

Construire le futur des usager.ère.s de ressources en santé mentale au Québec :
La perspective des intervenant.e.s

Gabrielle Therrien

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme
Maîtrise ès arts Anthropologie

École d'études sociologiques et anthropologiques
Faculté des Sciences Sociales
Université d'Ottawa

© Gabrielle Therrien, Ottawa, Canada, 2023

Résumé

Au Québec, ce n'est seulement qu'à partir de la première vague de désinstitutionnalisation que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont été en mesure de s'imaginer un avenir en dehors des murs institutionnels. Cependant, ce futur demeure conditionnel, puisqu'il doit se situer à l'intérieur d'un cadre normatif et limitant. À travers une recherche de terrain virtuel auprès de la page *Facebook* « Organisation structurelle coconstruite de la praticienne réflexive » et d'entrevues auprès d'intervenant.e.s ayant travaillé dans des ressources d'hébergement intermédiaires en santé mentale provenant de Montréal, j'observe, dans cette thèse, de quelle manière ces intervenant.e.s envisagent l'avenir des usager.ère.s de ces ressources. En mobilisant le concept de la construction d'un futur contre-hégémonique développé par Joseph Weiss dans son ethnographie sur la communauté autochtone de l'île d'Haïda Gwaii, il en ressort que ces représentations au sujet de l'avenir des usager.ère.s se situent à l'intérieur du cadre normatif hégémonique. Cette recherche montre qu'elles sont influencées par les piètres conditions de travail des intervenant.e.s, par l'étroitesse de ce que constitue la voie dominante de l'intégration à la communauté, par la dichotomie entre la normalisation et l'exclusion ainsi que par les représentations des intervenant.e.s en termes de sécurité au sujet des voies alternatives à celle dominante ce qui limitent leur accès par les usager.ère.s. Ce faisant, seule une partie des utilisateur.ice.s des ressources intermédiaires pourraient se bâtir un avenir contre-hégémonique et satisfaisant, c'est-à-dire à l'extérieur des murs institutionnels et en subissant peu de contraintes.

Abstract

In Quebec, it was not until the first wave of deinstitutionalization that people with psychiatric disorders were able to imagine a future outside institutional walls. However, this future remains conditional, since it must be considered within a normative and limiting framework. Through virtual field research on the Facebook page "Organisation structurelle coconstruite de lo praticienxe réflexixe" and interviews with case workers who have worked in intermediate resources from Montreal, I observe, in this thesis, how they envision the future of the users of these resources. By mobilizing the concept of the construction of a counter-hegemonic future developed by Joseph Weiss in his ethnography on the indigenous community of the island of Haida Gwaii, it emerges that these representations about the future of the users are within the normative framework. This research shows that these representations are influenced by the poor working conditions of the case workers, by the narrowness of what constitutes the dominant path of integration into the community, by the dichotomy between normalization and exclusion and by the workers's representations of safety about alternative routes to the dominant one, which limits their access by users. In doing so, only a part of the users of intermediate resources could build a counter-hegemonic and satisfying future, outside institutional walls and with few constraints.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de thèse, Karine Vanthuyne, pour sa patience et sa pédagogie. Ses commentaires et ses corrections ont contribué à mon dépassement personnel et ont poussé ma réflexion, me permettant d'être en mesure d'articuler mes idées et de développer ce travail. Sous sa direction, j'ai acquis de nombreuses connaissances et compétences dont je lui suis reconnaissante.

Je désire également remercier les membres du comité d'évaluation de cette thèse, Julie Laplante et Ari Gandsman, pour leur intérêt à l'égard de ce projet de recherche et pour leurs commentaires et suggestions pertinents qui m'ont offert des perspectives différentes, menant à l'approfondissement de cette thèse.

Je n'aurais pu faire cette recherche sans l'apport des participant.e.s à cette thèse. Je suis reconnaissante du temps qu'ils et elles ont accepté de m'accorder et de leur intérêt à l'égard de cette recherche. Je les remercie d'avoir accepté de partager leurs connaissances, leurs différentes perspectives et leurs expériences de travail et personnelles.

Finalement, je tiens à remercier des personnes de mon entourage qui ont été présentes tout au long de ma maîtrise. Mon conjoint, Erwan, pour ses nombreux encouragements, son soutien inestimable, sa patience et son aide, ainsi que mes parents, pour leurs encouragements et d'avoir toujours cru en moi et en mes décisions.

Table des matières

Prologue	vi
Introduction.....	1
<i>Brève histoire de la santé mentale au Québec.....</i>	<i>1</i>
<i>Intérêt envers le futur des usager.ère.s.....</i>	<i>4</i>
<i>Un futur contre-hégémonique</i>	<i>6</i>
<i>Méthodologie.....</i>	<i>8</i>
<i>Entrevues</i>	<i>8</i>
<i>La recherche de terrain.....</i>	<i>10</i>
<i>Plan de la thèse.....</i>	<i>11</i>
Chapitre 1 : Le contexte de l'intervention et les représentations	14
1.1 <i>Les ressources intermédiaires</i>	<i>14</i>
1.1.1 <i>L'intervention comme vocation : les défis de reconnaissance du travail du care</i>	<i>19</i>
1.1.2 <i>Les répercussions de la dévalorisation du travail du care</i>	<i>22</i>
1.2 <i>L'ambivalence par rapport à la figure d'autorité.....</i>	<i>28</i>
1.2.1 <i>La coercition en intervention</i>	<i>31</i>
1.2.2 <i>L'intervention sociale carcérale</i>	<i>33</i>
1.3 <i>Conclusion</i>	<i>38</i>
Chapitre 2 : Construire le futur	39
2.1 <i>Le rétablissement.....</i>	<i>39</i>
2.1.1 <i>La voie dominante et la stigmatisation</i>	<i>43</i>
2.1.2 <i>La question du choix</i>	<i>51</i>
2.1.3 <i>L'intégration et l'importance du « potentiel ».....</i>	<i>55</i>
2.2 <i>Des ressources et des outils limités.....</i>	<i>62</i>
2.2.1 <i>La place des inégalités structurelles dans la construction du futur</i>	<i>67</i>
2.3 <i>Conclusion</i>	<i>73</i>
Chapitre 3 : Dans les limites du sain et sécuritaire : la place des chemins alternatifs	75
3.1 <i>Le paternalisme et la gestion du risque en intervention</i>	<i>76</i>
3.1.1 <i>L'irrationalité et l'incapacité.....</i>	<i>81</i>
3.1.2 <i>L'autonomie</i>	<i>86</i>
3.2 <i>Le bon patient et le mauvais patient.....</i>	<i>90</i>
3.2.1 <i>La parentalité : un projet inquiétant</i>	<i>96</i>
3.3 <i>L'itinérance comme voie alternative.....</i>	<i>103</i>
3.4 <i>Conclusion</i>	<i>112</i>
Conclusion	114
Références	125

Prologue

La ressource d'hébergement est une grande maison située dans un quartier résidentiel de classe moyenne de la région de Montréal. Sur le terrain avant, un aménagement paysager est légèrement entretenu durant l'été afin de garder les mauvaises herbes et le gazon sous contrôle. Devant la porte de garage, le stationnement double s'étend jusqu'au trottoir et est toujours occupé par au moins un véhicule. Peu d'indices mènent à penser que cette maison est une ressource d'hébergement en santé mentale tant elle est bien enracinée dans le paysage de la ville. Seules les nombreuses allées et venues de plusieurs individus différents et la présence occasionnelle de la police et de l'ambulance trahissent cet aspect banal.

L'intérieur est composé de chambres qui ont été ajoutées au cours des dernières années. Il n'y a que deux espaces communs aménagés pour accueillir plusieurs personnes à la fois, à l'exception des salles réservées aux intervenant.e.s. Quelques longs couloirs sont traversés à de nombreuses reprises durant la journée, souvent à répétition en raison du flânage occasionnel de certain.e.s résident.e.s de l'endroit.

C'est un vendredi soir, peu de lumières sont allumées en raison de l'heure tardive. J'entends des pas dans le couloir en face du bureau des intervenant.e.s. Ils s'arrêtent un peu avant l'entrée et reprennent après une brève pause. Je reconnais les pas et la respiration qui les accompagne. La personne pénètre dans le bureau et s'installe dans le fauteuil, sans dire un mot. Certains tics sont apparents sur son visage et son corps, trahissant son anxiété.

« Quelque chose te stresse ? » Je lui demande.

Thomas prend une pause avant de répondre.

« Je sais pas. »

Thomas habite cette maison d'hébergement depuis longtemps, il y était déjà lors de mon embauche. À ce moment, j'y travaille depuis un peu plus d'un an. J'ai observé ses hauts et ses bas durant ce temps et présentement, il est plus symptomatique qu'à l'habitude. Je ne suis pas surprise, car il a commencé un nouvel emploi à temps plein cette semaine après plusieurs années sans avoir travaillé.

« Comment se passe ta nouvelle job ?

- Bien... Mais c'est difficile. »

Je continue de discuter avec lui, ses réponses sont courtes et il exprime son anxiété face à sa nouvelle occupation. Je tente de le rassurer et lui rappelle que c'est bien qu'il essaie quelque chose de nouveau. Thomas se calme légèrement, mais continue de faire des mouvements répétitifs. Finalement, il se lève pour aller manger un fruit et aller se coucher. Il est tard et tou.te.s les autres résident.e.s sont dans leur chambre.

Une ou deux semaines suivant cet événement, j'apprends que Thomas a démissionné. Lorsque je discute avec mes collègues, ceux et celles-ci m'informent qu'il était devenu très symptomatique suivant son embauche. Le stress est un des nombreux facteurs menant à la résurgence des symptômes des problèmes de santé mentale et il n'est donc pas étonnant que Thomas en manifeste. Certain.e.s collègues réagissent en expliquant que plusieurs usager.ère.s ne pourront jamais travailler en raison de leur maladie et de ses manifestations, alors que d'autres déplorent le manque de flexibilité du programme de la solidarité sociale qui permet difficilement

de concilier l'emploi à temps partiel et le revenu gouvernemental. Les bénéficiaires sont souvent pris entre le choix de travailler à temps plein ou pas du tout, puisque le revenu à temps partiel n'est pas suffisant pour payer les factures. Ainsi, alors que certain.e.s intervenant.e.s croient que Thomas aurait été capable de maintenir un emploi à temps partiel, d'autres croient qu'il devrait mettre son énergie ailleurs.

Thomas se porte mieux depuis qu'il n'est plus employé, mais ses symptômes sont apparents durant quelques semaines suivant sa démission. Ses sentiments sont contradictoires : d'un côté, il aimait avoir un emploi et se sentir plus autonome, de l'autre, il est soulagé de ne plus sentir le poids de son anxiété. Lors de son départ de la maison d'hébergement, plusieurs mois après cet événement, Thomas n'a pas cherché à avoir un nouvel emploi.

Introduction

Brève histoire de la santé mentale au Québec

En Nouvelle-France, du seizième au dix-huitième siècle environ, la faible densité démographique et le climat incitaient à la solidarité avec les personnes aux prises avec un problème de santé mentale et, ce faisant, permettait à ces personnes de demeurer au sein de leur communauté et de leur famille (Dorvil, 1987; Fleury et Grenier, 2004). Lorsque celles-ci représentaient un danger, elles étaient conduites à l'Hôpital général de Québec ou de Montréal, dans lesquels de petites loges individuelles avaient été aménagées afin de les accueillir, dès le dix-septième siècle (Cellard et Nadon, 1986; Fleury et Grenier, 2004; Meloche, 1981).

C'est durant la moitié du dix-septième siècle que des premières mesures furent mises en place à travers l'Occident afin de procéder à ce que Foucault appelle le « Grand renfermement » (Cellard, 1988; Cellard et Nadon, 1986; Foucault, 1976). À cette période, bien avant la création des asiles, les monarchies et la bourgeoisie montante se sont alliées afin de procéder à l'enfermement des pauvres, des chômeurs, des insensés et des criminels (Cellard et Nadon, 1986; Foucault, 1976). Il est important de préciser que ces institutions n'avaient aucune vocation médicale (Foucault, 1976), mais un objectif politique de centralisation, notamment en nationalisant l'assistance (Cellard, 1988; Foucault, 1976) et en assurant ainsi la sécurité de la population par la même occasion (Dorvil, 1987; Meloche, 1981). Le Grand Renfermement de 1657 crée un précédent historique puisque pour la première fois, ceux qui étaient qualifiés de « fous » se voyaient interdire une place dans la communauté et la possibilité d'avoir une vie normale (Dorvil, 1987).

Le dix-neuvième siècle marque la création des asiles, bien que ces derniers soient arrivés plus tard, au Québec, en 1839 (Cellard et Nadon, 1986), ainsi que l'arrivée de la médecine scientifique et de la philanthropie (Fleury et Grenier, 2004). La mise en place de l'asile ne suit pas les progrès scientifiques ou une certaine linéarité rationnelle et n'est pas aléatoire ou un acte de charité anodin de la part des philanthropes (Cellard et Nadon, 1986). Elle est liée la préoccupation des classes nanties d'exercer un contrôle accru sur les classes ouvrières suite à l'accroissement de la pauvreté urbaine engendrée par l'industrialisation (Cellard et Nadon, 1986). Le réseau d'asiles au Québec s'est développé rapidement et les capacités d'accueil des usager.ère.s aussi (Fleury et Grenier, 2004; MSSS, 1999). Au début du vingtième siècle, ces institutions étaient surpeuplées (Cellard et Nadon, 1986; Dorvil, 1987; Fleury et Grenier, 2004; MSSS, 1999). L'inexistence de réels soins efficaces était l'une des causes principales de cette situation (Cellard et Nadon, 1986).

Ce n'est qu'à la suite de la Seconde Guerre mondiale et à la publication de nombreuses études américaines, que le modèle asilaire commence à être mis en doute (MSSS, 1999). À ce moment, plusieurs psychiatres mettent de l'avant une nouvelle conception des problèmes de santé mentale comme des maladies guérissables (MSSS, 1999) et la révolution psychopharmacologique débute (Fleury et Grenier, 2004; MSSS, 1999).

Par la suite, deux évènements majeurs ont mené à l'aboutissement de la première vague de désinstitutionnalisation québécoise : la parution en 1961 du livre de Jean-Charles Pagé, ancien patient de Saint-Jean-de-Dieu, « Les fous crient au secours » (Fleury et Grenier, 2004; MSSS, 1999; Wallot, 1988) et la Commission Bédard, soit une commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques qui publia son rapport final en 1962 (Fleury et Grenier, 2004; Lesage, 2015a; MSSS, 1999; Wallot, 1988). Ce rapport fit état d'un système psychiatrique défaillant et émit plusieurs recommandations. À la suite de la Commission Bédard et de l'application de certaines de ces

recommandations, la première vague de désinstitutionnalisation débute jusqu'en 1970, mais l'asile continue d'occuper une place importante dans le système psychiatrique au Québec (MSSS, 1999).

La deuxième vague de désinstitutionnalisation a débuté en 1970 et s'est terminée en 1988. Elle fait suite à la commission Castonguay-Nepveu amorcée en 1966 et finalisée en 1971 (Fleury et Grenier, 2004; MSSS, 1999). Ses objectifs étaient de diminuer les coûts et, pour ce faire, les technocrates reprirent les slogans de la psychiatrie communautaire des années 1960, en déclarant que la maladie mentale était une maladie comme les autres et n'avait pas à être traitée de façon particulière (Fleury et Grenier, 2004; MSSS, 1999). Du même coup, un changement de vocabulaire se faisait entendre : la santé prime au détriment de la maladie et est un droit qui relève de l'État (MSSS, 1999).

Bien que, durant cette deuxième vague, il y eut un effort afin de développer des services adaptés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale, ces efforts n'étaient pas suffisants pour permettre une intégration sociale en milieu de vie (Fleury et Grenier, 2004; MSSS, 1999). Ce faisant, comme ailleurs en Amérique du Nord, ce manque de services a accompagné la médicalisation des soins apportés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale par les institutions (MSSS, 1999).

À la fin des années 1990 et au tournant des années 2000, avec l'objectif de rompre avec l'hospitalo-centrisme des services offerts auparavant, plusieurs nouveaux services diversifiés ont fait leur apparition dans la communauté (Fleury et Grenier, 2004). Il y a également eu un effort de coordonner les services offerts afin d'être en mesure d'offrir une gamme de services diversifiés répondant aux besoins des usager.ère.s (Fleury et Grenier, 2004).

Aujourd'hui, les problèmes en lien avec les enjeux de la désinstitutionnalisation subsistent et en ont créé d'autres. Par exemple, le syndrome de la porte tournante, c'est-à-dire les entrées et sorties de l'hôpital à répétition pour les mêmes problèmes (Castro et al., 2007). Ces personnes font

également face à une fragmentation des services dans le milieu de la santé, à de la stigmatisation et à de nombreux obstacles quant à l'obtention de soins pour elles et leur famille (Lesage, 2015b).

Intérêt envers le futur des usager.ère.s

En 2016, je suis devenue intervenante psychosociale dans une ressource d'hébergement spécialisée dans les traitements en santé mentale et ce, pour une durée approximative de quatre ans. Cet établissement recevait des individus qui avaient des problèmes de santé mentale chroniques et sévères pendant plus ou moins deux ans, selon les besoins, avec l'intention de les intégrer à la communauté. Plusieurs des usager.ère.s provenaient de l'hôpital à la suite d'un évènement tel qu'une crise psychotique ou le réajustement de leur médication alors que d'autres provenaient d'autres types d'hébergement, comme les centres jeunesse. Mes tâches consistaient à les accompagner dans l'établissement d'une routine de vie et de son maintien, d'assurer la prise de leur médication, de faire un suivi des symptômes ainsi que de superviser le bon déroulement de la ressource.

Pendant les quelques années où j'y ai travaillé, je n'ai pu faire autrement que de remarquer certaines tendances quant aux départs de certains usager.ère.s. La ressource encourageait les utilisateur.rice.s à être actif.ve.s à travers de nombreuses activités et à maintenir ce rythme après leur départ, mais les objectifs de l'intégration sociale étaient souvent synonymes de retour sur le marché de l'emploi au mieux, sinon d'un poste comme bénévole, de trouver un appartement et de s'assurer de la stabilité de ses symptômes à l'aide de la médication. Pour certain.e.s usager.ère.s, il existait la possibilité d'être transféré.e.s dans une ressource d'hébergement à long terme lorsque le quotidien en appartement seul ou supervisé n'était pas envisageable. Après un retour en communauté, il pouvait arriver que certaines personnes recommencent le cycle hôpital-ressource.

En effet, il n'était pas rare de voir des individus qui avaient quitté l'endroit quelques années auparavant revenir avec des problèmes similaires à ceux avant leur départ.

Ces tendances concernant le départ des usager.ère.s d'une ressource d'hébergement sont illustrées dans l'anecdote racontée dans le prologue. Cette expérience a joué un rôle charnière dans la précipitation de mes réflexions au sujet des projets d'avenir des usager.ère.s. Si, au départ, je tenais le même discours que certain.e.s collègues, c'est-à-dire que plusieurs utilisateur.rice.s de ressources en santé mentale ne pourront jamais travailler en raison de symptômes prévalents, or, au fur et à mesure de l'exercice de mon emploi, plusieurs autres expériences semblables à celle que j'ai décrite se sont répétées, soulevant ainsi plusieurs questions. Ces dernières portaient en premier sur l'emploi. Est-ce nécessaire pour l'épanouissement de ces personnes d'entrer sur le marché du travail ? Dans l'exemple que j'ai donné, l'emploi était plutôt une source de stress et d'augmentation des symptômes, alors que précédant son embauche, Thomas était relativement stable. Certes, il est impossible d'éviter tous les facteurs de stress dans une vie, mais posé ainsi, le problème se situe au niveau de l'individu et la solution devrait l'être aussi (apprendre à gérer son anxiété). Cependant, la répétition de ce genre de situation m'a indiqué que le problème semble plus large. À partir de ces réflexions, j'ai commencé à me questionner sur les possibilités d'avenir offertes aux usager.ère.s de ressources en santé mentale et leur réalisme. Je me demandais sincèrement si les objectifs qui les sous-tendaient devaient être les mêmes pour tou.te.s et si, après tout, ils ne constituaient pas plutôt un moule beaucoup trop contraignant pour nombre d'individus.

Aujourd'hui, avec les nombreux progrès en termes de désinstitutionnalisation et d'accès à la communauté, beaucoup d'usager.ère.s ont la possibilité de faire des choix quant à la construction de leur futur, mais il est pertinent de se demander si ces choix sont orientés vers le cadre normatif imposé par le type de ressource pour laquelle je travaillais et plus largement la société. Existe-t-il

la possibilité d'explorer différentes avenues pour ces personnes ? Jusqu'à quel point leur futur leur appartient-il ?

Pour ma thèse, en considérant la situation pandémique actuelle, j'ai décidé n'interviewer que les intervenant.e.s qui travaillent auprès de cette clientèle afin de comprendre leur perception quant à l'avenir de cette dernière. Ma question de recherche est donc la suivante : comment les intervenant.e.s envisagent-ils le futur des usager.ère.s des ressources intermédiaires en santé mentale à Montréal ? L'objectif de cette recherche est de déterminer comment les employé.e.s se représentent l'avenir des personnes auprès desquels ils et elles travaillent, et la manière dont ces représentations correspondent, ou non, au cadre normatif dominant.

Un futur contre-hégémonique

Mon intérêt pour les constructions du futur des usager.ère.s de ressources en santé mentale au Québec repose sur ma lecture du livre *Shaping the future on Haida Gwaii : life beyond settler colonialism*, de Joseph Weiss. Dans cet ouvrage, l'auteur démontre comment une relation de pouvoir peut exister entre temporalité (ici, le futur) et populations gouvernées (ici, les Autochtones). Le futur tracé pour les Haida par l'État colonial canadien vise leur disparition et leur assimilation. Un ensemble de processus coercitifs allant des pensionnats autochtones à l'imposition du « *missionary time-discipline* » (Weiss, 2018, p. 48) a déjà eu comme effet de contraindre les Autochtones à s'insérer dans l'économie de marché dominante au lieu de continuer de pratiquer leurs modes de vie traditionnels pour subsister. Aujourd'hui encore, des processus de domination agissent sur l'imaginaire des sujets colonisés, les destinant à un avenir spécifique. Or, Weiss démontre comment les Autochtones de l'île Haïda Gwaii façonnent de nombreux futurs différents de ceux de leur disparition ou assimilation tel que désirés par l'État colonial canadien, et ce, que

ce soit à partir de leur notion du *care*, de leur rapport aux différentes temporalités (passé, présent et futur) ou l'écologie de leur île. Bien qu'ils ne puissent pas complètement s'affranchir du pouvoir colonial et des représentations de leur avenir qui lui sont associées, l'ouverture d'un éventail de possibilités pour leur futur reste émancipatrice.

L'auteur explique : « *We should not (...) assume that colonial or liberal attempts at monopolizing the field of possible futures are always necessarily successful, even if they unfold hegemonically* » (Weiss, 2018, p. 18). L'hégémonie tend à imposer une conception dominante du monde et à l'homogénéiser au point où elle est considérée comme naturelle (Comaroff et Comaroff, 1991). Celle-ci se crée à travers une mainmise sur les moyens de production symboliques comme l'éducation, les normes de socialisation et les procédures légales. Ce contrôle doit, par la suite, être maintenu à travers le temps au point où l'hégémonie est rendue invisible (Comaroff et Comaroff, 1991). Toutefois, cette hégémonie n'est jamais totale ni statique, puisqu'il s'agit d'un processus constamment en élaboration et qui peut donc être défait (Comaroff et Comaroff, 1991). C'est bien ce dernier point auquel fait référence Weiss (2018) lorsqu'il explique qu'il ne faut pas tenir pour acquise la réussite de la monopolisation des possibilités des futurs de la part de l'État : aucune hégémonie n'est totale puisque les Autochtones ne s'attendent pas à être effacés. Il faut prendre en considération les champs d'action des actrices à l'intérieur du paysage colonial. C'est en cela que le futur peut être contre-hégémonique : l'avenir que construit la communauté de l'île Haïda Gwaii, sans défaire la domination coloniale, « *unsettle* » (Weiss, 2018, p. 184). Alors qu'il y a à peine quelques décennies, les personnes ayant des problèmes de santé mentale étaient destinées à un avenir à l'écart de la société, à l'intérieur des murs des institutions et étaient fondamentalement définies par l'altérité, aujourd'hui, elles peuvent imaginer un autre type de futur, et ce, grâce aux luttes contre la stigmatisation (Poirel et al., 2016). Toutefois, ce futur demeure conditionnel, puisqu'il semble devoir être construit à l'intérieur d'un cadre normatif et limitant. De ce fait, les

possibilités restreintes d’avenir qui sont offertes à ces personnes risquent de contribuer une fois de plus à l’exclusion de celles qui n’y adhèrent pas (Poirel et al., 2016). Ainsi, pour les personnes ayant un problème de santé mentale, avoir la possibilité d’imaginer un avenir en dehors des institutions médicales, mais aussi, comme elles l’entendent, en dehors ou non du cadre normatif, est une question politique. Bien qu’il s’agisse de populations complètement différentes (nation autochtone vivant sur une réserve et personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale vivant en ressource d’hébergement à Montréal), plusieurs parallèles peuvent être faits, notamment en ce qui a trait à un futur imposé prédéterminé duquel chacun.e peut ou non, à sa façon, s’affranchir. Or, c’est cette conception de la construction du futur comme ayant le pouvoir d’être opprimante ou contre-hégémonique qui m’a guidée dans l’écriture de cette thèse.

Méthodologie

Comme précisé précédemment, dans le contexte pandémique actuel, plusieurs contraintes se sont posées lors de l’élaboration de ma méthodologie. C’est pourquoi j’ai privilégié un terrain virtuel et des entrevues à distance afin de diminuer les risques en lien avec la contamination.

Entrevues

Il aurait été préférable d’obtenir des entrevues avec des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. En effet, ce sont des personnes en position de marginalité dont les voix sont peu entendues. De plus, de par leur position d’autorité, les intervenant.e.s exercent un pouvoir et une influence non négligeable sur les usager.ère.s et leur futur. Toutefois, je crois que cette situation est également intéressante en raison de cette position, puisqu’ils et elles seront en

grande partie responsables de certaines décisions que prendront les utilisateur.trice.s de ressources en santé mentale. Le choix de questionner les intervenant.e.s repose d'abord sur la technologie utilisée pour les entrevues. J'ai conduit quatre entrevues par le biais de plateformes de visioconférence et plusieurs problèmes éthiques apparaissaient, lors de l'élaboration de ma méthodologie, si la population étudiée avait été les usager.ère.s : difficulté potentielle de l'accès à un Internet rapide et confidentiel et la compréhension difficile des informations et conditions de la recherche transmises à distance. Ainsi, il m'aurait été difficile d'obtenir un réel consentement des usager.ère.s ainsi qu'une entrevue de qualité si ces problèmes se concrétisaient. J'ai effectué quatre entrevues entre les mois de septembre et de novembre 2021 qui ont duré entre deux heures et demi et trois heures et demi par le biais de plateformes de visioconférence. Elles ont été menées auprès d'intervenant.e.s qui ont travaillé dans des ressources intermédiaires (RI), comme celle dans laquelle j'ai moi-même travaillé, dans la région de Montréal. Dans le premier chapitre, j'explique ce qu'est une telle ressource plus en détail. Les interviewé.e.s comprennent deux femmes et deux hommes dont le cheminement scolaire et professionnel divergeait beaucoup. Afin de protéger leur identité, les prénoms ont été changés et les lieux de travail ne sont pas divulgués. Les personnes que j'ai interviewées sont Jeanne (24 ans), Chloé (30 ans), William (30 ans) et Francis (35 ans). J'ai rencontré certain.e.s participant.e.s lorsque j'étais à l'emploi en ressource d'hébergement, alors que d'autres m'ont été présenté.e.s par des connaissances qui exercent dans le domaine du travail social. Au moment des entrevues, plus aucun.e n'était employé.e dans une ressource d'hébergement, mais tou.te.s avaient encore un emploi dans le milieu de l'intervention. Toutes ces personnes ont plusieurs expériences de différents domaines, santé mentale et carcérale, par exemple, ce qui leur permet d'avoir du recul sur leur ancien emploi et des éléments de comparaison.

Lors des entrevues, j'ai expliqué à chaque intervenant.e.s mon parcours dans ce milieu et la raison pour laquelle j'en suis venue à effectuer cette recherche. Ce faisant, une complicité s'est

rapidement établie entre ces personnes et moi, puisque nous avons des expériences similaires. Ce Cela m'a permis d'explorer plusieurs sujets auprès d'elles avec aisance, ce qui n'aurait peut-être pas été le cas en une seule rencontre sans ce vécu partagé.

Cette expérience de travail a également fait en sorte que je ne suis pas entrée sur le terrain en étant neutre. En effet, j'y ai pénétré avec un filtre constitué de mes observations et de mes réflexions en tant qu'ancienne employée de ressources en santé mentale. Mes questions d'entretien ainsi que mes analyses sont passées par ce filtre ce qui résulte en un positionnement particulièrement critique de ma part face au milieu de l'intervention en santé mentale. Ce positionnement, toutefois, n'a pas entaché le déroulement des entrevues qui se sont déroulées dans une ambiance cordiale et décontractée. Chacun.e.s, moi y compris, étaient installé.e.s dans le confort de sa maison, parfois même, une tasse de thé à la main.

La recherche de terrain

Dans une visée de cohérence, j'ai décidé de faire un terrain virtuel à partir du réseau social *Facebook*. Plusieurs de ses pages contiennent des pages de *memes* qui abordent l'actualité par l'humour et par la satire. J'ai décidé de me concentrer sur la page « Organisation structurelle coconstruite de lo praticienxe réflexixe ». Celle-ci aborde l'actualité en lien avec le système de santé et des services sociaux du Québec, les difficultés auxquelles les employé.e.s de ce secteur font face ainsi que leurs habitudes de travail. Les intervenant.e.s y sont tout autant représenté.e.s que les infirmier.ère.s. La page a été créée en 2019 par un.e ancien.ne employé.e du milieu de la santé et des services sociaux. L'objectif de départ était de discuter de ce milieu et des mauvaises expériences qui y sont vécues avec humour. Le nombre d'abonné.e.s a rapidement augmenté, plusieurs ayant vécu des événements similaires à ceux rapportés par l'administrateur.rice. Depuis,

l'équipe de modération de la page a grandi et les sujets abordés sont devenus des enjeux de justice sociale en lien avec le système de santé et des services sociaux du Québec. La page Facebook a contribué à des actions concrètes en participant et en créant des collectes de fonds pour des organismes et en dénonçant certaines pratiques en place dans les établissements de santé, par exemple, l'approche condescendante de gestionnaires envers leurs employé.e.s lors de la transmission d'informations. J'y ai suivi les publications sur une base quotidienne durant trois mois, de septembre à novembre 2021, ainsi que les discussions apparaissant dans les commentaires et ce, dans l'objectif de voir les conditions de travail des intervenant.e.s.

Plusieurs limites sont présentes en raison du format de recherche que j'ai choisi : étant donné la pandémie, je n'ai pas eu accès aux ressources d'hébergement et n'ai donc pas pu observer les méthodes de travail des intervenant.es, le contexte dans lequel se font les discussions entre les employé.e.s et les utilisateur.ric.es, comment elles sont amenées, ni aux interactions avec les autres acteur.rice.s impliqué.e.s. L'un des désavantages d'un terrain virtuel est l'anonymat et la difficulté d'évaluer qui, d'après les personnes qui commentent sous les publications, sont intervenant.e.s. Le fait de ne pas avoir eu la chance d'impliquer les usager.ère.s privilégie par ailleurs une fois de plus la voix des personnes en situation de domination plutôt que celles des subordonné.e.s, ce qui participe à leur marginalisation. Afin de combler cette lacune, je me rapporterai à la littérature scientifique pertinente.

Plan de la thèse

Cette thèse est divisée en trois chapitres. Le premier chapitre trace le contexte de l'intervention en santé mentale et les représentations qui s'y rattachent, les conditions d'emploi des intervenant.e.s et la perception de leur rôle entraînant des répercussions sur la façon dont ils et elles

envisagent le futur des usager.ère.s des ressources en santé mentale. Ce chapitre est divisé en deux parties. La première est dédiée aux difficultés que vivent les intervenant.e.s lorsqu'ils et elles sont confronté.e.s à la dévalorisation de leur emploi ainsi qu'aux conséquences de ce climat sur les employé.e.s et les utilisateur.rice.s. La seconde partie a comme sujet l'ambivalence qui entoure le rôle de l'intervenant.e comme figure d'autorité.

Le deuxième chapitre examine comment les intervenant.e.s envisagent le futur des utilisateur.rice.s. Après avoir présenté le modèle du « rétablissement », soit le modèle d'intervention prôné au Québec, j'explique de quelle manière les employé.e.s des ressources d'hébergement que j'ai interrogé.e.s privilégient la voie dominante de l'intégration pour l'avenir des usager.ère.s. Cette situation s'inscrit dans un contexte plus large, celui du néolibéralisme, qui pousse les utilisateur.rice.s à effectuer des choix sans que les inégalités structurelles ne soient prises en considération. De ce fait, de par leur désir même et l'encouragement des intervenant.e.s de suivre le chemin de l'intégration, ils et elles en viennent à s'attacher aux normes de la « bonne vie », un phénomène qui peut être qualifié d'« optimisme cruel ». J'en conclus que les ressources et les outils auxquels ont accès les employé.e.s dans la pratique de leur emploi ainsi que le contexte de l'intervention qui n'incite pas à prendre en compte les inégalités structurelles qui affectent les usager.ère.s ne permettent pas ou peu de remettre en question la voie dominante de l'intégration.

Finalement, le dernier chapitre explore les représentations de la sécurité des intervenant.e.s et les répercussions de celles-ci sur leurs perspectives au sujet des voies alternatives à celle dominante. La sécurité semble être un enjeu prédominant dans le travail des intervenant.e.s, ce qui est parfois justifié. Or, lorsqu'il est question des chemins alternatifs, elle semble non pas se rapporter aux violences que les usager.ère.s pourraient commettre envers eux-mêmes ou envers les autres, mais plutôt aux capacités de ces dernier.ère.s à prendre des décisions rationnelles. Ainsi, j'explore de quelle façon cette notion de sécurité renforce une attitude paternaliste envers les

usager.ère.s et limite leur autonomie, ce qui a des répercussions sur leur décision notamment de suivre une voie alternative. Finalement, la place que les chemins alternatifs occupe dans l'imaginaire des intervenant.e.s semble expliquer, en partie, cette réticence à encourager les utilisateur.rice.s vers cette voie et, au contraire, renforcer une dichotomie entre la normalisation et l'exclusion. Il s'agit d'une situation que j'explore en analysant la proposition alternative qu'ont apportée plusieurs intervenant.e.s, soit l'itinérance.

