça. Les suites de cette souffrance-là est très riche alors c'est donc de t'en servir, de vivre avec, pas de l'oublier. Ça fait partie intrinsèque, tu n'as pas le droit de massacrer ce que tu as traversé, prends-les par la main c'est ta richesse. Il n'y a pas personne qui a vécu ça, y a pas personne qui a traversé ça comme toi [...] »¹⁴. (André)

« Donc, dans le rôle d'accompagnement que je joue, j'ai comme mandat d'accueillir la personne dans ce qu'elle vit et surtout comment elle le vit. Dans son référent à elle et pour son rétablissement à elle, pour retrouver cet équilibre, [...] de toucher aux valeurs, de toucher à ses désirs réels par rapport aux démarches qu'elle est prête à faire. Donc c'est vraiment la personne qui est au cœur du travail que l'on fait, mon rôle est plus d'accompagnement, dans de la réflexion, dans la recherche de pistes d'action concrètes qui vont faire en sorte qu'elle va retrouver un équilibre parce qu'on accueille des personnes dont le niveau de détresse est à intensité variable vraiment on [...] cherche à renforcer cette stabilité [...] où l'équilibre est perdu [...] [et] l'amener à faire des choix pour sa santé et ça comprend aussi une partie éducative.

¹⁴ Tout comme l'autre citation indiquée et soulignée en bas de page plus loin, cet extrait (aussi souligné comme celle plus haut) appuie spécifiquement la définition de « dépression » chez Marcelo Otero qui a été circonscrit dans notre cadre théorique, où il s'agit d'étudier la dépression dans sa « généralité » et non en fonction de ses particularités psychopathologiques diverses (c'est-à-dire selon un ou l'autre type de dépression présente).

*Cette **transmission de connaissances pour qu'elle comprenne mieux ce qu'elle vit, pour qu'elle se connaisse mieux, qu'elle apprenne à s'observer [...]***
». (Catherine)

À l'autre spectre des réponses reçues, certains intervenants interrogés ont signalé des aspects beaucoup plus spécifiques et précis, c'est-à-dire en termes cliniques des aptitudes à enseigner. D'ailleurs, d'autres intervenants ont soulevé la primauté de l'approche thérapeutique et de l'« empowerment ». Dans cette optique, notre approche permet notamment aux dépressifs de devenir progressivement proactifs et les acteurs du changement en vue d'un rétablissement de leur psychopathologie comme l'atteste les extraits suivants :

*« [...] on communique des messages d'espoir et on veut qu'ils **prennent leur vie en charge [...]** ce côté-là d'« **empowerment** », on veut **leur faire comprendre qu'ils sont capables et qu'ils ont des forces et des habiletés [...]** on n'a pas mal de choses à dire comme intervenant, [...] **on pourrait juste parler pis parler pis vouloir transmettre différents messages et c'est important que la majorité des choses viennent d'eux [...]** mais surtout **on veut que les forces viennent d'eux [...]** » (Simon)*

*« [...] dans une **perspective de rétablissements** j'essaie de me remettre sur pied, de **retrouver l'équilibre mais un coup que je l'ai retrouvé j'essaie de le préserver** : quelles sont la multitude d'**actions, de petits gestes possibles que je peux faire petit à petit et progressivement à jouer un rôle beaucoup plus proactif dans le recouvrement et l'entretien de ma santé que d'attendre d'une façon un peu passive l'efficacité d'un traitement qui provient de l'environnement [...]** mais la **psychoéducation basée sur l'autogestion** repose aussi beaucoup sur l'entretien du **pouvoir d'agir**, faire comprendre à la personne qu'**elle a un rôle actif à jouer du côté de s'apprendre à se connaître, apprendre à connaître ces signes avant-coureurs, [...]** avant que l'état se **détériore trop, reconnaître les signes de stress, ses forces, ses lacunes, [...]**, c'est quoi les **attentes réalistes [...]** ». (Éric)*

En amont, les intervenants questionnés souhaitent également inspirer confiance aux dépressifs en prenant le temps de les comprendre véritablement. Ainsi, ceux-ci poursuivent l'objectif d'augmenter le bien-être, de renforcer l'auto-efficacité (une composante importante de l'« empowerment »), de favoriser la confiance en soi, l'espoir et l'appropriation des capacités et des compétences concrètes. À cet effet, les intervenants ont témoigné que :

« J’ pense que l’objectif du groupe c’est, l’objectif thérapeutique [...] **on veut qu’ils atteignent un certain chiffre sur leur échelle de bien-être...en fait qu’ils atteignent un certain chiffre sur leur échelle de bien-être [...]** ». (Simon)

« [...] on travaille le **sentiment d’auto-efficacité** donc **de renforcer la confiance de la personne face à ses moyens de s’en sortir**, justement de bâtir cette confiance à s’en sortir, **à développer des moyens justement très concrets qu’elle pourra implanter dans son quotidien**, *fak* auto-efficacité parce que **plus la personne se sent compétente** entre guillemets là **plus elle pourra cultiver cet espoir de savoir sentir qu’elle est capable [...]** avec l’ **« empowerment »** ». (Catherine)

« [...] [On tente] de se baser sur ce qui amène la personne à **vouloir recevoir du soutien et qu’est-ce qu’elle est prête à faire** donc c’est très **pragmatique** et ça ne se fait pas en opposition à quel qu’autres [...] on respecte le rythme, on entretient **l’espoir et on soutient le pouvoir d’agir** ». (Éric)

« [L’organisme #2] s’est clairement positionné dans le **soutien à l’autogestion** y a quelques années on a monté **des ateliers** là-dessus [...] [.] **La vision de l’organisme c’est que plus de gens aient accès à du soutien, lié à une problématique de santé mentale**, [...] on veut **se rendre accessible**, on veut **outiller les gens** [...] pour qu’ils puissent aussi jouer un **rôle actif par rapport à leur santé**. [...] **le but c’est qu’on soit présent quand s’est nécessaire** et [...] **qu’a s’affranchisse de nous aussi**, ça passe par une meilleure **connaissance de leur troubles, de leurs symptômes, des manifestations, des déclencheurs, des stratégies qui fonctionnent pour eux des stratégies qui fonctionnent pas** [...] [et] **évaluer aussi la pertinence des démarches qu’ils font** [...] [et] **faire des choix par rapport aux habitudes de vie, d’hygiène de vie** pour justement atteindre ce **niveau satisfaisant de comportements qui vont promouvoir la santé** [...] la vision de [l’organisme #2] [est] **d’implanter nos ateliers à plus grande échelle au Québec on déploie le programme tranquillement** [...] [et] on essaie de **rendre l’aide plus accessible** [...] ». (Catherine)

Parmi ce qui a été dit, les intervenants ont aussi misé sur les aptitudes transférables qui ont fonctionnés pour outrepasser la dépression et favoriser le bien-être, l’autodétermination et le cheminement individuel à partir des groupes d’entraide et de l’approche axée sur les solutions concrètes. Sous cette loupe, l’anticipation d’une baisse de l’humeur, l’évaluation des forces, la saisie de l’aide par des changement progressifs et de rendre les ressources (comme les groupes d’entraide) accessibles semblent tous être prioritaires pour les intervenants. Dans cette optique, les entretiens suivants ont permis de dégager que :

« [...] qu'est-ce qui les a protégés dans le passé aussi parce qu'il y a des habiletés transférables [...] s'ils ont déjà vécu quelque chose de difficile ou si y ont déjà été en dépression y a des choses qui sont transférables [...] ». (Simon)

« [...] il faut encourager un bien-être, un cheminement, l'autodétermination [chez les gens en détresse qui viennent vers notre organisme] ». (Simon)

« [...] approche orientée vers les solutions [...] ». (Simon)

« [...] des éléments thérapeutiques autant dans les rencontres individuelles que dans les groupes de soutien parce qu'on offre des outils, des exercices [...] ». (Simon)

