

Université de Montréal

**L'accès aux soins de santé mentale :
Le discours des jeunes adultes en difficulté**

Par

Julie Duford

Département d'anthropologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade Maître ès Science (M. Sc)
en anthropologie

Décembre 2013

© Julie Duford, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce Mémoire intitulé :

L'accès aux services et aux soins de santé mentale :
Le discours des jeunes adultes en difficulté

présenté par :
Julie Duford

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Bernard Bernier, président-rapporteur
Sylvie Fortin, directrice de recherche
Pierre Minn, membre du jury

Résumé

Ce mémoire de maîtrise vise à comprendre comment la question de l'accessibilité aux soins de santé mentale se pose dans l'univers des jeunes adultes en difficulté. Plus précisément, le but de l'étude est de documenter les barrières à l'accès aux soins de santé mentale, d'analyser les logiques sous-jacentes à ces barrières et finalement d'évaluer l'impact de l'expérience d'être jeune adulte en difficulté sur celles-ci. L'approche de l'anthropologie médicale et le concept de souffrance sociale, sensibles aux facteurs culturels, socio-économiques et politiques, servent de contexte d'analyse aux 12 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de jeunes adultes fréquentant des Auberges du cœur à Montréal. L'identification de barrières à l'accès a, dans un premier temps, permis d'observer que les obstacles dans l'expérience de recours aux soins de santé mentale peuvent provenir autant des institutions que des jeunes adultes eux-mêmes. Dans un deuxième temps, l'analyse qualitative a servi à dégager trois principales logiques qui sous-tendent ces barrières : le parti pris positiviste, la logique marchande, et la tendance à la psychologisation. Les données récoltées tendent à montrer que des influences politiques et économiques sont déterminantes dans le maintien de différents types de barrières à l'accès et qu'une pleine reconnaissance de ces enjeux profonds est essentielle pour agir positivement sur l'accessibilité aux soins de santé mentale de la population en général, et plus particulièrement des jeunes adultes en difficulté dont les besoins se font criants.

Mots clés : Anthropologie médicale, souffrance sociale, jeune adulte en difficulté, accès aux soins, santé mentale, barrière à l'accès.

Abstract

This Master's thesis aims to understand how the issue of access to mental health care arises in the world of young adults in difficulty. More precisely, the research's objectives are to document the barriers to access to mental health care, to analyze tendencies underlying these barriers and to evaluate the impact of being young adult in trouble on them. The approach of medical anthropology and the concept of social suffering, sensitive to cultural, socio-economic and political factors framed the analysis to the 12 semi-directed interviews conducted with young adults using services from Auberges du coeur to Montreal. First, the identification of barriers to access allowed to observe the obstacles in the experience of use of mental health care may come as institutions that young adults themselves. Secondly, the qualitative data analysis was used to identify three main logic underlying these barriers: the positivist bias, market logic, and the trend of psychologizing. The data collected suggest that political and economic influences are critical in maintaining different barriers to access, and full recognition of these deep issues is essential to act positively on access to mental health care of the general population, especially young adults in difficulty whose needs are urgent.

Keywords: medical anthropology, social suffering, young adult in difficulty, access to mental health care, barriers to access.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre 1 : Jeune adulte en difficulté et recours aux soins	3
1.1 Passage à l'âge adulte	4
1.1.1 Marqueurs physiques et psychiques de la transition	5
1.1.2 Inscription sociale par le symbolique	8
1.1.3 Complexité décuplée pour les jeunes en difficulté	11
1.2 Prise en compte de la souffrance dans le soin	13
1.2.1 Discours biomédical	14
1.2.2 Réflexion philosophique	17
1.2.3 Apport de l'anthropologie médicale	21
1.3 Accessibilité aux soins de santé mentale	26
1.3.1 Accès aux soins	26
1.3.2 Barrière à l'accès	30
1.3.3 Organisation des services de santé mentale	32
Chapitre 2 : Questions de recherche et méthodologie	36
2.1 Constitution du sujet à l'étude	36
2.1.1 Questions de recherche	37
2.1.2 Objectifs de recherche	39
2.2 Étapes de la recherche et méthodologie	40
2.2.1 Population à l'étude et recrutement	40
2.2.2 Entretiens et observations participantes	43

2.2.3 Les jeunes adultes interviewées	45
2.2.4 L'analyse des données	49
2.3 Retombées anticipées de la recherche.....	52
Chapitre 3 : Accès aux soins de santé mentale	54
3.1 Difficultés des jeunes adultes.....	54
3.2 Barrières à l'accès identifiées	62
3.2.1 Barrières institutionnelles	63
3.2.2 Barrières individuelles	71
Chapitre 4 : Logiques derrière les barrières à l'accès	88
4.1 La culture dans le soin	88
4.1.1 Parti pris positiviste.....	90
4.1.2 Logique marchande.....	93
4.1.3 Tendance à la psychologisation.....	97
4.2 Quelques pistes de solution.....	101
4.2.1 Aspect relationnel.....	105
4.2.2 Argument financier	108
4.2.3 Souffrance sociale.....	109
Conclusion	112
Bibliographie.....	117

Liste des sigles et abréviations

APA	American Psychiatry Association (Association américaine de Psychiatrie)
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIM	Classification internationale des maladies
CLSC	Centre local de services communautaires
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
OBM	Old Brewery Mission
OMS	Organisation mondiale de la Santé
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TPL	Trouble de personnalité limite

Liste des tableaux

Tableau I	Modèle Andersen sur l'utilisation des services	27
Tableau II	Modèle d'accessibilité aux services de santé de Millman	29
Tableau III	Modèle d'accessibilité aux services de santé de Lombrail	30
Tableau IV	Barrières à l'accès identifiées	87

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement ma directrice, la professeure Sylvie Fortin, qui, grâce à son support, ses conseils et ses encouragements, m'a permis de traverser mes moments de doutes et de rendre à terme ce projet de maîtrise.