Chapitre 1 : Le contexte de l'intervention et les représentations

En analysant les entretiens que j'ai menés auprès d'intervenant.e.s, j'ai constaté que les possibilités d'avenir qu'ils ou elles offrent aux usager.ère.s semblent être influencées par leur expérience comme intervenant.e, la perception de leur rôle et l'évaluation de leur condition d'emploi. C'est pourquoi ce premier chapitre a pour objectif de dépeindre le contexte dans lequel se fait l'intervention en ressource intermédiaire d'hébergement en santé mentale d'après les représentations et les expériences partagées par les personnes avec qui je me suis entretenue. Pour ce faire, je vais commencer par brosser un portrait général des ressources intermédiaires d'hébergement ainsi qu'adresser certaines critiques faites à leur égard afin de comprendre certains enjeux. Par la suite, je vais me concentrer sur le contexte de l'intervention, plus spécifiquement sur les défis de reconnaissance du travail du *care* et sur le rapport ambivalent des intervenant.es avec leur position d'autorité. Finalement, je vais présenter l'intervention coercitive et ses enjeux dans le domaine de la santé mentale et comment elle participe à la logique carcérale.

1.1 Les ressources intermédiaires

Les ressources d'hébergement sont un milieu complémentaire d'une communauté ou d'une institution et elles travaillent en collaboration avec les établissements publics qui administrent le suivi professionnel des utilisateur.rice.s (CISSS, CIUSSS¹, par exemple) afin d'offrir à ces dernier.ère.s des services de santé et de services sociaux (MSSS, 2014). Ce type d'hébergement permet de rompre avec le modèle asilaire puisqu'il maintient les usager.ère.s dans leur communauté

¹ Les Centres Intégrés de Santé et de Services Sociaux (CISSS) et les Centres Intégrés Universitaires de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) assurent les suivis des services médicaux physiques et psychosociaux au Québec.

tout en leur permettant de recevoir les soins nécessaires (Poirel et al., 2012). Leur objectif est de répondre aux besoins particuliers des individus ainsi que d'encourager la participation de ces dernier.ère.s à la vie sociale et communautaire afin d'assurer un rétablissement à l'intérieur du milieu de vie (MSSS, 2014). Il est important de préciser que les ressources doivent avoir conclu une entente avec un établissement et être en mesure de fournir des soins de qualité à leurs usager.ère.s (MSSS, 2014). Il existe deux types de ressources d'hébergement au Québec : familiale et intermédiaire (RI). Une RI fait référence à un milieu adapté aux besoins particuliers des utilisateur.rice.s et leur procure dès lors des services adaptés. Au Québec, il existe cinq types de RI : les résidences de groupe, les maisons de chambre, les appartements supervisés, les maisons d'accueil et les autres types d'organisations résidentielles (MSSS, 2014). Toutes les personnes interviewées ont travaillé dans des résidences de groupe.

Sans n'avoir jamais visité ces résidences de groupe, il est particulièrement difficile de visualiser ce qu'est une ressource d'hébergement intermédiaire. Bien évidemment, chaque endroit est différent, mais les intervenant.e.s avec lequel.le.s je me suis entretenue ont tou.te.s travaillé dans des foyers contenant un groupe d'une dizaine de personnes. Concrètement, c'est un hébergement dans lequel vivent des personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et chroniques et étant en transition entre l'hôpital ou autre ressource et une autre instance d'habitation, comme un logement. Plusieurs services de base y sont offerts tels que les repas. De plus, il y a une présence constante d'intervenant.e.s sur place. Ce sont des lieux privés et les coûts des services sont payés à la fois par les usager.ère.s, sous forme de loyer, et par l'établissement public avec qui la ressource a conclu une entente. C'est un système qui fonctionne par rétribution, c'est-à-dire que les utilisateur.rice.s paient des frais d'hébergement à l'établissement public et ce dernier couvre les sommes qui correspondent aux services fournis par la ressource intermédiaire (Gouvernement du Québec, 2020). Selon les intervenant.e.s interviewé.e.s, le loyer dépend des moyens monétaires des

utilisateur.rice.s. Celui-ci est calculé de manière à ce que ces dernier.ère.s conservent un montant de 200 dollars d'argent de poche après le paiement de leur loyer.

La hiérarchie à l'intérieur des types d'hébergement peut diverger, mais selon l'expérience des personnes avec qui je me suis entretenue ainsi que la mienne, elle va comme suit. Au sommet, il y a le ou la propriétaire ou le groupe de personnes propriétaires de l'hébergement. Par la suite, il y a un.e coordonnateur.rice qui assure la liaison entre les différents services. Ensuite, il y a quelques catégories d'intervenant.e.s : principaux, de soir, de fin de semaine et de nuit. Les intervenant.e.s principaux ont un pouvoir décisionnel plus important que les autres intervenant.e.s de la ressource et prennent en charge les dossiers des usager.ère.s. Les autres employé.e.s doivent s'assurer de maintenir les décisions qui ont été prises par eux et elles dans leur travail. Finalement, il arrive que certains lieux aient également des travailleur.euse.s pour le ménage et la cuisine. Par ailleurs, puisque les ressources intermédiaires collaborent avec le réseau public, la hiérarchie s'étend au-delà de l'hébergement. En effet, d'autres acteur.rice.s du réseau public ont un pouvoir décisionnel important se rapportant à un.e usager.ère, parfois plus que l'intervenant.e principal.e, et doivent se concerter. Par exemple, il peut y avoir l'équipe traitante, le ou la psychiatre et le ou la médecin de famille. D'autres acteur.rice.s peuvent être présent.e.s dépendamment des besoins de l'utilisateur.rice, comme un.e travailleur.euse sociale ou un.e ergothérapeute.

Pour les intervenant.e.s avec qui je me suis entretenue, ces lieux permettent réellement de travailler l'autonomie des usager.ère.s et leur intégration à la communauté à l'aide, entre autres, d'activités et de leur participation à d'autres ressources communautaires :

Gabrielle : Quel rôle joue les ressources d'hébergement dans l'intégration à la communauté des usagers ?

Francis : Beaucoup [rire]. Ben t'sais, en partant, juste le fait de créer un groupe pis faire des activités pis tout ça, c'est une forme d'intégration, là. Il y a une ressource, ce qu'elle faisait aussi, c'est que chaque année, elle faisait un ménage des ruelles du secteur pis on invitait tous les voisins, fait que t'sais, les voisins connaissaient les résidents. Ça, c'est cool au niveau d'intégration. T'sais, au moins, quand [un usager.ère le] croisait dans la rue, le voisin lui envoyait la main. On faisait un party hot dogs pis on invitait le monde pis il y avait des liens qui se créaient. Pis t'sais, en plus, [les usager.ères] se sentaient comme, importants, t'sais, ils nettoyaient la ruelle pis les enfants pouvaient jouer sans marcher sur les cochonneries (Francis, intervenant, Montréal, 7 novembre 2021).

Toutefois, bien que ce modèle apporte plusieurs bénéfices, ceux-ci demeurent inégaux d'une ressource à l'autre. En effet, à travers les échanges, un point de convergence revenait : l'inconsistance quant à la qualité des ressources d'hébergement :

Gabrielle : Selon toi, c'est quoi les points positifs de travailler auprès de cette clientèle ?

Francis : Ça va clairement travailler l'ouverture d'esprit [rire]. T'sais, je veux dire ça va faire tomber plein de préjugés là. T'sais, parce qu'il y a [des usager.ère.s] qui sont full le fun, là, pis que tu t'en rends pas compte qu'ils sont malades. [...] Je veux dire, c'est sûr qu'il y a des ressources qui, t'sais, amplifient les clichés, là. Tu rentrais pis ça sentait l'urine. Mais c'était pas la majorité. Pis t'sais, c'était pas les résidents non plus, là, c'était vraiment une ressource en particulier qui était problématique, je pense.

Gabrielle : Est-ce que tu crois qu'il y a une sorte de comme... [réfléchi] C'est pas égal, les sortes de services qu'on reçoit selon le type de ressource ?

Francis : Je pense que oui. J'imagine que ça a encore dû changer, mais quand j'étais [à la ressource d'hébergement], quand je suis rentré versus quand je suis parti, je sais qu'il

y avait un ménage dans les intervenants. Fait que, quand [la ressource a ouvert], t'sais, [les propriétaires] ont embauché un peu des gens qui voulaient, mais pas forcément des gens qui avaient étudié en intervention. Pis t'sais, tu voyais un clash entre les jeunes qui rentraient, t'sais, les jeunes intervenants, et la vieille garde qui, des fois, était un peu comme, c'était douteux, là. Des interventions [où] j'étais comme : « Mais qu'est-ce tu fais ? ». T'sais, juste leur compréhension de la maladie mentale aussi. Je me souviens d'un intervenant qui était pas capable d'expliquer c'était quoi la schizophrénie. J'étais comme : « Ça fait genre 15 ans que t'es avec des schizophrènes, je veux dire, tu devrais au moins un peu comprendre, t'sais, c'est quoi cette maladie là, ça va t'aider à comprendre aussi les réactions des gens pis comment ils se sentent là. » T'sais je veux dire, c'est pas juste du monde. T'sais, ils ont des particularités, veut-veut pas. (Francis, intervenant, Montréal, 7 novembre 2021).

Ce que rapporte Francis fait écho à ce que d'autres interlocuteur.rice.s m'ont rapporté, comme Jeanne :

Je pense qu'il y a des ressources qui sont beaucoup plus positives dans ce sens-là ; favoriser leur autonomie. Mais il y en a d'autres que ça fait pas de sens. T'sais, comme, pire qu'où est-ce que je travaillais. Pis j'entendais, t'sais, des résidents parler d'une ancienne ressource que c'était aussi pire, même pire. Je pense qu'il y a comme beaucoup de différences dans les ressources en santé mentale. Ça devrait peut-être être mieux contrôlé (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Ce que Jeanne explique est que l'endroit où elle travaillait ne favorisait pas une autonomie positive contrairement à d'autres ressources. Il est important de spécifier que la seconde partie de son commentaire se base sur des propos qu'elle a entendus, mais qu'elle n'a pas vécus personnellement. Comme je le présenterai dans la prochaine section, cette variation entre les ressources d'hébergement s'ajoute à d'autres défaillances qui semblent, en quelque sorte, caractériser l'intervention dans ce milieu.

1.1.1 L'intervention comme vocation : les défis de reconnaissance du travail du care

T'sais, toute ce qui est services sociaux et services de la santé, c'est vu comme étant une vocation la majorité du temps, pis c'est attribué à des valeurs féminines. Pis c'est sous-évalué à cause de ça. Fait qu'on se dit, les infirmières, elles font ce qu'elles font parce qu'elles aiment ça, faire ça. Pis on va les traiter n'importe comment, pis on va les payer comme de la marde, pis elles vont être obligées de faire du temps supplémentaire. Et tout ça, ça l'a aucun sens. Pis ça fait en sorte que moi, admettons, je suis payé moins qu'un électricien, un plombier ou je sais pas quoi, qui, dans les faits, c'est un DEP² que ça prend pour faire ça. Pis je veux pas sous-évaluer c'est quoi un DEP, je pense qu'ils font un travail complexe, mais moi, je travaille avec la santé mentale, la loi, pis je prends toutes les responsabilités sur mes épaules, dans toutes mes décisions. Ça l'a aucun sens que je sois moins payé qu'eux, t'sais, sur le plan de la logique (William, intervenant, Montréal, 8 octobre 2021).

Lorsque j'ai demandé à William s'il y avait des changements structurels nécessaires à implémenter afin de permettre aux usager.ère.s de s'épanouir dans la construction de leur avenir, celui-ci m'a expliqué que la perception des institutions et plus largement, de la société, au sujet des emplois en milieu de la santé et des services sociaux en est un important. Le point relevé par l'intervenant permet d'aborder les multiples facettes qui influencent les décisions prises dans le milieu de l'intervention. Le fait de le considérer comme une vocation permet de cultiver un environnement de travail particulier, dans lequel il semble plus acceptable de maintenir des conditions difficiles ainsi que des mauvais salaires. Comme le fait remarquer William, les emplois dans le domaine du *care*, sans réel équivalent en français, comme infirmier.ère.s, enseignant.e.s et intervenant.e.s, reçoivent une rémunération particulièrement faible pour un travail complexe. Il

² Le diplôme d'études professionnelles (DEP) est le résultat d'une formation professionnelle au Québec qui prépare à l'intégration directe au marché de l'emploi. Par exemple : coiffeur.se, électricien.ne et plombier.ère.

semblerait que plus la valeur sociale attribuée à un emploi est importante, plus sa valeur économique est faible, et que cette situation soit largement acceptée par la population, du moins occidentale (Graeber, 2019). Or, ce serait la perception de ce type d'emploi comme constituant une vocation qui, selon lui, permettrait de maintenir ces piètres conditions de travail.

Cette catégorie d'emploi est perçue comme une vocation où les travailleur.euse.s font ce qu'ils et elles font par passion plutôt que pour le salaire. Pour certain.e.s, améliorer les conditions et le revenu attirerait le mauvais type d'individus puisqu'ils ou elles seraient motivé.e.s par l'argent, et non par la possibilité d'aider autrui, ce qui entacherait le travail accompli (Graeber, 2019; Nelson et Folbre, 2006). Ce type d'argument moral ne tient pas la route, puisqu'il est principalement associé aux emplois du domaine du *care*, mais pas à d'autres catégories d'emplois qui bénéficient à la société, telles que médecins, qui ont des conditions particulièrement avantageuses (Graeber, 2019). Cette façon de concevoir le travail du *care* comme vocation est fondamentalement genrée.

Le travail du *care* réfère à un type d'emploi orienté vers les personnes, généralement en face-à-face, dont l'objectif est de développer les capacités du receveur du service prodigué (England et al., 2002; Graeber, 2019). Ces capacités font référence à des soins reçus ou l'apprentissage de nouvelles compétences (England et al., 2002). Cette catégorie d'emploi exige un travail d'interprétation et d'empathie. Pour Graeber (2019), « *The key to caring labor as a commodity is not that some people care but that others don't ; that those paying for "services" [...] feel no need to engage in interpretive labor themselves.* » (Graeber, 2019, p. 237). Ce qu'indique l'auteur, c'est qu'une certaine partie de la population, souvent aisée, n'a pas à s'engager dans ce travail d'interprétation puisque c'est une commodité offerte fréquemment par la classe ouvrière. Les emplois de cette catégorie sont majoritairement associés aux femmes de classe sociale inférieure et occupés par celles-ci (Benelli et Modak, 2010; Cohen et Huffman, 2003; Duffy, 2005; Dwyer, 2013; England, 2005; England et al., 2002) et paient mal (Duffy, 2005; England, 2005;

England et al., 2002). Il est important d'ajouter que le travail du *care* était pris en charge par les familles et les proches avant d'être transformé en commodité (Dwyer, 2013). Il découle donc d'un transfert de la sphère privée à la sphère publique lors de l'entrée des femmes sur le marché du travail (Benelli et Modak, 2010), et est toujours pratiqué par elles en majorité, mais ce, sans être correctement rémunéré.

Le concept de la dévaluation du travail féminin a largement été étudié. Plusieurs auteur.e.s ont été en mesure de démontrer l'écart de rémunération selon le genre (Alksnis et al., 2008; Cohen et Huffman, 2003; England et al., 2002). Ce phénomène s'explique par les discriminations basées sur celui-ci. Par exemple, les emplois traditionnellement masculins sont mieux rémunérés et placent généralement ceux qui les occupent en position d'autorité sur les collègues. Par contraste, les femmes sont généralement perçues comme étant moins compétentes que les hommes et certains traits physiques et de personnalité stéréotypés féminins influencent la conception des collègues concernant le type d'emploi que les femmes sont en mesure d'effectuer (Alksnis et al., 2008). Cette discrimination est particulièrement frappante lorsqu'il est question des emplois traditionnellement féminins, et notamment dans le travail du *care*. Non seulement les femmes sont continuellement dévalorisées en comparaison avec les hommes ainsi que dans les activités qui leur sont associées (England, 2005; England et al., 2002), mais cette dévaluation provient également de son association avec la maternité et que les soins ne sont pas perçus comme étant des compétences, mais somme relevant des « capacités naturelles » des femmes (Benelli et Modak, 2010; Dwyer, 2013; England, 2005; England et al., 2002). Ce genre d'essentialisation engendre la conception selon laquelle, même si les emplois du secteur du *care* exigent un niveau de scolarité élevé, ces « capacités naturelles » demeurent de moindre valeur que les compétences apprises pour obtenir un emploi traditionnellement masculin (England et al., 2002). De ce fait, il n'est pas étonnant de constater que ce type d'emplois ne soit pas aussi bien rémunéré, malgré le niveau de scolarité relativement

élevé exigé (England, 2005), comme le soulignait William plus haut. De plus, même si les femmes occupent une partie importante de ces emplois, ce sont habituellement les quelques hommes qui les occupent qui sont en position d'autorité et qui gagnent donc de meilleurs salaires, en plus de gravir les échelons plus rapidement (McPhail, 2004).

Également, ce domaine est divisé sur la base de la race. Duffy (2005) mentionne que les professions du *care* qui exigent un niveau de scolarité élevé sont plus souvent occupées par des femmes blanches alors que les autres le sont par des femmes racisées, souvent immigrantes. Les emplois qu'elles occupent sont les moins bien rémunérés de ce secteur. Les femmes racisées occupent plus souvent des postes qui n'exigent pas une interaction avec le public ainsi qu'un travail plus manuel, comme l'entretien ménager (Duffy, 2005).

1.1.2 Les répercussions de la dévalorisation du travail du care

À la frustration exprimée par William concernant l'inégalité salariale, s'ajoutent des conditions de travail désavantageuses dans lesquelles se retrouvent les intervenant.e.s et les autres employé.e.s de ce domaine. Par exemple, les mesures d'austérité mises de l'avant avec les politiques néolibérales affectent particulièrement les services publics tels que les soins de santé (Graeber, 2019). Ces mesures incluent une réduction du revenu, de la pension et des bénéfices, une augmentation du travail supplémentaire non rémunéré et une intensification du travail (Cunningham et al., 2016). Elles augmentent ainsi la vulnérabilité des secteurs touchés, particulièrement ceux à but non lucratif, mais contraignent également les travailleur.euse.s à changer d'emploi, puisque plusieurs ne sont plus en mesure de subvenir à leurs besoins de base (Cunningham et al., 2016). Pour Graeber, ce type de mesures est bien accepté par la population puisque les sacrifices pour le bien commun devraient être pris en charge par ceux et celles qui

prennent la décision de travailler dans des milieux qui demandent déjà de nombreux sacrifices pour le bien commun. Bien évidemment, les enjeux sont beaucoup plus complexes, notamment en termes de privatisation. La page *Facebook* « Organisation structurelle coconstruite de lo praticienxe réflexixe » fournit de nombreux exemples des frustrations que suscitent ces mesures chez les travailleur.euse.s du *care* :



(Org Stru, 14 septembre 2021)



(Org Stru, 16 septembre 2021)

Ces *memes* font référence à plusieurs évènements. Premièrement, pendant la pandémie, plusieurs employé.e.s du réseau de la santé ont été délesté.e.s et ce, à plusieurs reprises (Lévesque, 2021). De ces personnes, une sur deux était en situation de détresse, au printemps 2021, et, pour 80%, c'était associé à leur milieu de travail (Paré, 2021). Ce niveau fut définitivement plus bas hors pandémie, affectant environ 28% des travailleur.euse.s en général en 2014-2015 (Paré, 2021). Toutefois, il n'est pas nouveau que les employé.e.s du *care* ne se sentent pas satisfait.e.s concernant les reconnaissances obtenues, puisque près de 25% des femmes provenant du milieu des soins de santé et de l'assistance sociale et environ 29% des services d'enseignement considéraient recevoir

un faible niveau de reconnaissance de la part de leur employeur en 2014-2015 (Chénard et al., 2018). La référence au fait de s'être fait offrir « du lubrifiant et un gros doigt difforme » est basée sur des expériences vécues par des employé.e.s du réseau : certains individus ont reçu une statuette d'une main avec l'index levé (celui du *meme* du bas) comme cadeau de remerciement, alors que d'autres ont reçu d'autres cadeaux de mauvais goût, incluant du lubrifiant. Ce sont des critiques qui surviennent fréquemment et qui font plus largement référence au fait que, plutôt que de véritablement reconnaître la valeur des gens du milieu en investissant dans de meilleures conditions de travail, le réseau préfère offrir des « cadeaux » qui sont interprétés comme des insultes de la part des travailleur.euse.s.

La piètre façon dont sont traité.e.s les travailleur.euse.s du *care* engendre de nombreux problèmes pour les bénéficiaires. Jeanne souligne un point particulièrement important en lien avec les effets des restrictions budgétaires :

[...] on se rend compte que tout le personnel s'en va. T'sais, là, on pense même à mettre des temps supplémentaires obligatoires (TSO), mais t'sais, à quel point c'est pas bon pour les usagers, là. Si t'as une grosse journée pis t'es à bout pis tu refuses de prendre du TSO, ben c'est peut-être mieux que tu restes pas le soir, dans le fond. Ce serait peut-être mieux que tu t'en vas pour vrai. Fait que oui, ça va nous impacter, nous, parce qu'on va, t'sais, peut-être devoir rester comme plus longtemps, mais c'est surtout les usager.ères que ça va impacter parce qu'ils vont voir des intervenant.es qui ont pas le goût et qui sont pas disposés à être là parce qu'ils sont tannés, parce qu'ils ont déjà leur journée dans le corps (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Comme Jeanne le fait remarquer, l'épuisement physique et mental peut avoir de réelles répercussions sur ceux et celles avec qui les intervenant.e.s travaillent. De cette façon, en imposant ces mesures, l'État ne demande pas seulement à ces travailleur.euse.s de se sacrifier, mais sacrifie

également le bien-être et la qualité de vie de populations déjà vulnérables. Pour rappel, les personnes faisant appel à ce type de services sont généralement en situation de précarité financière et dépendent de ces services et des soins prodigués (England et al., 2002).

La dévaluation du travail du *care* et le manque de financement apportent également de nombreux autres problèmes. Chacune des personnes que j'ai interviewées m'a affirmé ne pas avoir eu les formations spécialisées supplémentaires nécessaires au moment de l'entrée en ressource d'hébergement et a dû souvent improviser. Ce que Jeanne explique est évocateur :

Gabrielle : Donc on entend souvent parler des coupures budgétaires et le sous-financement des services en santé mentale. Comment ça se répercute dans ton travail ?

Jeanne : [...] Il n'y avait clairement pas les services qui devaient avoir là, fait que [les usager.ère.s] étaient vraiment décompensés vraiment plus souvent qu'ils auraient dû l'être s'il y avait eu des services *legit*. Fait que ça, j'ai l'impression que ça nous donnait plus de job parce qu'on avait beaucoup à patcher les situations. Sans, t'sais, savoir quoi faire, parce que, on s'entend, on avait personne là-dedans [qui] était psychiatre, psychologue ou travailleur social. T'sais, on était toute comme en apprentissage, fait qu'on faisait ce qu'on pouvait. Fait que j'ai l'impression que ça fait en sorte qu'ils étaient comme, décompensés plus souvent (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Ce type d'emploi fournit habituellement des formations plus pointues adaptées à la clientèle de l'endroit que ne l'offrent les institutions scolaires. Pourtant, malgré leur entrée en fonction auprès de personnes vulnérables, les intervenant.e.s n'avaient pas reçu les formations spécialisées nécessaires et ne les recevaient pas au moment de l'embauche. Comme le souligne Jeanne, ce type de situation est dommageable pour les usager.ère.s, puisqu'ils et elles se retrouvent à être beaucoup plus souvent symptomatiques qu'ils et elles ne l'auraient été auprès de personnes mieux qualifiées.

Cette situation risque de rendre leur parcours tumultueux. Le manque de formation augmente les erreurs commises par les intervenant.e.s et ce seront néanmoins eux et elles seul.e.s qui seront blâmé.e.s au final :

L'enjeu de sécurité, l'enjeu de toute la charge de ce que tu portes quand tu as 10-12 résidents à toi tout seul.e à t'occuper. Ça fait absolument aucun sens. Toutes les décisions que tu vas prendre à ce moment-là, tu vas les prendre seul pis tu vas les porter seul. Pis si tu fais quelque chose de pas correct, à mettons tu fais une erreur, ce qui est super correct de faire des erreurs pis d'apprendre de ces erreurs-là, ben après ça, tu vas te faire ramasser pour ça (William, intervenant, Montréal, 8 octobre 2021).

Ce que soulève ici William rejoint ce qu'il disait au départ : les intervenant.e.s assument une grosse charge seul.e.s et doivent prendre des décisions, et ce, dans le cas présent, sans les ressources ou les formations supplémentaires nécessaires. Lorsqu'il y a une erreur, c'est bien l'intervenant.e qui sera blâmé.e plutôt que le contexte dans lequel il ou elle se trouve à devoir prendre des décisions improvisées. Selon les propos de certain.es intervenant.e.s, l'enjeu de la sécurité semble également minimisé par les gestionnaires des ressources d'hébergement, ce qui fait en sorte qu'ils et elles se retrouvent sans outils pour gérer plusieurs situations de crise. Cette situation est aggravée par le fait que certain.e.s intervenant.e.s ne recevaient aucune supervision clinique, donc aucun retour ou soutien par rapport à leurs interventions. Jeanne souligne que, par contraste, dans un autre emploi dans le domaine de l'intervention, qui n'était pas en ressource d'hébergement, elle recevait la supervision clinique nécessaire :

Puis, pendant le jour, on a un soutien clinique qui est là pour nous aider si on a besoin d'aide. Fait que t'sais, c'est quelqu'un qui a la distance par rapport à nos usagers, fait que sont pas en réaction. T'sais, quand nous on est en réaction des fois, pis on est comme

« ça ne fait pas de sens, t'es impoli, a pitche des affaires », ben elle [le soutien clinique], elle est dans son bureau, fait qu'on l'appelle, elle connaît les usagers parce qu'elle est là à nos rencontres d'équipe, mais elle est pas en réaction contre l'utilisateur parce qu'elle est comme pas mêlée dans les situations (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Comme le fait remarquer Jeanne, ne pas avoir de soutien clinique ni de retour sur les interventions peut contribuer à prendre de mauvaises décisions résultant du fait d'être en « réaction » envers l'utilisateur.

Enfin, malgré les compétences élevées que ce genre d'emploi exige, les salaires demeurent particulièrement faibles. C'était la raison de départ des ressources intermédiaires pour Francis :

Honnêtement, dans le communautaire, les salaires étaient pas supers. Dans le fond, quand j'ai changé de job, mes fonctions étaient pas, t'sais veut dire, c'est de l'intervention. Fait que c'était pas tant de différence que ça en général, pis t'sais, mon salaire a doublé (Francis, intervenant, Montréal).

Ainsi, la dévaluation du travail du *care*, le manque de reconnaissance et les restrictions budgétaires entraînent des conséquences particulièrement néfastes sur les employé.e.s et ont un effet boule de neige sur les utilisateur.e.s des ressources d'aide. Cette dépréciation s'ajoute à la variation de la qualité des ressources intermédiaires comme vu dans la première partie de ce chapitre. Le manque de formations supplémentaires et d'outils de travail peut grandement diminuer la qualité des soins offerts et le faible niveau du salaire incite les intervenant.es à partir. En somme, le contexte de l'intervention est caractérisé par de piètres conditions de travail, mais également par le rôle que revêtent ces dernier.e.s dans le cadre leurs fonctions, c'est-à-dire celui de la figure d'autorité.

1.2 L'ambivalence par rapport à la figure d'autorité

Gabrielle : Comment est-ce que tu perçois ce type de rapport [d'autorité] en intervention dans le milieu de la santé mentale et comment est-il pris en compte lors de tes interventions ?

Francis : C'est sûr que t'as hyper d'autorité sur la personne habituellement, là-bas [en ressource d'hébergement]. Dans le sens que, ça a l'air con, mais t'sais, mettons t'as l'autorité un peu moral, techniquement, t'es l'intervenant, fait que tu dois savoir des affaires comparé à eux pis des fois [les usager.ères] viennent te voir parce qu'ils savent pas quoi faire pis t'sais, tu représentes "la sécurité" aussi, là. Mais t'sais, des fois, c'est abusé, comme les mesures coercitives que tu peux faire, là. Je veux dire, tu peux la mettre dehors, tu peux appeler la police, tu peux aller l'hospitaliser... Je veux dire, toute ce que tu peux faire, des fois, c'est ben trop. Je pense que l'autorité plus comme morale, elle est plus insidieuse, t'sais, parce que des fois, tu t'en rends pas compte pis ce que tu vas dire aussi va avoir plus de poids parce que t'es l'intervenant versus un autre, même si ce que tu dis est pas meilleur que ce que l'autre personne va dire. Pis t'sais, ça revient un peu à ce que je disais tantôt, que c'est des personnes assez vulnérables pis qu'ils peuvent avoir une plus grande naïveté pour faire confiance, ben « confiance », au début ils peuvent être méfiants, mais à un moment donné, ils te font confiance, là. T'sais, t'es l'intervenant. T'es l'une des rares personnes à qui ils peuvent faire confiance des fois-là (Francis, intervenant, Montréal, 7 novembre 2021).

La position d'autorité est un élément central de l'intervention. Bien que les intervenant.e.s puissent se sentir démuni.e.s en raison des contraintes en lien avec les conditions structurelles actuelles, ils et elles demeurent des personnes en position d'influence forte. Comme le souligne Francis, ils et elles ont la possibilité d'appliquer des sanctions particulièrement sévères aux usager.ère.s.

L'autorité renvoie à l'exercice d'influence et de contrôle à l'intérieur d'une relation hiérarchique dans laquelle le subordonné doit accepter cette position (Trottier et Racine, 1992). En intervention, la profession même de l'intervenant.e le place en situation d'autorité vis-à-vis du receveur.euse de ses services et celle ou celui-ci, en reconnaissant les compétences du ou de la premier.ère, accepte l'exercice de sa profession sur des sphères de sa vie privée (Mercier, 1991). La notion de consentement est donc importante (Mercier, 1991), puisque la légitimité de cette relation repose sur la reconnaissance des deux parties de cette hiérarchie (Arendt, 1989). De fait, comme la relation d'autorité dépend de cette notion, celle-ci exclut les moyens de coercition et la contrainte, mais également la possibilité d'argumenter cette position (Arendt, 1989). Selon Arendt (1989), l'autorité n'est donc pas une forme de pouvoir ou de violence. L'intervenant.e utilise sa position afin d'influencer le receveur.euse pour qu'il ou elle accepte l'utilité de l'intervention (Mercier, 1991).

Selon Chloé, la position d'autorité est nécessaire en intervention, sans quoi la relation serait de l'amitié :

T'sais, t'enlève ça, pis on dirait que là, il y a comme une relation chumy-chumy qui se passe. Fait que t'sais, il y a quand même un respect qui doit être installé, autant envers l'intervenant qu'envers l'usager (Chloé, intervenante, Montréal, 13 octobre 2021).

Toujours selon elle, cette délimitation sert à maintenir un cadre de vie en groupe sécuritaire et sain en plus d'être un moyen d'influencer l'usager.ère afin qu'il se responsabilise :

T'sais, je vois ça aussi un peu comme... Comme un guide, là. T'sais, je me vois pas comme un patron pis qu'il est comme : « Ben là, si tu le fais pas, je te prive de telles affaires ». T'sais, non, c'est plus un guide, c'est plus comme : « Ben, t'sais, si tu fais quelque chose,

ben faut que tu comprennes qu'il y a des conséquences. » Je pense que c'est plus un apprentissage (Chloé, intervenante, Montréal, 13 octobre 2021).

Comme Chloé, William croit qu'il est important de maintenir cette position d'autorité dans le contexte d'une relation d'aide. Néanmoins, en ressource intermédiaire, certain.e.s usager.ère.s y sont volontairement, alors que d'autres se voient plutôt imposer d'y être par ordonnance de traitement ou d'hébergement, ce qui sera expliqué plus en détails dans la prochaine section. Lorsque j'ai demandé à William ce qu'il pensait de la position d'autorité qu'ont les intervenant.e.s par rapport aux usager.ère.s et comment il la prend en compte dans le cadre de son emploi, il m'a exprimé que ce contexte involontaire complique les possibilités d'intervention :

L'aspect qui est difficile là-dedans, c'est que je pense qu'admettons, dans un contexte volontaire, la personne est très en contact avec ses propres responsabilités, tandis que quand on est dans un contexte qui est non-volontaire pis que là on porte un rôle d'autorité, on porte une partie de la responsabilité des usagers pis de ces personnes-là. Ça devient comme plus lourd pis en même temps, s'ils ont pas cette part des responsabilités-là qui leur appartient, il y en a au moins comme... Comment je peux dire ? La responsabilité amène le changement des conséquences. Fait que t'sais, quand il en manque de cette partie-là pis c'est nous qui la porte à la place, ben eux, ils vont avoir tendance à faire de l'évitement ou à se déresponsabiliser. Ouin, fait que c'est plus dur, en fait, c'est plus compliqué (William, intervenant, Montréal, 8 octobre 2021).

Il est important de comprendre que, peu importe le domaine de l'intervention, l'intervenant.e sera toujours en position d'autorité en raison de sa position d'influence, comme un.e professeur.e par rapport à un.e étudiant.e. Or, William rapporte ressentir une certaine ambivalence par rapport à cette réalité, puisque, tout en reconnaissant la nécessité de cette position, il témoigne éprouver un malaise par rapport à elle. Ce dernier peut s'expliquer par le fait que dans certains

milieux, comme celui de la santé mentale, le consentement de l'usager.ère n'est pas nécessaire pour apporter des soins et c'est pourquoi il parle de contexte involontaire. C'est ce qui est appelé l'intervention coercitive.