« [...] qu'y a 3 principales choses que on essaye justement d'amener des individus qui fréquentent le groupe notamment ceux qui souffrent de dépression premièrement donc c'est de savoir qui ils sont, de découvrir qui ils sont, quels sont leurs besoins, deuxièmement apprendre à communiquer, à reconnaître quelles sont leurs propres émotions, à reconnaître quelles sont leurs propres limites pis troisièmement c'est apprendre à les nommer, donc s'affirmer donc c'est sur ces trois aspect-là que je pense que l'on tente de développer pis [...] des trucs, des techniques sur c'est quoi, comment on peut identifier les émotions [...] ». (Hélène)

3. La dépression : un terme à plusieurs sens

Au centre des entrevues menées pour notre étude, nous avons voulu savoir comment les intervenants percevaient la notion de « dépression » afin de déterminer si la leur correspondait ou pas à celle de notre cadre théorique et émise par Marcelo Otero¹⁵. D'ailleurs, il a été rapporté que la dépression était perçue de manière polysémique ou, en d'autres mots, qui comportent diverses voix ou perspectives. Ainsi, la variété de définitions a émergé lorsque nous avons posé la question suivante : « Qu'est-ce que la dépression d'après vous ? ».

En ce qui concerne les récits recueillis, André, l'intervenant, a notamment mentionné que la dépression est en fait un véritable « bilan [de vie] ». Comme le décrivait précisément ce dernier,

¹⁵ La deuxième citation (qui est aussi soulignée intentionnellement) de cette section semble indiquer que oui, effectivement, il y a une grande similitude avec la pensée de Otero et ce que nous avons trouvé sur le terrain (et en accord avec notre définition opératoire au cœur du cadre théorique, mais pas unanimement parmi tous les acteurs interrogés, par contre).

la dépression peut être très bénéfique pour devenir une « richesse » et une « protéine ». Selon André, on pourrait même en tirer une énergie vitale et ce, malgré les obstacles évidents et propres à cette maladie mentale.

D'autres intervenants nous ont plutôt parlé de la dépression comme d'une « trajectoire de la personne » et le produit de l'environnement familial ou professionnel, l'éducation et des stressors de la vie. Ceux-ci ont également évoqué les mécanismes psychophysiologiques du cerveau au cœur de leur conception de la dépression. De plus, d'autres consultés ont plutôt vu la dépression sous une loupe cognitive et/ou cérébrale au sens où celle-ci est le produit des vraies ou fausses perceptions contribuant à l'éclosion de cette maladie mentale. Ces derniers ne négligent toutefois pas l'incidence des neurotransmetteurs dans l'équation psychopathologique de cette lecture des choses. Un intervenant percevait plutôt la dépression comme une véritable maladie impliquant l'inadaptation situationnelle et la perte de repère qui se traduisent par des symptômes physiques et psychologiques importants. Cet intervenant mentionnait aussi qu'une forte ou faible estime de soi, un soutien social adéquat et un ou des facteurs de stress pouvaient être déterminant pour l'apparition d'une dépression. Dans cette optique, toutes les variantes de la définition de la dépression sont représentées par les paroles suivantes :

*« Pour moi **c'est un bilan** [de vie,] la dépression » (André)*

« [Au sujet de la dépression,] il n'y a pas personne qui a vécu ça, y a pas personne qui a traversé ça comme toi »¹⁶ (André).

*« J'aurais plus tendance à voir la **trajectoire de la personne**, d'aller voir **l'éducation, l'environnement familial, son environnement professionnel, ses relations** y as-tu un événement précipitant un **gros stressor** je sais pas moi*

¹⁶ Ici, nous incluons une seconde fois la même citation pour illustrer les similitudes et les disparités des diverses conceptions de la notion de « dépression » émises par les participants. Or, celle-ci est soulignée, à titre indicatif, puisqu'elle confirme, en partie du moins, les inclinaisons et le penchant de Marcelo Otero en ce qui touche sa propre définition de ce qu'est une dépression.

licenciement, perte d'emploi, divorce n'importe quoi un gros stresser ou [...] un stress soutenu et chronique depuis quelque temps [...] ». (Catherine)

« Moi je viens d'un milieu qui est un peu plus axé au niveau du cerveau mais je vais épargner ça ma définition car ça n'explique pas la personne que tu as devant toi...ça explique juste les mécanismes à l'intérieur du cerveau ». (Hélène)

« [...] au niveau « je vau rien », « eh ma situation ne changera jamais », « personne ne peut m'aider ou veut m'aider ». On est comme pris dans cette triade là en qui change notre perception des choses, c'est ça que ça fait la dépression ou les symptômes dépressifs [...] je trouve que ça change nos croyances, nos perceptions pis ça nous donne des fausses perceptions de qui on est et de ce qui se passe à cause de cette souffrance-là que ça crée la dépression au niveau cérébral, au niveau des neurotransmetteurs sans être un psychiatre mais y a quelque chose qui se passe ici et parfois c'est contextuel, parfois c'est plusieurs évènements à la fois en fait c'est souvent contextuel [...] » (Simon)

« La dépression, c'est une maladie. Ok, ça c'est la première chose. C'est un épisode qu'une personne traverse où sa capacité d'adaptation à une situation n'est plus suffisante, elle est en perte de repère et ça se manifeste à travers un paquet de symptômes physiques, psychologiques ». (Éric)

« [...] comportementaux aussi...donc une perception de la réalité qui va être fortement teintée de négatif, une conviction que les choses ne s'amélioreront pas, l'impression qu'on est inadéquat, qu'on a pu grand-chose à offrir à notre environnement donc une estime de soi diminuée, un d'énergie et de concentration qui reste à plat...ça peut s'accompagner d'hypersomnie, d'insomnie avec des idées suicidaires, un ralentissement psychomoteur [...] ça c'est le portrait clinique un peu classique de la dépression et [...] lié au stress donc une partie physiologique [...] [ou a] une chute [...] du fonctionnement de certains neurotransmetteurs [...] [et] les antidépresseurs vont être efficaces [...] [ou parfois le fait de] faire face ou à une épreuve importante comme une rupture conjugale ou [...] une perte d'emploi [...] [.] [De là l'importance] des facteurs de protection [...] ». (Éric)

Au regard de la définition de la dépression, il semble donc y avoir une certaine forme de symétrie, quoiqu'assez imparfaite entre les définitions des intervenants et celle de la pensée d'Otero au sujet de cette maladie mentale. Ainsi, notre étude démontrait qu'il y avait bel et bien une multitude et une polysémie de réponses possibles pouvant englober la signification et l'appellation de la « dépression ». Tandis que certains intervenants (comme André, Éric et

Catherine) ont plutôt eu une approche dite « sociale », « holistique » ou même sociologique, d'autres (comme Hélène et Simon) ont davantage représenté la dépression dans une perspective cérébrale, cognitive, systémique, humaniste, psychophysiologique, neuropsychologique ou psychiatrique. Ces derniers qualificatifs font donc en sorte qu'il n'y avait pas un accord parfait ou une symétrie symbiotique avec la définition d'Otero. Or, certaines ressemblances ont néanmoins persisté, de proches comme de loin.

a) La dépression comme terrain d'enquête fertile pour la stigmatisation de la maladie mentale

Au-delà des définitions émises, les témoignages des cinq intervenants nous a permis de dégager la richesse des multiples manières de circonscrire le phénomène social de la dépression. Comme l'avait envisagé Otero dans ses propres mots, la dépression est effectivement un excellent champ d'exploration pour prendre le pouls de la société du point de vue d'une sociologie contemporaine de la santé mentale. De ce fait, il a donc été question de la perception de la dépression à Montréal, la conceptualisation des dépressifs par leurs individus et, enfin, du traitement réservé à ceux-ci par les gens de cette métropole du Québec.

b) Perception de la dépression à Montréal

D'abord, nous avons posés des questions sur la perception de la dépression par le gens de Montréal, du point de vue des intervenants en posant la question suivante : « Selon vous, comment la société perçoit-elle la dépression ? ». L'objectif de cette question était de prendre le pouls des intervenants sollicités afin de déterminer si ceux-ci pensaient qu'il y avait de la stigmatisation ou pas entourant la maladie mentale qu'est la dépression.