1.2.1 La coercition en intervention

L'intervention psychiatrique est intrinsèquement reliée à la contrainte, comme présentée lors de l'introduction de la thèse. Par ailleurs, celle-ci est légitimée par le système judiciaire. La coercition fait référence à l'utilisation de la force et de moyens de pression sur un individu par autrui ou par une organisation afin de le faire agir sans son consentement selon les désirs de l'organisation (Hennion et Vidal-Naquet, 2015; Szmukler et Appelbaum, 2008; Wynn, 2006). Plusieurs moyens sont utilisés comme l'admission involontaire, l'isolement, la contention physique et la prise de médication forcée (Kuosmanen et al., 2007). Au Québec, la coercition est un moyen législatif parfois utilisé sous la forme de garde en établissement et d'ordonnance de traitement (Bernheim, 2019; Otero, 2016; Quintin, 2020). À la suite d'une évaluation médicale, un psychiatre peut demander l'autorisation d'un tribunal pour soigner une personne sans son consentement (Bernheim, 2019; Otero, 2016). Ce type de loi est répandu dans le monde (Kuosmanen et al., 2007; Quintin, 2020) et sert avant tout à obliger les patient.e.s à accepter les traitements (Szmukler et Appelbaum, 2008) dans les cas où ils et elles représentent un danger pour eux ou elles-mêmes ou pour les autres (Wynn, 2006). De ce fait, l'intervention en contexte psychiatrique dépasse le cadre de l'autorité puisqu'elle est souvent contrainte. Il est important de spécifier que plusieurs usager.ère.s en ressources d'hébergement en santé mentale ont fait le choix d'y être puisqu'aucun moyen législatif ne les y ont contraints, faisant en sorte qu'ils et elles ne subissent pas

d'intervention coercitive. La dynamique est donc différente selon que la personne y réside volontairement ou non.

La coercition en psychiatrie est considérée comme un enjeu éthique controversé. Pour certain.e.s, elle est parfois inévitable puisqu'elle est dans l'intérêt des autres et est, de surcroît, bénéfique pour le patient.e (Wynn, 2006). La contrainte pourrait même servir de motivateur dans les traitements (Kortrijk et al., 2010) et il n'y aurait pas d'effets à long terme spécifiques à la coercition (Wynn, 2006). Certain.e.s, toutefois, croient que la contrainte devrait être exercée de façon exceptionnelle ou encore, être encadrée vigoureusement à l'aide de protocoles (Hennion et Vidal-Naquet, 2015).

Il est toutefois important de rappeler que la violence exercée par des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale envers autrui est rare (MacDonald et Dumais Michaud, 2015; Wynn, 2006) et qu'elles ont jusqu'à onze fois plus de chance d'être victimes de violence que la population générale (MacDonald et Dumais Michaud, 2015). De plus, il a été prouvé que la prédictibilité de la violence chez ces personnes par les intervenant.e.s est mauvaise ainsi que sa prévention (Wynn, 2006). Par ailleurs, s'il est vrai que le manque de soins apportés aux personnes souffrant de schizophrénie risque d'aggraver leurs symptômes et qu'un traitement psychopharmacologique peut-être nécessaire pour la vie (Wynn, 2006), les conséquences de la coercition demeurent néanmoins importantes, dans la mesure où, selon une étude, pour 36% de personnes souffrant de schizophrénie, la peur de la coercition est une barrière dans la recherche de traitement. Cette peur était beaucoup plus présente chez celles ayant déjà vécu de telles mesures (Swartz et al., 2003). Ces contraintes peuvent également être traumatisantes (Meyer et al., 1999). De fait, pour les personnes qui ont senti que leur intégrité a souffert, il peut arriver que celles-ci réagissent à ces mesures en éprouvant de la colère ou une dépression à la suite des événements coercitifs (Wynn, 2006). Ces mesures de contrôle sont également une atteinte au droit à la liberté

ainsi qu'à l'intégrité (Bernheim, 2020). Elles ont enfin d'autres effets notamment sur l'autonomie des patient.e.s.

Ainsi, la figure d'autorité dans le domaine de l'intervention en santé mentale est parfois transcendée et devient celui de la coercition. En somme, j'estime que cette dernière constitue de l'intervention sociale carcérale.

1.2.2 L'intervention sociale carcérale

Gabrielle : Qu'est-ce que tu penses de la façon dont la prise en charge des personnes qui ont des problèmes de santé mentale se fait ?

Jeanne : T'sais à [la ressource d'hébergement], je trouve que c'était vraiment contraint, ce qui est comme pas tant *nice*, ça les encourage pas à participer beaucoup. Mais contraint, on va te contraindre au minimum, pis on va rien te donner de plus genre. C'est pas « t'es contraint pis on va te faire faire comme... on va te contraindre aussi à une thérapie pour que tu comprennes pourquoi t'es contraint finalement pis que t'sais, tu en viennes à accepter pis, comme, je sais pas, comme travailler plus sur toi, pis que ça serve vraiment à quelque chose ». Là c'est comme : « On va te contraindre pour que tu prennes des médicaments pis pour que tu ailles voir ton psychiatre pis on va patcher les problèmes jusqu'à temps que tu sois plus dérangeant », t'sais comme (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre).

Malgré les nombreuses conséquences négatives associées à l'intervention coercitive, celle-ci demeure peu remise en question. Dans le domaine du travail social, il y a plutôt une tendance à améliorer la façon dont elle est utilisée plutôt que d'en contester la validité (C. H. Maylea, 2017). En collaborant avec l'État afin d'imposer des mesures coercitives, l'intervenant.e agirait même, selon certain.e.s auteur.e.s, en tant qu'agent.e de contrôle social afin de maintenir le système

d'oppression en place (Baines, 2021; C. Maylea, 2021; C. H. Maylea, 2017). Comme le dit Jeanne, ces contraintes agiraient en régulateur social afin de faire en sorte que l'usager.ère ne soit plus « dérangent.e ». Certains secteurs de l'intervention assisteraient donc ainsi l'État carcéral dans la surveillance et le contrôle de certaines communautés marginalisées (Jacobs et al., 2021; Richie et Martensen, 2020), à l'aide de pratiques coercitives et punitives (Jacobs et al., 2021). C'est pourquoi, en raison de sa collaboration avec la police, de son utilisation ainsi que de sa proximité avec le système judiciaire (Jacobs et al., 2021), l'intervention en santé mentale coercitive peut être considérée comme carcérale.

Selon Jacobs et al. (2021) et Richie et Martensen (2020), l'intervention sociale carcérale se base sur un cadre de suprématie blanche et de contrôle social en collaborant avec le système pénal de l'État afin de gérer certaines communautés, notamment racisées et pauvres. En partenariat avec certains acteurs clés comme la police, les tribunaux ou les prisons, les intervenant.e.s utilisent des méthodes coercitives et punitives comme mesures de régulation sociale (Jacobs et al., 2021). L'un des exemples le plus évident est le rôle qu'ont joué les intervenant.e.s dans le déracinement des enfants autochtones et leur envoi en pensionnat (Baines, 2021; Jacobs et al., 2021). Ce contrôle social se caractérise par une dissonance ; d'un côté, les intervenant.e.s tentent d'aider certaines populations en demandant des changements sociaux, mais, de l'autre côté, ils et elles les encouragent à s'accommoder au statu quo (Leung, 2012). De cette façon, l'intervention ne permet pas de redresser les problèmes sociaux, mais, plutôt, de maintenir l'ordre social établi et les systèmes d'oppression en place (Baines, 2021; C. Maylea, 2021; C. H. Maylea, 2017).

Jacobs et al. (2021) considèrent que toutes formes d'intervention qui travaillent en collaboration avec la police ou qui y a recours constituent de l'intervention sociale carcérale. Toujours selon les auteur.e.s, ce type d'intervention nécessite l'entrelacement de deux éléments :

le premier est le déploiement de stratégies qui dépendent des mêmes fondements suprématistes blancs et coercitifs que ceux des forces de l'ordre et, le second, une collaboration directe avec ces dernières. Ainsi, je soutiens que l'intervention coercitive en santé mentale est carcérale en raison de sa collaboration avec le système judiciaire de par l'application des ordonnances de traitement et d'hébergement et qu'elle participe à la logique carcérale du contrôle social et de la surveillance de communautés marginalisées. J'insiste sur le fait que l'aspect judiciaire est ici crucial et que, donc, c'est l'intervention coercitive en santé mentale qui est considérée comme carcérale, et non l'intervention psychosociale en santé mentale.

La collaboration entre le système pénal et l'intervention remonte au vingtième siècle et n'est donc pas un phénomène nouveau (Jacobs et al., 2021; Patterson et Swan, 2019). Elle est toutefois plus importante ces dernières années, la plupart des appels faits à la police demandant la résolution d'un problème d'ordre social plutôt que criminel (Jacobs et al., 2021; Patterson et Swan, 2019). Cette collaboration prend la forme de l'intégration des intervenant.e.s dans le travail des forces de l'ordre, de la formation des policier.ère.s en intervention ainsi que de la collaboration entre agent.e.s de police et les intervenant.e.s (Jacobs et al., 2021). Cette collaboration, toutefois, soulève de nombreux enjeux.

Premièrement, il y a un manque flagrant de recherches afin de tester l'efficacité du partenariat entre l'intervention sociale et la police concernant des problèmes sociaux tels que les problèmes de santé mentale ou les abus sur mineur.es (Patterson et Swan, 2019). Deuxièmement, le contrôle social et la suprématie blanche sont des caractéristiques fondatrices des forces de l'ordre (Jacobs et al., 2021). En effet, la pratique policière moderne résulte de la création de patrouilles de surveillance des esclaves dans le sud des États-Unis et de gestion des communautés pauvres en Angleterre. Ses origines continuent de résonner encore aujourd'hui (Jacobs et al., 2021). Les biais racistes des institutions policières ont été bien documentés comme le profilage racial au Québec,

qui est étudié depuis les années 1970 (Rutland, 2020). Il en ressort qu'actuellement, à Montréal, les personnes noires, arabes et autochtones ont beaucoup plus de chance de se faire interpellé par la police et d'être sanctionnées de façon disproportionnée que les personnes blanches (Guay, 2020; Livingstone et al., 2021). Le contrôle social est également exercé par le fait que la taille des services de police municipaux au Canada dépend du pourcentage des personnes racisées dans la population locale, augmentant de fait la surveillance policière dans ces lieux (Guay, 2020; Livingstone et al., 2021). Troisièmement, s'appuyer sur les forces de l'ordre pour intervenir auprès de populations racisées et pauvres engendre de graves conséquences (Jacobs et al., 2021). Présentement, ces populations sont surreprésentées dans le système carcéral et sont victimes de violences policières (parfois mortelles) de manière disproportionnée (Guay, 2020; Jacobs et al., 2021). Aux États-Unis, la santé mentale est un facteur important dans les tueries policières (Jacobs et al., 2021).

Or, le rôle des policiers par rapport aux personnes ayant des problèmes de santé mentale est assez important présentement, en raison, entre autres, de leur proximité avec les communautés (Slaght, 2002). Un individu ayant un trouble mental sur quatre a déjà été arrêté, ce qui est significativement plus élevé que la population générale au Canada (Livingston, 2016). Les tribunaux de santé mentale (TSM) sont un autre acteur clé puisqu'ils ont comme objectif de diminuer la judiciarisation de cette clientèle, mais leurs résultats sont mitigés. Si, d'un côté, ils augmentaient la participation communautaire et réduisaient les chances de récidives, de l'autre, il y aurait une augmentation de la surveillance sur une plus longue période que dans le système de justice régulier. Ainsi, non seulement les policiers deviennent de plus en plus les premiers intervenants, mais il y a également une augmentation des TSM ce qui tend à s'inscrire dans un mouvement de judiciarisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale (MacDonald et Dumais Michaud, 2015).

La judiciarisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale s'explique particulièrement par le « risque » de danger qu'elles posent à leur rencontre ou de la société (MacDonald et Dumais Michaud, 2015; C. H. Maylea, 2017) et est également un argument utilisé pour justifier l'intervention coercitive, comme relevé ultérieurement, malgré le fait que la dangerosité de ces individus envers les autres soit plutôt faible. C'est bien une incapacité de répondre aux exigences du statu quo qui explique en partie cette surveillance et la possibilité du « risque » (MacDonald et Dumais Michaud, 2015). Comme spécifié plus haut, il existe bel et bien une demande pour la résolution de problèmes sociaux, mais l'État offre des services inégaux (Baines, 2021), diminue les budgets des organismes communautaires qui pourraient gérer les crises et augmente celui des services de polices. De fait, le budget du service de police de la ville de Montréal (SPVM) a augmenté de 14,6 M\$, entre 2020 et 2021, faisant en sorte qu'en 2021, ce budget était de 679,1 M\$ (Goudreault, 2020). De cette façon, les problèmes auparavant gérés par les services de santé et sociaux le sont maintenant par le biais des services de justice (MacDonald et Dumais Michaud, 2015), augmentant ainsi le contrôle social exercé sur les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

De plus, sans nécessairement le vouloir, les intervenant.e.s en ressource intermédiaire contribuent, lorsque l'intervention est contrainte, à la surveillance accrue, à la judiciarisation et au contrôle social exercé sur les personnes ayant des problèmes de santé mentale en raison de la proximité avec le système judiciaire dans lequel s'inscrit l'intervention coercitive. En raison de ce partenariat, certain.e.s suggèrent même que les intervenant.e.s sociaux.ales carcéraux.les sont une version plus douce de la police (Baines, 2021; Jacobs et al., 2021).

1.3 Conclusion

Dans ce chapitre, j'ai présenté le contexte de travail de l'intervention en ressource d'hébergement intermédiaire en santé mentale selon les représentations et les expériences que m'ont partagées les personnes que j'ai interviewées. En premier lieu, j'ai brossé un portrait des ressources intermédiaires et j'ai critiqué l'inconsistance des niveaux entre elles. De manière plus générale, les conditions dans lesquelles travaillent les intervenant.e.s restent peu envieuses. Leur travail est dévalué, sous-payé et ils et elles souffrent de surcroît d'un manque flagrant d'outils, de supervision clinique et de formation, les poussant à improviser. Les personnes interviewées reconnaissent que ces piètres conditions découlent du fait que leur emploi, comme les emplois du *care* en général, est perçu comme une « vocation » qui ne requiert que des « capacités naturelles », voire féminines. En second lieu, j'ai abordé l'ambivalence que ressentent les intervenant.e.s par rapport à leur position d'autorité, incontournable en intervention. Dans le domaine de la santé mentale, cette autorité devient parfois de la coercition légale. Le système judiciaire est un acteur central dans la vie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et sa collaboration avec l'intervention sociale carcérale permet d'exercer un contrôle social sur elles. C'est donc dans un environnement de plus en plus coercitif, marqué par les restrictions budgétaires, le manque de formation et la carence d'outils d'intervention clés (telle la supervision clinique) que les intervenant.e.s envisagent le futur des usager.ère.s de ressources en santé mentale au Québec.

Chapitre 2 : Construire le futur

Ce chapitre examine la façon dont les intervenant.e.s se représentent la construction du futur des usager.ère.s de ressources intermédiaires et travaillent auprès d’eux et elles pour les accompagner. Il est divisé en deux parties. La première partie porte sur les projets privilégiés qui se situent dans la perspective dominante de l’intégration et les répercussions de la priorisation de cette voie. J’y présente d’abord l’approche d’intervention prônée au Québec, soit le rétablissement, puis démontre comment les intervenant.e.s la mobilisent dans le cadre de leur travail pour encourager les usager.ère.s dans la création de projets de vie basés sur une conception dominante de la « bonne vie ». Par la suite, je soutiens que ces projets s’inscrivent dans la logique du choix en tant qu’effet et support du néo-libéralisme. Pour la dernière section de cette partie, j’explique comment la perception de la présence ou de l’absence de potentiel chez les usager.ères guide les possibilités d’avenir telles qu’elles sont envisagées par les intervenant.e.s. La seconde partie a comme sujet les facteurs liés au contexte de l’intervention qui poussent à la priorisation de la voie dominante. J’y examine les répercussions des types de technologies auxquelles ont accès les intervenant.e.s dans l’appui qu’ils et elles apportent aux usager.ère.s dans la construction de leur futur ainsi que celles de la place qu’occupent les inégalités structurelles en intervention en santé mentale.

2.1 Le rétablissement

L’objectif, c’est qu’ils soient capables de vivre avec la maladie, stabilisés avec la médication. Pis t’sais aussi, ce qu’ils viennent de vivre, là je prends l’exemple de la psychose, quand ils viennent de vivre un événement comme ça, t’sais, veut-veut pas là, ils sont « affectés ». Pis t’sais, la vie normale, elle revient pas toute seule. C’est tout un

apprentissage des fois à refaire. Pis ils ont le droit de vivre normalement aussi. Ils ont le droit d'avoir une job, ils ont le droit d'avoir un appart', ils ont le droit de, un peu comme nous autres là, t'sais, qui avons un cerveau peut-être moins vulnérable, qu'on peut dire. Parce que quand t'as une maladie mentale, ton cerveau, je crois qu'il est plus vulnérable aux répercussions (Chloé, intervenante, Montréal, 24 septembre 2021).

Lors des entrevues, j'ai rafraîchi la mémoire des intervenant.e.s en leur donnant une définition de l'approche du rétablissement, celle que je donne dans le prochain paragraphe, et leur ai demandé leur opinion à son sujet. Ces propos de Chloé nous informent sur sa conception de ce qu'est le rétablissement en ressource d'hébergement intermédiaire. Il n'est pas question d'éliminer la maladie, mais bien d'apprendre à vivre avec. Le rôle des intervenant.e.s est d'apporter un soutien aux usager.ère.s afin qu'ils et elles soient en mesure d'amorcer un mode de vie équilibré suite à un événement traumatisant comme une psychose.

La philosophie du rétablissement est prônée par le gouvernement du Québec dans les soins en santé mentale. Elle appelle à se concentrer sur l'expérience singulière des personnes afin de rendre possible pour elles d'amorcer un chemin satisfaisant en reprenant le contrôle de leur vie (Corin, 2002; MSSS, 2015; Myers, 2016). L'objectif de cette orientation est de déplacer l'attention accordée à l'intervention auparavant à la maladie et ses inconvénients selon l'approche biomédicale (Pilgrim, 2008), pour plutôt se centrer sur le potentiel de l'individu et sur son rôle dans le processus de guérison afin de susciter de l'espoir (Corin, 2002; Hopper, 2007; Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015; MSSS, 2015). Cette philosophie est appliquée par un réseau de collaborateur.rice.s, provenant des secteurs privés, publics et communautaires, en santé mentale ou non, afin d'offrir des services complémentaires aux usager.ère.s (MSSS, 2015). Elle vise à diminuer les symptômes en lien avec la maladie afin d'assurer un retour dans la communauté pour une vie semblable à avant la maladie ou mieux encore (Myers, 2015). Le rétablissement n'est pas considéré comme un

processus linéaire, en raison de l'alternance entre des moments de stagnation, de recul et d'avancées (MSSS, 2015). Il peut être considéré comme complémentaire à l'approche biomédicale, particulièrement la psychopharmacologie, qui est utilisée dans la réduction des symptômes par la prise de médicaments (Murray, 2015; Noordsy et al., 2002).

Or cette approche donnerait lieu à une variété de pratiques d'une ressource à l'autre, voire d'un.e intervenant.e à l'autre, avec des résultats inégaux. En effet, lors de notre conversation, tout comme avec Chloé, j'ai présenté cette définition du rétablissement à Francis et il m'a indiqué que l'interprétation variait entre les ressources d'hébergement ainsi que son application :

Francis : Je pense qu'on ne peut pas être en désaccord [avec les principes du rétablissement], après, c'est l'appliqué dans la vraie vie qui peut être compliqué.

[...]

Gabrielle : Est-ce que tu crois que c'est interprété de façon différente selon les intervenants ou selon les endroits dans lesquels t'as travaillé ?

Francis : Probablement, dans le sens que t'sais, tous les endroits vont l'interpréter d'une façon pour que ça fit avec leur façon de fonctionner, probablement. Pis, après, t'sais, il y en a peut-être qui disent faire du rétablissement, mais dans le fond, ils font d'autres choses sans s'en rendre compte aussi, là. Après, il y a aussi ce que l'organisme au sens large dit de cette philosophie pis ce qui se passe sur le terrain. Effectivement, je pense que même si l'organisme dit qu'il fait du rétablissement, est-ce qu'il y a du rétablissement partout ? Non. T'sais, comme, il y a des ressources, comme je te dis, c'est des personnes âgées qui étaient là pis elles attendaient pis elles étaient dans leurs petites routines. Pis leurs petites routines, c'était comme, dormir, se lever, manger, elles retournaient se coucher, elles revenaient prendre leur collation, elles retournaient se coucher. Ça ressemble pas à du rétablissement pour moi, t'sais, on essaye pas de les stimuler, on essaye pas de : « Qu'est-

ce tu veux faire ? Tu veux faire quelque chose ? » mais c'était dans un organisme qui faisait du rétablissement, fait que c'était techniquement la philosophie de la ressource aussi. Fait que, c'est un peu ce que je te disais, c'est un peu le « reality check » dans le fond (Francis, intervenant, Montréal, 7 novembre 2021).

Ce que rapporte Francis va dans le même sens de plusieurs critiques existantes sur le rétablissement et son application. Ses principes sont ambigus et laissent beaucoup de place à l'interprétation (Hopper, 2007; Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015; C. H. Maylea, 2017; Poirel et al., 2015) en plus d'être difficilement transposables dans la pratique en raison d'une théorie laborieuse (Hopper, 2007; Myers, 2016). Il faut ajouter à cela la lourdeur bureaucratique (Hopper, 2007) et le manque d'investissement financier de la part du gouvernement (Myers, 2016) qui ont grandement ralenti les changements structurels nécessaires à sa mise en place. La classe n'est par ailleurs pas mentionnée comme facteurs d'influence dans l'intégration à la communauté ni le manque de biens matériels, malgré le fait que la pauvreté marque souvent la vie des personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères (Hopper, 2007). Plutôt que de se concentrer sur le rétablissement comme un parcours singulier, comme ses principes le laissent entendre, celui-ci se concentre plutôt dans la pratique sur la seule réduction des symptômes (Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015). Par ailleurs, bien que l'approche du rétablissement devait marquer un tournant et remplacer l'approche biomédicale, les intervenant.e.s continuent de faire face à ce dernier modèle de façon prédominante dans le domaine de la santé mentale (Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015). Ce point est particulièrement important, puisqu'il réfute l'hypothèse selon laquelle le déplacement des traitements dans la communauté rendrait nécessairement les pratiques moins biomédicales (Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015).

Certain.e.s soutiennent que les caractéristiques principales du rétablissement (choix, cheminement personnel, etc) sont incompatibles avec les traitements coercitifs (Morgan et Felton,

2013 dans Maylea, 2017), pourtant toujours centraux dans le domaine de la santé mentale. Pour Pilgrim (2008), certaines compréhensions de ce modèle, plus éloignées du biomédical, sont opposées aux traitements involontaires.

Ces critiques rejoignent ce que Francis exprimait précédemment : plusieurs interprétations cohabitent et il peut donc exister un décalage entre le discours prôné par la ressource d'hébergement et l'application du modèle d'intervention. Comme l'intervenant le précise, certains lieux auraient besoin d'un « *reality check* ».

D'autres critiques au sujet du modèle du rétablissement ont émergé dans la littérature au sujet de son application. Il semblerait que cette approche, lorsque mobilisée dans la construction du futur des usager.ère.s selon la représentation des intervenant.e.s, soit interprétée de telle manière à privilégier une voie dominante, celle d'une intégration normative.

2.1.1 La voie dominante et la stigmatisation

Gabrielle : Quels types de projets [d'avenir] sont le plus souvent proposés [aux usager.ère.s] ?

Francis : Mais souvent, c'était genre, partir en appartement, c'était généralement : « Tu veux aller en appartement supervisé ? » « Ouais, OK ! » Pis sinon, c'était le retour sur le marché du travail pis le retour à l'école, c'est les trois projets... Ben souvent, c'est ça qu'ils demandaient. T'sais, eux-autres sont comme : « Je veux être normal, fait que je veux avoir mon appart', je veux comme, aller travailler pis je veux aller à l'école pour faire des études, avoir tel truc... » Fait que, c'était pas mal souvent là-dessus qu'on s'enlignait. Souvent, c'était la position avec la première étape, comme avoir son appart' là, dans le sens que des fois, ils étaient tannés d'être avec neuf coloc, qui en a un qui hurle pendant la nuit (Francis, intervenant, Montréal, 7 novembre 2021).

Suivant le modèle du rétablissement, les usager.ère.s sont encouragé.e.s à avoir des projets de vie. Comme le souligne Francis précédemment, il semble que cela se traduit dans la pratique par la formulation d'un plus gros projet, comme partir en appartement, qui sera divisé en petites étapes, comme l'explique Chloé, en prenant l'exemple du budget et du ménage :

Gabrielle : Qu'est-ce qui devrait être priorisé lors de la planification de l'avenir ? Et comment est-ce que c'est décidé ?

Chloé : Tout va selon l'usager. T'sais, si lui, il décide qu'il a envie de rien travailler, on va essayer d'aller cibler des petites difficultés. T'sais, par exemple, il sait qu'il s'en ira pas en appart' là. [L'intervenant dit] : « OK, ben mettons, t'aimerais-tu ça apprendre à cuisiner ou essayer une nouvelle recette ? ». [L'usager.ère répond] : « Ah oui, ça, j'aimerais ça ! »

Gabrielle : Ce qui devrait lui plaire ?

Chloé : Mais c'est ça ! Ça va aller vraiment selon l'usager. Qu'est ce que lui a envie de travailler ? Fait que t'sais, des fois ça va être : « Ben écoute, j'ai envie d'aller en appart', mais j'ai de la misère à faire un budget. » « Ben parfait, moi je vais t'aider à faire ton budget. » T'sais, c'est vraiment orienté selon lui. Pis t'sais, des fois on peut cibler : « Montre-moi donc comment tu ranges ta chambre. Comment tu fais le ménage ? Ou même laver une salle de bain. » C'est là que tu te rends compte que les gens ne savent pas nécessairement quels produits utiliser. Le *Windex*, ça ne sert pas à laver un bain [rire] (Chloé, intervenante, Montréal, 24 septembre 2021).

L'exemple du *Windex* donné par Chloé est cocasse et familier à la fois, puisque c'est une situation que j'ai vécue à de nombreuses reprises lorsque j'étais intervenante. Cette expérience partagée témoigne en quelque sorte de la pratique de l'établissement de certains petits objectifs

seront ciblés soit par l'utilisateur.rice, soit par l'intervenant.e afin de concrétiser leurs projets plus larges. Selon tou.te.s les intervenant.e.s interviewé.e.s, le choix du programme revient à l'usager.ère et l'intervenant.e doit l'appuyer dans ses démarches. Il peut arriver que les projets soient irréalistes selon certain.e.s intervenant.e.s, comme l'achat d'une voiture de luxe à partir de revenus de l'aide sociale, et il leur revient alors de travailler de concert avec la personne afin de trouver une alternative plus pragmatique. Il y a aussi une attention importante accordée à l'intégration à la communauté en passant par l'acquisition de nouveaux champs d'intérêt ou passions, d'un emploi à l'insertion dans des groupes dans lesquels ils et elles pourront être bien (Davidson et al., 2008).

Ce qui a émergé, lors des entrevues, est que, non seulement les usager.ère.s désireraient bâtir des projets de vie qui se basent sur une perspective normative de la « bonne vie », mais également, que les intervenant.e.s les encouragent vers cette voie. En se basant sur une préconception de ce qu'est l'intégration sociale, des pressions seraient exercées sur les personnes afin de les pousser à assumer un rôle dans la société qui favoriserait leur insertion (Poirel et al., 2015). Ces pratiques d'intervention se situeraient en prolongation des institutions et serviraient de transmetteur des normes et des valeurs prônées par celles-ci (Duval et Fontaine, 2000). Elles se baseraient sur la conception nord-américaine de ce qu'est la « bonne vie », soit de posséder un emploi, une maison ou un logement et des relations significatives (Berlant, 2011; Myers, 2016).

Bien que chaque intervenant.e assurait prendre en considération les chemins alternatifs à la voie dominante, peu étaient en mesure de me donner des exemples concrets de ces chemins, un élément qui sera discuté dans le prochain chapitre. La majorité des conversations au sujet des projets de vie des usager.ère.s tournaient donc autour des thèmes de la « bonne vie ». C'est ce que disait Francis : les trois projets de vie les plus demandés étaient un retour à l'école, l'accès au marché du travail et l'acquisition d'un logement. Ce ne sont donc pas seulement les intervenant.e.s

et les équipes traitantes qui insistent pour que les usager.ère.s suivent cette voie, c'est aussi un désir que ces dernier.ère.s éprouvent. Bien que je ne puisse pas vérifier auprès des utilisateur.rice.s, il est fort probable qu'ils et elles soient influencé.e.s par le modèle dominant de l'intégration.

L'accès à un travail rémunéré est un point particulièrement important dans les interventions auprès des usager.ère.s des ressources d'hébergement (Myers, 2010; Poirel et al., 2015, 2016), principalement puisqu'il permet l'acquisition de biens matériels et d'un logement qui sont des marqueurs identitaires importants de la vie d'adulte au sein de notre société (Myers, 2016), et qu'une proportion des personnes ayant des problèmes de santé mentale n'occupent pas d'emploi (Cook, 2006; Laflamme, 2017). La position de Francis rejoint celle de Jeanne et Chloé :

Gabrielle : Quelle devrait être la place d'un emploi rémunéré dans la vie d'un usager ?

Francis : S'il est capable, moi, je pense qu'il devrait. T'sais, je veux dire, c'est tellement important l'emploi dans la société, là. C'est souvent tellement identitaire aussi. Ça peut l'aider à se sentir comme faisant plus partie de la société pis à plus s'intégrer. On s'entend aussi, au niveau socialisation pis tout ça, c'est parfait. Je veux dire, pour croiser des gens, discuter, se faire des nouveaux amis et se créer un réseau, c'est comme, il faut partir de quelque part pis l'emploi, c'est un tremplin malade. Ça va faire sa routine, pis t'sais, souvent la job, c'est positif (Francis, intervenant, Montréal, 7 novembre 2021).

L'emploi peut être un réel facteur facilitant l'intégration et, comme le fait remarquer Francis, permet de créer des relations interpersonnelles (Myers, 2015). Il s'agit donc d'un point central dans le traitement (Davidson et al., 2008). Il peut permettre aux personnes ayant des problèmes de santé mentale de combler un besoin de se sentir utile et de contribuer à la société

(Poirel et al., 2015, 2016), tout en permettant de se rapprocher de ce qui constitue la « bonne vie », d'un point de vue dominant (Myers, 2015).

Pour Poirel et al. (2015), il y aurait une propension vers une homogénéisation de ce que devrait être l'intégration sociale réussie, ce qui aurait pour effet de rendre difficile la sortie de la stigmatisation. Toujours selon les auteur.e.s, les chemins sont réduits à deux : le premier est de se ranger du côté des « normaux », ce qui implique d'agir comme eux, ou encore, d'aller vers une alternative, ce qui représente un défi, car faire reconnaître cette posture comme étant légitime ne va pas de soi. Or, peu importe la décision prise quant à suivre l'une ou l'autre de ces voies, la personne court le risque de faire face à de la stigmatisation.

Selon Goffman (1975), lorsqu'il y a présence d'un certain attribut chez un individu, les personnes ont tendance à présupposer de son caractère, ce qu'il appelle « identité sociale virtuelle », qui est différente de son « identité sociale réelle » qui représente sa vraie personne. Ainsi, en raison de la présence de cet attribut, le caractère de la personne peut passer d'ordinaire à mauvais, dangereux et vicié (Goffman, 1975, p. 12). Toujours selon l'auteur, il existe une relation entre les stéréotypes et l'attribut. Par ailleurs, la stigmatisation se traduit en termes de relations, puisque ce n'est pas l'attribut qui stigmatise, mais bien la perception du caractère de la personne par d'autres selon la présence de cet attribut. Il y a donc un processus de déshumanisation, qui permet de justifier la mise en marge de certains individus, car ils diffèrent des normes imposées par les « normaux ». Le stigma est un construit social et c'est le contexte social qui dicte quels attributs sont à dévaloriser (Yang et al., 2007)

Yang et al. (2007) ajoutent l'expérience morale (*moral experience*) qui « *refers to that register of everyday life and practical engagement that defines what matters most for ordinary men and women* » (Yang et al., 2007, p. 1528) à la définition de la stigmatisation. Selon les auteurs, le stigma est une question morale qui met en péril ce que les personnes visées chérissent le plus, mais

est aussi une réponse à la perception d'une menace ou d'un danger par rapport à ce que les autres veulent préserver. De cette façon, lorsqu'il y a un risque de perte d'un élément précieux, il pourrait y avoir une réponse par la stigmatisation, ce qui pousse à la discrimination et à la marginalisation de la menace perçue. La discrimination inclut celle de nature structurelle, c'est-à-dire celle pratiquée par les institutions envers des groupes stigmatisés.

Dans le domaine des problèmes de santé mentale, la stigmatisation apparaît de nombreuses façons. Les normes de la « bonne vie » s'entremêlent avec les valeurs fondamentales nord-américaines que sont la tolérance, l'égalité d'opportunités et l'initiative individuelle, tout cela faisant en sorte que ceux et celles qui les enfreignent se voient moralement puni.e.s (Jenkins et Carpenter-Song, 2008; Yang et al., 2007). Ces personnes deviennent les « autres » et seront dépeintes comme moralement mauvaises. Par exemple, les individus sans emploi et bénéficiant de l'aide sociale sont souvent perçus comme des « profiteurs » (Jenkins et Carpenter-Song, 2008; Yang et al., 2007).

Malgré un rétablissement et une réinsertion sociale, la stigmatisation en lien avec les problèmes de santé mentale peut persister (Jenkins et Carpenter-Song, 2008). Dans leur ethnographie, Jenkins et Carpenter-Song (2008) expliquent comment les personnes avec des problèmes de santé mentale, à la suite de leur rétablissement, développent des stratégies pour éviter la stigmatisation en milieu de travail, que ce soit d'essayer de passer pour « normales », par l'humour, par l'éducation sur la santé mentale ou en reproduisant le stigma. Les auteur.e.s expliquent ce phénomène en expliquant que, dans le contexte nord-américain, le soi et la personnalité sont intrinsèquement liés à un esprit et à un corps intact et quiconque déroge de ce postulat n'est pas perçu comme pleinement humain (Jenkins et Carpenter-Song, 2008, p. 402). De plus, dans le cas de la schizophrénie, l'accent n'est pas sur la maladie, mais sur les comportements.

Comme Goffman, les auteur.e.s y voient une relation entre l'attribut et les stéréotypes, puisqu'un lien est souvent fait entre la maladie et les comportements violents ou imprévisibles.

Pour Poirel et al. (2015, 2016), le sentiment d'utilité qu'apporte l'entrée sur le marché du travail, teinté de valeurs fondamentales à la société nord-américaine, peut devenir un piège. Comme pour les autres intervenant.e.s, j'ai fourni la définition du rétablissement à William afin de lui demander son opinion à son sujet. Celui-ci s'est montré critique envers elle, exprimant que cette approche peut mener à rattacher la valeur d'une personne à la façon dont elle « contribue » à la société :

Ce que j'entends aussi de cette définition-là [du rétablissement], c'est qu'il y a un gros volet de réhabilitation sans nommer réhabilitation. T'sais, comme de ramener cette personne-là dans la société. Aussi, ce que j'aime pas là-dedans, c'est qu'à mettons, je vais faire un parallèle, dans la société, la valeur d'un individu se rattache beaucoup trop souvent à qu'est-ce qu'elle peut apporter à la société. Tu vas être un fardeau ou tu vas contribuer ? Pis j'ai l'impression que malheureusement, dès le départ, ça impose cette étiquette-là à des gens qui ont des troubles de santé mentale de justement dire : « Bon, tu n'es plus vraiment utile à la société en ce moment. Tu deviens un fardeau. Il faut s'occuper de toi. Pis, l'objectif, c'est de te rendre à nouveau utile dans la société. » Je trouve ça très dommage (William, intervenant, Montréal, 8 octobre 2021).

Ce que dit William au sujet de la définition du rétablissement résume assez bien le problème de la nécessité d'être utile à la société. Pour Poirel et al. (2015, 2016), ce fait est en lien avec la stigmatisation et la difficulté d'atteindre certaines normes, ce qui résulte d'un manque de reconnaissance des chemins alternatifs. Par exemple, bien que le bénévolat puisse être perçu positivement, il ne reçoit pas la même validation que l'emploi. D'après les entrevues que j'ai

effectuées, le bénévolat semble être une alternative satisfaisante lorsque les usager.ère.s n'ont pas la possibilité de travailler.

Il est important d'ajouter que tou.te.s les intervenant.e.s avec qui je me suis entretenue reconnaissent les effets de la stigmatisation. Plusieurs expliquent comment les préjugés heurtent l'intégration à la société pour les usager.ère.s et comment la stigmatisation leur met des barrières dans les roues dans l'accomplissement de leurs objectifs. De plus, la majorité m'a expliqué comment ils et elles conçoivent la contribution à la société comme étant personnelle :

Ce que j'entends souvent des gens qui sont sans domicile fixe ou qui ont côtoyé des gens sans domicile fixe. Il y a un échange qui se fait simplement à travers des discussions. Quand tu prends le temps de t'arrêter pis d'écouter ces personnes-là, pas nécessairement toutes hors de tout doute-là, mais à mettons, une grande majorité d'entre eux. Les histoires qu'ils ont à te raconter, la richesse, souvent, c'est des gens qui ont une sagesse. Pis je trouve que ça, c'est une contribution parce que juste à mettons, t'arrêter [pour] avoir une discussion avec cette personne-là pis de boire un café avec, tu vas apprendre plein d'affaires. La personne contribue, t'sais. Elle contribue à : on se pose des questions différentes, on a un point de vue différent qu'on n'avait jamais vu avant (William, intervenant, Montréal, 8 octobre 2021).

Ainsi, d'après les intervenant.e.s, plusieurs usager.ère.s désireraient s'engager dans la voie dominante et, bien que les intervenant.e.s affirment reconnaître l'importance de contribuer à la société de façon personnelle, ils et elles les encouragent dans cette direction pour leur intégration sociale. Pour eux et elles, l'emploi n'est pas une obligation, mais est fortement encouragé lorsqu'il est possible, tout comme l'accès à un appartement ou un retour à l'école. Malgré la persistance de la stigmatisation après un rétablissement et une réinsertion sociale, comme le suggèrent les études

présentées précédemment, l'atteinte des normes de la bonne vie pourrait néanmoins faciliter l'intégration à la société selon les intervenant.e.s.

2.1.2 La question du choix

Dans la définition que j'ai donnée du rétablissement, il y avait un certain accent mis sur l'espoir. Pour plusieurs raisons, entre autres pour se départir du passé de la psychiatrie, mais également afin de permettre d'imaginer un futur sans être confiné à un seul rôle, soit celui d'être une personne malade, puisque, comme l'a indiqué (Estroff, 1985), la « *crazy identity* » est une construction sociale (Davidson et al., 2008). L'espoir est une notion complexe qui se base sur les capacités de l'imagination et sur une impression de progression temporelle, soit vers un futur meilleur ou, du moins, qui apporte du changement tout en apportant des incertitudes (Pine, 2014, p. 96). Celui-ci peut néanmoins facilement basculer vers son opposé, soit le désespoir, lorsqu'il est absent ou si les attentes sont plus grandes que ce que la vie peut offrir (Pine, 2014; Throop, 2012). C'est donc, comme on l'a vu, une notion importante lors de la création de projets de vie puisqu'elle permet de se projeter dans l'avenir. Or, si les intervenant.e.s insistent sur le fait que les décisions quant à l'avenir sont personnelles, ils et elles encouragent néanmoins leur clientèle à suivre une voie précise, celle dominante, et il y a peu de reconnaissance envers les alternatives. Or, cette réduction des chemins à poursuivre fait en sorte que les usager.ère.s sont poussés à faire les « bons » choix, sans quoi ils et elles seront blâmé.e.s en cas d'échec. Cette situation s'inscrit dans un contexte plus large, celui de la responsabilisation sous le néolibéralisme. La mobilisation de ce concept a été grandement critiquée, car il s'agit d'une notion tout-usage (Graeber, 2009; Rose et Lentzos, 2017) souvent utilisée dans les critiques en sciences sociales (Rose et Lentzos, 2017). Rose et Lentzos (2017) perçoivent ce concept comme totalisant et pouvant amoindrir les

complexités d'une analyse. Toutefois, en raison de la place qu'il occupe dans les discussions sur les stratégies de la résilience et de la responsabilisation utilisées par l'État (Bottrell, 2013; Joseph, 2013; Rose et Lentzos, 2017), il demeure un terme pertinent. Selon Graeber (2009), le néolibéralisme réfère à une idéologie dominante exportée par les États-Unis dans le but d'imposer leur modèle économique et social sur le monde. C'est une théorie économique et politique (Graeber, 2009) selon laquelle l'État prend du recul afin d'encourager la liberté individuelle en privilégiant la logique des entreprises privées (Graeber, 2009; Joseph, 2013) et les initiatives individuelles (Joseph, 2013). En d'autres mots, l'approche du néolibéralisme encourage l'idée selon laquelle les individus devraient être bien préparés à prendre leurs responsabilités face à leur situation économique et leur bien-être (Joseph, 2013). Les sujets néolibéraux sont encouragés à être des citoyen.ne.s actif.ve.s et responsables de leurs choix (Joseph, 2013), qui se doivent de poser leur propre jugement afin d'attacher une valeur personnelle à l'option choisie (Mol, 2008). Ainsi, les individus devraient être en mesure d'être le plus rationnels possibles (Myers, 2015). Au premier abord, cette question du choix semble positive, puisqu'elle met de l'avant l'autonomie individuelle et semble offrir des opportunités égales à tou.te.s (Mol, 2008). Toutefois, dans cette situation, l'État n'a pas à assumer ses responsabilités face à ses citoyen.e.s, puisque c'est à eux et elles qu'il revient de s'adapter et de faire les choix les plus réfléchis (Joseph, 2013). En se concentrant sur des stratégies de résilience et de responsabilité, cette approche ignore les inégalités structurelles, préférant se concentrer sur l'individu plutôt que sur la communauté. Dans cet environnement, le citoyen.ne idéal.e devient celui qui ne prend pas de risques et adopte un mode de vie sain pour ne pas être un fardeau pour l'État (Bottrell, 2013). Suivant cette logique, si une personne échoue à être résiliente, c'est elle qui en est responsable (Rose et Lentzos, 2017).

Le rétablissement a été critiqué pour sa participation à la logique du choix ; les usager.ère.s doivent prendre les « bonnes » décisions, soit choisir de prendre leur médication et de travailler

fort afin de réussir (Myers, 2015). S'ils et elles échouent, c'est de leur faute puisqu'ils et elles n'auront pas choisi les bonnes options (C. H. Maylea, 2017; Myers, 2010). À la suite de son ethnographie sur la ressource *Horizon*, Myers (2015) en a conclu que la rétablissement tel qu'il y était appliqué mènes droit à l'échec (Myers, 2015, p. 156), car, en réalité, ces choix sont impossibles à réaliser. À l'intérieur des ressources en santé mentale, les utilisateur.rice.s ne sont pas perçu.e.s comme étant des adultes à valeur égale et dignes de relations (Myers, 2015) et à l'extérieur, ils et elles font face à de la stigmatisation et aux inégalités structurelles.

Pour Bottrell (2013), le fait que les individus soient poussés à prendre les bonnes décisions en étant responsables et résilients envoie un message de conformité et de choix limités. Toutefois, un certain espoir est entretenu sur le nombre d'options disponibles et sur leur caractère atteignable, ignorant les inégalités structurelles. Alimenter cet espoir peut être conçu comme relevant de ce que Berlant (2011) appelle l'optimisme cruel. Selon l'auteure, une relation d'optimisme cruel existe lorsque l'objet d'attachement fait obstacle à l'épanouissement de l'individu. Ce ne sont pas toutes les relations optimistes qui sont cruelles, mais elles le deviennent à partir du moment où l'objet d'attachement devient une contrainte face à l'objectif qui était celui qui a motivé la personne au départ (Berlant, 2011, p. 1). Ce rapport peut être entretenu avec divers éléments comme de la nourriture ou encore, avec le contenu de ce qui constitue la « bonne vie » d'un point de vue dominant.

Ce type de relation avec les éléments de la « bonne vie » donne l'impression que la méritocratie, l'équité sociale et politique, la sécurité d'emploi et la mobilité sociale sont relativement faciles d'accès. Selon Hage (2003), la société capitaliste homogénéise le contenu idéologique de l'espoir afin que ces principes issus de la vision dominante de la « bonne vie » prédominent et donne ensuite l'impression qu'une mobilité sociale est possible, puisqu'il y a souvent des histoires à ce propos qui circulent. Dans les faits, sous le régime capitaliste, il y a plutôt

une reproduction intergénérationnelle de la classe sociale (Hage, 2003). Pourtant, ce qui est insinué lorsque les usager.ère.s veulent et sont encouragé.e.s à suivre la voie dominante est que la méritocratie et la mobilité sociale sont réelles et qu'ils et elles pourront atteindre leurs objectifs, moyennant quelques efforts. Cette conceptualisation occulte la réalité, ne laissant pas apparaître les obstacles auxquels pourraient faire face les utilisateur.rice.s. Par exemple, les effets secondaires des médicaments peuvent constituer un obstacle de taille quant à la création de relations significatives (Estroff, 1985) ainsi que les symptômes des maladies chroniques qui peuvent constituer des contraintes (Corbière et al., 2006).

Le désir des usager.ère.s de vivre une vie selon les normes dominantes ainsi que l'encouragement et l'aide que fournissent les intervenant.e.s dans l'atteinte de cette voie font donc en sorte qu'ils et elles s'engagent dans une relation de cruel optimisme avec ce cheminement. Ce faisant, plusieurs utilisateur.rice.s se lient d'une relation de cruel optimisme avec les éléments de la conception dominante de la « bonne vie » et lorsqu'ils et elles échouent à les atteindre, c'est eux et elles qui sont désigné.e.s comme étant la cause. Comme le souligne Mol (2008), la question du choix est donc associée à la culpabilité. Si une personne a fait ce choix et qu'elle le regrette, c'est bien dommage, mais c'est elle qui l'a effectué.

Or, malgré la centralité de la voie dominante dans l'intégration sociale des usager.ère.s, les intervenant.e.s sont conscient.e.s que ce chemin ne peut être présenté comme un choix équivalent à tou.te.s. C'est pourquoi ils et elles tentent de déterminer si les usager.ère.s ont le « potentiel » requis pour vivre une vie selon les normes dominantes.

2.1.3 L'intégration et l'importance du « potentiel »

Dans la vraie vie, il faut que la personne comprenne aussi c'est quoi ses faiblesses pis si elle comprend pas, ses objectifs sont irréalistes. Je veux bien faire du rétablissement, mais si c'est pas réaliste, c'est comme mentir à la personne. T'sais, c'est cool de dire « Ok, t'as un objectif à long terme », mais t'sais, des fois, t'es comme : « Ouin, il sera jamais capable, en tout cas, pas avec ce qu'il a en ce moment. » Pis, c'est là que c'est comme compliqué : « Ok, mais est-ce qu'il aurait le potentiel ? » Une histoire de savoir qui a du potentiel pis tout ça. Des fois, ça paraît pas. Il y a comme du potentiel que t'as pas vu que la personne a. Il y a des histoires de personnes que t'as regardées, [par exemple] cette personne-là, elle a pas de potentiel ; elle passe ses journées allongée, elle dort pis elle fait rien. Pis là, à un moment donné, paf ! Un changement de psychiatre qui change les médicaments pis là, la personne devient hyper énergique pis elle commence à faire plein de projets. Fait que t'sais, c'est pour ça que je suis un peu réticent à dire que la personne n'a pas de potentiel. Des fois, c'est juste qu'il y a une circonstance extérieure qui vient comme empêcher ou je sais pas (Francis, intervenant, Montréal, 7 novembre 2021).

Lorsque j'étais intervenante, dans le but de cibler les objectifs que devraient établir les utilisateur.ice.s des ressources, l'une des pratique de travail appliquée par les employé.e.s étaient de déceler leurs forces et leurs faiblesses. Dans cette routine, il pouvait arriver que certain.e.s usager.ère.s soient référé.e.s en termes de « potentiel ». C'était souvent ceux et celles envers qui les attentes en termes d'intégration étaient les plus élevées. Cette pratique semble assez répandue, puisque, dans cette citation, Francis expose l'importance de reconnaître le « potentiel » des usager.ère.s pour la construction de leur futur. Il est important de comprendre ce à quoi se rapporte le « potentiel ». À première vue, celui-ci semble tourner autour des forces et des faiblesses des individus, ce qui n'est pas négatif en soi. Or, à partir de mes échanges avec les participant.e.s à ma recherche, il semblerait que, dans ce contexte, le « potentiel » soit rattaché à la capacité d'une

personne d'atteindre la « bonne vie » selon une conception dominante. En effet, il semble être un indicateur sur une échelle afin de mesurer l'absence ou la présence de capacités à vivre une vie selon les normes dominantes. De fait, il peut donc changer selon différents facteurs, par exemple, le changement de médication mentionné par Francis. C'est pourquoi l'intervenant souligne l'importance de se montrer prudent avant d'étiqueter quelqu'un.e comme n'ayant pas de « potentiel ». Lorsque vient le moment d'évaluer la présence ou l'absence de « potentiel », Francis met l'accent sur l'importance d'identifier si un.e usager.ère est en mesure d'établir ou non un « cadre de vie » :

On travaillait beaucoup, c'était beaucoup, comme l'éducatif, là. On s'arrangeait pour voir s'ils étaient capables d'avoir un cadre de vie. On travaillait le cadre de vie, on travaillait un peu, t'sais, on essayait de mettre ça en lien avec leur objectif qu'ils se fixaient. Pis ce qu'ils voulaient souvent c'était : « Je veux juste une vie normale, là », fait qu'on s'arrangeait pour une vie « normale ». Ça marchait la plupart du temps, t'sais, pour vrai là, quand c'était le foyer avec les jeunes, t'sais, eux autres avaient, comme, un bon potentiel, là. C'est ça qui était cool, c'était plus motivant. C'est pour ça que j'aimais travailler là. T'sais, c'était moins « Bon, ben, OK. Il est là pis il hallucine des affaires pis quand il aura fini, ben, on va aller lui parler », t'sais. C'était moins ça, fait que c'était un peu plus stimulant aussi. Ils étaient conscients, t'sais, qu'ils étaient capables d'avoir des conversations intéressantes pis c'était stimulant être avec eux (Francis, intervenant, Montréal, 7 novembre 2021).

Dans ses propos, Francis explique l'importance d'évaluer les capacités des usager.ère.s à maintenir un cadre de vie, puisqu'il s'agit d'un point central selon lui afin d'éviter l'établissement d'objectifs irréalistes. Bien qu'il soit nécessaire de jauger les capacités d'un individu à atteindre ses objectifs, le potentiel, comme il le décrit, ne semble pas rattaché uniquement à ce genre de capacités. En effet, lorsque Francis met de l'avant que certaines personnes ont un « bon potentiel » afin d'atteindre une vie « normale » en faisant le parallèle avec d'autres qui « hallucine[nt] des affaires », il appose un jugement moral sur ce qu'est le « potentiel », c'est-à-dire qu'il est positif

lorsqu'il y a moins de symptômes. Avoir du « potentiel », signifie dès lors avoir les capacités nécessaires pour être en mesure d'atteindre une vie « normale » selon une vision dominante. En ce sens, les usager.ère.s doivent posséder certaines caractéristiques spécifiques, comme avoir peu ou pas de symptômes visibles, afin d'être caractérisé.e.s comme ayant du « potentiel ». L'intervenant semble évaluer le potentiel à partir d'une échelle des capacités à atteindre une vie « normale » selon une conception dominante. Cette pratique fait écho à mon expérience telle que racontée au début de cette section. L'expérience de Francis permet d'illustrer ce procédé qui semble répandue dans les milieux d'intervention comme en témoigne notre vécu partagé. L'ayant observée dans le cadre de mon ancien emploi, j'ai développé plusieurs réflexions à son sujet, devenant particulièrement critique face à cette pratique, car ce type de catégorisation apporte de nombreuses conséquences et peut s'avérer fataliste pour certain.e.s, comme le rapporte William :

Des fois, quelqu'un qui a des troubles de santé mentale, sévères on va dire, au meilleur de sa médication pis de toutes les services qu'il reçoit, va peut-être être dysfonctionnel, va jamais arriver à comme, se stabiliser entre guillemets, se réhabiliter pis je trouve que qu'est-ce qui est plate à mettons dans cette définition-là [du rétablissement], c'est que ça l'exclu. Je trouve ça très dommage à ce niveau-là. Pis, c'est malheureusement pas si rare que ça qu'il y a des gens qui vont tomber dans cette catégorie-là. Pis, à mettons, dans mon jargon de domaine, souvent, on va dire « La personne tombe dans un vide de service ». Par exemple, moi, j'interviens à [la ressource d'hébergement], je suis la dernière instance pour, selon la loi, réhabiliter cette personne-là pis la ramener dans la société. Pis si ça ne marche pas, on abandonne après, on abandonne cette personne-là, tire la plogue. On se dit « Bon, on a essayé assez d'affaires pis on a investi assez d'argent sur cette personne-là ». Malheureusement, c'est souvent ça, pis après ça, il va y avoir comme un certain vide de service. Souvent, ça va être comme, à mettons, un logement supervisé ou semi-supervisé et tout. Mais c'est comme, on laisse cette personne-là là, on s'en fout un peu de qu'est-ce qui

se passe avec elle, pis à un moment donné, elle va mourir pis après ça, on va passer à autre chose (William, intervenant, Montréal, 8 octobre 2021).

La notion de fonctionnalité à laquelle réfère William se rapporte à la catégorisation (fonctionnelle ou dysfonctionnelle) des personnes en mettant en lien leur niveau de fonctionnalité (autonome ou non) avec celui de leurs besoins (nombreux ou non) (Floersch, 2002). Une personne ayant de nombreux besoins n'est pas nécessairement dysfonctionnelle puisqu'ils se rapportent au nombre de tâches quotidiennes. L'établissement de ces catégories se fait à partir des perceptions et des connaissances de l'intervenant.e, puisqu'il n'existe pas d'outils diagnostiques pour le faire (Floersch, 2002). D'après Floersch (2002), le qualificatif « fonctionnel » étant l'équivalent d'être « *close to normal* » (Floersch, 2002, p. 187) alors qu'une personne qualifiée de dysfonctionnelle est très malade et a besoin d'assistance dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes. Bien que cette catégorisation puisse être un outil qui sauve du temps pour les intervenant.e.s (Floersch, 2002), elle tend à exclure lorsqu'elle est mise en rapport avec la réhabilitation selon une perspective dominante, comme le souligne William. En effet, les usager.ère.s qualifié.e.s de dysfonctionnel.le.s sont ceux et celles qui sont perçu.e.s comme n'ayant peu ou pas de potentiel et, de ce fait, ne voient pas leur espoir d'un meilleur avenir être autant cultivé que ceux et celles considéré.e.s comme étant fonctionnel.le.s. Ce point est mis de l'avant dans les propos de William lorsqu'il explique que ces personnes sont parfois abandonnées en raison du « vide de service », puisqu'il n'y a ni les ressources nécessaires pour les réhabiliter ni pour les inclure dans la société. Francis relève, pour sa part, le fait que lorsqu'un.e usager.ère est perçu.e comme n'ayant pas le « potentiel » nécessaire et qu'il ou elle devra vivre sur une longue période dans une ressource d'hébergement, il ou elle y est placé.e sans réelles intentions de s'investir auprès de lui ou elle :

J'ai l'impression que c'était pas tant abordé. T'sais pis, des fois il y en a comme, j'ai l'impression qu'il venait *parker* le monde [en ressource d'hébergement] en attendant puisque [l'équipe traitante] sait pas quoi faire avec. Fait que [les intervenant.e.s de la ressource d'hébergement] étai[ent] comme : « Ok... Il est là. C'est quoi son objectif ? » [L'équipe traitante répond] « Ben, il doit être tranquille » [les intervenat.e.s répondent] « Ok... » Pis là, au bout d'un moment, qu'est-ce que tu fais avec ? Ben ok, il est là, il est tranquille. C'est beau. Il a pas forcément d'objectifs (Francis, intervenant, Montréal. 7 novembre 2021).

Ce que dit Francis rejoint le point que mettait en lumière William, à savoir que certaines personnes font face à un abandon en raison de la perception d'une absence de « potentiel » chez les intervenant.e.s. Par ailleurs, comme l'ont indiqué William et Francis, la catégorisation selon la présence ou l'absence de potentiel d'un.e usager.ère semble être ancrée dans le système de santé et psychiatrique québécois et n'est pas effectuée uniquement par les intervenant.e.s. Ce point est particulièrement important, puisque les représentations des travailleur.euse.s de ce milieu en termes d'intégration sont produites à l'intérieur du cadre hégémonique de la construction du futur et les pratiques sont cohérentes avec elles. Les institutions de santé mentale au Québec encourageraient les intervenant.e.s à catégoriser les usager.ère.s selon la présence ou l'absence de potentiel, les poussant à appliquer ce procédé dans leur travail. Ce que je veux dire par « encourager » est que, puisque la voie normative de l'intégration est priorisée et que les outils et les ressources accessibles aux intervenant.e.s dans la construction de l'avenir, qui seront explicités dans la prochaine section, sont orientés vers cette voie, le milieu de l'intervention incite les travailleur.euse.s à pratiquer cette catégorisation, ces dernier.ère.s n'ayant que peu d'espace pour faire autrement. L'application de cette pratique, à son tour, contribue à maintenir ce cadre hégémonique, c'est-à-dire la voie dominante de l'intégration. Bien qu'ils et elles puissent mettre à exécution cette pratique, cela n'empêche pas les intervenant.e.s d'en être critiques comme William et Francis le sont.

Dans leurs études, Poirel et al. (2015, 2016) expliquent qu'il y a en fait trois visions de l'intégration partagées par les intervenant.e.s dont deux se rapportent aux normes dominantes. La première se base sur la préoccupation de soutenir les personnes afin qu'elles rejoignent le modèle du futur dominant, le travail salarié étant un objectif central de cette vision. La seconde démontre les limites de ce premier modèle sans toutefois le remettre en question. Il s'agit, selon ce second modèle, de mettre de l'avant des caractéristiques individuelles telles que la fragilité des personnes ayant des problèmes de santé mentale et l'importance de créer des espaces pour leur bien-être. Enfin, la dernière problématise la notion d'intégration et la compare avec d'autres visions afin de décentrer la voie dominante. D'après les entrevues que j'ai effectuées, les opinions au sujet de l'intégration ne sont pas aussi tranchées, ce qui est aussi ressorti des études de Poirel et al. (2015, 2016), les intervenant.e.s entretenant plusieurs visions à la fois selon le contexte. La deuxième vision semble tout de même être prédominante et est nuancée à l'aide de la troisième. En effet, les intervenant.e.s reconnaissent que le modèle dominant n'est pas à la portée de tou.te.s, mais plutôt que de le remettre en question, ils et elles mettent l'accent sur les limites et la fragilité des usager.ère.s :

T'sais, si c'est quelqu'un qui fait beaucoup de rechutes pis qui est pas nécessairement très stable, je pense pas que [l'emploi rémunéré] devrait l'être [un objectif], parce que le stress c'est un facteur de risque pour les récidives. Fait que s'il vit trop de stress, c'est pas nécessairement bien (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Ce que dit Jeanne au sujet de la place que devrait prendre l'emploi rémunéré dans la vie d'un usager.ère rejoint la position de plusieurs intervenant.e.s. Pour eux et elles, si une personne est particulièrement vulnérable face à certains facteurs comme le stress, elle ne devrait pas se diriger vers la voie dominante. Ainsi, si les intervenant.e.s perçoivent qu'il y a des limites avec le

modèle dominant, l'accent est mis plutôt sur les caractéristiques individuelles de la personne, comme la fragilité. Toutefois, cette position n'est pas aussi tranchée qu'elle n'y paraît puisque quelques intervenant.e.s, comme Chloé, reconnaissent que la société a une grande part de responsabilité face à l'inclusion des personnes ayant des problèmes de santé mentale :

En fait, je pense que ça serait à la société d'inclure ces personnes-là parce que déjà, elles se sentent sûrement déjà marginalisées, se sentent déjà mises à part. Elles se sentent déjà un peu... T'sais, en étant schizophrène, que t'entends des voix, ben clairement que tu dis ça à quelqu'un, il va te regarder comme en voulant dire « Ben là, t'entends-tu quelque chose en ce moment ? ». Fait que t'sais, ça devrait être à la société d'aider ces gens-là (Chloé, intervenante, Montréal, 24 septembre 2021).

Poirel et al. (2015, 2016) font une distinction entre l'inclusion et l'intégration : la première réfère à un effort de la part de la collectivité d'inclure les personnes marginalisées à la communauté, alors que la seconde se concentre sur l'individu et le travail qu'il doit effectuer afin d'être intégré à la population. Pour certains intervenant.e.s, comme Chloé et William, c'est à la communauté d'inclure les personnes en marge, mais pour les autres, l'effort doit venir des individus et de la collectivité. Or, malgré ces positions divergentes, l'intégration et l'inclusion se basent toutes deux sur la présence ou l'absence de « potentiel ». On se retrouve donc face au même problème : il y a une hiérarchisation des chemins offerts et ceux et celles qui n'empruntent pas la voie dominante risquent d'être marginalisé.e.s. Ainsi, il n'est pas suffisant pour la collectivité d'être inclusive, puisque le discours prédominant en est un de participation à la communauté telle qu'elle est présentement, ce qui inclut les normes prépondérantes actuellement (Poirer et al., 2015, 2016). Pour Poirel et al. (2015, 2016), une inclusion ainsi définie ne peut qu'être chimérique, car, selon les témoignages que leur équipe a reçu de la part de personnes ayant des problèmes de santé mentale,

une réelle insertion demanderait une altération du monde, c'est-à-dire des normes et des valeurs de manière à élargir le prisme de la reconnaissance des différentes expériences. Toutefois, il semblerait que l'état actuel de l'intervention sociale n'ait ni les outils, ni les ressources nécessaires pour effectuer cette transition.

2.2 Des ressources et des outils limités

Par exemple, souvent, [les usager.ère.s] sont sur l'aide sociale. L'aide sociale offre des programmes de retour à l'emploi, offre des primes et je pense que si tu retournes sur le marché du travail, ben t'as le droit à une prime, je pense, de 500 dollars, quelque chose comme ça, pour t'encourager à rester sur le marché du travail. Sinon... Les banques alimentaires ou en tout cas, les centres qui offrent de la nourriture. T'sais, je pense beaucoup à [ma région de travail], parce qu'il y a [dans cette région], je sais pas pourquoi, mais il y a beaucoup d'itinérance. Pis il y a beaucoup d'organismes humanitaires qui ont ouvert, là, pis souvent, ils vont fournir des repas, ils vont donner du linge, ils vont héberger des fois les sans-abri. Fait que t'sais, je pense qu'il y a quand même un service qui est là, mais il faut que [l'usager.ère] soit accompagné.e, faut qu'il soit guidé parce que t'sais, autrement t'as pas d'intervenants pour te le dire, comment ils vont le trouver ? Je sais pas. [...] À mettons quand qu'on cherche sur Internet, je vais le dire, il faut que tu saches quoi taper, là. Fait que t'sais, quelqu'un qui a pas d'intervenant pour le guider, je sais pas comment qu'il fait, pour vrai (Chloé, intervenante, Montréal, 24 septembre 2021).

Lorsqu'il est question de construire le futur, il est important d'observer les outils disponibles pour les personnes concernées. En effet, afin de comprendre comment le processus décisionnel fonctionne et donc, pourquoi certaines voies d'avenir sont privilégiées au détriment d'autres, il est nécessaire de comprendre le contexte dans le cadre duquel ce processus opère et les facteurs qui en influencent l'issue, dont ce à quoi réfère Chloé lorsqu'elle parle de « l'aide sociale

». Au Québec, les programmes d'aide sociale et de solidarité sociale allouent un montant d'argent aux personnes à faibles revenus, mais ne visent pas les mêmes catégories d'individus. En effet, l'aide sociale permet à des personnes ou à des familles de recevoir des prestations, mais elles n'ont pas de contraintes à l'emploi et l'objectif est l'intégration au marché du travail ou de favoriser la participation à la communauté. Or, ce n'est pas le programme destiné à la plupart des usager.ère.s de ressources d'hébergement en santé mentale ni celui auquel Chloé fait référence. En effet, le programme de la solidarité sociale est destiné aux personnes et aux familles qui présentent des contraintes sévères à l'emploi et la somme varie selon plusieurs critères, comme le type d'hébergement dans lequel elles résident et leurs revenus. Ces programmes sont souvent assimilés ensemble et peuvent être appelés par erreur le « bien-être social » (Gouvernement du Québec, 2022). Ainsi, lorsque les intervenant.e.s font référence à « l'aide sociale » dans cette thèse, il est question de la solidarité sociale, puisque c'est de cette façon qu'elle est nommée dans le langage courant.

En discutant avec les intervenant.e.s, il m'a semblé évident que ceux-ci et celles-ci n'ont pas toujours les ressources nécessaires pour aider les usager.ère.s. Ce sont souvent des outils externes à la ressource, comme l'indique Chloé. De plus, c'est à l'intervenant.e de trouver ces outils et, souvent, ils sont centrés sur un retour sur le marché de l'emploi. La situation que rapporte Chloé fait écho à celle à laquelle j'étais confrontée il y a quelques années. En effet, bien que la centralité que prenait l'emploi dans les projets de vie des usager.ère.s me préoccupait, je me rendais compte que les outils et les ressources auxquels nous (les intervenant.e.s) avions accès étaient restreints, difficiles à trouver et orientés vers le marché de l'emploi. Ce ne sont toutefois pas toutes les ressources intermédiaires qui fonctionnent de cette façon, puisque celle dans laquelle Francis a travaillé offrait des programmes en collaboration avec d'autres organismes :

Gabrielle : À quels outils ou ressources on accède les usagers lorsqu'ils planifient leur futur ?

Francis : Nous, on travaillait... J'ai oublié le nom des ressources.

Gabrielle : C'est pas grave, peux-tu dire à peu près c'est quoi ?

Francis : Il y avait des ateliers de travail, il y avait le cégep, il y avait l'école aux adultes. Il y avait des organismes de bénévolat du secteur, mais c'était toute dans [la région de la ressource]. Il y a des centres de crise avec qui on faisait affaire, mais ça c'était moins pour le rétablissement. Il y avait les organismes similaires, mais qui avaient d'autres appartements supervisés fait que, des organismes compétiteurs, là, qui se passaient les résidents des fois. C'était pas mal les organismes avec qui on faisait affaire par rapport à leurs projets qui sont dans l'avenir. Fait que c'est ça, c'est l'atelier de travail, l'organisme de bénévolat. Pis sinon, en tant que tel, mais t'sais, c'était les outils qu'on utilise, c'était comme les plans d'intervention pis on était très, un côté très éducatif là, comme on montrait vraiment comme le rôle d'éducateur dans le fond là. On était assis au quotidien pis activation comportementale (Francis, intervenant, Montréal, 7 novembre 2021).

Bien que toutes les ressources ne soient pas en collaboration avec l'hébergement, comme le Cégep, l'ancien lieu de travail de Francis semble offrir plusieurs supports pour les usager.ère.s, ce qui facilite le travail des intervenant.e.s. Encore une fois, il semble y avoir une inconsistance entre les ressources intermédiaires, puisque certaines offrent plus de support que d'autres. Pour Jeanne, les outils étaient particulièrement limités :

Ben t'sais, [les usager.ère.s] parlent à leur [travailleur.euse sociale], t'sais, on leur donne des pamphlets, on regarde sur Internet avec eux, mais t'sais, c'est très de base, là. Il y avait une ressource, là, c'était Carrefour jeunesse emploi, ça, ça avait l'air d'avoir ben du sens. Ça leur parlait d'un plan de vie. Fait que ça, je pense que ça fait du sens, mais à part

ça, je pense pas qu'il y en avait beaucoup. T'sais même pour se trouver un appartement, ben, il y a pas d'organisme spécial qui les aide à se trouver un appartement, ben en tout cas, que moi je connais. C'était plus comme : « On va regarder avec toi. » Pis ouais... Fait que, je pense que c'est plus notre aide. Ils ont pas vraiment de ressources de plus que ça (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Comme Chloé, Jeanne explique que c'est aux intervenant.e.s de trouver des outils adaptés aux usager.ère.s afin de les aider. Pourtant, comme le souligne Chloé, sans connaître les ressources, il peut être particulièrement ardu de les trouver. Le problème soulevé par Jeanne et Chloé est que les outils à leur disposition sont limités et difficiles à trouver, en plus d'être orientés sur un retour sur le marché de l'emploi, particulièrement lorsqu'ils sont fournis par l'État. Jeanne et William ont soulevé un autre problème : les services offerts aux adultes ayant des problèmes de santé mentale sont restreints :

Je crois que les outils sont pas les mêmes qui sont mis à la disposition des gens selon ils sont où dans leur vie. Le filet de service, pis le filet social, plus tu vieillis, plus il s'amincit jusqu'à temps que tu deviennes une personne âgée. Une personne âgée, pourquoi? Parce qu'une personne âgée c'est vue dans la société comme étant extrêmement vulnérable. Fait que, quand t'es enfant pis quand t'es vieux, comme à mettons 65 ans, 70 ans et plus, t'as des filets de services qui sont intéressants. Pis entre les deux, ça fait dur. Ça fait très pitié, malheureusement. [...] Je pense qu'à mettons, le vide de service est là, plus t'es jeune, plus t'as des services, plus t'es vieux, plus t'as des services. Mais pas entre les deux (William, intervenant, Montréal, 8 octobre 2021).