Après avoir posé la question aux 5 intervenants, ils ont unanimement affirmé (mais exprimé de différentes façons) que la société (dans la ville de Montréal) percevait soit mal, très

mal ou, d'une manière plus nuancée la dépression (sans jamais en parler entièrement positivement toutefois). Or, certains ont souligné qu'à l'heure actuelle il y avait davantage d'ouverture face à la dépression. Nous avons, par contre, répertorié des mots reliés directement à la dépression comme « préjugés », « tabou » ou « individuelle » (donc avec une connotation négative, comme s'ils s'agissait d'individualisme pur et simplement). Ainsi, la dépression a souvent été dépeinte comme étant incarnée par une personne qui ne retrouvait pas « sa place dans la société ». Or, une certaine ouverture de la société dans une perception plus positive qu'auparavant de la dépression a également été constaté. D'ailleurs, les intervenants ont référé aux « campagnes de sensibilisation » ou même que « nous avons fait beaucoup de chemin » récemment par rapport à l'acceptabilité sociale de la dépression, comme en attestent les extraits suivants lorsqu'il a été dit que :

« [...] notre société-là les **médias n'aide vraiment pas** à notre domaine de la **santé mentale** fak ça continue les **préjugés** ». (André)

« Ben de façon générale j pense c'est un **problème qui est propre à l'individu qui n'est pas un problème au niveau de la société**, c'est un problème chez la personne puis y a personne qui a rien avec ça donc **c'est la personne qui ne fonctionne pas** donc c'est comme ça que la société perçoit la dépression. Ça n'appartient à personne sauf à l'individu ». (Hélène)

« Moi la façon dont **la société le perçoit** c'est vraiment **axé au plan individuel** ». (Hélène)

« [...] des fois y a des **facteurs qui sont externes** pis des fois des **facteurs qui sont internes** et (inaudible) dans les **facteurs qui sont externes**, **la société en fait partie** donc comme je disais tantôt j'ai l'impression que **la dépression c'est une condition dans laquelle la personne à ne trouve plus sa place en tant qu'individu et puis évidemment c'est un problème de société d'être capable de trouver sa place en tant qu'individu** fak oui la société a à avoir mais c'est aussi un problème au plan émotionnel, au plan personnel à ne pas savoir ou est-ce qu'on est fak y a **les deux volets qui s'influencent** pis qui viennent jouer en compte **mais la société elle-même va pas nécessairement reconnaître son implication dans la problématique** ». (Hélène)

« [...] y a **beaucoup de chemin qui a été fait dans les dernières années** pour arriver à **voir ça comme une maladie mais s’pas facile** ». (Éric)

« [...] mais y demeure encore un certain **tabou** par rapport à ça...on en entend parler de plus en plus quand même de **gens qui en ont parlé à leur entourage** et qui était moins à frein et qui était **moins dans l’appréhension avec la façon dont les gens allaient réagir** ». (Éric)

« Ah malheureusement c’est **encore tabou** je crois, **je pense qu’il y a de plus en plus d’ouverture** et je pense qu’y a **beaucoup de campagnes de sensibilisation** qui nomme peut-être pas en ces mots-là mais qui nomme c’est fort (inaudible) de demander de l’aide, c’est important de le faire, je pense que les gens ont besoin de **choisir à qui y en parlent de leur dépression** ou de leurs symptômes dépressifs, leurs idées suicidaires ou de comment ils se sentent parce que **parfois y a pas nécessairement l’ouverture** [...] » (Simon)

« [...] de pas faire comme t’sais ça c’est **tabou pis ça je veux rien savoir de ça**, tout le monde a ses limites t’sais on peut vivre des choses pis de ne pas être en mesure côté énergie d’aider quelqu’un parce que **quelqu’un en dépression parfois on le sait ça peut être prenant parce que ça s’associe à d’autres troubles que ça soit de la personnalité ou autres quelqu’un en dépression n’est pas toujours gentil** ». (Simon)

c) Conceptualisation des dépressifs à Montréal

À la question posée, « Selon vous, comment la société (à Montréal) perçoit-elle la personne déprimée ? », la conceptualisation des dépressifs impose un constat teinté de qualificatifs qui sont très peu élogieux à l’égard des gens en dépression. D’ailleurs, les extraits du verbatim invoquent, notamment, la notion de contre-performance et d’« échec ». Par conséquent, les dépressifs vivent avec une stigmatisation et un éloignement par l’entourage. Cela passe parfois par le jugement moral d’accusation de « paresse », d’incapacité à vouloir s’aider soi-même ou de fainéantise. Les intervenants ont également parlé de « peur », d’« incompréhensions », de l’« étiqueté », du « diagnostiqué », du « médicamenté », de la « personne éponge d’une famille » (le bouc-émissaire), de la « faute », de la « honte », de la « faiblesse » ou que le dépressif devrait « se donner un coup de pied dans le cul » pour se ressaisir, comme l’illustre les extraits ci-dessous :

« **Les performances sont fortement valorisées lorsqu'on se trouve à ne plus être capable de correspondre à ça on vit une situation d'échec mais c'est de plus en plus accepté** par exemple quand même **les gens en parlent de plus en plus** mais y a encore un certain **stigma** relié à ça et **ça dépend des endroits et des cultures** ». (Éric)

« **Ça éloigne les proches**, nous on essaie de coacher les proches pour [montrer] comment aider quelqu'un en dépression pis peut-être **de rendre ça un peu plus confortable, moins tabou** [...] ». (Simon)

« **La société je pense vois la personne déprimée comme ben est...paresseuse..., à veut pas s'aider**, [...] certaines personnes ici qui nous appellent ou nous rencontrent parle de certaine personne dépressive ou en dépression j'crois que **c'est paresseuse, à veut pas bouger**, à veut pas s'aider...y en a parfois que c'est comme ça mais à cause de leurs symptômes y sont juste pas capable de se mobiliser pis **j'pense que malheureusement la société ou les proches les voient comme un peu des fainéants, c'est pas une vraie maladie, t'es pas vraiment malade** [...] ». (Simon)

« On va souvent dire que c'est **une personne qui est faible, qui ne se maintient pas assez, qui devrait se donner un petit coup de pied au cul** pis de repartir pis **c'est son propre problème** pis t'sais c'est parce qu'elle **met pas les efforts** pis est **pas assez optimiste...**c'est vraiment **un problème chez l'individu** [...] qui est **pas adaptée** ». (Hélène)

« J'pense que **ça dépend vraiment des individus qui les côtoient**, si on a affaire à des individus qui ont déjà souffert d'une problématique en santé mentale [...] **qui ont déjà vécu une grande souffrance c'est sûr qu'ils ne vont pas percevoir la dépression de la même manière qu'une personne qui n'aura jamais vue ou aura jamais été en contact avec un individu** qui [...] c'est sûr que les individus qui ont déjà vécu une grande souffrance ou qui vont être familier qui vont être sensible à cette souffrance-là vont avoir une **approche qui est beaucoup plus respectueuse**, qui vont avoir une approche qui va être beaucoup plus dans **l'empathie**, dans le **soutien**, dans le respect de l'autre [...] [mais pour] qui n'ont pas nécessairement été exposés à ce type de souffrance-là bien évidemment **ça va faire plus peur** c'est plus...je pense que **l'incompréhension** c'est une **difficulté de pouvoir comprendre l'état dans laquelle elle est, c'est plus facile de prendre une certaine distance** mais au-delà de cela **c'est plus de la peur de cette incompréhension** ». (Hélène)

« On voit dans notre domaine **c'est que la personne se ramasse à l'âge adulte étiquetée, diagnostiquée, médicamentée...**c'est très souvent **la « personne éponge » d'une famille** ». (André)

« **Que c'est de leur faute** [...] **s'ils sont en dépression** que ce sont des **personnes faibles** qui l'on demandé qui ne se botte pas le cul pour aller mieux qui se

complaise dans un état comme ça qui s'aide pas t'sais qui font pas assez pour aller mieux, faible faiblesse la faiblesse revient souvent que c'est très honteux d'être en dépression qu'y y faut pas en parler parce que c'est honteux parce qu'on est faibles » (Catherine)

d) Traitement des dépressifs à Montréal

À la question « Comment les dépressifs sont-ils traités concrètement en société (à Montréal) ? », les intervenants ont cru bon d'employer une multitude de qualificatifs qui, à une ou deux nuances près, arrivait à la conclusion que les dépressifs sont assez maltraités à Montréal, toujours selon leurs dires. Parmi les expressions répertoriées pour décrire les dépressifs, nous avons notamment retrouvé « bafoué », « mis de côté », « ostracisé », « cacher les parias », « incurables », « fossé » (de la distance sociale), « pas évident d'être avec une personne dépressive », « décourageant », « exclu », « stigmatisation », « auto-stigmatisation », « préjugés », et « faiblesse » avec un ton paternaliste, parfois de l'entourage qui demeure dans « l'incompréhension », tels que le suggèrent les extraits suivants :

« Sont bafoués, sont mis de côté, toute problématique en santé mentale sont bafoués et ostracisés. C'est nos parias, il ne faut pas le cacher, y a tout une caste de parias [...] on les cache les parias. Mais nous dans nos sociétés occidentales on a nos parias; ce sont les psychiatrisés, sous toutes sortes de formes, itinérants, ceux qu'on a diagnostiqués. On les traite comme s'ils étaient irrécupérables alors que ce n'est pas vrai. C'est toute une façon de voir la chose, mais nous on ne voit pas ça de même. Alors souvent nous le communautaire, on embauche des personnes qui ont eu des traversés difficiles dans leur vie [...]. Mais le milieu privé, la société là là y veulent pu rien savoir ». (André)

« [...] y a de plus en plus de personnes qui s'ouvrent j'ai l'impression, par contre, je trouve, que les gens prennent leurs distances que ça soit les amis, pas tous, mais certains amis, la famille qui sont de bons proches mais qui peuvent prendre leurs distances parce que c'est pas toujours évident d'être avec une personne dépressive ou, comme tu l'a dit plus tôt, on veut aider mais on ne sait pas comment fak y a comme un fossé qui se crée entre eux fak j'penses pas qu'y sont mal traités mais sont traités avec un certain recul, on se protège un peu parce qu'on ne sait pas quoi faire ehh...je pense qu'y en a malheureusement dans leur entourage des gens en dépression que dans leur entourage qui n'est pas soutenant du tout ehh...malheureusement des

patrons, des collègues de travail qui sont comme « t'es en dépression qu'est-ce qu'est ça, tu devrais revenir au travail » t'sais c'est pas juste au travail c'est aussi au niveau des proches, y en a qui se moquent d'eux, quand on voit quelqu'un qui a l'air dépressif, c'est comme...c'est comme si quelqu'un se moquait d'une caricature un petit peu comme « mon Dieu qu'il est décourageant » [...] ». (Simon)

*« Je pense qu'à cause des **campagnes de sensibilisation** de qu'est-ce que les ressources ou les services ça s'est instauré, je pense **y ont plus leur place**, c'est pas du tout comme c'était avant y a 10 ans, 20 ans ou 30 ans t'sais y ont plus leur place, **on voit de plus en plus de personnes le nommer très ouvertement qu'y ont fait une dépression ou qu'ils le sont** ». (Simon)*

*« [...] [les dépressifs sont] **exclus de la société** [...] » (Simon)*

*« [...] **j pense pas qu'y sont tous traités comme ça...une chance !** ». (Simon)*

*« [...] j'observe différentes choses. Dans un premier temps, **y a beaucoup de stigmatisation** **fak y a beaucoup de jugements et préjugés négatifs liés à la dépression en termes de faiblesse oui faiblesse...de la stigmatisation** que ça soit au travail, dans les relations sociales, dans les relations familiales et même dans de **l'auto-stigmatisation souvent la pire stigmatisation vient des gens eux-mêmes parce qu'ils ont intériorisés beaucoup des préjugés négatifs**, mais y a aussi dans la façon dont y sont traité **la famille peut aussi adopter des comportement de protection et de surprotection** des fois on va tout faire pour faire leur place, **on les prend en charge, on ne les laissent plus prendre des décisions pour eux-mêmes, on fait les choses à leur place** fak ça amène une **perte de confiance en termes de ses moyens parce que le messages qu'ils reçoivent c'est qu'ils ne sont pas capables de le faire par eux-mêmes parce qu'ils sont en dépression pis qu'y faut les ménager. Ça peut susciter différentes réactions dans l'entourage; des réactions négatives** mais aussi des **réactions justes mal informées, des réactions liées à de l'incompréhension** à ce que c'est la dépression parce que le proche qui protège n'est **pas forcément mal intentionné** mais peut-être **il ne sait pas que ça va maintenir au lieu d'aider** [...] » (Catherine)*

À la lumière des extraits précédents, il y a aussi des nuances à apporter quant à la façon d'évaluer le traitement des dépressifs selon les individus questionnés. Dans cette perspective, un intervenant, tout en émettant des critiques modérées sur le traitement des gens en dépression, affirme aussi, du même coup, que « j'penses pas qu'y sont maltraités mais sont traités avec un certain recul » alors que « [...] j'pense pas qu'y sont tous traités comme ça...une chance ! ». Ce dernier intervenant a aussi avancé l'idée que les campagnes de sensibilisation ont aidé la cause

des dépressifs en ce qui concerne leur traitement social. En somme, nous avons généralement constaté un pessimisme quant aux traitements des dépressifs à Montréal, mais avec une certaine lueur d'espoir d'une ouverture grandissante envers eux, par contre.

4. Conclusion du chapitre

Pour les individus interrogés œuvrant au cœur de la ville de Montréal auprès des dépressifs en milieu communautaire, le bien-être des usagés tout comme le « message thérapeutique » est d'une très grande importance. Or, ce même message n'est pas neutre, et bien sûr sujet à débat dans une certaine mesure. D'ailleurs, ceci est d'ailleurs porteur de sens et d'une idéologie précise, tels que les valeurs véhiculées qui servent à guider l'action sociale des intervenants. Dans cette optique, les « valeurs véhiculées » sont, à leurs tours, influencées par les idées transmises que nous avons présentées et ces mêmes idées transmises sont également liées idéologiquement aux aptitudes enseignées. Ce faisant, le « message thérapeutique », les « valeurs véhiculées », les « idées transmises » tout comme les « aptitudes enseignées » entretiennent tous des liens étroits et semblent suivre une même trajectoire idéologique (ou du moins une trajectoire semblable, générale et constante). Toutefois, nous avons constatés des situations dans lesquelles les intervenants interrogés ne s'entendent pas complètement ou se contredisent carrément (ou en partie) au regard de ces quatre composantes analysées.

Par contre, là où il semblait y avoir accord et harmonie, la dépression comportait notamment plusieurs définitions désignées comme « polysémiques », c'est-à-dire où il y a plusieurs voix émises. Dans notre étude, parfois ces voix étaient semblables alors que dans d'autres circonstances elles étaient assez discordantes.

Ensuite, cela a été presque (mais pas complètement vu les nuances émises) unanime : la perception de la dépression, des dépressifs et le traitement réservés aux gens en situation de

dépression a très souvent été fort négative et ce, sur presque toute la ligne. Malgré quelques lueurs d'espoir quant à l'ouverture des gens envers la perception de la dépression et des dépressifs et de la façon de les traiter, le constat demeure assez sombre et pessimiste concernant leur véritable acceptabilité sociale à Montréal.