William et Jeanne ont tous les deux travaillé auprès de populations de différents âges et sont donc en mesure de comparer entre elles les diverses gammes de services qui leurs sont offerts. Ces intervenant.e.s m'ont donné des exemples dans lesquels des jeunes avaient accès facilement à

de nombreux programmes et ressources en santé mentale gratuitement alors que ces opportunités semblent être restreintes pour les adultes. L'intérêt n'est pas de critiquer les ressources à disposition des jeunes et des personnes âgées, mais bien de démontrer que les adultes ayant des problèmes de santé mentale n'ont pas accès à suffisamment d'outils pour bâtir se un futur satisfaisant et que les intervenant.e.s ne peuvent pas toujours offrir le soutien nécessaire en raison de cette situation.

Les outils dont disposent les intervenant.e.s sont limités, difficiles à trouver et souvent orientés vers le marché de l'emploi. En prenant en compte ce contexte, il est possible d'expliquer en partie le processus qui mène à privilégier la voie dominante dans la construction du futur des usager.ère.s. Dans leur article, Sneath et al. (2009) proposent le concept « *Technologies of the Imagination* » afin suggérer une autre manière de concevoir l'imagination. Selon les auteur.e.s, l'imagination serait un résultat plutôt qu'une condition. Elle ne serait pas déterminée par la combinaison de significations symboliques partagées culturellement, mais le résultat d'un processus précipité par les technologies. Par « technologie », les auteur.e.s font référence à un ensemble d'outils et de pratiques par le biais desquels l'imagination est activée comme des ampoules, de récits ou d'évènements narratifs.

Les auteur.e.s définissent donc l'imagination « *by its privation of determinacy* » (Castoriadis, 1987 dans Sneath et al., 2009, p. 24) de telle sorte qu'elle se démarque d'autres phénomènes humains, puisqu'elle ne peut pas être complètement conditionnée. En mobilisant ce concept des technologies de l'imagination en tant qu'outils et répertoires d'objets et de pratiques, il est possible d'avancer que le manque d'alternatives offertes aux usager.ère.s ne découle pas seulement d'un manque de ressources et de services, mais, plus largement, d'un ensemble de représentations qui façonnent la manière dont les intervenant.e.s perçoivent ces alternatives – soit des représentations qui sont elles-mêmes le produit des ressources et services existants. Si ces dernières demeurent utiles pour plusieurs personnes, il n'en reste pas moins qu'elle n'offre qu'un

éventail étroit de projets futurs, limitant ainsi l'imagination de cheminements alternatifs. Puisque les intervenant.e.s de ressources intermédiaires n'ont accès qu'à un nombre restreint d'outils, ils et elles n'en viennent à imaginer qu'un nombre restreint de projets futurs pour leur clientèle, principalement fondés selon les normes de la « bonne vie ».

De plus, j'estime que les conditions de travail difficiles des intervenant.e.s, telles que je les ai exposées dans le premier chapitre, sont aussi en cause pour cet éventail restreint de projets de vie. En effet, il peut être exigeant pour les intervenant.e.s de s'investir dans des projets en dehors du cadre dominant lorsqu'ils et elles sont épuisé.e.s et se sentent exploité.e.s et dévalorisé.e.s par leur employeur. Cette situation peut expliquer, en partie, pourquoi les chemins alternatifs à ceux dominants ne font non seulement pas partie des projets de vie proposés par les intervenant.e.s aux usager.ère.s, mais sont de surcroît perçus avec méfiance, les intervenant.e.s n'étant ni outillé.e.s ni suffisamment apprécié.e.s pour les accompagner vers cette voie.

2.2.1 La place des inégalités structurelles dans la construction du futur

La mise en lumière des technologies disponibles pour les intervenant.e.s dans leur accompagnement des usager.ère.s pour construire leur avenir, permet de comprendre le processus qui mène à privilégier la voie dominante au détriment de celles alternatives. Or, d'autres éléments expliquent ce phénomène, dont la façon dont sont prises en compte les inégalités structurelles dans la construction du futur.

Plusieurs auteur.e.s ont critiqué le domaine du travail social pour son absence de certains mouvements sociaux tels que *Black Lives Matters* (Baines, 2021; C. H. Maylea, 2017) et le mouvement *Moi Aussi* (*#Metoo*) (C. H. Maylea, 2017). Cette défaillance reflète plus largement son manque d'implication auprès de problèmes en lien avec la justice sociale. Bien évidemment,

cette généralisation ne s'applique pas à tous les intervenant.e.s, puisque plusieurs militent contre les inégalités structurelles ou en sont au moins conscient.e.s. Ces critiques concernent plutôt le milieu de l'intervention en général et sa difficulté à reconnaître les oppressions que vivent certaines populations et donc les difficultés qu'elles vivent comme étant de nature structurelles, et non individuelles. Pour Pease et Nipperess (2020), le travail social est en fait pris entre le maintien des normes sociétales et le besoin de confronter les structures. Selon Corley et Young (2018), la situation s'est améliorée depuis les années 1990, mais trop peu de progrès ont été effectués. Si plusieurs travailleur.euse.s sociaux contemporain.e.s comprennent les conséquences du racisme systémique, cette compréhension n'a pas radicalement transformé leur travail, cette dernière n'ayant pas mené aux développements de techniques d'intervention permettant de le remettre en question et de le combattre. Ces recherches vont dans le même sens que ce que j'ai remarqué lors de mes entretiens : plusieurs oppressions étaient reconnues et dénoncées, mais leur compréhension était limitée. Par exemple, la majorité des participant.e.s à ma recherche reconnaissait que le racisme systémique existe, mais certain.e.s croyaient que les problèmes en lien avec la pauvreté faisaient beaucoup plus obstacle au parcours des usager.ère.s. Pourtant, ces différentes facettes de l'oppression doivent être prises en considération, puisqu'elles renvoient à des oppressions spécifiques lorsqu'elles sont cumulées ensemble (Crenshaw, 1990). Des personnes étant pauvres et ayant des problèmes de santé mentale ne font pas face aux mêmes obstacles si elles sont blanches que si elles sont noires. La majorité des intervenant.e.s disaient ne jamais avoir observé de racisme de la part des institutions, mais puisqu'ils et elles sont tou.te.s blanc.he.s, il est fort probable que ces intervenant.e.s n'aient tout simplement pas été en mesure de le reconnaître.

Par ailleurs, même si ces oppressions sont dénoncées comme faisant obstacle au parcours des utilisateur.rice.s, les problèmes sont souvent réduits à des difficultés d'ordre personnel :

Comme non, c'est pas beaucoup, mais en même temps, je voudrais pas leur en donner trop [d'aide financière gouvernementale]. Je veux quand même les encourager à travailler. C'est surtout comment c'est géré que je trouve que c'est pas bon. Je me souviens à [la ressource d'hébergement], t'sais, il y a beaucoup de : « Je commence à travailler, j'arrête, je commence, j'arrête parce que j'essaie pis ça va pas ben. » Pis c'est normal, là. C'est comme un symptôme d'un peu de tout ce que [les usager.ère.s] vivent là. Pis, c'est comme, ben tu travailles un peu, mais t'es obligé de travailler moins parce que tu vas perdre comme, une grosse proportion de ton argent. Fait que là, [les intervenant.e.s] leur disai[ent] quasiment : « Ben travaille pas parce que si tu travailles, tu seras pas capable de maintenir ton emploi, pis si tu maintiens pas ton emploi, ben tu vas perdre de l'argent, pis tu seras pas capable de payer la ressource. » Fait que, je trouve que c'est plus la gestion derrière de comme, c'est pas pour les aider vraiment comment c'est fait. Ça prend pas en compte leurs particularités (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Ce que raconte Jeanne fait référence à l'aide financière que reçoivent les usager.ère.s de la part du gouvernement. De fait, lorsqu'ils et elles gagnent un salaire au-delà d'un certain montant, cette aide est coupée, même si leur revenu n'est pas suffisant pour couvrir leurs besoins de base. Jeanne soulève deux éléments ; d'un côté, l'intervenante ne voudrait pas que le soutien financier soit trop élevé afin d'encourager les individus à travailler, et de l'autre, elle critique le fonctionnement de l'aide financière gouvernementale qui ne prend pas en compte les particularités des usager.ère.s au niveau de l'emploi. Le problème soulevé par Jeanne au sujet de l'aide financière gouvernementale en est un réel que de nombreux intervenant.e.s, dont moi, avons constaté sur le terrain. Le fonctionnement même de l'aide financière gouvernementale peut être un frein à la recherche d'emploi dans la mesure où les personnes ayant des problèmes de santé mentale craignent de se retrouver en situation de précarité si elles ne le maintiennent pas (Corbière et al., 2006). Ainsi, si je reprends le raisonnement de Jeanne, un faible revenu, mais adapté aux

particularités des résident.e.s des hébergements, permettrait et encouragerait plus ces dernier.ère.s à travailler. Malheureusement, certaines failles persistent.

Le problème ne réside pas uniquement au niveau de l'aide sociale, mais également à celui du marché du travail. Rappelons qu'une grande proportion de ces personnes veulent travailler, mais que la sévérité des symptômes peut avoir une influence sur l'obtention d'un emploi et, surtout, sur son maintien (Corbière et al., 2006; Laflamme, 2017). Des facteurs tels que la qualité des programmes de soutien à l'emploi et les compétences de l'accompagnateur.trice sont primordiales dans l'obtention d'un travail et de la mise en place de mesures d'accommodement. Ces mesures incluent une flexibilité au niveau des horaires et des tâches ainsi qu'une formation adaptée (Laflamme, 2017). Par ailleurs, comme précisé précédemment, la stigmatisation et la discrimination envers ce groupe de personnes constituent des éléments importants dans les contraintes à l'embauche (Cook, 2006; Laflamme, 2017). D'autres composantes telles qu'une dynamique du marché de l'emploi défavorable aux personnes ayant des handicaps le sont également (Cook, 2006, p. 1394).

Le discours de Jeanne soulève un élément important au sujet du revenu de l'aide sociale, mais celui-ci ne prend pas en considération la réalité du marché de l'emploi. Ce faisant, une partie du problème, la difficulté de l'accès au travail, est abordé au niveau individuel. Ce point est mis de l'avant lorsqu'elle explique qu'un revenu bas, mais adapté aux particularités des usager.ère.s, serait un motivateur dans la recherche d'emploi, ce qui tend à simplifier la solution. L'enjeu avec le fait d'adresser les difficultés d'accès à l'emploi uniquement sur le plan individuel fait en sorte que ces difficultés sont perçues comme étant fondées sur des défauts personnels qui doivent être traités sur le plan individuel. Cette situation résulte à l'atténuation ou même à l'oubli des conséquences que certains éléments structurels ont sur la vie des personnes (Pease et Nipperess, 2020). Si je reprends le concept de « potentiel » comme exemple, il est possible d'illustrer ces propos ; certaines

personnes auraient des « défauts » qui les empêcheraient d'atteindre les normes de la « bonne vie » et il suffirait dès lors de travailler avec elles pour qu'elles réussissent. Or, comme démontré précédemment, plusieurs obstacles d'ordre structurel limitent la possibilité de joindre le monde des salarié.e.s.

Ultimement, plusieurs personnes ayant des problèmes de santé mentale se retrouvent dans le cercle vicieux de la pauvreté, ce que certain.e.s auteur.e.s appellent la « *poverty trap* » (Cook, 2006, p. 1396), car même si elles reçoivent de l'aide financière du gouvernement, de l'argent de la part de leurs proches ou même en occupant un emploi, leurs revenus sont insuffisants pour combler certains besoins de base. Ce phénomène a comme effet de limiter les possibilités d'éducation et de formations, voire même de payer pour leur transport, particulièrement lorsqu'elles vivent dans des quartiers dans lesquels le travail est rare et qu'elles doivent donc se rendre dans des lieux éloignés de leur demeure pour aller travailler. Il disqualifie aussi celles qui ne peuvent payer l'équipement nécessaire pour l'emploi (bottes à cap d'acier, par exemple) (Cook, 2006). Ainsi, le montant peu élevé de l'aide sociale compose un frein à la recherche d'emploi plutôt qu'un motivateur. La réflexion portant sur le faible revenu constituant un encouragement à se trouver un emploi semble être influencée par l'idéologie de la méritocratie et le mythe de la mobilité sociale, car le message qui est envoyé aux gens est que de travailler fort et de faire les bons choix suffisent pour sortir de la pauvreté et avoir accès à un emploi suffisamment rémunéré. Or, cela contribue une fois de plus à réduire les obstacles structurels à des enjeux individuels (il faut travailler sur la volonté de la personne et la pousser à faire les « bons » choix).

Le discours que tient Jeanne n'est pas unique et semble plutôt ancré dans l'environnement institutionnel de l'intervention. Par exemple, les employé.e.s travaillent avec les outils et les techniques auxquels ils et elles ont accès et par rapport auxquels ils et elles possèdent les compétences nécessaires pour les mobiliser. Or, comme je l'ai mentionné plus haut, peu de

techniques d'interventions sont développées en prenant en compte ces inégalités. Un second exemple porte sur les discours présents dans le monde de l'intervention référant aux usager.ère.s comme étant fonctionnel.le.s ou dysfonctionnel.le.s ainsi qu'ayant ou non du « potentiel ». C'est une pratique ancrée dans le contexte de l'emploi que de catégoriser les individus par rapport à leurs capacités à atteindre la voie dominante de l'intégration et, ainsi, de mettre de l'avant la fragilité ou les défauts personnels dans les interventions. Ce faisant, puisque ces connaissances au sujet des inégalités structurelles ne sont pas accessibles pour tou.te.s et doivent être apprises, si elles ne sont pas présentées durant la scolarité, les formations et la pratique de l'emploi, elles ne pourront pas être prises en compte dans le travail quotidien des intervenant.e.s. Le contexte institutionnel n'incite pas les employé.e.s à prendre en compte les inégalités sociales dans leur travail. Au contraire, il les pousse à individualiser les problèmes auxquels font face les usager.ère.s. Ainsi, plutôt que de remettre en question le chemin dominant de l'intégration et donc, d'ouvrir un éventail de possibilités aux usager.ère.s, les intervenant.e.s se concentrent sur l'individu, à savoir s'il a ou non les capacités pour joindre cette voie et pour ensuite l'encourager à travailler sur ses lacunes personnelles pour y arriver.

Ce contexte institutionnel fait en sorte que plusieurs intervenant.e.s ne sont peu, voire pas sensibilisé.e.s aux inégalités sociales, produisant des représentations du futur des usager.ère.s qui ne les prennent pas ou peu en considération. Ce faisant, les voies dominantes de l'intégration sont privilégiées avec peu de possibilités de remise en question, car de nombreux obstacles auxquels sont confronté.e.s les usager.ère.s sont abordés sur le plan individuel et non structurel. Lorsque ces voies sont remises en question, les intervenant.e.s ont un champ d'actions souvent limité en raison des technologies dont ils et elles disposent, créant une frustration chez eux et elles, comme l'a exprimé Jeanne lorsqu'elle a soulevé les problèmes au sein du programme de l'aide sociale. Les

possibilités demeurent restreintes pour les utilisateur.rice.s, puisque le cadre hégémonique du futur est ainsi entretenu.

2.3 Conclusion

Ce chapitre portait sur les représentations des intervenant.e.s quant au futur des usager.ère.s de ressources intermédiaires. La première partie de ce chapitre a montré que le cheminement privilégié se base sur les principes de la « bonne vie » du point de vue dominant. Comme nous l'avons vu, les utilisateur.rice.s désirent et sont encouragé.e.s par les intervenant.e.s à vivre une vie selon la perspective dominante, les plongeant, de ce fait, dans une relation de cruel optimisme avec les principes de la « bonne vie ». Les intervenant.e.s remettent à la fois en cause le paradigme normatif d'intégration, tout en encourageant également certains usager.ère.s à suivre cette voie. Pour sélectionner les personnes qui devraient se diriger vers ce dernier chemin, les employé.e.s évaluent le « potentiel » d'un individu, divisant ainsi leur clientèle entre ceux et celles qui auraient les capacités de suivre cette voie, et ceux et celles qui devront se diriger vers une alternative moins valorisée, ou encore, ceux qui seront potentiellement abandonné.e.s. Comme spécifié précédemment, cette situation ne peut être entièrement attribuée aux intervenant.e.s, puisqu'elle semble être ancrée dans le système de santé mentale en général. Toutefois, en entretenant cette idée, ils et elles participent à sa subsistance.

La deuxième partie de ce chapitre portait sur deux facteurs qui poussent les intervenant.e.s à prioriser la voie dominante lorsqu'ils et elles aident les usager.ère.s dans la construction de leur futur : les répercussions des technologies restreintes à leur disposition sur l'imagination de ce futur et l'apprentissage et la prise en compte limitées des inégalités structurelles dans le milieu de l'intervention. Les représentations des employé.e.s du futur des usager.ère.s sont influencées par

l'éventail réduit des technologies auquel ils et elles ont accès ainsi que par la place limitée que prennent les discours concernant les inégalités structurelles dans le domaine de l'intervention. Ces représentations ne remettent que peu en question le paradigme dominant de l'intégration.

Chapitre 3 : Dans les limites du sain et sécuritaire : la place des chemins alternatifs

Gabrielle : Comment faire la balance entre ce que tu crois devrait être priorisé [dans la planification de l'avenir] et ce que l'utilisateur croit ?

Jeanne : J'irais dans la limite du sain et sécuritaire. Moi, c'est ma limite [à mon lieu de travail]. T'sais, sain et sécuritaire, oui, mais faut qu'on soit capable de tolérer un peu de notre côté. Mettons, une usagère m'a dit que, dans sa vie, elle veut se prostituer. On lui demande de trouver le besoin derrière son comportement pis des alternatives saines et sécuritaires à ça. Pis elle, dans le fond, plus tard, là, elle en est venue à dire qu'elle voulait s'ouvrir un *OnlyFans*. Ben là, *OnlyFans* a comme changé, mais t'sais, elle voulait plus faire de prostitution, mais elle voulait s'ouvrir un *OnlyFans*. Mais t'sais, moi, est-ce que je vois ça comme sain et sécuritaire ? Peut-être pas, mais t'sais, c'est peut-être déjà vraiment moins pire qu'être exploitée sexuellement pis se retrouver attachée sur un bain dans un appartement pas rapport, t'sais. Fait que, je pense que nous, on doit jauger avec un niveau de risque aussi pour pas trop restreindre la personne. Pas avoir des attentes. T'sais, moi, mes attentes ça pourrait être qu'elle aille à l'école pis qu'elle devienne avocate. Mais au final, c'est pas mes attentes qui priment. Fait que je pense que c'est ça, il y a la limite du sain et sécuritaire qu'il faut considérer, mais il faut être capable de prendre des risques nous aussi de notre côté (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Cette citation illustre bien les préoccupations des intervenant.es lorsqu'il est question d'envisager des chemins d'avenir alternatifs pour les usager.ère.s. « Dans les limites du sain et sécuritaire », le discours tenu par Jeanne, résume bien la centralité de l'enjeu de la sécurité des usager.ère.s et de leur entourage aux yeux des intervenant.e.s, par rapport à la construction du futur de leur clientèle, particulièrement lorsque leurs projets de vie se situent à l'extérieur des normes sociétales. Elle semble s'appuyer, non pas sur les violences que les utilisateur.rice.s pourraient commettre envers eux-mêmes ou envers autrui, mais plutôt sur leurs capacités à prendre les bonnes

décisions. Il est important de spécifier que la personne dont Jeanne parle a déjà été victime d'exploitation sexuelle, ce qui est différent du travail du sexe, et c'est pourquoi l'intervenante et l'équipe traitante étaient réticentes par rapport au désir exprimé de joindre ce milieu.

Dans ce chapitre, je soutiens que cette préoccupation concernant la sécurité, bien que parfois nécessaire, est une justification quant à la restriction de l'autonomie des usager.ère.s et que l'attitude paternaliste occasionnelle des intervenant.e.s et du monde médical envers les personnes ayant un problème de santé mentale renforce ce raisonnement.

Pour discuter de cette problématique, la première partie de ce chapitre porte sur le paternalisme et la gestion du risque à l'intérieur du domaine de la santé mentale. Je vais y démontrer comment le paternalisme est justifié et pourquoi la gestion du risque est prédominante en intervention dans ce domaine. La seconde partie aborde l'une des conséquences de la restriction de l'autonomie dans ce contexte, c'est-à-dire l'affaiblissement de l'agentivité morale. Je vais illustrer ce point en prenant comme exemple la parentalité. Finalement, la dernière partie porte sur les conséquences qu'apporte le manque de possibilités alternatives imaginées par les intervenant.e.s dans la construction d'un futur satisfaisant pour les usager.ère.s.

3.1 Le paternalisme et la gestion du risque en intervention

Gabrielle : [As-tu déjà] observé des demandes de la part des usagers pour des chemins alternatifs qui étaient, selon toi, réalistes, mais qui ont été refusés par l'équipe ?

William : J'ai souvenir que ça l'a déjà été refusé [des projets de vie alternatifs] pis que t'sais, c'était un peu comme amené à la blague, pis c'était comme [l'intervenant.e principal.e dit] : « Ben non, t'sais, tu ne peux pas faire ça, ahaha » Pis comme, là, on tourne

le sujet vers, à mettons, ce que eux [les intervenant.es], ils voyaient comme étant, genre, le bon objectif (William, intervenant, Montréal, 8 octobre 2021).

Lors de notre discussion, William m'a expliqué sa perception des chemins alternatifs à celui dominant. Son approche se veut sans jugement tout en gardant certaines réserves, comme celle de Jeanne lorsqu'elle explique qu'il est nécessaire de jauger le niveau de sécurité, tout en étant ouvert à prendre certains risques. Alors que nous discutons des demandes des usager.ère.s, William m'informa rapidement que son ouverture face à ce genre de requête est loin d'être partagée. D'ailleurs, tou.te.s les intervenant.e.s avec qui je me suis entretenue reconnaissent que les chemins alternatifs ne sont pas toujours pris au sérieux, soit par l'équipe traitante, le psychiatre ou l'intervenant.e principal.e de l'usager.ère. Ce que raconte William le démontre bien : le clinicien.ne n'envisage pas certaines voies comme étant désirables ou réalistes et, plutôt que d'avoir une conversation considérée avec son ou sa patient.e, il ou elle tourne le sujet à la blague et l'oriente vers ce que lui ou elle considère être la « bonne voie ». Jeanne a vécu un événement semblable à celui raconté par William :

Gabrielle : Quel type de propositions sont apportées par l'usager, mais qui sont refusées par l'intervenant ?

Jeanne : Donc, je pense à un usager qui voulait aller faire une retraite de méditation. Clairement, c'était pas optimal dans sa situation, prendre une retraite de méditation, là. Il avait de la misère à se gérer lui-même dans la vie de tous les jours, là, mais... T'sais, on a même pas regardé c'est quoi le besoin derrière ça, ou comme... Son intervenant avait juste dit : « Ben non, t'es pas assez stable pour faire ça, fait que tu le feras pas. » T'sais, au lieu de, nous aussi, mettre de l'eau dans notre vin, pis faire comme : « T'aime ça la méditation ? Ok, on va te trouver des retraites de méditation, mais peut-être pas de comme une semaine en silence » (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Dans l'anecdote que rapporte Jeanne, un usager désirait se plonger dans un milieu spirituel et voulait faire une retraite de méditation. Selon son intervenant principal, il n'était pas réaliste de poursuivre cet objectif ou de le modifier avec l'utilisateur afin de le rendre plus pragmatique :

Gabrielle : Est-ce qu'il y a des demandes [pour des projets alternatifs] qui sont faites par les usagers ?

Jeanne : Ah ben oui !

Gabrielle : Pis comment s'est géré ?

Jeanne : Ben, t'sais là, « si je pense à devenir un méditateur », ça, ça a pas été très bien reçu, là, de ce que je me souviens. Fait que, je trouve c'est souvent balayé du revers de la main, mais ça dépend des milieux (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Ainsi, comme le rapporte Jeanne et William, les propositions des usager.ère.s concernant leurs projets de vie qui ne correspondent pas à la norme ne sont pas toujours prises au sérieux, soit tournées à la blague ou balayées du revers de la main. Dans l'exemple de Jeanne, la question de la stabilité devient un levier pour fermer la voie aux chemins alternatifs, qui est un discours que j'ai aussi entendu lorsque j'étais intervenante. Ce qui en ressort est que, plutôt que de discuter d'options qui permettraient un compromis, comme il serait possible de le faire auprès d'un adulte autonome, la proposition est rejetée, sous prétexte qu'elle n'a pas de « bon sens » ou sous couvert de vouloir assurer la sécurité (la stabilité) de l'utilisateur.

Certain.e.s auteur.e.s expliquent qu'à l'intérieur du milieu de la santé mentale, l'équilibre entre l'autonomie et le paternalisme est particulièrement difficile à effectuer pour les clinicien.ne.s (Prinsen et Van Delden, 2009; Sass, 2003; Wynn, 2006). Selon eux et elles, il peut être difficile

pour un professionnel.le de la santé de concilier les traitements nécessaires au bien-être de la personne et son autonomie, ce qui peut parfois mener à l'imposition de soins coercitifs, comme expliqué dans le premier chapitre. Mackenzie et al. (2014) réfèrent au paternalisme comme étant une intervention qui limite la liberté individuelle d'une personne afin de la protéger ou de promouvoir son bien-être. Par ailleurs, pour les auteur.e.s, la dimension la plus importante du paternalisme est qu'il perpétue des relations de domination et d'inégalités au sein d'une communauté ou d'un État.

Le paternalisme, comme souligné dans la définition, est souvent justifié, particulièrement dans le domaine de la santé mentale, par une préoccupation de gestion du risque. Elle réfère, en intervention, à la prévention de la violence par l'estimation de la dangerosité que peut poser un individu (Langan, 2010; Ryan et al., 2010) à partir de la mise en relation de facteurs de risque (Castel, 1983; Langan, 2010; Sawyer, 2008) et d'analyses rigoureuses (Ryan et al., 2010). Ces facteurs de risque incluent, entre autres, l'historique de l'usager.ère, soit, les périodes de violence et les événements traumatiques vécus, son environnement social (amis et famille par exemple) et son état mental actuel (Sawyer, 2008). Afin de déterminer si une personne est potentiellement dangereuse pour elle-même ou pour autrui, le clinicien.ne se base sur une grille pour mettre en relation ces facteurs, dans le but de déterminer la présence d'un risque élevé, modéré ou faible dans la possibilité que cette personne pose des actes de violence (Sawyer, 2008). Par ailleurs, l'intérêt de cette procédure n'est pas de prédire si un utilisateur.rice posera un acte violent ou non, puisque ce n'est pas la même chose que de tenter de prédire des comportements, mais plutôt d'assurer que ce genre d'évènement ne se produise pas (Ryan et al., 2010) et d'offrir les services appropriés aux besoins des usager.ère.s (Langan, 2010; Sawyer, 2008).

Cette technique d'intervention a été grandement critiquée dans la littérature, tant du côté du travail social que de la sociologie. En effet, catégoriser des individus en fonction de la probabilité

qu'ils ou elles puissent potentiellement être dangereux est, en soi, un problème, considérant qu'ils ou elles subiront les conséquences de cette probabilité. Ceux et celles considéré.e.s comme étant à risque élevé ou au-dessus d'un certain seuil sont confronté.e.s à une surveillance et à un contrôle accrus (Szmukler et Rose, 2013). De plus, ceux et celles à faible risque ont plus de chance de ne pas recevoir les traitements nécessaires (Ryan et al., 2010; Sawyer, 2008). Il est pertinent de noter que cette procédure n'est pas toujours expliquée à l'utilisateur et peut être effectuée sans son consentement ou sa participation (Langan, 2010).

Puisque les taux de violence sont bas, sa prédiction devient difficile et inexacte (Langan, 2010; Szmukler et Rose, 2013). Selon Langan (2010), à l'intérieur d'autres milieux médicaux, les outils de dépistages ayant une aussi grande marge d'erreur seraient rejetés, ce qui pousse certain.e.s auteur.e.s à encourager la prudence avec de tels outils (Langan, 2010), ou même, de ne pas les utiliser du tout (Langan, 2010; Ryan et al., 2010). Toutefois, il existe une attente de la part des professionnel.le.s de la santé d'être en mesure de prévenir la violence et s'ils et elles « échouent », ils et elles seront blâmé.e.s et critiqué.e.s (Langan, 2010; Szmukler et Rose, 2013).

Comme l'ont expliqué Douglas et Wildavsky (1983), le risque est une construction collective, ce qui veut dire que le seuil de l'acceptabilité du risque est décidé collectivement. C'est pourquoi le risque de violence de la part d'un membre de la population générale est vu comme étant moindre que celui d'une personne ayant un problème de santé mentale même si les risques se ressemblent dans les faits. Castel (1983) conçoit la gestion du risque comme une « nouvelle modalité de surveillance » en permettant le « dépistage systématique » (Castel, 1983, p. 123), puisque l'objectif est de prévenir toute anomalie, comportement déviant ou événement indésirable. Certains auteur.es soutiennent que la gestion du risque est une façon de contrôler certaines populations, comme les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les pauvres et les

criminel.le.s, et d'assurer une surveillance afin de reproduire des pratiques d'inclusion et d'exclusion sur le territoire (Rose, 1998, 2000).

Appliquée à la construction du futur, la gestion du risque permet aux intervenant.e.s de poser un jugement sur les propositions apportées par les usager.ère.s selon une échelle de « sécurité ». C'est dans ce contexte qu'est mise en place une relation entre ce paternalisme et cette gestion du risque, puisque les travailleur.euse.s ont le pouvoir de limiter la liberté individuelle d'un.e utilisateur.rice s'ils et elles considèrent que leur proposition va à l'encontre de leur bien-être. Comme l'ont fait remarquer Jeanne et William au début de cette section, les voies alternatives sont accueillies avec méfiance par les intervenant.e.s et ils et elles pourraient les écarter plus facilement, sans chercher de compromis autre que la voie normative. Dans ce contexte marqué par le paternaliste, il est possible pour les intervenant.e.s d'exercer un contrôle accru grâce à la gestion du risque afin de rediriger les usager.ère.s vers ce qu'eux et elles croient mieux adaptés. Or, comme je vais le présenter dans la prochaine section, cette préoccupation par rapport à la sécurité ne semble pas prendre racine dans la possibilité que les usager.ère.s soient violent.e.s envers les autres, mais plutôt par le risque qu'ils ou elles posent envers eux ou elles-mêmes.

3.1.1 L'irrationalité et l'incapacité

Gabrielle : Est-ce que t'as déjà observé des demandes pour des chemins alternatifs qui étaient, selon toi, réalistes, mais qui ont été refusées par l'équipe de l'utilisateur ?

Chloé : C'est une bonne question... [réfléchi] T'sais, sûrement que ça avait été refusé parce que bon, la personne est pas prête. Ou en fait, on la juge pas prête à aller en appartement, fait qu'on lui demande de travailler d'autres objectifs, de travailler peut-être plus son autonomie ou de montrer qu'elle est capable de faire un budget. Ces choses-là. Des

fois, c'est frustrant parce que t'sais, la personne se connaît aussi. Des fois, c'est comme, [l'intervenant.e pense] : « Non, t'es vraiment pas prêt à y aller, là .» T'sais, c'est clair et évident, mais d'autres fois [l'intervenant.e pense] : « Mais pourquoi [l'équipe traitante] lui refuse, là ? » Oh oui, j'en ai un [exemple]. [Un usager], son ordonnance finissait en novembre, mais la psychiatre ne voulait pas l'envoyer en appartement. Fait que lui, qu'est-ce qu'il a fait ? Ben il a attendu que l'ordonnance se lève, il a pris ses cliques et ses claques et il est parti en appartement.

Gabrielle : Ben oui !

[...]

Chloé : Il travaillait, c'était le seul résident qui travaillait pis il faisait du télétravail [pendant la pandémie]. Il était dans sa chambre, il faisait des appels. Quand je suis partie de [la ressource d'hébergement], il m'avait appelé pour me souhaiter bon départ. Pis là, il était engagé, je pense, au gouvernement. Il a super bien cheminé. Pis, on dirait que par bout, on y mettait des bâtons dans les roues parce que selon nous, c'était pas réaliste.

Gabrielle : Est-ce arrivé souvent que les équipes ou la ressource mettent des bâtons dans les roues de certaines personnes ?

Chloé : J'ai l'impression que des fois, peut-être qu'on, pis t'sais, je me mets dans ce bateau-là, t'sais, je pense [que] chaque intervenant, des ressources, des équipes traitantes, peut-être qu'on pense qu'on connaît tout pis qu'on sait ce qui est mieux, en fait, pour l'utilisateur, [les professionnel.le.s sous-entendent] : « T'sais, on sait ce qui est mieux pour toi, là. T'sais, ce que toi, tu dis, c'est pas bon, là. » Des fois, j'ai l'impression qu'on a la tête un peu trop comme, peut-être pas enflée, mais... Ben oui, un peu. T'sais, quand [les intervenant.e.s et l'équipe traitante donnent comme] réponse [à] la personne : « Non, mais t'sais, toi, t'es malade ! » T'sais, un peu l'infantiliser pis dire « Non, t'es pas prêt, là. » T'sais, au lieu de dire : « Qu'est-ce qui fait que tu penses que t'es prêt ? T'sais, qu'est-ce que tu

pourrais me montrer ? » D'où des programmes d'appartements supervisés, t'sais, des choses à mettre en place pour qu'il puisse nous montrer qu'ils sont prêts. Mais que t'sais, s'ils sont pas prêts, ben, ils se plantent pis on leur dit : « Tu vois, t'étais pas prêt. » T'sais ? Oui, j'ai l'impression qu'on se donne des fois le ton plus paternaliste (Chloé, intervenante, Montréal, 13 octobre 2021).