Enfin, nous allons maintenant boucler la boucle en répondant aux deux questions de notre problématique dans le dernier chapitre qui suit. Ainsi, nous remplissons et complétons le mandat et l'objectif de cette thèse de maîtrise avec l'appui des données qualitatives théoriques et celles plus pratiques recueillies auprès des intervenants questionnés dans le cadre de cette étude sociologique.

Conclusion générale

« Jamais la psychologie ne pourra dire sur la folie la vérité, puisque c'est la folie qui détient la vérité de la psychologie »

Michel Foucault, *Maladie mentale et psychologie*, 1954

“When I use the term therapeutic state, I use it ironically, it's therapeutic for the people who are doing the locking up, who are doing therapy, it's not therapeutic for the victims, for the patients”

Thomas Szasz, *The Therapeutic State: Psychiatry in the Mirror of Current Events*, 1984

1. Synthèse des résultats

Nous avons établi que le message thérapeutique des intervenants était teinté par une idéologie propre au processus d'individuation responsabilisant l'individu en dépression. Cependant, les valeurs émises se situaient autant proches du processus d'individuation que des valeurs plus collectivistes. Ensuite, les idées transmises face à la dépression ont été pensées par une majorité comme une épreuve difficile et négative, mais pas unanimement; certains y voyant des bénéfices. Enfin, les aptitudes enseignées par les intervenants auprès des groupes d'entraide rejoignaient également le processus d'individuation et la responsabilisation des dépressifs.

2. Notre première question et les résultats

À notre première question posant en quoi le processus d'individuation permet-il de comprendre la stigmatisation des gens en situation de dépression à Montréal, les résultats nous ont informé que le processus d'individuation élucide et explique plusieurs aspects de la stigmatisation des gens composant avec une dépression.

À travers Ehrenberg et Otero, nous avons pu déterminer que le processus d'individuation contribue et facilite la stigmatisation des dépressifs à Montréal en renvoyant la cause de la dépression à celui qui en souffre. Ainsi, le processus d'individuation demeure une source négative

et néfaste d'étiquetage, d'intériorisation, de stigmatisation et d'auto-stigmatisation pour la personne en dépression.

De ce fait, les intervenants questionnés dans notre étude ont d'ailleurs décrit la perception des dépressifs à Montréal comme étant très négative. À propos du lien entre le processus d'individuation et sa conséquence qu'est la stigmatisation, les intervenants ont livrés des témoignages qui laissaient entendre qu'ils avaient majoritairement, mais pas unanimement des valeurs proches du processus d'individuation. D'autant plus que les intervenants évoluent comme de véritables courroies de transmissions thérapeutiques (de confiance) auprès des dépressifs lors des séances des groupes d'entraide. Les valeurs des intervenants se reflètent donc dans leurs interventions et teintent ainsi leurs approches par le même type de valeurs individualisantes qui les caractérisent selon l'analyse des résultats de notre étude. Or et c'est très important de le dire, nous n'avons détecté aucune mauvaise intention, nul manquement au professionnalisme du métier d'intervenant ou rien de reprochable au niveau éthique dans la façon qu'ils servent et aident leurs communautés et ce, toujours avec respect, compassion et dignité humaine.

Au sujet du message thérapeutique, nous avons aussi trouvé qu'il y avait, à quelques exceptions près, une majorité imposante d'éléments d'une idéologie propre au processus d'individuation. Ensuite, le message thérapeutique (contenant aussi des éléments du processus d'individuation) a une incidence dans la stigmatisation des dépressifs, car le processus d'individuation est fondé sur une idéologie qui oriente et façonne non seulement la conceptualisation de la dépression, mais aussi la manière de voir la personne dépressive.

Par ailleurs, pour les idées transmises, nous n'avons pas pu dégager un consensus clair à l'égard des éléments reliés au processus d'individuation. Au niveau de l'autre idéologie, tournée

plutôt vers le déterminisme social pour expliquer les phénomènes sociaux par l'environnement (comme la dépression), il n'a pas non plus eu de consensus limpide. Or, nous constatons une légère majorité des éléments lexicaux, dans les entrevues, proche du processus d'individuation.

Enfin, pour aptitudes enseignées reliées à notre première question, nous avons d'ailleurs observé une quasi-unanimité quant à la présence d'éléments proches du processus d'individuation et ceci est peut-être l'un des points les plus saillants des résultats de notre étude. D'autant plus que les aptitudes enseignées comportant des éléments proches du processus d'individuation, lors des séances en groupe, va tendre à avoir une incidence sur le comportement et l'apprentissage thérapeutique que le dépressif va tenter d'adopter et mimer.

3. La deuxième question face aux résultats

Au regard de notre deuxième question posant en quoi le processus d'individuation éclaire-t-il les modalités d'intervention auprès des gens en dépression, voici ce qui est proposé.

Du point de vue des intervenants interrogés à la question à propos du traitement des gens dépressifs à Montréal, nous avons conclu qu'ils demeurent « exclus », « bafoués », « mis à distance », « ostracisés » et vus comme étant « incurables », « faibles » ou « décourageant », par certains membres de la société. De là la « stigmatisation », l'« auto-stigmatisation », les « préjugés » et « l'incompréhension » de l'environnement immédiat envers les individus en situation de dépression.

Selon les résultats de notre étude, le processus d'individuation est l'un des carburants qui active et facilite la mise en œuvre des multiples modalités d'intervention à Montréal chez les dépressifs fréquentant les cinq groupes d'entraide que nous avons examinés. Tels qu'observés dans nos résultats, les modalités d'intervention ont bel et bien des liens directs avec le processus d'individuation.

En effet, le processus d'individuation sert à imputer un blâme aux dépressifs pour leurs états psychiques à travers les interventions qui ont pour conséquence de démarquer et de départager ceux appartenant au « nous » (les gens sains et acceptés en société) et ceux au « eux » (les dépressifs stigmatisés). Ceci crée un fossé identitaire basé sur la différence entre les dépressifs et ceux jugés « normaux ». Dans cette perspective, les modalités d'intervention, comme les groupes d'entraide et les gestes des intervenants envers ceux en dépression, provoque une forme de séquestration symbolique et d'isolement de ceux-ci. De là les inégalités sur la base de leur santé mentale perçue, par certaines personnes en société, comme étant problématique.

De plus, le processus d'individuation nous éclaire en effet davantage à propos des modalités d'intervention en fonction des résultats colligés. De ce fait, nous avons distingué deux types d'intervention, dont le processus d'individuation est indissociable. Le premier est palpable dans la pratique quotidienne prodiguée par les intervenants interrogés, c'est-à-dire à partir de leurs interventions lors des séances de groupes d'entraide. Le deuxième se situe plutôt au niveau sociétal et macrosociologique. Autrement dit, la société (à Montréal) exerce des pressions à travers les manières dont elle traite les gens avec une problématique de santé mentale.

Les intervenants emploient des approches thérapeutiques, dont les aptitudes enseignées se retrouvent dans l'idéologie du processus d'individuation. Dans cette optique, toutes ces « aptitudes enseignées » font office de modalités d'intervention thérapeutique que l'on peut rapprocher à un dénominateur commun : la responsabilité individuelle et l'investissement personnel dans la quête vers un rétablissement de la dépression.

Comme second type de modalités d'intervention thérapeutiques, il a clairement été démontré que les gens dépressifs sont maltraités, selon les acteurs interrogés, par un segment de la population qui perpétue leur stigmatisation les associant à des qualificatifs très négatifs. Or, ces

qualificatifs servent de rampes de lancement pour une forme de modalités d'intervention, où l'étiquette accolées aux dépressifs stigmatisés et désignées comme indésirables leur forgent une nouvelle identité publique. Le dépressif vient de faire les frais de ce qu'il y a justement derrière les modalités d'intervention, c'est-à-dire l'idéologie du processus d'individuation. Le processus d'individuation joue donc un rôle central dans l'application des modalités d'intervention afin d'exercer un contrôle social, éloigner l'altérité et exercer un pouvoir sur eux.

4. Limites de l'étude

En ce qui concerne notre étude, il s'avère y avoir des limites qui pourraient être d'intérêt. En premier lieu, notre échantillon pourrait peut-être poser un problème de généralisation et de représentativité affectant les conclusions émises vu sa petite taille de cinq intervenants. Ayant utilisé le logiciel « QDA Miner » pour coder et répertorier nous même les champs importants de nos entretiens, nous pourrions aussi être taxée d'un certain subjectivisme.

5. Mot de la fin : discussions et réflexions

Après avoir répondu aux deux questions en fonction des résultats, nous avons pu confirmer que le processus d'individuation nous éclaire effectivement sur la stigmatisation des dépressifs à Montréal de diverses manières. De même, nous avons vu que le processus d'individuation nous permettait de mieux saisir les modalités d'intervention sous plusieurs angles.

Or, beaucoup de travail reste à faire pour protéger les droits fondamentaux des dépressifs stigmatisés pour cause de troubles mentaux devant l'application des modalités d'intervention. De ce fait, le processus d'individuation est à la base de la stigmatisation et de la mise en œuvre des modalités d'intervention qui demeurent problématiques. Par contre, le processus d'individuation est au cœur de la société contemporaine et il n'est donc pas étonnant que les intervenants n'y

échappent pas. En fait, les intervenants sont, en quelque sorte et comme une majorité écrasante de citoyens, prisonnier et fortement influencés par la société dans laquelle ils habitent.

Or, dans la mesure où la société responsabilise, culpabilise et blâme toujours la présence d'une maladie mentale sur ceux qui en souffrent, il y a raison de s'inquiéter avant de pouvoir complètement contrer la stigmatisation et les effets néfastes des modalités d'intervention auprès des dépressifs. Enfin, il faut aussi mieux former et conscientiser les intervenants, sur la base de nos conclusions et des résultats obtenus.

Dans cette optique, la sociologie de la santé mentale a encore beaucoup de réponses à nous fournir pour neutraliser la stigmatisation et l'empiètement sur les droits des malades psychiques à travers les modalités d'intervention.

Enfin, une sociologie de la maladie mentale propre au Québec contemporain qui tient compte du processus d'individuation et des modalités d'intervention est impératif à réaliser. D'ici là, les enjeux entourant la dépression restent toujours à être mieux compris et à étudié par les chercheurs de tous horizons disciplinaires, académiques ou scientifiques.

Bibliographie

Ouvrages :

- BARIBEAU, C., ROYER, C., *L'entretien individuel en recherche qualitative : usage et modes de présentation* dans Revue des sciences de l'éducation, vol. 38, N° 1, 2012, pp. 23-45.
- CRESWELL, J. W., « Research Design: Qualitative and Quantative Approaches » dans *Qualitative inquiry and rechearch design. Choosing amoung five Traditions*. Sage Publications, Thousand Oaks, 1997, p. 47-91 (cité dans Alarie, 2011: 42-43).
- CRESWELL, J. W., *Qualitative Inquiry & Research Desigh. Choosing Amoung Five Approaches*, Sage Publications, Thousand Oaks, 2007 (cité dans Alarie, 2011: 56)
- DANTIER, B., « Outils de l'enquête sociologique et enquête sur les outils sociologiques : Georges Granai, Technique de l'enquête sociologique » dans *Traité de sociologie*, tome premier, Paris, Presses Universitaires de France, 1967, pp. 135-151.
- DOUCET, M.-C, MOREAU, N., (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société. Les voies de la recherche en sciences sociales*, Montréal, PUL, 2014, 340 p. Coll. « Problèmes sociaux et interventions sociales ».
- EHRENBERG, A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 2000, pp. 409.
- EHRENBERG, A., *La société du malaise*, Odile Jacob, Paris, 2012, pp. 527.
- FOUCAULT, M. (2004). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, 1978-1979*. Paris: Gallimard/Seuil, coll. Hautes Études,.
- GAUTHIER, B.(dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 5^e Éd., 2008, (livre électronique).
- HAMEL, J, *Pour la méthode de cas. Considérations méthodologiques et perspectives générales*, Anthropologie et Sociétés, vol. 13, N° 3, 1989, p 59-72.
- IMBERT, G., « L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie » dans *Recherches en soins infirmiers*, 2013, N° 102, pp. 23-34.
- LANNOY, P., *L'analyse thématique*, Document de travail. SOCA-D-476, Analyse qualitative en sciences sociales, p. 3.
- MACE, G., PÉTRY, F., *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*, PUL, 2000, pp. 134
- MAXWELL, J. A., *La modélisation de la recherche qualitative : une approche interactive*, Fribourg, Les Éditions universitaires Fribourg, Suisse. 1999 (tiré de la thèse de Madame Milaine Alarie p. 42-43).
- MONGEAU, *Réaliser son mémoire ou sa thèse*, PUQ, Québec, 2009, pp. 145.
- OTERO, M., *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*. Québec,, Canada: Les Presses de l'université Laval, 2003, pp. 322
- OTERO, M., *L'ombre portée. L'individualisme à l'épreuve de la dépression*, Éditions Boréal, Montréal, 2012, pp. 374.
- OTERO, M., *Les fous dans la cité. Sociologie de la folie contemporaine*, Éditions Boréal,

- Montréal, 2015, pp. 345.
- PAILLÉ, P., MUCCHIELLI, A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, Paris, 2008, pp. 165-181.
- SABOURIN, P, « L'analyse de contenu » dans *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 5^e Éd., 2008, pp. 415-444 (livre électronique).
- SAVOIE-ZAJC, L, « L'entrevue semi-dirigée » dans *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 5^e Éd., 2008, pp. 337-360 (livre électronique).
- FOUCAULT, M.. *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, 1978-1979*. Seuil, coll. Hautes Études, Paris, 2004, pp. 368.
- THORNICROFT, G., *Shunned. Discrimination against people with mental illness*, Oxford University Press, New York, 2009, pp. 301.

Articles :

- CORRIGAN, P.W., *The impact of stigma on severe mental illness*, Cognitive and Behavioral Practice, 1998, N° 5, pp. 201-22.
- CORRIGAN, PW, PENN, D. L., *Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma*, The American psychologist, N° 54, 1999.
- GAGNON, É., *Le miroir de la dépression*, Recherches sociographiques, vol 53, n° 3, 2012, p. 671-681.
- LÉZÉ, S., Marcelo Otero, *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, 2005, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003, 322 p., bibliogr.. *Anthropologie et Sociétés*, 29, (2), 207–208. <https://doi.org/10.7202/011913ar>
- POIREL, M-L., CORIN, E., *Revisiter la notion de traitement à partir de récits de personnes usagères, d'intervenants et de responsables de ressources alternatives en santé mentale : la question de la subjectivité*, Santé mentale au Québec, vol. 36, n° 1, 2011, p. 115-130
- RODRIGUEZ, L., CORIN, E., POIREL, M-L., DROLET, M., *L'intégration des services et des pratiques. L'épreuve de l'expérience*, Santé mentale au Québec, vol. 27, n° 2, 2002, p. 154-179.
- SHEEHAN, L., NIEWEGLOWSKI, K., CORRIGAN, P., *The Stigma of Personality Disorders*, Current Psychiatry Report, N° 18, 2016, pp. 1-7.