Au sujet des gestes de violences envers elles-mêmes, le risque de suicide est élevé chez les personnes se situant en milieu psychiatrique (Hunt et al., 2007; Kapur et al., 2013), représentant approximativement 60 fois le taux de la population générale (Kapur et al., 2013). De ce fait, selon certain.e.s auteur.e.s, la présence et la mise en rapport de plusieurs facteurs de risque tels qu'un historique d'auto-mutilation (Hunt et al., 2007) ou un trouble affectif, un trouble de la personnalité ou la schizophrénie comme diagnostic principal (Hunt et al., 2007; Kapur et al., 2013) sont des raisons suffisantes pour intervenir de manière plus coercitive. Prinsen et Van Delden (2009) reprennent les principes de l'autonomie relationnelle pour justifier l'imposition des interventions coercitives dans l'objectif de récupérer l'autonomie : plutôt que de la restreindre, certaines mesures sont imposées afin d'accompagner la personne vers l'autonomie. Ce cas est illustré lorsqu'il y a présence de comportements destructeurs et, dans cette situation, la restriction est nécessaire pour mieux accompagner la personne vers l'autonomie.

Pour d'autres auteur.e.s toutefois, le risque de suicide ou d'auto-mutilation n'est pas une raison acceptable pour traiter la personne sans son accord. L'un des arguments principaux de cette littérature est l'injustice que représente le fait que les personnes ayant un problème de santé mentale subissent des interventions coercitives lorsqu'elles représentent un danger pour elles-mêmes alors que plusieurs autres populations ne les vivront pas même après avoir eu des comportements destructeurs (Callaghan et al., 2013; C. H. Maylea, 2017). Selon Maylea (2017), le fait que des individus ont, par exemple, un cancer des poumons et continuent de fumer et ne subissent pas

d'intervention forcée démontre que ceux et celles qui peuvent être des citoyen.ne.s néolibéral.e.s et qui contribuent à l'économie ont le droit de prendre des décisions et de poser des actions dangereuses contre eux et elles-mêmes contrairement à ceux et celles qui n'y participent pas.

Toutefois, lorsque les intervenant.e.s insistent sur la dimension sécuritaire nécessaire à un projet d'avenir, ce n'est pas par peur que la personne se suicide ou s'auto-mutile. C'est plutôt qu'elle prenne une décision qui puisse menacer sa stabilité ou qui est moralement teintée comme étant risquée, comme le fait d'être travailleur.euse du sexe, par exemple, pour revenir au cas rapporté par de Jeanne. Comme le rappelle Myers (2015) : « *Uncontrollable episodes of "irrationality" are a core clinical feature of psychotic disorders and other forms of madness* » (Myers, 2015, p. 65). L'environnement de la psychiatrie, soutient cette auteure, a tendance à associer l'irrationalité aux problèmes de santé mentale et à se donner comme mission de rétablir la rationalité, notamment grâce à la médication. Cette association est particulièrement bien démontrée dans la gestion du risque, puisque les individus qui échouent à être responsables et rationnels se voient administrer une identité basée sur le risque : à risque ou un risque (Stanford, 2008).

Cette association entre l'irrationnel et les problèmes de santé mentale est mise de l'avant dans les propos de Chloé plus haut. L'intervenante, tout en faisant preuve d'introspection, fait part de la tendance du milieu psychiatrique à infantiliser les utilisateur.rice.s en raison de leur maladie. Cette situation est d'autant plus frustrante considérant le déséquilibre de pouvoir qui caractérise les relations au sein de ce milieu et ce, à plusieurs niveaux. À un premier niveau, l'introspection des usager.ère.s et leur capacité de prise de décisions ne sont pas mises de l'avant, mais plutôt éclipsées par l'opinion des clinicien.ne.s. À un second niveau, l'avis des employé.e.s de ressources d'hébergement peut être relégué au second plan par les autres membres du milieu psychiatrique, par exemple les psychiatres, malgré le fait que ces premier.ère.s côtoient les utilisateur.rice.s sur une base quotidienne. Ce déséquilibre facilite une remise en question des propos des usager.ère.s

en raison de leur maladie, menant les intervenant.e.s et les équipes traitantes à les infantiliser. Or, l'association entre l'irrationnel et les problèmes de santé mentale implique la notion de l'incapacité. Pour Callaghan et al. (2013), les prises en charge coercitives démontrent la façon dont le milieu médical a tendance à associer la santé mentale avec l'incapacité. Avec l'appui des institutions légales, l'autonomie des personnes ayant des problèmes de santé mentale peut être mise à mal sous couvert de danger pour elles-mêmes. Pour les auteur.e.s, plutôt que de s'appuyer sur la présence ou non d'un problème psychiatrique pour déterminer si une personne est apte à prendre des décisions considérables, les clinicien.ne.s devraient évaluer si elle a les capacités pour effectuer des choix importants, problèmes de santé mentale ou non.

Ainsi, lorsque les intervenant.e.s sont ouverts à des projets d'avenir alternatif dans les « limites du sain et sécuritaire » ou qui ont du « bon sens », ils font référence au manque de capacité et de rationalité qu'ont en général les usager.ère.s pour prendre des décisions importantes. Ce point est particulièrement bien démontré par les propos de Chloé lorsqu'elle explique que les intervenant.e.s auraient tendance à fermer la porte aux usager.ère.s en raison de leur maladie, ne leur laissant pas l'opportunité d'exprimer des jugements différents à ceux des intervenant.e.s. La position paternaliste des professionnel.le.s est ainsi justifiée par cette préoccupation pour la sécurité, renforçant de ce fait l'association entre les problèmes de santé mentale et l'incapacité, ce qui permet de limiter l'autonomie des utilisateur.rices. De cette façon, les chemins alternatifs peuvent être plus facilement perçus comme irrationnels et les intervenant.e.s pourront diriger les usager.ères vers une voie normative.

3.1.2 L'autonomie

Comme expliqué au début de ce chapitre, la façon dont sont traités les usagers désirant poursuivre une voie alternative limite leur autonomie. Ce qui est prôné dans les sociétés libérales est une autonomie individuelle, c'est-à-dire qu'une personne est considérée réellement autonome qu'à partir du moment où elle est indépendante des autres membres de la société (Anderson et Honneth, 2005; Mackenzie et al., 2014). Ce modèle a été grandement critiqué, puisqu'il ne met de l'avant que les contraintes qui peuvent faire obstacle à l'autonomie d'un individu (Anderson et Honneth, 2005), promulguant ainsi la responsabilité personnelle et une intervention étatique minimale qui ignore les inégalités structurelles (Mackenzie et al., 2014). Cette conception donne l'impression qu'il est nécessaire d'éviter toute intervention externe et qu'une personne devrait être auto-suffisante afin d'être autonome. Selon cette logique, les personnes vulnérables, comme celles à mobilité réduite, ne pourront jamais être autonomes puisqu'elles sont dépendantes des autres (Anderson et Honneth, 2005).

En se référant à l'autonomie relationnelle plutôt qu'individuelle, il est possible de reconnaître que tous les individus sont vulnérables et dépendant.e.s, même si les niveaux varient (Anderson et Honneth, 2005). Selon cette perspective, l'autonomie réfère à la capacité d'une personne de poursuivre et de développer une vie satisfaisante selon elle (Anderson et Honneth, 2005; Mackenzie et al., 2014) et d'être considérée comme un agent autonome par les autres (Mackenzie et al., 2014). L'attention est accordée aux identités qui se construisent en rapport avec les connexions sociales dans un environnement historique, géographique et politique particulier ainsi que sur les points d'intersections sociaux comme le genre, la race et la classe (Mackenzie et al., 2014). Ce sont des facteurs qui forment le contexte au sein duquel la personne effectue ses choix et qui produisent des opportunités ou des contraintes pour les individus (Mackenzie et al.,

2014). Ainsi, selon ce point de vue, il n'est possible d'atteindre une réelle autonomie que dans des conditions sociales favorables (Anderson et Honneth, 2005), c'est-à-dire lorsque les opportunités offertes sont équitables (Mackenzie et al., 2014). Anderson et Honneth (2005) donnent l'exemple des personnes à mobilité réduite : il est nécessaire d'instaurer des mesures d'accommodement physique telles que des rampes et des ascenseurs afin de leur permettre de circuler librement et d'être ainsi autonomes.

Mackenzie et al. (2014) présentent trois convictions prédominantes dans les différents cadres théoriques sur l'autonomie relationnelle. La première se base sur la capacité d'exercer de l'autodétermination. Pour ce faire, les individus exercent leurs capacités d'autodétermination en accord avec leurs valeurs et leurs objectifs. Cette première conviction rejoint la conception libérale de l'autonomie, mais les théoricien.ne.s évacuent cette conception individualiste à partir de la seconde conviction.

La seconde conviction porte sur les conditions sociales à partir desquelles sont développées les compétences en lien avec l'autonomie et la construction de l'identité. Pour les théoricien.ne.s, afin d'exercer son autonomie, il est nécessaire pour l'individu de développer des compétences et des capacités comme celles de comprendre l'information, questionner et critiquer les normes sociales dominantes et avoir une capacité d'introspection. Afin de développer ces compétences et de les maintenir, il est nécessaire d'avoir des relations significatives. Lorsque les relations et l'environnement sont hostiles, c'est-à-dire lorsqu'il existe des désavantages de type économique, par exemple, ou des relations violentes ou teintées d'irrespect, les conditions sont défavorables à l'autonomie. Ce genre d'environnement entrave le développement de compétences et de capacités nécessaires à l'autodétermination. Par ailleurs, il est nécessaire que les autres reconnaissent à la personne un statut d'agent autonome. L'absence de la reconnaissance de ce statut est fréquente dans les relations de domination ou d'inégalité et l'internalisation de ce manque de reconnaissance

peut avoir des répercussions négatives sur le respect pour soi, la confiance en soi et l'estime de soi (Anderson et Honneth, 2005; Mackenzie et al., 2014).

Finalement, la dernière conviction porte sur l'injustice que pose le fait qu'il existe des conditions hostiles au développement de compétences et des capacités nécessaires pour exercer l'autonomie, ce qui limite les opportunités de choix et rend possible les relations de non-reconnaissance du statut d'agent autonome. Toutes ces conditions entravent l'autodétermination, élément clé pour l'atteinte d'une vie satisfaisante. Ainsi, un État qui se dit juste a non seulement l'obligation d'offrir l'environnement propice au développement et à la pratique de l'autonomie à travers une culture de support de l'autonomie et d'assurer que les institutions sociales (famille, école, etc) offrent un accès équitable aux ressources et aux opportunités. Il doit aussi soutenir les relations qui encouragent l'autonomie.

Enfin, Mackenzie et al. (2014) délimitent le concept dans les situations où une personne se retrouve dans une position très vulnérable et n'a pas les capacités pour être autonome. Toutefois, pour les auteur.e.s, il est important de travailler afin de restaurer ou de promouvoir les capacités menant à l'autonomie afin d'éviter de tomber dans le paternalisme.

Tous.te.s les intervenant.e.s que j'ai interviewé.e.s avaient une opinion positive envers la voie alternative, comme l'indiquent les propos de William :

Je pense que si le chemin alternatif vient de l'usager à la base, je pense que ça peut être super positif pour l'autonomie. [...] La personne pourrait essayer. Je pense que ça pourrait être quelque chose de super intéressant. On a fait le chemin alternatif. On voit comment la personne aime ça, si elle change d'idée en cours de route. Je pense que les gens ont le droit de changer d'idée, les gens ont le droit d'essayer certaines choses. C'est juste de tester des choses, je pense que c'est tout à fait réaliste, favorable. Et le filet de sécurité, c'est

la ressource. S'il se passe quelque chose, ça marche pas, à mettons, avoir perdu une job, un appartement ou je ne sais pas quoi (William, intervenant, Montréal, 8 octobre 2021).

Selon William, appuyer les utilisateur.rice.s dans leurs décisions quant à leur avenir est bénéfique pour leur autonomie et peut leur permettre d'essayer de nouvelles expériences en ayant comme filet de sécurité la ressource d'hébergement et son personnel. Le concept de l'autonomie relationnelle est bien illustré dans ce que dit l'intervenant : il n'y a pas d'attente que l'usager.ère puisse développer ses projets seul.e, mais plutôt, que le personnel de la santé de la ressource intermédiaire apporte son soutien afin de lui permettre de le faire. Je fais un parallèle entre l'exemple des personnes à mobilité réduite qui ont besoin de rampes d'accès et les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui ont besoin d'être appuyées dans leur cheminement par les intervenant.es et leurs équipes traitantes. Dans les deux cas, ce sont des personnes en situation de vulnérabilité qui ont besoin d'aide externe ciblée sur leurs contraintes afin qu'elles aient la possibilité de développer leur autonomie. Or, la plupart des utilisateur.rice.s qui désirent se diriger vers une voie alternative peuvent se voir refuser l'appui nécessaire à l'accomplissement de leur projet et, au contraire, être réorienté.e.s vers un chemin éloigné de leurs valeurs et de leurs objectifs. Dans ce contexte, les utilisateur.rice.s n'ont pas toujours l'opportunité ni de questionner ni de critiquer les normes sociales dominantes en raison de leur position privilégiée dans les projets d'avenir. De plus, bien qu'il s'agisse de personnes en position de vulnérabilité, il est plus qu'évident que la présomption des intervenant.e.s selon laquelle les personnes ayant des problèmes de santé mentale n'ont pas les capacités pour prendre de bonnes décisions ne permet ni de restaurer ni de promouvoir les capacités menant à l'autonomie. Au contraire, cette situation ne fait que renforcer une relation paternaliste inégalitaire. Dans ce contexte, les usager.ère.s qui désirent se diriger vers une voie alternative peuvent se voir refuser la reconnaissance du statut d'agent.e

autonome, pourtant importante dans le développement de l'autodétermination, puisque leurs propositions ne sont pas toujours prises en considération et peuvent même être ridiculisées.

Ainsi, la préoccupation pour la sécurité dans le domaine de la santé mentale cultive un environnement hostile au développement de l'autonomie, utilisant la gestion du risque pour maintenir une relation paternaliste entre les intervenant.e.s et les usager.ère.s, ce qui limite les possibilités pour ces dernier.ère.s de se bâtir un futur suivant une voie alternative. Par conséquent, bien que plusieurs usager.ère.s ne vivent pas ces contraintes, pour ceux et celles qui les vivent, il peut être difficile de construire un futur satisfaisant et leur agentivité morale peut être affaiblie.

3.2 Le bon patient et le mauvais patient

Gabrielle : Tu en penses quoi de cette philosophie [du rétablissement] ?

Jeanne : Quand je travaillais à l'université, avec les gens avec des psychoses, c'était ça [les principes du rétablissement] qu'on [les employé.e.s de l'université] tenait [comme discours] beaucoup. Le but n'est pas de guérir à 100%, pis t'auras pu jamais de rechute pis que ça va être fini. C'est pas ça. C'est juste de faire quelque chose qui va faire du sens pour toi avec tout ça pis que tu retrouves une qualité de vie qui te convient. Fait que ça, je suis très d'accord [rire]. Je trouve ça bien.

Gabrielle : Quand tu étais à [la ressource d'hébergement], est-ce que concrètement, [l'approche du rétablissement] était appliquée dans le cadre de ton travail?

Jeanne : Pour certains usagers, j'ai l'impression que oui [que les intervenant.e.s appliquaient l'approche du rétablissement dans le cadre de leur travail], t'sais, [les usager.ère.s] qui faisaient moins réagir, j'ai l'impression que c'était vraiment ceux qu'on prônait, comme: « On va t'aider à trouver un appartement, tu vas être bien, ça va être calme,

t'sais, oui, tu vas avoir des rechutes, peut-être, mais t'as les outils pour y faire face et tout. » Fait que, si je pense à certains usagers, je me dis que oui, mais les usagers qui nous faisaient plus réagir en équipe genre, pis t'sais, c'est pas nous qui dictaient le plan pour ces interventions-là [ce sont les intervenant.es principal.es et les équipes traitantes qui le font], fait qu'on faisait ce qu'on nous disait de faire. C'était très réactif [à la ressource d'hébergement]. Si toi, tu as fait des délits, pis toi, ça fait pas de sens ce que tu as fait, ben va falloir vraiment que tu fasses un gros bout de chemin pour pouvoir partir parce que t'es en ordonnance³ de toute manière fait que nous, on dira pas que, t'sais, que tu vas bien. Pis on focussait sur des petits détails dans le fond (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Le concept de *moral agency* ou agentivité morale réfère à « *the capacity for self-determination and crafting a life worth of living* » (Blacksher, 2002, p. 456). Bien que cette première définition puisse se rapprocher de celle de l'autonomie, l'agentivité morale se démarque puisqu'il est impératif que les autres perçoivent une personne comme étant « bonne » au sens moral, c'est-à-dire selon ce qu'un contexte local considère être une « bonne » personne (Myers, 2010, 2015, 2016, 2021). En étant jugée comme « bonne », il est possible de créer des connexions intimes substantielles, permettant de bâtir une vie satisfaisante (Myers, 2021). Dans son ethnographie dans un centre de désintoxication, Garcia (2010) met de l'avant que les toxicomanes ne peuvent être déconnecté.e.s de ce qui constitue le monde moral au sens large (Garcia, 2010, p. 9). La perception de ces personnes comme étant des êtres isolés du reste du monde est erronée et son analyse le démontre : des territoires spécifiques entrent en interaction avec les institutions et l'histoire pour constituer la vie de ces personnes, ce qui les rattachent au monde moral (Garcia, 2010, p. 9). La façon dont les institutions qualifient les rechutes et agissent envers celles-ci, souvent par

³ « Être en ordonnance » réfère aux usager.ère.s qui sont contraint.e.s par les ordonnances de traitement et d'hébergement de recevoir des soins ou d'être en ressource d'hébergement tel que présenté au premier chapitre.

l'emprisonnement, imposent une charge morale sur la dépendance. Ces qualificatifs de la part des institutions dans un contexte autoritaire peuvent exacerber un sentiment d'échec personnel, ce qui peut, à son tour, avoir des conséquences sur la collectivité qui se retrouve sans espoir et contribue au problème d'addiction régionale. Le contexte de l'addiction influence les relations de la communauté et, à leur tour, elles peuvent améliorer ou effriter les possibilités d'avenir des consommateur.rice.s de stupéfiants (Garcia, 2010). L'ouvrage de Garcia (2010) démontre comment l'environnement et les relations dans lesquels se situent certaines personnes peuvent affaiblir leur agentivité morale. Ce contexte peut être transposé à celui des usager.ère.s des ressources en santé mentale puisque, comme l'indique Myers (2015), le traitement de ces personnes peut fragiliser leur agentivité morale.

Dans son ethnographie sur la ressource *Horizons*, Myers (2015) détermine qu'une personne ayant un problème de santé mentale doit « prouver » qu'elle est digne de créer des connexions intimes avec les autres en devenant rationnelle, autonome et en travaillant fort, tout en faisant les bons choix, soit en prenant sa médication par exemple. Selon l'auteure, ces attentes sont beaucoup trop exigeantes considérant tous les obstacles présents. Dans ce contexte, il est particulièrement difficile pour les usager.ère.s de correspondre aux critères de ce qu'est une « bonne » personne. Pour y parvenir, ces dernier.ère.s auraient besoin de beaucoup plus de ressources financières que ce dont ils disposent. Les utilisateur.rice.s ont déjà une agentivité affaiblie, un nombre de choix limité et un support restreint et l'environnement de la ressource peut encore plus effriter leur agentivité morale.

Je reviens à ce que Jeanne disait à propos des usager.ère.s qui faisaient « réagir ». Ce qu'elle me rapportait était que les personnes perçues comme étant « bonnes », c'est-à-dire, comme faisant les bons choix, seraient beaucoup plus appuyées dans leur démarche que celles qui ne le sont pas. Il y aurait donc non seulement une inconsistance entre l'application de la philosophie du

rétablissement entre les ressources en santé mentale (comme l'université et les hébergements, pour reprendre les exemples de Jeanne), mais également entre les utilisateur.ice.s de celles-ci. L'intervenante ajoute également ceci

Je veux dire, quelqu'un dans la société ne fait pas bien ces détails-là [par exemple : commettre des infractions, consommer de l'alcool ou de la drogue ou décider de ne pas prendre sa médication]... T'sais, mettons, on [les intervenant.e.s] disait : « Faut pas que tu consommes », « Si tu consommes, t'es pas fonctionnel.le », « Tu vas pas sortir » comme, « Tu vas pas être rétabli.e là... En tout cas, ça va pas fonctionner. » On ne va pas promouvoir le fait que t'aies une vie, comme, saine et toute seule chez toi, mais au final, t'sais, il y a combien de personnes qui fument un joint le vendredi soir, pis pour eux, c'est correct, mais [les usager.ère.s], parce qu'ils étaient sous contrôle de la ressource, c'était pas correct. On leur demandait d'être comme un peu parfaits pour pouvoir partir [de la ressource] (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Jeanne souligne ainsi l'importance pour les usager.ère.s d'adopter un comportement « parfait » selon les critères de la ressource intermédiaire pour laquelle elle travaillait et de devoir faire les « bons » choix. Par ailleurs, ces critères sont particulièrement exigeants, car une personne en dehors de la ressource pourrait tout aussi bien être considérée comme « bonne » tout en commettant quelques-unes des infractions qui conduiraient à qualifier un.e usager.ère comme étant « mauvais.e ».

Certains choix des usager.ère.s par rapport à leur avenir peuvent également affecter la façon dont ils ou elles seront considéré.e.s comme personne, tel qu'en témoigne cet échange avec Chloé :

Chloé : Lui [un usager], [son objectif] c'est d'être sur l'aide sociale toute sa vie pis que nous on paye pour lui.

Gabrielle : Comment c'est géré ?

Chloé : Comment tu veux gérer ça ? T'attends qu'il parte de la ressource ! Pis il vivra soit en appart' ou chez sa mère. C'est ce que lui il veut, t'sais, je veux dire, tu peux pas lui enlever l'aide sociale non plus. Mais t'sais, en même temps, l'aide sociale, si t'es contrainte, je pense, temporaire ou sans contrainte, je sais plus trop, [l'aide sociale] demande souvent un renouvellement du rapport médical, des fois, ça peut être un levier et le médecin fasse : « Écoute, t'es très apte à aller travailler. Fait que ça va être une contrainte temporaire ». Fait que t'sais, ça peut-être un levier pour essayer de changer une idée de la personne. Mais ça, c'est un très, très bon exemple que j'ai à donner que lui, travailler, ça sert pas grand chose, il est payé (Chloé, intervenante, Montréal, 13 octobre 2021).

Dans l'histoire que rapporte Chloé, il y a une perception négative d'un usager, car il ne désire pas travailler. Et ce plus particulièrement lorsqu'elle dit « pis que nous on paye pour lui », faisant référence aux prestations que reçoivent les personnes éligibles à un programme d'aide financière gouvernementale. Les contraintes auxquelles réfère Chloé sont des problèmes de santé qui empêchent ou limitent la possibilité de travailler d'un individu et permettent de déterminer le montant des revenus du programme de solidarité sociale. Celles-ci comprennent les problèmes de santé sévères, physique ou mentale, qui limitent les possibilités de travailler et doivent être reconnues par un médecin et attestées dans un rapport médical. Il existe également des contraintes temporaires à l'emploi qui limitent l'accès à l'emploi pour un temps limité telles qu'une fracture du pied (Gouvernement du Québec, 2022).

Ainsi, si un.e usager.ère est jugé.e comme ne « prenant pas les bonnes décisions », le médecin peut produire un rapport médical qui ne soutient plus l'octroi d'une prestation de solidarité sociale, ce qui aurait des conséquences importantes sur le revenu du ou de la premier.ère. Il y a plusieurs autres critères qui doivent être pris en compte et le médecin n'a qu'un pouvoir indirect

dans ce processus, mais cette tactique peut être, comme le souligne Chloé, utilisée comme un levier pour faire pression sur l'utilisateur.rice afin qu'il ou elle se dirige vers la voie jugée « convenable » par les intervenant.e.s et les clinicien.ne.s. Ce que les propos de Jeanne et Chloé démontrent, c'est que les utilisateur.rice.s des ressources intermédiaires voient leur agentivité morale affaiblie par le jugement normatif que posent les professionnel.le.s par rapport à leurs choix de vie. Si leurs choix ne sont pas cohérents avec les attentes sociétales, ce ne sont pas seulement leurs actions qui seront réprimandées, mais leur moralité qui sera elle-même jugée comme étant « mauvaise ».

Dans ses écrits, Myers (2015, 2021) insiste sur le fait que les relations qui se tissent permettent aux individus d'être tenus responsables, ce qui permet également de solidifier ces relations. Dans cette situation, il est possible pour une personne de développer des compétences et ce que Blacksher (2002) appelle le *moral self*, qui réfère à l'agentivité morale d'un individu et de sa capacité à être autonome et de créer des projets de vie selon ses valeurs. Dans le contexte paternaliste dans lequel se retrouve souvent les usager.ère.s de ressources intermédiaires, la relation ne tient pas l'individu responsable de ses actions, mais tend plutôt à imposer un jugement moral sur la personne pour ses actions. Il est d'ailleurs important de préciser ce que j'entends lorsque je parle des « actions » qui subissent un jugement moral ; elles incluent de ne pas se soumettre aux exigences des ordonnances de traitement et d'hébergement, de consommer de l'alcool ou de la drogue et de bâtir des projets de vie qui vont à l'encontre des normes sociétales. Ce ne sont que quelques exemples, mais c'est principalement ce qui ressortait des entrevues que j'ai effectuées. Ce contexte incite les intervenant.e.s à prendre une position moralisatrice, parfois sévère, afin d'éviter que les usager.ère.s ne prennent les « mauvaises » décisions et en vivent les conséquences, soit la restriction de leur autonomie et l'effritement de leur agentivité morale. Ce cadre pourrait poser des obstacles dans la construction de leur futur si les projets d'avenir se situent à l'extérieur de ce qui est considéré acceptable, ce qui sera illustré dans la prochaine section.

3.2.1 La parentalité : un projet inquiétant

Gabrielle : Comment sont abordées et gérées les questions en lien avec la possibilité d'avoir des enfants ?

Jeanne : Je pense que c'est pas encouragé ben ben. T'sais, si je pense à la ressource, on n'en parlait pas beaucoup, mais t'sais, si un usager ou une usagère était venu me voir pis il m'aurait dit vouloir un enfant, c'est sûr que tout le monde [les intervenant.es de la ressource] aurait fait comme : « Oh mon dieu ! ». Comme, ils auraient fait un drame avec ça, comme si [l'usager.ère] était pas capable de s'en occuper. C'est sûr que si t'es pas fonctionnel.le toi-même, tu pourras pas t'occuper d'un enfant, on va pas se le cacher. Mais des fois ça peut-être un motivateur aussi pour vraiment se prendre en mains pis aller mieux (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Lorsque j'abordais la question de la parentalité avec les intervenant.e.s, ils et elles exprimaient un malaise, comme indiqué par Jeanne. Ils et elles semblaient être en conflit entre l'autonomie de l'usager.ère et le risque que ce dernier pouvait poser en tant que parent, comme ce que rapporte Chloé :

Je pense que c'est selon la personne, selon ses besoins, qu'est-ce qu'elle veut... T'sais, c'est sûr que quand un usager te dit : « Moi, je veux des enfants. » Pis t'sais, t'es comme : « Je sais pas si tu pourras vraiment le garder, là. » Parce que la personne consomme, ou que tu vois clairement qu'elle est même pas capable de prendre soin d'elle. C'est difficile de dire à la personne : « Peut-être pas aujourd'hui, t'sais. Ou peut-être pas dans un an ou... » T'sais, je sais pas... Je trouve que c'est une question tellement délicate, là, parce que ça reste, t'sais, c'est leur droit, c'est leur corps. Mais en même temps, t'sais, il y en a beaucoup que leurs

enfants ont été justement amenés par la DPJ⁴ parce que ça fonctionnait pas, là. (Chloé, intervenante, Montréal, 13 octobre 2021)

Les propos de Jeanne en disent beaucoup à ce sujet ; plutôt que d’aborder la situation avec la personne comme si elle était un être autonome et adulte, les intervenant.e.s agissent comme si vouloir devenir parent était nécessairement un projet insensé et qu’un usager.ère ne devrait donc pas entretenir ce genre de désir. Pour Chloé, cette situation est particulièrement délicate et apporte son lot d’inconforts. Je reprends ce que je disais au début de ce chapitre : les projets d’avenir alternatifs sont acceptés dans les limites du « sain et sécuritaire » d’après une perspective paternaliste de l’intervention selon laquelle les usager.ère.s n’ont pas les capacités pour prendre les « bonnes » décisions. Ainsi, s’ils et elles ne s’engagent pas dans la voie dominante, ils et elles risquent d’être perçu.e.s comme des « mauvaises » personnes. La parentalité en santé mentale, bien que particulièrement complexe, est un exemple qui permet d’illustrer cette tendance. Devenir parent peut être, par ailleurs, considéré comme un chemin alternatif, puisqu’il contrevient aux attentes envers les personnes ayant des problèmes de santé mentale, c’est-à-dire de ne pas avoir d’enfant. J’estime que le malaise que démontrent ressentir les intervenant.e.s soutient la perception que les usager.ère.s n’ont pas les capacités de prendre les bonnes décisions en choisissant d’avoir un enfant et qu’ils et elles risquent d’être considéré.e.s comme de « mauvaises » personnes en concrétisant leur projet en raison du stéréotype de la personne ayant des problèmes de santé mentale comme étant incapable d’être parent, car posant nécessairement un risque pour l’enfant. Ce faisant, la gestion du risque est une justification dans la restriction de l’autonomie des usager.ère.s à avoir des enfants.

⁴ La Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) est un organisme québécois qui a comme mission d’intervenir lorsqu’un.e enfant ou son développement ne sont pas en sécurité en appliquant la Loi sur la protection de la jeunesse (Éducaloi, 2022).

La gestion du risque, lorsqu'appliquée sur la parentalité en contexte de santé mentale, présente le potentiel du retrait de la garde de l'enfant ou une représentation de danger envers lui (Bourtnell, 2014). Dans ce genre de situation, les problèmes de santé mentale sont associés au risque et à une faible capacité à prendre soin des enfants. La conséquence de cette association est que les troubles de santé mentale sont perçus comme une préoccupation par les services de protection de l'enfance (Bourtnell, 2014). La gestion du risque renforce les stigmas associés aux parents présentant des troubles mentaux, c'est-à-dire qu'ils sont négligents et abusifs envers leurs enfants (Bourtnell, 2014). Pour les mères ayant des problèmes de santé mentale, la stigmatisation est un thème central dans leurs préoccupations. En effet, plusieurs expriment être perçues comme de mauvaises mères et la perte de l'enfant en services de protection de l'enfance est un thème récurrent de la littérature sur la parentalité en contexte de problèmes de santé mentale (Jeffery et al., 2013). Dans leur étude sur la discrimination des parents en lien avec les problèmes de santé mentale effectuée auprès de 2026 personnes, Jeffery et al. (2013) ont découvert que, sur les 873 individus qui avaient un rôle parental, 22,5% ont rapporté avoir été traités injustement lorsqu'ils voulaient commencer une famille en raison de leur problème de santé mentale.

Même si la présence de services en santé mentale et de services sociaux constitue une partie importante du succès parental (M. Boily et al., 2016), ne pas recevoir le soutien nécessaire est un thème important soulevé dans la littérature (M. Boily et al., 2016; Carrière et al., 2010). En effet, plusieurs parents ayant des troubles de santé mentale se retrouvent face à de nombreux défis, notamment la baisse d'énergie, l'anxiété, les idées délirantes et l'isolement. Pour plusieurs, l'adhésion à un traitement est particulièrement difficile, puisqu'ils doivent, en premier lieu, reconnaître la maladie, mais aussi conjuguer avec les effets secondaires des médicaments. Ces effets peuvent faire en sorte que certain.e.s arrêtent le traitement, ce qui peut compromettre leur stabilité (M. Boily et al., 2016). Ainsi, le soutien qu'apportent les professionnel.le.s envers les

parents est essentiel (M. Boily et al., 2016). Malgré le fait que l'accent est mis sur des services intégrés, ceux-ci sont plutôt fragmentés, c'est-à-dire que les besoins des parents sont évalués distinctement de ceux des enfants et les interventions qui visent les membres d'une même famille sont appliquées dans des programmes disjoints (Carrière et al., 2010). De plus, il est particulièrement ardu d'établir des liens de confiance avec les intervenant.e.s en raison du roulement d'employé.e.s et du manque de cohérence des services (Carrière et al., 2010). Ce manque de services résulte en une intervention seulement après l'avenue d'un problème, comme de la négligence, puisque la prévention n'est pas offerte (Maybery et Reupert, 2006). Par ailleurs, plusieurs évaluations du risque effectuées sur les parents ayant un problème de santé mentale sont motivées par une supposition que tous les parents ayant un trouble mental posent un risque à leurs enfants, ce qui est faux. Cette supposition résulte en une surveillance accrue de la part des services de protection à l'enfance, sans nécessairement recevoir les services dont ils ont besoin (Boursnell, 2014).

Il existe bel et bien des risques pour les enfants lorsqu'un ou les deux parents ont un problème de santé mentale. Certain.e.s vivent de la négligence parentale, de la détresse psychologique, des mauvais traitements et développent des problèmes psychologiques et environnementaux (Boily et al., 2005). D'un autre côté, les enfants peuvent également développer des stratégies d'adaptation et devenir résilient.e.s (Boily et al., 2005). Par ailleurs, plusieurs solutions existent pour aider ces familles, les plus proéminentes étant de briser l'isolement en mettant en place un réseau social qui permet un meilleur soutien (M. Boily et al., 2016; Boily et al., 2005), particulièrement par le biais des pairs, d'autres parents ayant des problèmes de santé mentale, qui offrent des modèles parentaux positifs (M. Boily et al., 2016). Cette solution jumelée à un appui de la part des services en santé mentale et sociale permet de développer des relations familiales plus sécuritaires (M. Boily et al., 2016; Boily et al., 2005).