Mémoires et thèses de maîtrise ou de doctorat :

- ALARIE, M., *La bisexualité et les jeunes adultes : Représentations, attitudes, identité et vécu sexuel*, Thèse de maîtrise (sociologie), Université d'Ottawa, 31août 2011, pp. 150.
- GODRIE, B., *Savoir d'expérience et savoir professionnels : un projet expérimental dans le*

champ de la santé mentale, Thèse de doctorat (sociologie), Université de Montréal, septembre 2014, pp. 429.

Sites Webs :

<http://www.santemontreal.qc.ca/chercher-une-adresse/#cent>

<http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/>

<http://www.provalisresearch.com/fr/produits/logiciel-d-analyse-qualitative/>

Annexe 1

Préambule des entretiens : message de sollicitation aux participants potentiels envoyé via courriel

(Septembre 2017)

Montréal/Septembre 2017

Bonjour Madame, Monsieur,

Mon nom est Jean-Patrick MÉNARD et j'effectue actuellement une thèse de maîtrise en sociologie à l'Université d'Ottawa. Dans le cadre de ma thèse, j'entreprends une recherche sur les groupes d'entraide à caractère thérapeutique pour personne atteinte de dépression. Je m'adresse à vous dans le but de vous demander votre collaboration. Votre collaboration me sera d'une aide très précieuse et inestimable.

Je vous assure que les règles de confidentialité et de l'anonymat seront respectées tant à l'égard de vos réponses que de votre identité. Les données brutes (entretiens) ne seront pas publiées sauf de courts extraits et mon but est avant tout scientifique. Cela dit, je ne peux vous garantir que personne ne puisse vous identifier. Veuillez en tenir compte dans votre décision.

De plus, il est à mentionner et à considérer que si l'entrevue a lieu pendant les heures de travail au lieu de travail, je ne peux garantir la protection de l'anonymat, car des collègues pourraient savoir qui a participé et établir un lien entre votre participation et les informations fournies dans les publications.

Cela dit et si cela vous intéresse, je vous ferai également parvenir une copie du guide d'entrevue à l'avance. Si vous acceptez et durant l'entrevue, vous pouvez mettre fin à l'entretien à n'importe quel moment et vous pouvez aussi refuser de répondre à certaines questions qui pourraient vous mettre dans une situation d'inconfort. Je vous ferai également parvenir une copie du fichier de ma thèse.

Si vous acceptiez de me rencontrer, vous pouvez remplir le formulaire ci-joint et cela me ferait un grand plaisir de vous contacter pour prendre rendez-vous en un lieu qui vous convient le mieux.

Cordialement,

Jean-Patrick Ménard

Annexe 2

Formulaire de consentement pour les participants (Septembre 2017)

Bonjour Madame, Monsieur,

Mon nom est Jean-Patrick MÉNARD et je suis candidat à la thèse de maîtrise à l'École d'études sociologiques et anthropologiques sous la supervision et la direction de Prof. André Tremblay à la Faculté des Sciences Sociales de l'Université d'Ottawa, qui se situe au 120 Université, Pavillon des sciences sociales, Ottawa, Ontario, Canada, K1N 6N5. Prof. Tremblay peut être rejoint en tout temps.

Dans le cadre de cette thèse, j'entreprends une recherche sur les groupes d'entraide à caractère thérapeutiques pour personnes atteintes de dépression. Je m'adresse à vous dans le but de vous demander votre collaboration. Votre collaboration me sera d'une aide très précieuse et inestimable.

Vous êtes donc cordialement invité(e) à participer à la recherche nommée ci haut.

Le but de l'étude est de répondre aux deux questions suivantes : 1) En quoi le processus d'individuation (c'est-à-dire le fait de blâmer personnellement, seulement et purement la personne en dépression pour sa propre maladie mentale) permet de comprendre la stigmatisation de la dépression ? et 2) Comment ce même processus d'individuation nous éclaire-t-il à propos des modalités d'intervention thérapeutiques (c'est-à-dire les groupes de soutien à caractère thérapeutique pour lequel vous travaillez actuellement) auprès des gens éprouvant une dépression dans la ville de Montréal ?

Cette participation, de votre part, consistera essentiellement à répondre à des questions (Les questions vous seront présentées d'avance) à propos de votre expérience, expertise et vos connaissances durant environ 30 à 45 minutes pendant lequel il sera notamment et principalement question de votre rôle au sein de votre organisme. Une seule séance est d'ailleurs prévue à l'endroit de votre choix (comme par exemple, sur le lieu de votre travail ou ailleurs, où vous le souhaitez) en date du _____ et ce, selon vos disponibilités et/ou votre souhait. On vous demande donc de participer à une entrevue où vous demeurez libre en tout temps de répondre ou non aux questions ouvertes qui vous seront posées.

Cette recherche vous offrira donc la chance de partager, de mettre en valeur et de relater votre expérience, votre vécu et l'expertise acquise dans le cadre de votre travail. C'est d'ailleurs un travail très important et essentiel pour aider ceux qui souffrent de dépression sur une base quotidienne. De ce fait, vous aurez la chance de faire avancer les connaissances actuelles en ce qui concerne les groupes à caractère thérapeutiques pour dépressifs au cœur de la ville de Montréal puisque ces groupes d'entraide demeurent toujours très méconnus par la population en générale. Il est aussi important de mentionner que votre identité sera masquée pour assurer la confidentialité des réponses à la suite de votre entrevue. Ensuite, je vous assure que les règles de confidentialité et de l'anonymat seront respectées tant à l'égard de vos réponses que de votre identité. Par contre, je ne peux vous garantir que personne ne puisse vous identifier. Veuillez en tenir compte dans votre décision.

D'ailleurs, il est à mentionner et à considérer que si l'entrevue a lieu pendant les heures de travail au lieu de travail, je ne peux garantir la protection de l'anonymat, car des collègues pourraient savoir qui a participé et établir un lien entre votre participation et les informations fournies dans les publications.

À ce titre, les données brutes (entretiens) ne seront pas publiées sauf de courts extraits et mon but est avant tout scientifique.

Si cela vous intéresse, je vous ferai parvenir une copie du guide d'entrevue à l'avance. Si vous acceptez et durant l'entrevue, vous pouvez mettre fin à l'entretien à n'importe quel moment et vous pouvez aussi refuser de répondre à certaines questions qui pourraient vous mettre dans une situation d'inconfort. De plus, je vous ferai également parvenir une copie du fichier de ma thèse de maîtrise une fois celle-ci terminée et acceptée par l'Université d'Ottawa.

Si vous acceptiez de me rencontrer, vous pouvez remplir le formulaire ci-joint et cela me ferait un grand plaisir de vous contacter pour prendre rendez-vous en un lieu qui vous convient le mieux.

Par la présente, vous avez l'assurance du chercheur, c'est-à-dire de M. Jean-Patrick MÉNARD, que l'information que vous partagerez restera strictement confidentielle. Vous vous attendez donc à ce que le contenu ne soit utilisé que pour sa thèse de maîtrise et selon le respect de la confidentialité qui sera assurée par un codage rigoureux des noms en ce qui touche la personne interviewée.

Votre anonymat sera donc garanti de la façon suivante : en aucun cas, votre nom ou votre identité sera mentionnée ou insinuée de quelque manière que ce soit, car nous codifierons et masquerons votre nom et votre identité pour assurer votre confidentialité. De plus, tel que mentionné plus haut, l'organisme auquel vous appartenez sera

sommairement décrit et son nom n'apparaîtra pas dans les publications issues de cette recherche (thèse, article, etc.).

Les données recueillies, soit celles sur papier, sur support électronique, sur bandes magnétiques ou sur transcriptions seront conservées de façon très sécuritaire. D'ailleurs, les originaux de tout documents seront conservés pour une période de 5 ans par Professeur André Tremblay. Après 5 ans de conservation des données, celles-ci seront détruites au terme de la période de conservation

Votre participation à la recherche est purement volontaire et vous êtes libre de vous retirer en tout temps, et/ou de refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si toutefois vous choisissez de vous retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront effacées et jamais conservée.