Ainsi, le malaise exprimé par les intervenant.es semble prendre racine dans le stéréotype que tous les parents ayant un problème de santé mentale posent nécessairement un risque pour l'enfant. Cette situation peut également être expliquée par le manque de ressources et de connaissances concernant cette situation, tant du côté des travailleur.euse.s de la protection de l'enfance, dont les connaissances sur les problèmes de santé mentale sont parfois manquantes, que de celui des intervenant.e.s auprès d'adultes ayant des troubles mentaux, pour qui les ressources sur la parentalité et le temps à y consacrer font défaut (Maybery et Reupert, 2006). Ce fait est corroboré par Chloé :

Gabrielle : Est-ce que tu crois que vous [les intervenant.e.s] devriez être plus outillé.e.s pour gérer ce genre de cas-là [la parentalité] ?

Chloé : Être plus outillé.e.s ?

Gabrielle : Oui, par exemple, que ça vient de l'école ou de la ressource ou peu importe, comme dans tes cours, avez-vous été préparé.e.s à ça ?

Chloé : Peut-être qu'il y a des cours [dans les institutions scolaires] par rapport à ça [à la parentalité chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale], mais t'sais, je sais pas. Mais oui, t'sais, ça devrait être plus [enseigné]... Mais oui, t'sais, ça fait partie d'une des questions qui devraient être posées pis de voir comment on peut appliquer ça correctement pis aider ces gens-là (Chloé, intervenante, Montréal, 13 octobre 2021).

Ainsi, pour les intervenant.e.s, il existe plusieurs barrières pour travailler en contexte de parentalité, particulièrement les connaissances et les ressources. Ces déficits rendent difficile l'évaluation de la capacité parentale, le soutien aux parents et la compréhension des répercussions des problèmes de santé mentale sur les enfants (Maybery et Reupert, 2006). Bien que les

intervenant.e.s puissent se retrouver démunie.s face à ce genre de demande, il n'en demeure pas moins que ce genre de déficit influence leur perception sur la parentalité des usager.ère.s et les mène à imposer des restrictions basées sur des stéréotypes et un manque de connaissances et de ressources.

Avec suffisamment de ressources, il est possible de traiter l'usager.ère comme un adulte autonome en discutant du projet de parentalité, dans ses propos, comme en témoigne ces propos de William :

Gabrielle : Comment sont abordées et gérées les questions en lien avec la possibilité d'avoir des enfants ?

William : Ça l'a déjà été adressée. Je me rappelle qu'à mettons, il y a un usager qui avait une blonde pis, à [la ressource], il avait dit qu'il aimerait ça avoir des enfants pis toute. Pis j'avais vu chez des collègues que ça générait un malaise. On dirait que ça ne va pas de soi, quoi répondre, t'sais. Je pense que ce qu'ils auraient voulu répondre, ces personne-là, c'est : « Ben t'sais, il y a vraiment d'autres choses que tu dois travailler avant d'avoir un enfant ». Pis, ils ont répondu rien, t'sais, au final. Dans les faits, je vais peut-être être un peu biaisé dans ma réponse, mais je pense pas que n'importe qui devrait avoir des enfants dans la vie. Parce qu'[avec mes expériences de travail], j'en ai côtoyé des enfants *scraps*, pis des ados *scraps*, pis des jeunes adultes *scraps* ou des gens qui sont vieux, pis qui me parlent de leurs parents pis ce qu'ils ont vécu avec eux et tout. Pis, t'sais, je pense pas que ça devrait être blanc ou noir, mais je pense que des fois, il y a des situations où est ce qu'il y a des gens qui faut vraiment qu'ils fassent du travail sur eux-mêmes avant. Pis, je pense que ça devrait être correct et légitime d'adresser ça avec un usager, t'sais. Je pense pas que ça devrait être tabou ou que, t'sais, j'ai vraiment l'impression que moi, des expériences que j'ai vécues, que c'était vraiment quelque chose qui était malaisant pour les intervenants pis c'était comme un peu tabou, t'sais. Mais je pense que c'est important à adresser, de l'adresser d'une manière pas biaisée, mais de l'adresser d'une manière réaliste. À mettons : avoir un enfant, ça coûte ça par année à peu près, avoir un enfant ça l'implique XYZ, ça l'implique que tu mettes telle

quantité de temps pis d'énergie, genre. Fait que, de juste, sans être décourageant du tout, mais de le faire comme, t'sais, ça l'implique ça d'avoir un enfant. Mais je pense que c'est réalisable. T'sais, pis, j'en ai vu des parents avec des troubles de santé mentale dans le cadre de [mon emploi] qu'ils avaient des enfants pis ils ont fait énormément de travail sur eux-mêmes, pis il y en a là, que c'était vraiment des beaux dossiers à succès, qu'ils ont été capables. Mais en même temps, on leur a pas coupé l'herbe sous le pied, là, t'sais. C'était : « Écoutez, voici ce qu'il faut faire. Voici ce qui est le strict minimum. » En lien avec l'élément de compromission⁵, ça, il faut que ça change, t'sais, parce que sinon, ça met l'enfant en danger (William, intervenant, Montréal, 8 octobre 2021).

Comme l'exprime William, la question de la parentalité en santé mentale est particulièrement complexe et doit être traitée dans l'optique d'offrir les meilleures conditions possibles à l'enfant. Cependant, dans un contexte où les parents ayant des problèmes de santé mentale se retrouvent souvent isolés, stigmatisés et ne reçoivent pas toujours le soutien professionnel nécessaire, il est injuste de remettre tous les risques sur l'individu seulement. Cette situation contribue à une surveillance accrue en raison du discours du risque et résulte en de plus grandes suspicions de négligence, ce qui place le blâme sur les parents qui échouent à ne pas correspondre au « bon parent » plutôt que de se concentrer sur une approche basée sur les forces (Bournsnel, 2014, p. 103). Ces offres restreintes diminuent le soutien apporté aux parents, qui, à leur tour, affectent la pratique de la parentalité et les problèmes de santé mentale (Bournsnel, 2014).

Comme je l'ai expliqué plus tôt dans ce chapitre, l'approche de l'autonomie relationnelle soutient qu'il est nécessaire qu'un État offre un environnement favorisant l'autonomie et qu'un individu peut être dépendant tout en étant autonome. Un parent ayant des problèmes de santé mentale peut être certes plus dépendant de son entourage et des services de l'État, mais ces faits ne

⁵ Un élément de compromission est présent lorsque la sécurité ou le développement de l'enfant sont compromis selon la Loi sur la protection de la jeunesse au Québec, par exemple, lorsqu'il y a présence de négligence du ou de la mineur.e (Gouvernement du Québec, 2018).

font pas de lui un être irresponsable ou « mauvais » parce qu'il a décidé d'avoir un enfant dans ces conditions. Or, les services étatiques déficients encouragent, au contraire, de mauvaises conditions pour les enfants et de tels parents et placent le blâme sur l'individu. Cette situation ne permet pas de développer l'autonomie des parents ou futurs parents ayant des problèmes de santé mentale, mais plutôt d'adopter une attitude paternaliste justifiée par la gestion du risque. Le malaise exprimé par les intervenant.e.s est aligné avec cette position et favorise l'idée selon laquelle les personnes ayant des problèmes de santé mentale n'ont pas les capacités ni pour prendre les « bonnes » décisions (c'est-à-dire de choisir de ne pas avoir un enfant alors qu'elles ne sont pas dans des conditions idéales), ni pour être un « bon » parent. Dès lors, les professionnel.le.s justifient le fait de restreindre leur autonomie au nom de la gestion du risque. Il est évident que si le milieu psychiatrique entretient le discours selon lequel les personnes ayant un problème de santé mentale n'ont pas les capacités nécessaires pour prendre les « bonnes » décisions, cette question ne pourra pas être adressée avec ces personnes sur un pied d'égalité, reproduisant une relation paternaliste dans laquelle l'autonomie est nécessairement réduite.

3.3 L'itinérance comme voie alternative

En discutant avec les intervenant.es au sujet du processus décisionnel concernant les projets de vie des usagers, un autre élément m'a frappé ; lorsqu'il était question des projets alternatifs, les intervenant.es n'avaient pas de projets concrets à proposer. Sur les quatre personnes avec qui je me suis entretenue, lorsque je leur ai demandé des exemples de chemins alternatifs déjà observés ou proposés, trois ont discuté de l'itinérance comme projet de vie et une seule personne a été en mesure de me fournir des exemples tangibles autres que l'itinérance. Ce sont principalement les usager.ère.s qui apportent des propositions alternatives, comme Jeanne en témoigne :

Ben moi, on dirait, dans ma tête, c'est pas nous qui proposons des chemins alternatifs. De ce que je connais, de ce que j'ai vu, j'ai jamais proposé un chemin alternatif, mais c'est quand c'est apporté par la personne qu'on considère (Jeanne, intervenante, Montréal, 25 septembre 2021).

Comme Jeanne, William n'a jamais observé d'intervenant.e proposer des options en dehors du chemin préconisé :

William : J'ai jamais vu ça [un intervenant.e qui propose un projet alternatif]. J'ai jamais vu ça de ma carrière.

Gabrielle : Est-ce que tu crois que ce serait réaliste de proposer ça ?

William : Je pense qu'en fait, les propositions doivent pas venir des professionnel.le.s. À mettons, moi, je pense qu'il faut que ce qui va émerger en premier, il faut que ça vienne de la personne, de l'usager en premier. [...] Le mandat [des intervenant.es], c'est un retour au travail, où va-t-on sur le marché du travail ou retour à l'emploi ou retour aux études. T'sais, comme très souvent. Fait qu'à mettons, j'ai jamais vu, voir, si je l'ai déjà vu, je m'en rappelle plus d'avoir vu quelqu'un proposer quelque chose qui était alternatif, pis que ce n'est pas à mettons, dans ces brackets-là (William, intervenant, Montréal, 8 octobre 2021).

Comme l'explique William, le mandat des intervenant.e.s tourne plutôt autour d'une insertion dans le marché de l'emploi ou un retour aux études, ce qui fait en sorte que les projets alternatifs ne sont pas proposés. De plus, selon lui, l'intervenant.e devrait travailler à partir des idées émergentes des usager.ère.s, mais comme observé tout au long de ce chapitre, les voies alternatives proposées par les usager.ère.s ne sont pas toujours prises au sérieux.

Les suggestions apportées par les intervenant.es doivent être analysées puisqu'elles encadrent le processus décisionnel des usager.ère.s quant à leur avenir. Aussi, lorsque ces premiers ne sortent pas du cadre traditionnel, les possibilités futures de ces derniers s'amointrissent. Crapanzano (2004) discute de l'horizon imaginaire comme étant une frontière infranchissable, démontrant par quel processus il est restreint par la réalité. Il définit ce processus comme :

« [...] *the paradoxical ways in which the irreality of the imaginary impresses the real on reality and the real of reality compels the irreality of the imaginary. These ways cannot be separated. They are in dialectical tension.* » (Crapanzano, 2004, p. 14-15).

Or, comme le soulignent Sneath et al. (2009), Crapanzano (2004) construit une notion de l'imagination comme étant sociale et culturelle qui n'offre pas de cadre conceptuel analytique suffisant. Elle permet tout de même de comprendre que l'imagination a des frontières. Dans son ethnographie en clinique, Throop (2012) reprend la conceptualisation des frontières de l'imagination de Crapanzano (2004) afin d'expliquer que l'espoir se situe dans une temporalité incertaine, une sorte de « *temporal lobby* », puisqu'il ne pointe que vers un futur qui puisse être imaginé (Throop, 2012, p. 15). Le futur ne peut être imaginé que dans les limites du réel et des connaissances de ce dernier (Throop, 2012). Ainsi, en partant de ce principe, je postule que l'absence de voies alternatives dans les propositions apportées par les intervenant.e.s a comme effet de limiter les possibilités d'avenir des usager.ère.s puisqu'ils et elles ne peuvent imaginer un futur dans un paradigme externe aux chemins normatifs sans connaître les différentes options. Il est important de nuancer ces propos : le poids de ce genre de décision ne revient pas exclusivement aux intervenant.e.s, puisque plusieurs acteur.rice.s sont impliqué.e.s dans ce processus, notamment les psychiatres et les utilisateur.rice.s eux et elles-mêmes. Toutefois, cette situation est un obstacle de plus à la création d'un futur en dehors des normes pour ceux et celles qui le désirent. Il semble

que ce ne soit pas volontaire et que cette situation peut s'expliquer, entre autres, par le fait que les intervenant.e.s n'ont pas nécessairement d'idées à proposer. Cependant, ce manque d'alternatives est politique et a des implications sur les possibilités d'avenir des usager.ère.s.

Comme spécifié plus haut, l'itinérance est la proposition qui a été le plus souvent nommée dans nos discussions avec les intervenant.e.s au sujet des chemins alternatifs et était la seule apportée par la majorité. Ce sont également les mêmes personnes qui ont eu le plus de difficulté à me donner des idées concrètes en dehors du cadre normatif, c'est-à-dire qui ne se résument pas seulement à un refus de travailler ou d'aller à l'école. Ce qui ressort de ces propos, est que les chemins alternatifs sont nécessairement associés à une exclusion de la société. Par ailleurs, l'itinérance est discutée comme un choix parmi tant d'autres, comme en témoignent les propos de Francis :

Gabrielle : Est-ce qu'il existe des demandes vers des chemins alternatifs pour l'avenir de la part des usagers? Et comment est-ce géré ?

Francis : Ben, écoute, au bout d'un moment, t'sais, la personne est une adulte, elle peut décider, là, je veux dire, s'il y a pas d'ordonnance d'un juge pour... Elle a techniquement le droit de faire ce qu'elle veut. Je me souviens d'un gars qui a juste décidé de quitter pis il est parti, il était à la rue. Pis lui, ça faisait son affaire. On [les employé.es de la ressource d'hébergement] l'a recroisé après pis il est comme : « Non non, ça va. » Pis, ouin, t'sais, c'est bizarre, mais c'est là-dedans qu'il était bien, il avait déjà fonctionné comme ça. Pis, c'est là qu'il était le plus heureux. C'était alternatif solide ça. T'sais, c'est comme, là, le coordonnateur était comme : « Ben, écoute, qu'est-ce tu veux qu'on fasse ? C'est ça qu'il veut. On peut pas l'attacher dans sa chambre, là » (Francis, intervenant, Montréal, 7 novembre 2021).

Poirel et al. (2016) mettent en relief le danger que pose la survalorisation de la normalisation, puisque ceux et celles qui n'y adhèrent pas courent un risque réel d'exclusion de la société. Dans une autre étude, Poirel et al. (2015) expliquent qu'il y a un risque d'une banalisation des obstacles que vivent les personnes ayant un problème de santé mentale, ce qui contribue au renforcement de l'exclusion et de la souffrance de celles qui n'y adhèrent pas lorsque les intervenant.e.s endossent la vision d'intégration dominante. Pour les intervenant.e.s qui assument le paradigme dans lequel la souffrance est reconnue, mais qui ne remettent pas en question les contraintes vécues, c'est un discours qui risque de n'apporter que peu de transformation de l'environnement des individus ayant un trouble mental, mais qui peut, tout de même, aider à créer des espaces plus inclusifs (Poirel et al., 2015). Ce risque d'exclusion est particulièrement visible dans les exemples apportés par les intervenant.e.s avec qui je me suis entretenue : les voies alternatives sont associées à des modes de vie externes à la société. Comme le rapporte les auteur.e.s, le spectre de la reconnaissance sociale est très étroit et tout ce qui ne s'y soumet pas est automatiquement en marge (Poirel et al., 2015, 2016). Ces orientations ressortent dans les propos de Francis, William et Chloé au sujet de l'itinérance, qui peut, selon eux et elles, dans certains cas, être un choix. Cette ethnographie ne porte pas sur l'itinérance et je n'ai pas les points de vue des personnes dans cette situation, donc je me dois de me baser uniquement sur la littérature existante pour analyser ces propos. C'est pour cette raison que je ne m'étendrai pas sur ce sujet, bien qu'il soit important de comprendre les répercussions de ce type de raisonnement.

Plusieurs explications existent dans la littérature pour comprendre les causes de l'itinérance, dont deux qui se penchent sur la question du « choix ». La première interprète l'itinérance comme un choix déviant, c'est-à-dire que l'itinérance n'est pas un choix en tant que tel, mais une conséquence de mauvaises décisions (Parsell et Parsell, 2012). Selon cet argumentaire, cette situation est un choix indirect puisqu'elle résulte de décisions individuelles de ne pas adhérer aux

normes sociales. Les personnes sans-abris sont considérées comme étant « déviantes » en raison de leur réticence à effectuer ce qui est attendu d'elles, soit le fait d'entrer sur le marché de l'emploi notamment, ne pas consommer ou ne pas avoir certains problèmes de santé mentale. Depuis cette perspective, l'itinérance n'est que le résultat de choix immoraux (Parsell et Parsell, 2012). C'est également un argumentaire utilisé pour expliquer la pauvreté et indiquer que les personnes sans-abris sont responsables de leur situation (Parsell et Parsell, 2012).

La seconde interprétation porte sur le choix rationnel d'être en situation d'itinérance. Cette position a tendance à romantiser l'itinérance et trace un portrait de ces personnes comme ayant pris la décision de poursuivre une vie sans contrainte (Parsell et Parsell, 2012). Selon cette perspective, le fait d'être sans-abri permet d'éviter ce qui est indésirable, comme avoir un emploi, tout en ayant un mode de vie oisif. De ce point de vue, l'itinérance peut également être considérée comme une rébellion contre les standards de la société. Cette perspective romantisée amène à croire que les communautés sans-abris sont particulièrement harmonieuses et apportent le soutien nécessaire afin de se sentir chez soi dans les rues (Parsell et Parsell, 2012).

Pourtant, selon la littérature, qualifier l'itinérance comme étant un choix s'inscrit plutôt dans une logique d'individualisation du problème, pressant de trouver des solutions centrées sur les individus plutôt que sur les inégalités structurelles qui contribuent à l'itinérance. Ces perspectives ne prennent pas en compte les contextes dans lesquels les décisions sont prises. Par exemple, plusieurs personnes sans-abris doivent faire le choix entre payer leur loyer ou consommer des drogues ou de l'alcool et elles choisissent la dernière option (Parsell et Parsell, 2012). Par ailleurs, il est important de rappeler que la dépendance est un problème de santé mentale chronique qui ne peut pas être considéré comme un simple choix (Garcia, 2010).

De plus, plusieurs efforts ont été déployés pour médicaliser et individualiser l'itinérance. En dépeignant cette situation comme une maladie, par exemple en mettant l'accent sur les traumatismes,

la dépendance ou la schizophrénie, l'itinérance est normalisée puisqu'elle ne toucherait que certaines personnes malades ou déviantes (Lyon-Callos, 2000). Pourtant, le portrait de l'itinérance pointe plutôt vers des inégalités structurelles. De fait, soulignons que, par exemple, les personnes autochtones y sont surreprésentées en raison de, entre autres, leur surreprésentation dans le système de protection de la jeunesse (Alberton et al., 2020) ainsi que de leur situation de victimes de discriminations (Alberton et al., 2020; Government of Canada, 2022). Les jeunes des communautés LGBTQ+ sont aussi surreprésenté.e.s pour des raisons de taux de violences familiales élevées, de discrimination et de victimisation (Government of Canada, 2022).

Il est important de préciser que bien que les causes de l'itinérance soient de nature systémique, les personnes sans-abris ne sont pas passives face à leur situation. Dans leur étude, Parsell et Parsell (2012) expliquent que plusieurs personnes sans-abri construisent une notion de l'itinérance comme un choix afin de souligner leur autonomie et leur agentivité. Ce processus leur permet de maintenir un sens de contrôle sur leur situation ainsi que sur leur identité. Selon les auteur.e.s, la vie en situation d'itinérance est une continuation de l'aliénation de la société et les participant.e.s à leur étude ont tendance à séparer leurs choix de leur identité. Dans son étude, Nicholls (2009) démontre comment plusieurs participant.e.s agissent afin d'obtenir le meilleur résultat dans des situations négatives en adoptant des stratégies pour tenter de gérer leur situation ou de résister et que les traumatismes et la pauvreté ne devraient pas être invoqués afin de les réduire à des agent.e.s passif.ve.s.

Même si ces personnes ne sont pas passives face à leur situation, l'itinérance est parsemée d'obstacles. À Montréal, elles sont considérées comme « dérangeantes » et « dangereuses » (Bellot et Sylvestre, 2017, p. 12) poussant la ville à les rendre encore plus invisibles en adoptant une approche répressive. Selon Bellot et Sylvestre (2017), cette stratégie s'inscrit dans le courant néo-

libéral qui vise la responsabilité individuelle au détriment d'une protection sociale de la collectivité, faisant en sorte que plutôt que d'investir dans des politiques sociales, ce sont les politiques criminelles qui sont mises de l'avant. Cette situation a comme conséquence une répression plutôt qu'une protection des populations marginales. Les pratiques répressives incluent la judiciarisation de ces populations en passant, par exemple, par l'adoption de politiques de lutte contre les incivilités (Bellot et Sylvestre, 2017). Plusieurs de ces politiques visent à rendre illégaux l'itinérance ou les gestes qui y sont associés (Sylvestre, 2010). Par exemple, il est illégal d'uriner dans les rues et plusieurs constats d'infraction sont remis aux personnes sans-abri pour cette raison (Bellot et Sylvestre, 2017) plutôt que d'augmenter la disponibilité des toilettes publiques. Le manque de ce type d'infrastructure a aussi comme conséquence de rendre difficile la gestion des menstruations, empêchant les personnes qui ont leurs règles d'avoir accès à un niveau d'hygiène suffisant et aux produits nécessaires (Teizazu et al., 2021). Ce genre de judiciarisation ne fait que punir l'existence des personnes sans-abris (Teizazu et al., 2021). Plusieurs autres contraintes poussent les itinérant.e.s à l'exclusion, notamment l'urbanisme anti-itinérant (Sylvestre, 2010).

Les conséquences de cette exclusion sont nombreuses. Ce ne sont pas tous les individus sans-abri qui subissent une exclusion sociale, mais la plupart d'entre eux ou elles n'ont pas accès de manière générale au respect de leurs droits humains fondamentaux (Walsh, 2006). Plus particulièrement, ils ou elles n'ont pas accès au droit de participer à la vie politique (car ils ou elles n'ont pas toujours d'adresse), de vivre sans discrimination, d'être en sécurité et d'avoir la meilleure santé possible (Walsh, 2006). Plusieurs ne reçoivent pas les protections nécessaires contre les dangers environnementaux lorsque les températures sont très froides ou très chaudes (Eisenmann et Origanti, 2021) ce qui peut résulter à la mort de ces personnes, comme ça a été le cas, durant l'hiver 2022, à Montréal (Ouellette-Vézina, 2022).

Il est difficile de qualifier l'itinérance comme une simple question de choix et cela demande une réponse beaucoup plus complexe que je ne peux le développer dans cette thèse. Toutefois, il est évident que les personnes en situation d'itinérance subissent de la répression visant à les faire disparaître de la place publique et qu'elles se font exclure de la société pour accommoder les autres membres de la collectivité. Ainsi, lorsque les intervenant.e.s n'ont comme idée de voies alternatives que le refus de se conformer aux attentes de la société - aller à l'école et travailler - ou de devenir itinérant.e.s, ceux-ci et celles-ci associent ce chemin à l'exclusion ou du moins, c'est un résultat possible en suivant ce chemin.

Cette perspective pourrait également banaliser l'itinérance et la marginalisation qui lui est associée, la présentant comme un chemin acceptable pour des personnes déjà stigmatisées et à risque d'être exclues. Elle risque de renforcer la dichotomie entre la normalisation et l'exclusion plutôt que d'élargir le prisme de la reconnaissance sociale, comme l'indiquent Poirel et al. (2015, 2016).

Ainsi, lorsqu'il est question des chemins alternatifs, les intervenant.e.s n'ont souvent pas d'idée outre l'itinérance, signifiant non seulement que cette voie est souvent considérée irrationnelle, mais également associée à la marginalité. Comme précisé au début de cette section, les suggestions des travailleur.euse.s encadrent le processus décisionnel des usager.ère.s et s'ils et elles ont une telle perception des voies en dehors des normes dominantes de la société, ils et elles ne les encourageront pas dans cette direction. Cette situation constitue donc un obstacle dans la construction du futur satisfaisant puisque les utilisateur.rice.s n'ont pas accès à toutes les options disponibles.

3.4 Conclusion

Ce chapitre a dépeint l'une des préoccupations centrales des intervenant.e.s dans la construction du futur, celle de la sécurité. Elle est un enjeu particulièrement mis de l'avant dans les discussions sur les chemins alternatifs, mais ne concerne pas seulement les violences que les usager.ère.s pourraient commettre envers les autres ou eux-mêmes, mais sur leur incapacité à prendre de bonnes décisions et à en comprendre les conséquences. Dans ce chapitre, j'ai argué que la sécurité est une justification à la restriction de l'autonomie et que l'attitude paternaliste des intervenant.e.s et du domaine des professionnel.le.s de la santé mentale renforce ce raisonnement.

Afin de soutenir mon argument, j'ai présenté de quelle manière le paternalisme et la gestion du risque sont entrelacés dans le domaine de la santé mentale et comment ils sont justifiés par le raisonnement selon lequel les personnes ayant un trouble mental n'ont pas les capacités pour prendre les « bonnes » décisions. Ce contexte permet la restriction de leur autonomie dans de nombreux domaines, dont celui de la construction d'un futur en dehors des normes dominantes. Ce raisonnement a comme conséquence que leur agentivité morale est affaiblie, n'étant non seulement pas considéré.e.s comme ayant les capacités de prendre les « bonnes » décisions, mais également comme n'étant pas une « bonne » personne s'ils ou elles décident de continuer vers une voie alternative malgré la connotation négative qui lui est rattachée. Ce point a été illustré dans la section suivante au sujet de la parentalité et des inquiétudes que soulève ce projet en contexte de problèmes de santé mentale. Finalement, la dernière partie de ce chapitre a couvert les répercussions du manque de possibilités alternatives imaginées par les intervenant.e.s. L'itinérance est souvent la seule option proposée comme voie alternative au chemin dominant, cristallisant, de ce fait, la dichotomie entre la normalisation et l'exclusion. Les intervenant.e.s n'encouragent donc peu ou

pas les usager.ère.s à poursuivre un chemin alternatif à la voie dominante s'ils ou elles le désirent en raison de leurs représentations de la sécurité.

Conclusion

L'objectif de départ de cette recherche était de déterminer comment les intervenant.e.s de ressources d'hébergement intermédiaires en santé mentale se représentent l'avenir des personnes auprès desquelles ils et elles travaillent et la manière dont ces représentations correspondaient, ou non, au cadre normatif dominant.

En me basant sur l'ethnographie de Weiss (2018) au sujet des Autochtones de l'île Haïda Gwaii et de la façon dont ils et elles se façonnent un avenir en dehors de ce qui leur semble prédestiné, c'est-à-dire leur disparition, j'ai proposé de concevoir les représentations du futur comme étant soit hégémoniques ou comme contre-hégémonique. Bien que les deux populations soient différentes (personnes ayant des problèmes de santé mentale vivant dans des ressources intermédiaires dans la région de Montréal et des Autochtones vivant sur une réserve), elles ont en commun l'imposition d'un futur prédéterminé duquel elles peuvent ou non s'affranchir, chacune à leur façon. Ainsi, comme les Autochtones de l'île Haïda Gwaii, les usager.ère.s de ressources intermédiaires ont la possibilité de se façonner un avenir tel qu'ils et elles le désirent en dehors de ce qui leur semble réservé, c'est-à-dire à l'extérieur des murs institutionnels. Toutefois, cette situation ne signifie pas nécessairement qu'ils ou elles parviennent à se bâtir un futur complètement contre-hégémonique.

J'ai donc effectué quatre entrevues auprès d'ancien.ne.s intervenant.e.s de ressource d'hébergement intermédiaire en plus de conduire une recherche de terrain virtuel auprès de la page *Facebook* « Organisation structurelle coconstruite de lo praticienxe réflexixe » afin de répondre à cette question. Tout au long de cette recherche, il est évident que je n'étais pas neutre. Ayant vécu plusieurs de ces expériences, je n'ai pas exploré ce sujet de manière détachée, à partir des outils théoriques mobilisés, mais également depuis ma position d'ancienne intervenante. Ainsi, mes

analyses ont été teintées par mes réflexions personnelles, résultant en une approche particulièrement critique du milieu de l'intervention.

Dans le premier chapitre, j'ai tracé un portrait du milieu de travail des intervenant.e.s et des représentations qui s'y rattachent. J'y ai démontré comment le traitement négatif des employé.e.s du milieu du *care* a des répercussions négatives sur leur travail et sur la façon dont ils et elles accompagnent les usager.ère.s dans leur quotidien. L'environnement de l'intervention est également marqué par le rôle d'autorité qu'occupent les intervenant.e.s, mais ce rôle est transcendé lorsque le contexte est involontaire et se rapporte, de ce fait, à la coercition légale. J'ai soutenu que l'intervention coercitive est de l'intervention sociale carcérale de par sa proximité avec le système judiciaire et participe donc à la judiciarisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Dans ce contexte, l'intervention peut être considérée comme une « police douce ».

Le second chapitre examinait la façon dont les intervenant.e.s envisagent le futur des usager.ère.s. J'ai tout d'abord présenté le modèle de l'intervention au Québec, le rétablissement soit un modèle qui participe à la logique du choix et individualise les problèmes auxquels font face les usager.ère.s. En se basant sur ce modèle, les intervenant.e.s ont dès lors tendance à prioriser une insertion sociale basée sur la voie dominante qui, selon les dires des intervenant.e.s que j'ai interviewé.e.s, seraient aussi privilégiée par les usager.ère.s. Or, j'ai suggéré combien il peut être difficile pour les utilisateur.rice.s de se bâtir un futur selon cette perspective dominante, et ce notamment en raison de la stigmatisation à laquelle ils et elles font face. Ces inégalités structurelles n'étant pas prises en compte, tant par les intervenant.e.s que leur clientèle, cette dernière en vient à se lier d'une relation de cruel optimisme avec les principes de la « bonne vie » et s'ils et elles échouent, c'est eux et elles qui sont blâmé.e.s pour leur décision. Cependant, comme nous l'avons vu, le contexte de travail des intervenant.e.s ne les incite pas à prendre en considération les inégalités structurelles et est marqué par un éventail restreint de « technologies », faisant en sorte

qu'il n'y a que peu d'opportunités pour eux ou elles de remettre la voie dominante en question ou d'offrir une alternative.

Finalement, le troisième chapitre portait sur les représentations de la sécurité des intervenant.e.s au sujet des chemins alternatifs à ceux dominants et de leurs répercussions sur la façon dont ils et elles envisagent les possibilités d'avenir des usager.ère.s. J'ai soutenu que la préoccupation des employé.e.s au sujet des enjeux de la sécurité, bien que parfois justifiée, renforce une attitude paternaliste envers les utilisateur.rice.s et restreint leur autonomie. En effet, cette préoccupation ne portait pas sur les violences que les usager.ère.s pourraient commettre envers eux-mêmes ou les autres, mais, plutôt, sur leur capacité à prendre des décisions rationnelles. De fait, si le projet de vie des utilisateur.rice.s dérogeait au chemin dominant de l'intégration, il n'était pas considéré crédible, et les intervenant.e.s utilisaient la gestion du risque afin de justifier un refus. Ainsi, l'autonomie des usager.ère.s est restreinte et leur agentivité morale est affaiblie. Ce dernier point a été illustré par la parentalité, un projet qui apporte un malaise évident chez les intervenant.e.s. Cette représentation de la sécurité peut être expliquée par la place que prennent les chemins alternatifs dans l'imaginaire des intervenant.e.s. En effet, ils et elles semblent associer ces chemins alternatifs à l'exclusion, ce qui est illustré par la proposition de l'itinérance comme voie alternative par la majorité des employé.e.s, une situation qui risque de renforcer la dichotomie entre l'exclusion et la normalisation. J'ai également soutenu, dans ce chapitre, que la conception des chemins alternatifs par les intervenant.e.s et plus largement, le milieu psychiatrique, limite les possibilités d'avenir des usager.ère.s puisqu'ils et elles ne peuvent décider de suivre une voie dont ils et elles ne connaissent pas l'existence.

Contrairement à une époque où les personnes ayant des problèmes de santé mentale étaient destinées à un avenir entre les murs des institutions, elles ont présentement plus d'options en raison du déplacement des traitements dans la communauté. Or, cela ne garantit en rien leur inclusion

puisque des éléments tels que la stigmatisation la freine. Par ailleurs, la priorisation de la voie dominante par les intervenant.e.s et par certain.e.s usager.ère.s constituent un obstacle à l'intégration pour plusieurs de par les difficultés à s'y conformer en raison, notamment, des inégalités sociales. Ce fait est exacerbé par l'étroitesse de ce qui constitue la voie dominante et par la dichotomie entre la normalisation et l'exclusion. Cette situation s'explique par la place que prend les chemins alternatifs dans la société et dans l'imaginaire des intervenant.e.s, bien que ces dernier.ère.s n'y soient pas opposé.e.s, ceux-ci ne sont pas proposés aux utilisateur.rice.s, limitant de ce fait leurs futures possibilités. Ce futur ne peut être complètement contre-hégémonique, puisque plusieurs usager.ère.s ne pouvant ou ne voulant pas se conformer au modèle dominant de l'intégration sociale se retrouvent, soit abandonné.e.s par le système de santé mentale, soit risquent d'être exclu.e.s de la communauté.

Ainsi, le futur des usager.ère.s. de ressources d'hébergement en santé mentale tel qu'envisagé par les intervenant.e.s se situe à l'intérieur du cadre dominant. Celui-ci est remis en question, mais l'accent est mis sur les limites individuelles, attribuant de ce fait un défaut sur lequel il faut travailler afin de faciliter l'intégration. Le fait d'évaluer la présence ou l'absence de « potentiel » ne fait que renforcer la place que prend la voie dominante et participe à l'abandon des personnes chez qui ce potentiel semble absent, ou encore, celles qui ont le plus de symptômes incompatibles avec les capacités nécessaires pour mener une « bonne vie ». De plus, la présupposition selon laquelle les personnes ayant des problèmes de santé mentale n'ont pas les capacités de prendre des décisions rationnelles ne fait que créer une méfiance envers les voies alternatives qu'elles pourraient proposer. De fait, il y a peu d'espace pour l'exploration de ces chemins, ce qui limite les options en dehors du cadre normatif. Lorsque ces alternatives sont privilégiées, l'accent est alors mis sur les contraintes personnelles de l'individu, ce qui contribue à les dévaloriser. Plusieurs reconnaissent que c'est à la société de faire plus d'efforts afin d'inclure

les personnes ayant des problèmes de santé mentale, mais comme je l'ai démontré, leur inclusion ne pourrait se faire dans le monde tel qu'il est en ce moment. D'après la façon dont est envisagée la construction du futur des usager.ère.s par les intervenant.e.s, seule une partie de ces premier.ière.s pourraient se bâtir un avenir contre-hégémonique, c'est-à-dire à l'extérieur des murs institutionnels et en subissant peu de contraintes.