Cordialement,

Jean-Patrick Ménard

Acceptation formelle du participant :

Je, _____, accepte de participer à cette recherche menée par M. Jean-Patrick MÉNARD de l'École d'études sociologiques et anthropologiques de la Faculté des Sciences Sociales de l'Université d'Ottawa, laquelle recherche est supervisée par Prof. André Tremblay.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du participant : _____ Date : _____

Signature du chercheur : _____ Date : _____

Annexe 3

Guide d'entretien (Novembre 2017)

Premier questionnaire

Questionnaire pour l'entrevue des intervenants/es des groupes de soutien

Thème 1 : Le profil de l'intervenant

Sous-thème A – Profil des caractéristiques sociodémographique de l'interviewé

Q : Si vous me permettez, quel âge avez-vous ?

Q : Depuis combien de temps exercez-vous votre métier ?

Q : Aviez-vous de l'expérience dans ce domaine avant de commencer à exercer ce métier de soutien ?

Q : Qu'est-ce qui vous a mené vers la volonté d'exercer ce métier ?

Q : Quel est votre formation académique ou non formelle (formation donnée par l'organisme) pour pouvoir connaître comment soutenir ces individus dépressifs ?

Q : Comment définissez-vous ou voyez-vous votre rôle ici ?

Sous-thème B – Perspective et vision à propos de l'organisme

Q : Comment pourriez-vous qualifier la philosophie ou la vision de votre organisme et la vôtre lorsque vous faites votre métier de soutien ?

Q : Quels sont vos approches et orientations thérapeutiques ici ?

Q : Quel est la responsabilité et le rôle de votre organisme devant une personne en situation de dépression ?

Q : Quel est la meilleure façon d'aider une personne en dépressif concrètement ?

Thème 2 : La manière de mener une séance de groupe de soutien

Sous-thème A – Vers le rétablissement

Q : Comment pourrait-on qualifier votre rôle en tant qu'intervenant ?

Q : Comment votre organisme peut-il aider concrètement à favoriser le rétablissement vers la santé mentale après une dépression ?

Sous-thème B – Le contenu derrière le message thérapeutique

Q : Qu'est-ce que vous voulez transmettre comme message à vos usagers qui assistent à vos rencontres ?

Q : Quelles sont les valeurs ou les idées que vous essayez de transmettre ici aux gens en dépression ?

Q : Quelles sont les aptitudes (ou les qualités suggérées à développer) que vous essayez de transmettre pendant vos séances de soutien ?

Q : Selon vous, quel est la philosophie, le message ou la vision derrière vos interventions thérapeutiques ?

Thème 3 : Le point sur la dépression

Sous-thème A – L'enjeux de la dépression

Q : Qu'est-ce que la dépression d'après vous ?

Q : Quelle est l'origine ou la cause du développement d'une dépression chez quelqu'un ?

Q : Selon vous, comment la société perçoit-elle la dépression ?

Q : Selon vous, comment la société perçoit-elle la personne déprimée ?

Q : Comment les dépressifs sont-ils traités concrètement en société ?

Q : Comment les dépressifs sont-ils accueillis et traités chez vous (votre organisme) ?

Thème 4 : La raison d'être de vouloir soutenir les gens en situation de dépression

Sous-thème A – Le pourquoi de l'objectif thérapeutique

Q : Quels sont les objectifs de votre groupe de soutien auprès des dépressifs ?

Q : Pourquoi les groupes de soutien, comme le vôtre, réussissent-ils ou échouent-ils à aider quelqu'un vers le rétablissement d'une dépression (les causes) ?

Q : Pourquoi la dépression est-elle si importante pour vous et votre organisme ?

Enfin, j'aimerais vous remercier pour votre temps et votre générosité d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Annexe 4

Guide d'entretien (Novembre 2017)

Deuxième questionnaire

Questionnaire pour l'entrevue des membres (cadres) de la direction des groupes de soutien

Thème 1 : Le profil du cadre au sein de la direction

Sous-thème A – Profil des caractéristiques sociodémographiques du cadre

Q : Si vous me permettez, quel âge avez-vous ?

Q : Depuis combien de temps exercez-vous votre métier ?

Q : Aviez-vous de l'expérience dans ce domaine avant de commencer à exercer ce métier de direction auprès d'une clientèle en situation de dépression ?

Q : Qu'est-ce qui vous a mené vers la volonté d'exercer ce métier ?

Q : Quel est votre formation académique ou non formelle (formation donnée par l'organisme) pour pouvoir connaître comment soutenir ces individus dépressifs et de diriger cet organisme ?

Q : Comment définissez-vous ou voyez-vous votre rôle ici ?

Sous-thème B – Perspective et vision à propos de l'organisme

Thème 2 : La manière de mener une séance de groupe de soutien selon le cadre

Sous-thème A – Vers le rétablissement

Q : Comment pourrait-on qualifier votre rôle en tant que cadre de direction ?

Q : Comment votre organisme peut-il aider concrètement à favoriser le rétablissement vers la santé mentale après une dépression ?

Sous-thème B – Le contenu derrière le message thérapeutique

Q : Qu'est-ce que vous voulez transmettre comme message à vos usagers qui assistent à vos rencontres en tant que responsable de l'organisme ?

Q : Quelles sont les valeurs ou les idées que vous essayez de transmettre ici aux gens en dépression ?

Q : Quelles sont les aptitudes (ou les qualités suggérées à développer) que vous essayez de transmettre pendant vos séances de soutien ?

Q : Selon votre regard de direction, quel est la philosophie, le message ou la vision derrière vos interventions thérapeutiques ?

Thème 3 : Le point sur la dépression

Sous-thème A – L'enjeux de la dépression

Q : Qu'est-ce que la dépression d'après vous ?

Q : Quelle est l'origine ou la cause du développement d'une dépression chez quelqu'un?

Q : Selon vous, comment la société perçoit-elle la dépression ?

Q : Selon vous, comment la société perçoit-elle la personne déprimée ?

Q : Comment les dépressifs sont-ils traités concrètement en société ?

Q : Comment les dépressifs sont-ils accueillis et traités chez vous (votre organisme) ?

Thème 4 : La raison d'être de vouloir soutenir les gens en situation de dépression

Sous-thème A – Le pourquoi de l'objectif thérapeutique

Q : Quels sont les objectifs de votre groupe de soutien auprès des dépressifs ?

Q : Pourquoi les groupes de soutien, comme le vôtre, réussissent-ils ou échouent-ils à aider quelqu'un vers le rétablissement d'une dépression (les causes) ?

Q : Pourquoi la dépression est-elle si importante pour vous et votre organisme ?

Enfin, j'aimerais vous remercier pour votre temps et votre générosité d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Annexe 5

Certificat d'approbation éthique pour cette étude académique

Numéro de dossier: 08-16-03



Date (mm/jj/aaaa): 09/18/2017

Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation éthique **CÉR Sciences sociales et humanités**

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
André	Tremblay	Sciences sociales/Sociologie et anthropologie	Superviseur
Jean-Patrick	Ménard	Sciences sociales/Sociologie et anthropologie	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier: 08-16-03

Type du projet: Thèse de maîtrise

Titre: Le processus d'individuation, la stigmatisation et les modalités d'intervention conséquents auprès des personnes en situation de dépression à Montréal

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
09/18/2017	09/17/2018	Ia

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

Conditions Spéciales / Commentaires:
N/A

**Université d'Ottawa**

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation éthique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation à ce Service en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Veuillez soumettre un rapport annuel au responsable de l'éthique de la recherche, quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de fermer le dossier ou demander un renouvellement de l'approbation éthique. Le document nécessaire est disponible en ligne au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le bureau d'éthique en composant le poste 5387 ou en nous contactant par courriel à: ethique@uOttawa.ca.



Germain Zongo

Responsable de l'éthique de la recherche

Pour Barbara Graves, Présidente du CÉR en Sciences sociales et humanités