Par ailleurs, l'environnement de travail des intervenant.e.s complique la remise en question de la voie normative. En effet, celui-ci, marqué par la dévalorisation des emplois du care, les modalités d'action (coercitive ou non) et le manque de soutien clinique, n'incite pas les employé.e.s à comprendre les inégalités structurelles dans leur travail et à les prendre en considération. Le développement de techniques d'intervention qui les prennent en compte est négligé et les outils et les ressources auxquels ils et elles ont accès sont orientés vers la voie dominante de l'intégration. Cet environnement ne leur laisse ni l'espace pour approfondir leurs réflexions, ni celui pour prendre des initiatives et, au contraire, complexifie la mise en place d'éléments concrets qui permettraient d'offrir un éventail de choix diversifiés et l'élargissement de la reconnaissance sociale.

Comme le démontre l'ethnographie de Weiss (2018), il est possible de construire un futur satisfaisant sans être complètement soustrait du système colonial et oppressif. Les solutions apportées par Poirel et al. (2015, 2016) dans le domaine des problèmes de santé mentale convergent vers cette direction. Ce fait n'enlève pas le paradoxe dans lequel se situent les intervenant.e.s en santé mentale et carcérale : aider les usager.ère.s à s'accommoder au statu quo tout en le remettant en cause (Leung, 2012). Il serait donc primordial que le domaine de l'intervention et du travail social soit politisé afin de ne plus tenir le rôle de la « police douce » (Baines, 2021; Jacobs et al., 2021). Il serait nécessaire d'ajouter des techniques d'intervention qui prennent en compte les inégalités structurelles.

Par la suite, il serait important d'éviter d'exclure les individus lorsqu'ils ne présentent pas de « potentiel ». C'est pourquoi Poirel et al. (2015, 2016) appellent à l'élargissement du prisme de la reconnaissance sociale afin de créer une société plus inclusive pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Poirel et al. (2015) reconnaissent deux angles sur lesquels il serait important de travailler : reconnaître la différence telle qu'elle est et se dégager de la logique d'utilité qui semble emprisonner plusieurs personnes à devoir justifier leur existence.

Quant aux personnes que j'ai interviewé.e.s, elles m'ont toutes fait part de l'importance d'investir davantage en prévention afin d'enlever les stigmas qui affligent les usager.ère.s :

Je pense déjà qu'on devrait commencer par faire plus de prévention. T'sais, déjà ça arrivera moins [qu'il y ait des obstacles face à leur intégration]. Pis juste pour que quand quelqu'un commence à pas bien aller, avant que ça dégénère, que ce soit pris en compte, pis qu'on puisse arranger avant que ce soit trop loin, là. Après, t'sais, je pense qu'avoir plus d'ouverture, t'sais, plus de ressources, je pense ça en prendrait plus, ouin, ça prendrait plus d'argent, mais c'est ça le problème. Faudrait financer ça, mais en même temps, c'est pas sexy, la santé mentale. C'est pas là qu'ils mettent l'argent. T'sais, je veux dire, si les problèmes de santé mentale avaient autant de visibilité, mettons, que l'organisme Docteur Julien, t'imagines l'argent qu'ils auraient ? Les problèmes qu'on peut régler. T'sais, sans rien enlever à l'autre organisme, mais t'sais, c'est juste, des fois, disproportionnée l'attention médiatique. Je pense que les médias auraient peut-être un travail de conscience à faire. Dans le sens, t'sais la santé mentale, c'est le négatif. C'est le négatif des individus, pas le négatif de : on offre pas des ressources. Je pense que c'est peut-être ça qui devrait être plus mis pour que les gens soient conscients d'il y a pleins de ressources, là, pleins d'organismes, mais ils sont sous-financés, t'sais, pis montrer que ce que ça fait être sous-financé, c'est pas juste des mots écrits dans un article de journal t'sais, sous-financé ça veut dire que t'as un tel qui est pas capable de comme, partir en appartement pis devenir comme, je sais pas, architecte, mettons. Justement, ça les empêche de contribuer pis de faire partie de la société. Parce que pour la plupart [des usager.ères] que j'ai croisé.e.s, ils veulent vraiment s'intégrer.

C'est leur but, là, dans la vie. C'est juste, ils se font comme pas donner la chance, ce serait de s'arranger pour qu'ils aient plus de chances. Peut-être qu'il faudrait juste les écouter un peu, là. Donc, pour te dire c'est quoi. Ils arrivent tous les jours en disant : c'est ça le problème (Francis, intervenant, Montréal, 7 novembre 2021).

Francis soulève plusieurs éléments. Le premier est l'importance d'une prévention neutre, qui permettrait de comprendre les problèmes de santé mentale en dehors des préjugés, mais également de comprendre les symptômes ainsi que de s'éloigner d'une représentation négative. Sur la compréhension des troubles mentaux, ces propos rejoignent ceux de Poirel et al. (2015, 2016). Les auteur.e.s proposent une modification de la reconnaissance sociale afin de créer un monde plus inclusif, ce qui permettrait d'être plus adapté aux différentes réalités des individus. Rose (2018) suggère qu'un des points centraux afin d'aider les individus en détresse est de leur faire comprendre qu'ils ont un problème de santé mentale et que ce n'est qu'une maladie comme une autre. Selon l'auteur, il est important d'être en mesure de discuter de la détresse et des différents aspects qui l'entourent sans ressentir de honte et que les autres puissent l'accepter. C'est pourquoi il soutient le genre de campagnes qui promeut le fait d'en parler afin de comprendre que ces situations sont des expériences humaines communes. Toutefois, il existe des aspects négatifs face à cette stratégie. En effet, Rose (2018) explique que de percevoir les problèmes de santé mentale comme n'importe quelle autre maladie implique que la détresse provient d'une pathologie interne à l'individu, une pathologie du cerveau, qui devrait être traitée avec de la médication, négligeant de fait de prendre en considération les causes externes à la détresse présente et passée, notamment la pauvreté et les traumatismes.

Le second point au sujet de la prévention concerne les représentations négatives reproduites par les médias au sujet des personnes ayant des troubles mentaux. En effet, les représentations négatives sont associées à une augmentation d'attitudes stigmatisantes envers ces individus alors

que le contraire permet de diminuer certains aspects de la stigmatisation (Ross et al., 2019). Plusieurs recherches sur le sujet ont démontré que les reportages dans les médias au sujet des problèmes de santé mentale sont majoritairement négatifs et stigmatisants en accordant une attention disproportionnée à la dangerosité et à l'imprévisibilité des gestes, particulièrement lorsqu'il est question de crimes (Vahabzadeh et al., 2011). Les personnes ayant des troubles mentaux ont plus de chance d'être dépeintes comme étant des criminelles plutôt que comme des victimes d'actes criminels alors qu'elles sont particulièrement vulnérables face à la victimisation (Vahabzadeh et al., 2011). Ainsi, comme le suggère Francis, les médias ont une part de responsabilité dans la stigmatisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale et devraient travailler à offrir une représentation neutre ou positive d'elles. L'intervenant propose également que les médias se concentrent à démontrer les effets du sous-financement des ressources en santé mentale afin de contrer les représentations négatives et de leur offrir une meilleure visibilité, comme c'est le cas pour la Fondation Dr Julien qui se concentre sur la pédiatrie sociale en communauté, ce qui pourrait résulter en une augmentation du financement.

Le dernier point soulevé par les intervenant.e.s porte sur les effets de la pauvreté :

Fait que t'sais, il y en a plein [d'usager.ère.s] qui se disent : « Ben, pourquoi j'irais travailler ? T'sais, je reçois plus sur l'aide sociale que si je m'en vais travailler au *Tim Horton* à 13 piastres de l'heure. » Pis je les comprends, c'est tout à fait normal, là. Pis souvent, t'essaies de faire le calcul avec eux, pis là, t'es comme : « OK, fait que là, l'appartement que tu vas trouver, faudrait qu'il soit comme 600 dollars. » Il y en a pas à 600 dollars. T'sais, ça marche pas. Je trouve que l'espèce de seuil justement qu'on parle là, de la pauvreté là, le gap, il est ben trop gros. T'sais, je veux dire, on pense pas justement que ces personnes-là sont condamnées sur l'aide sociale pis après ça, on se dit : « Ben c'est ça, le monde sur l'aide sociale veut pas travailler ». Ben, c'est un peu normal (Chloé, intervenante, Montréal, 24 septembre 2021).

Les problèmes en lien avec le programme de la solidarité sociale, dont celui illustré par Chloé, ont déjà été discutés dans cette thèse. Ce sont en effet des éléments omniprésents dans la vie des usager.ère.s et il est important de mettre la lumière dessus. Plusieurs auteur.e.s l'ont également abordé et ont apporté certaines solutions. La pauvreté a de nombreuses conséquences pour les individus qui la vivent ; il existe une forte association entre la pauvreté et l'émergence de problèmes de santé mentale « communs » comme la dépression et l'anxiété (Rose, 2018). Les personnes en situation de pauvreté chronique ont non seulement une mauvaise condition de santé en général, mais, en plus, vivent moins longtemps que celles qui ont de meilleures situations financières (Blacksher, 2002). Blacksher (2002) a déterminé que les personnes qui vivent dans une situation de privation socioéconomique chronique voient leur agentivité morale s'effriter puisque ce contexte tend à diminuer les choix disponibles et la possibilité d'exercer son autonomie.

Ainsi, lorsqu'il est question de trouver des pistes de solution afin de permettre aux usager.ère.s de ressources d'hébergement en santé mentale de se construire un futur satisfaisant, il est nécessaire de prendre en considération l'environnement socio-économique. Selon Rose (2018), il est nécessaire d'adresser les violences inhérentes à la pauvreté, l'exclusion sociale et l'isolement, afin de voir des changements dans les problèmes de santé mentale. Je propose donc un revenu universel de base, comme Graeber (2019), qui : « vise à assurer un revenu de base inconditionnel à tous les membres d'une communauté politique » (Boucher, 2013, p. 62). Il existe plusieurs façons de l'appliquer à travers un montant modulé selon les tranches de population, comme l'âge, la situation familiale, des handicaps, etc (Boucher, 2013). Cette mesure permet de pallier les désavantages de l'aide sociale, notamment en évitant l'effet du maintien des bénéficiaires « dans la trappe de l'assistance » (Boucher, 2013, p. 63) ou « condamné.e.s » à l'aide sociale, comme l'exprimait Chloé. Cette mesure permettrait une lutte efficace contre la précarité financière et assurerait un filet de sécurité aux travailleur.euse.s précaires (Boucher, 2013). Pour Graeber (2019),

cette mesure permettrait d'apporter des transformations profondes dans la société, particulièrement celle « *to unlatch work from the livelihood entirely* » (Graeber, 2019, p. 281). Le revenu universel de base offrirait une plus grande flexibilité aux individus, comme dans le changement d'emploi, permettrait aux individus provenant de milieu sous-financé de ne pas être précaires, comme les emplois dans le milieu des arts (Boucher, 2013), tout en leur permettant d'essayer de nouvelles voies. Les problèmes de santé mentale ne devraient pas être associés à la pauvreté et cette solution pourrait y remédier.

En bref, ces solutions n'apporteraient pas les changements structurels qui seraient nécessaires pour que les intervenant.e.s puissent envisager un futur pour les usager.ère.s complètement affranchi de celui hégémonique, mais elles pourraient, toutefois, leur offrir un meilleur soutien.

Cette thèse présente de nombreuses limites. La première porte sur le terrain de recherche virtuel effectué et sur les données qui y ont été recueillies. Les données recueillies étaient limitées au contexte et aux conditions structurelles de ces professions et, puisqu'une seule partie de mon premier chapitre a abordé ce sujet, je n'ai pas été en mesure de les analyser dans l'entièreté de cette thèse. Une recherche de terrain en ressource d'hébergement aurait permis d'observer le travail des différent.e.s acteur.rice.s impliqué.e.s dans la construction du futur des usager.ère.s et d'apporter des nuances sur certains sujets.

La seconde contrainte porte sur le nombre restreint d'intervenant.e.s interviewé.e.s. Cette situation a fait en sorte que les perspectives ne sont pas aussi diversifiées qu'elles l'auraient été avec un plus grand nombre de personnes. Par ailleurs, ces intervenant.e.s étaient tou.te.s dans la même tranche d'âge (24 ans à 35 ans) et étaient tou.te.s blanc.he.s. Ce faisant, certains points de vue étaient limités, particulièrement en ce qui a trait au racisme systémique présent dans le système de santé québécois.

Finalement, la troisième limite porte sur l'exclusion des usager.ère.s de ressources d'hébergement de cette recherche. Bien que cette décision soit justifiée, leur participation aurait permis d'apporter plus de nuances et de complexité à cette recherche.

Pour une prochaine recherche sur le sujet, il serait important, non seulement d'effectuer une recherche de terrain directement en ressource d'hébergement en santé mentale, mais également d'inclure la parole des usager.ère.s afin d'éviter la tradition de l'effacement des voix des personnes marginalisées. Ainsi, dans l'objectif de mieux comprendre le processus décisionnel, mais aussi de prendre en considération les solutions qu'ils et elles proposent afin d'élargir le prisme de la reconnaissance sociale et faciliter l'inclusion, il serait pertinent d'effectuer une recherche sur la construction du futur des utilisateur.rice.s de ressource d'hébergement selon leur perspective.

Références

- Alberton, A. M., Angell, G. B., Gorey, K. M. et Grenier, S. (2020). Homelessness among Indigenous peoples in Canada: The impacts of child welfare involvement and educational achievement. *Children and youth services review*, 111, 104846.
- Alksnis, C., Desmarais, S. et Curtis, J. (2008). Workforce Segregation and the Gender Wage Gap: Is “Women’s” Work Valued as Highly as “Men’s”? 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(6), 1416-1441.
- Anderson, J. H. et Honneth, A. (2005). Autonomy, vulnerability, recognition, and justice.
- Arendt, H. (1989). *La crise de la culture: huit exercices de pensée politique*. Gallimard.
- Baines, D. (2021). Soft Cops or Social Justice Activists: Social Work’s Relationship to the state in the context of BLM and Neoliberalism. *The British Journal of Social Work*.
- Bellot, C. et Sylvestre, M.-È. (2017). La judiciarisation de l’itinérance à Montréal: les dérives sécuritaires de la gestion pénale de la pauvreté. *Revue générale de droit*, 47, 11-44.
- Benelli, N. et Modak, M. (2010). Analyser un objet invisible: le travail de care. *Revue française de sociologie*, 51(1), 39-60.
- Berlant, L. (2011). *Cruel optimism*. Duke University Press.
- Bernheim, E. (2019). Le refus de soins psychiatrique est-il possible au Québec? Instrumentalisation du droit et mission thérapeutique de la justice. *Aporia*, 11(1), 28-40.
- Bernheim, E. (2020). Les substances chimiques utilisées à des fins de contrôle: un statut juridique controversé. *Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique*, 3(2), 14-23.
- Blacksher, E. (2002). On being poor and feeling poor: Low socioeconomic status and the moral self. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 23(6), 455-470.
- Boily, M., Tremblay, G., St-Onge, M. et Héon, N. (2016). Déterminants sociaux de la santé et exercice de la parentalité: regard sur le vécu des parents ayant un trouble mental. *Intervention*.
- Boily, Marc, Lew, V. et Morissette, P. (2005). Les difficultés psychosociales vécues par les enfants mineurs de personnes atteintes de maladie mentale. *Service social*, 47(3-4), 247-287. <https://doi.org/10.7202/706802ar>
- Bottrell, D. (2013). Responsibilised Resilience? Reworking Neoliberal Social Policy Texts. *M/C Journal*, 16(5). <https://doi.org/10.5204/mcj.708>
- Boucher, M.-P. (2013). Renverser la tendance à la pauvreté au travail en instaurant un revenu minimum garanti au Québec? *Revue multidisciplinaire sur l’emploi, le syndicalisme et le travail*, 8(2), 61-83.
- Boursnell, M. (2014). Assessing the capacity of parents with mental illness: Parents with mental illness and risk. *International Social Work*, 57(2), 92-108. <https://doi.org/10.1177/0020872812445197>
- Callaghan, S., Ryan, C. et Kerridge, I. (2013). Risk of suicide is insufficient warrant for coercive treatment for mental illness. *International journal of law and psychiatry*, 36(5-6), 374-385.
- Carrière, M., Clément, M., Tétreault, S., Pépin, G., Fortier, M. et Paquet, S. (2010). Réflexion sur les services aux familles dont la mère souffre d’un trouble de santé mentale (TSM). *Santé mentale au Québec*, 35(2), 185-208. <https://doi.org/10.7202/1000559ar>
- Castel, R. (1983). De la dangerosité au risque. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47(1), 119-127.
- Castro, B., Bahadori, S., Tortelli, Ailam, L. et Skurnik, N. (2007). Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(4), 276-281. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.03.001>
- Cellard, A. (1988). *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850 : le désordre*. [thesis, University of Ottawa (Canada)]. <http://ruor.uottawa.ca/handle/10393/5070>
- Cellard, A. et Nadon, D. (1986). Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l’asile au Québec. *Revue d’histoire de l’Amérique française*, 39(3), 345. <https://doi.org/10.7202/304371ar>

- Chénard, C., Mantha-Bélisle, M.-M. et Vézina, M. (2018, avril). Risques psychosociaux du travail : des risques à la santé mesurables et modifiables. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2373>
- Cohen, P. N. et Huffman, M. L. (2003). Individuals, jobs, and labor markets: The devaluation of women's work. *American Sociological Review*, 443-463.
- Comaroff, J. et Comaroff, J. L. (1991). *Of revelation and revolution: Christianity, colonialism, and consciousness in South Africa*. University of Chicago Press.
- Cook, J. A. (2006). Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: Update of a report for the President's Commission. *Psychiatric services*, 57(10), 1391-1405.
- Corbière, M., Lesage, A., Villeneuve, K. et Mercier, C. (2006). Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 215-235.
- Corin, E. (2002). Se rétablir après une crise psychotique: ouvrir une voie? Retrouver sa voix? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 65-82.
- Corley, N. A. et Young, S. M. (2018). Is social work still racist? A content analysis of recent literature. *Social work*, 63(4), 317-326.
- Crapanzano, V. (2004). *Imaginative horizons: an essay in literary-philosophical anthropology*. University of Chicago press.
- Crenshaw, K. (1990). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1300.
- Cunningham, I., Baines, D., Shields, J. et Lewchuk, W. (2016). Austerity policies, 'precarity' and the nonprofit workforce: A comparative study of UK and Canada. *Journal of Industrial Relations*, 58(4), 455-472.
- Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M. J. et Lawless, M. S. (2008). *A Model of Being in Recovery as a Foundation for Recovery-Oriented Practice. A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice*. Oxford University Press. <https://oxford-universitypressscholarship-com.proxy.bib.uottawa.ca/view/10.1093/oso/9780195304770.001.0001/isbn-9780195304770-book-part-7>
- Dorvil, H. (1987). La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 55-65. <https://doi.org/10.7202/030372ar>
- Douglas, M. et Wildavsky, A. (1983). Risk and culture. Dans *Risk and Culture*. University of California press.
- Duffy, M. (2005). Reproducing labor inequalities: Challenges for feminists conceptualizing care at the intersections of gender, race, and class. *Gender & Society*, 19(1), 66-82.
- Duval, M. et Fontaine, A. (2000). Lorsque des pratiques différentes se heurtent: les relations entre les travailleurs de rue et les autres intervenants. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 49-67.
- Dwyer, R. E. (2013). The care economy? Gender, economic restructuring, and job polarization in the US labor market. *American Sociological Review*, 78(3), 390-416.
- Éducaloi. (2022). *Le rôle du Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ)*. Éducaloi. <https://educaloi.qc.ca/capsules/role-directeur-protection-de-la-jeunesse/>
- Eisenmann, A. et Origanti, F. (2021). Homeless rights: a call for change. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 30(1), 90-96.
- England, P. (2005). Emerging theories of care work. *Annu. Rev. Sociol.*, 31, 381-399.
- England, P., Budig, M. et Folbre, N. (2002). Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work. *Social Problems*, 49(4), 455-473. <https://doi.org/10.1525/sp.2002.49.4.455>
- Estroff, S. E. (1985). *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*. Univ of California Press.
- Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois.
- Floersch, J. (2002). *Meds, Money, and Manners: The Case Management of Severe Mental Illness*. *Meds, Money, and Manners*. Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/floe12272>
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard. <https://www.numeriquepremium.com/content/books/9782070295821>
- Garcia, A. (2010). The pastoral clinic. Dans *The Pastoral Clinic*. University of California Press.

- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Éditions de Minuit.
- Goudreault, Z. (2020, 19 novembre). Le budget du SPVM continue de croître malgré les demandes de «définancement». *Journal Métro*. <https://journalmetro.com/actualites/montreal/2581352/le-budget-du-spvm-continue-de-croitre-malgre-les-demandes-de-definancement/>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Motifs de signalement - Faire un signalement au directeur de la protection de la jeunesse (DPJ)*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/services-jeunes-difficulte-famille/protection-de-la-jeunesse/faire-un-signallement-au-dpj/motifs-de-signallement>
- Gouvernement du Québec. (2020). *Hébergement par une ressource intermédiaire | Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)*. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/hebergement-ressource-intermediaire>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Programme d'aide sociale et Programme de solidarité sociale*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-sociale-et-solidarite-sociale>
- Government of Canada, S. C. (2022, 14 mars). *A portrait of Canadians who have been homeless*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00002-eng.htm>
- Graeber, D. (2009). 4. Neoliberalism, or The Bureaucratization of the World. Dans *The insecure American* (p. 79-96). University of California Press.
- Graeber, D. (2019). *Bullshit jobs*. Simon & Schuster.
- Guay, E. (2020). Les inégalités ethnoraciales face au système de justice pénale et la démocratie: une analyse du cas canadien. *Lien social et Politiques*, (84), 223-238.
- Hage, G. (2003). *Searching for hope in a shrinking society*. Sydney: Pluto Press.
- Hennion, A. et Vidal-Naquet, P. (2015). La contrainte est-elle compatible avec le care? Le cas de l'aide et du soin à domicile. *Alter*, 9(3), 207-221.
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: what a capabilities approach might offer. *Social science & medicine*, 65(5), 868-879.
- Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J. O., Burns, J., Turnbull, P., Shaw, J. et Appleby, L. (2007). Suicide in current psychiatric in-patients: a case-control study The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide. *Psychological medicine*, 37(6), 831-837.
- Jacobs, L. A., Kim, M. E., Whitfield, D. L., Gartner, R. E., Panichelli, M., Kattari, S. K., Downey, M. M., McQueen, S. S. et Mountz, S. E. (2021). Defund the police: Moving towards an anti-carceral social work. *Journal of Progressive Human Services*, 32(1), 37-62.
- Jeffery, D., Clement, S., Corker, E., Howard, L. M., Murray, J. et Thornicroft, G. (2013). Discrimination in relation to parenthood reported by community psychiatric service users in the UK: a framework analysis. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-9.
- Jenkins, J. H. et Carpenter-Song, E. A. (2008). Stigma despite recovery: Strategies for living in the aftermath of psychosis. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 381-409.
- Joseph, J. (2013). Resilience as embedded neoliberalism: a governmentality approach. *Resilience*, 1(1), 38-52.
- Kapur, N., Hunt, I. M., Windfuhr, K., Rodway, C., Webb, R., Rahman, M. S., Shaw, J. et Appleby, L. (2013). Psychiatric in-patient care and suicide in England, 1997 to 2008: a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 43(1), 61-71.
- Khoury, E. et Rodriguez del Barrio, L. (2015). Recovery-oriented mental health practice: A social work perspective. *British Journal of Social Work*, 45(suppl_1), i27-i44.
- Kortrijk, H. E., Staring, A. B. P., van Baars, A. W. B. et Mulder, C. L. (2010). Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 245-252. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0061-1>
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J. et Välimäki, M. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective. *Nursing Ethics*, 14(5), 597-607.
- Laflamme, A.-M. (2017). Troubles mentaux et accommodement raisonnable au travail: les potentialités du

- droit québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 39-56.
- Langan, J. (2010). Challenging assumptions about risk factors and the role of screening for violence risk in the field of mental health. *Health, risk & society*, 12(2), 85-100.
- Lesage, A. (2015a). 50 ans de service public pour les politiques et l'organisation de services de psychiatrie communautaire au Québec : partie I. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 121-135.
<https://doi.org/10.7202/1033046ar>
- Lesage, A. (2015b). 50 ans de service public pour les politiques et l'organisation des services de psychiatrie communautaire au Québec : partie II (2003-2015 et suite). *Santé mentale au Québec*, 40(2), 137-149. <https://doi.org/10.7202/1033047ar>
- Leung, T. T. (2012). The work sites as ground of contest: Professionalisation of social work in China. *British Journal of Social Work*, 42(2), 335-352.
- Lévesque, F. (2021, 14 septembre). Pénurie de main-d'œuvre en santé: Ruptures de services et délestage en vue cet automne. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-14/penurie-de-main-d-oeuvre-en-sante/ruptures-de-services-et-delestage-en-vue-cet-automne.php>
- Livingston, J. D. (2016). Contact between police and people with mental disorders: A review of rates. *Psychiatric services*, 67(8), 850-857.
- Livingstone, A.-M., Meudec, M. et Harim, R. (2021). Le profilage racial à Montréal, effets des politiques et des pratiques organisationnelles. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 126-144.
- Lyon-Callo, V. (2000). Medicalizing homelessness: the production of self-blame and self-governing within homeless shelters. *Medical anthropology quarterly*, 14(3), 328-345.
- MacDonald, S.-A. et Dumais Michaud, A.-A. (2015). La prise en charge et discours entourant les personnes judiciarisées au sein d'un tribunal de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 161-177.
- Mackenzie, C., Rogers, W. et Dodds, S. (2014). *Vulnerability: New essays in ethics and feminist philosophy*. Oxford University Press.
- Maybery, D. et Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), 657-664.
- Maylea, C. (2021). The end of social work. *The British Journal of Social Work*, 51(2), 772-789.
- Maylea, C. H. (2017). A rejection of involuntary treatment in mental health social work. *Ethics and Social Welfare*, 11(4), 336-352.
- McPhail, B. A. (2004). Setting the Record Straight: Social Work Is Not a Female-Dominated Profession. *Social Work*, 49(2), 323-326.
- Meloche, M. (1981). Enfermer la folie. *Santé mentale au Québec*, 6(2), 16-26.
- Mercier, L. (1991). Contexte d'autorité et judiciarisation: régression ou redéfinition novatrice de la pratique sociale professionnelle. *Service social*, 40(2), 43-53.
- Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T., Äijälä, A. et Helenius, H. (1999). Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(6), 343-352.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.
- MSSS. (1999, avril). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale – Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves* - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000243/>
- MSSS. (2014). Cadre de référence - Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000168/>
- MSSS. (2015, 9 octobre). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement* - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 17-914-17W.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>
- Murray, G. (2015). You say you want a revolution: Recovery, biomedicine and muddling through. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49.

- <https://doi.org/10.1177/0004867415610200>
- Myers, N. (2010). Culture, stress and recovery from schizophrenia: Lessons from the field for global mental health. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(3), 500-528.
- Myers, N. (2015). *Recovery's edge: An ethnography of mental health care and moral agency*. Vanderbilt University Press.
- Myers, N. (2016). Recovery stories: An anthropological exploration of moral agency in stories of mental health recovery. *Transcultural psychiatry*, 53(4), 427-444.
- Myers, N. (2021). Madness, Moral Agency, and Recovery. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 28(1), 31-34.
- Nelson, J. A. et Folbre, N. (2006). Why a well-paid nurse is a better nurse. *Nursing Economics*, 24(3), 127.
- Nicholls, C. M. (2009). Agency, Transgression and the Causation of Homelessness: A Contextualised Rational Action Analysis. *European Journal of Housing Policy*, 9(1), 69-84.
<https://doi.org/10.1080/14616710802693607>
- Noordsy, D., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C. et Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: an intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 318-326. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016969>
- Otero, M. (2016). Traiter les intraitables: L'univers des autorisations judiciaires de soins à Montréal. *Nouvelles pratiques sociales*, 28(2), 203-226.
- Ouellette-Vézina, H. (2022, 21 janvier). Mort d'une sans-abri en plein froid: « Ça ne devrait jamais arriver à Montréal ». *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2022-01-21/mort-d-une-sans-abri-en-plein-froid/ca-ne-devrait-jamais-arriver-a-montreal.php>
- Paré, I. (2021, mai). Un employé du réseau de la santé sur deux souffre de détresse psychologique. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/600118/reseau-de-la-sante-un-employe-sur-deux-souffre-de-detresse-psychologique>
- Parsell, C. et Parsell, M. (2012). Homelessness as a choice. *Housing, Theory and Society*, 29(4), 420-434.
- Patterson, G. T. et Swan, P. G. (2019). Police social work and social service collaboration strategies one hundred years after Vollmer: A systematic review. *Policing: An International Journal*.
- Pease, B. et Nipperess, S. (2020). Doing critical social work in the neoliberal context: Working on the contradictions. Dans *Doing critical social work* (p. 3-24). Routledge.
- Pilgrim, D. (2008). Recovery and current mental health policy. *Chronic illness*, 4(4), 295-304.
- Pine, F. (2014). Migration as hope: space, time, and imagining the future. *Current Anthropology*, 55(S9), S95-S104.
- Poirel, M.-L., Clément, M., Gagné, J. et Rodriguez, L. (2016). Pour une société « suffisamment bonne » : reconnaître une pluralité de contributions et de parcours. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, (vol. 18, n° 1).
<https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2451>
- Poirel, M.-L., Corin, E. et Del Barrio, L. R. (2012). Traiter dans la communauté: un regard alternatif sur des enjeux de bonnes pratiques en santé mentale. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 31(2), 1-16.
- Poirel, M.-L., Weiss, B., Khoury, E. et Clément, M. (2015). Entre pressions normatives et résistances : l'intégration dans la collectivité des personnes vivant avec un problème de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 193-207. <https://doi.org/10.7202/1037687ar>
- Prinsen, E. J. D. et Van Delden, J. J. M. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of medical ethics*, 35(1), 69-73.
- Quintin, J. (2020). La face cachée de la coercition: une herméneutique de l'ambivalence. *Canadian Journal of Bioethics/Revue canadienne de bioéthique*, 3(2), 4-13.
- Richie, B. E. et Martensen, K. M. (2020). Resisting carcerality, embracing abolition: Implications for feminist social work practice. *Affilia*, 35(1), 12-16.
- Rose, N. (1998). Governing risky individuals: The role of psychiatry in new regimes of control. *Psychiatry, psychology and law*, 5(2), 177-195.

- Rose, N. (2000). Government and control. *British journal of criminology*, 40(2), 321-339.
- Rose, N. (2018). *Our Psychiatric Future*. Polity Press.
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/ottawa/detail.action?docID=5613312>
- Rose, N. et Lentzos, F. (2017). Making us resilient: Responsible citizens for uncertain times. *Competing Responsibilities: The Politics and Ethics of Contemporary Life*, 27-48.
- Ross, A. M., Morgan, A. J., Jorm, A. F. et Reavley, N. J. (2019). A systematic review of the impact of media reports of severe mental illness on stigma and discrimination, and interventions that aim to mitigate any adverse impact. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(1), 11-31.
- Rutland, T. (2020). Profiling the future: the long struggle against police racial profiling in Montreal. *American Review of Canadian Studies*, 50(3), 270-292.
- Ryan, C., Nielssen, O., Paton, M. et Large, M. (2010). Clinical decisions in psychiatry should not be based on risk assessment. *Australasian Psychiatry*, 18(5), 398-403.
- Sass, H.-M. (2003). Advance directives for psychiatric patients? Balancing paternalism and autonomy. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 153(17), 380-384.
- Sawyer, A.-M. (2008). Risk and new exclusions in community mental health practice. *Australian Social Work*, 61(4), 327-341.
- Slaght, E. F. (2002). Revisiting the relationship between social work and law enforcement. *Journal of Community Practice*, 10(2), 23-36.
- Sneath, D., Holbraad, M. et Pedersen, M. A. (2009). Technologies of the imagination: An introduction. *Ethnos*, 74(1), 5-30.
- Stanford, S. (2008). Taking a stand or playing it safe?: Resisting the moral conservatism of risk in social work practice. *European Journal of Social Work*, 11(3), 209-220.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W. et Hannon, M. J. (2003). Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behavioral Sciences & the Law*, 21(4), 459-472. <https://doi.org/10.1002/bsl.539>
- Sylvestre, M.-E. (2010). Disorder and public spaces in Montreal: Repression (and resistance) through law, politics, and police discretion. *Urban Geography*, 31(6), 803-824.
- Szmukler, G. et Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 233-244.
- Szmukler, G. et Rose, N. (2013). Risk assessment in mental health care: Values and costs. *Behavioral sciences & the law*, 31(1), 125-140.
- Teizazu, H., Sommer, M., Gruer, C., Giffen, D., Davis, L., Frumin, R. et Hopper, K. (2021). « Do We Not Bleed? » Sanitation, Menstrual Management, and Homelessness in the Time of COVID. *Colum. J. Gender & L.*, 41, 208.
- Throop, C. J. (2012). *The Paradox of Hope: Journeys Through a Clinical Borderland*. Springer.
- Trottier, G. et Racine, S. (1992). L'intervention en contexte d'autorité. Points saillants. *Service social*, 41(3), 5-24.
- Vahabzadeh, A., Wittenauer, J. et Carr, E. (2011). Stigma, schizophrenia and the media: exploring changes in the reporting of schizophrenia in major US newspapers. *Journal of Psychiatric Practice*®, 17(6), 439-446.
- Wallot, H.-A. (1988). Pour un bilan des services psychiatriques et de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 21-34. <https://doi.org/10.7202/031455ar>
- Walsh, T. (2006). A right to inclusion? Homelessness, human rights and social exclusion. *Australian Journal of Human Rights*, 12(1), 185-204.
- Weiss, J. (2018). *Shaping the Future on Haida Gwaii: Life beyond Settler Colonialism*. UBC Press.
- Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(4), 247-251.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S. et Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social science & medicine*, 64(7), 1524-1535.