J'aimerais aussi remercier profondément les 12 jeunes adultes qui ont accepté de se prêter aux entretiens et qui m'ont suffisamment fait confiance pour me livrer une partie de leur vie de façon authentique et généreuse. Sans leur témoignage, cette étude n'aurait pas pu avoir lieu.

Merci à Isabelle Gendreau, coordonnatrice du regroupement des Auberges du cœur, qui a cru en mon projet et m'a permis d'approcher les jeunes adultes en difficulté de façon sécuritaire, ainsi qu'aux intervenants et intervenantes des Auberges participantes qui ont toléré ma présence dans leur environnement et même chaleureusement convié à échanger sur leurs pratiques et à participer aux réunions des résidents. Intervenants comme jeunes adultes en difficulté, m'ont donné, chacun à leur façon, une leçon d'humanité.

Merci encore au Dr Gloria Jeliu, pédiatre à St-Justine, à Danielle Monast, psychologue à la Clinique des jeunes de la rue, et au Dr Nancy Haley, pédiatre chercheure et fondatrice de la Clinique des jeunes de la rue, qui ont gentiment accepté de m'accorder une entrevue préliminaire pour me rendre compte de la réalité du terrain, lorsque j'en étais encore au déblayage de mon sujet de recherche. Nos conversations m'ont toujours servie.

Je remercie également le FICSUM (Fonds d'investissement des cycles supérieurs de l'Université de Montréal) pour son soutien financier dans la réalisation de mon terrain de recherche.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis, particulièrement Sylvain et Karina, et tous ceux et celles qui ont bien voulu discuter avec moi de ma thématique, pour leur confiance, leur écoute, leur patience et leur soutien. Chacun et chacune, à leur manière, m'ont encouragée dans le processus de réflexion et d'écriture qu'est la rédaction d'un mémoire de maîtrise.

Introduction

La dernière vaste enquête pancanadienne¹, menée en 2001, sur la santé mentale et le bien-être² révèle qu'un Canadien sur dix (de 15 ans et plus) souffre d'un trouble mental, principalement la dépression, l'anxiété ou la consommation abusive d'alcool ou de drogues (Lesage *et al.*, 2010). Puis en 2005, au Québec, une étude soutient qu'une personne sur six risque de souffrir au cours de sa vie d'une forme ou d'une autre de maladie mentale (MSSS, 2005). Les troubles de santé mentale semblent devenir un fléau qui prend de plus en plus d'ampleur, si bien que l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2008), prédit qu'en 2020, la dépression deviendra la deuxième cause d'invalidité dans le monde, se classant juste après celle des maladies cardiovasculaires.

Lorsqu'on aborde la question du recours aux soins de santé mentale parmi la population en besoin, des études affirment qu'un peu plus de la moitié de ces personnes utilisent les services beaucoup trop tard (Mishara et Tousignant, 2004; Haley, 2007), ou encore ne les utilisent pas du tout (Lesage *et al.*, 2008). Des enquêtes révèlent que ce phénomène de non-utilisation des services provient davantage de l'individu lui-même, d'un manque d'acceptabilité de sa condition causé par la peur d'être stigmatisé (Lesage *et al.*, 2006; Fournier *et al.*, 1997). À Montréal, des intervenants du milieu communautaire en santé mentale dénoncent plutôt un manque flagrant de ressources à ce niveau³. Outre ces explications, peu d'auteurs se sont questionnés sur les logiques qui sous-tendent la diversité de barrières à l'accès que ces personnes peuvent rencontrer lorsqu'elles utilisent ou pas les divers services ou soins de santé

¹ Excluant toutefois les habitants des réserves autochtones, des terres de la Couronne ou de certaines régions éloignées, les résidents des établissements et les membres à temps plein des Forces armées canadiennes. L'étude couvre donc environ 98 % de la population de 15 ans et plus des 10 provinces.

² Tiré de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) produite par Statistique Canada en 2000-2001. Elle se compose d'une enquête générale la première année (cycle 1.1) et d'une enquête thématique sur la santé mentale et le bien-être la deuxième année (cycle 1.2).

³ Journal Le Devoir, 21 mars 2011 « *Santé mentale : une coalition décrie le manque de ressources* ».

mentale mis ou pas à leur disposition.

Parmi l'ensemble de la population, les jeunes adultes que l'on dit « en difficulté » sont les plus vulnérables aux problèmes de santé mentale (Lesage *et al.*, 2010; Gaudet, 2005; Fournier, 2002). Le rendement de plus en plus élevé qu'exigent le milieu scolaire et le marché de l'emploi, dans une société axée sur la performance et la compétitivité, laisse en plan les jeunes qui, pour diverses raisons, ont été moins favorisés par leur environnement familial. Ces jeunes souffrent alors de détresse profonde ainsi que souvent d'une consommation inquiétante d'alcool et de drogues (René et Duval, 2008). La santé mentale n'est évidemment pas le seul facteur pouvant précipiter les jeunes en marge de la société, mais son impact sur la capacité de mener à bien des études et d'occuper de manière responsable un poste de travail n'est certes pas à négliger (Marcotte, 2007; Bowlus *et al.*, 2003). Un accès suffisant aux soins de santé mentale augmente donc leurs chances d'accéder à une autonomie économique, favorisant ainsi leur affiliation sociale.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce mémoire de maîtrise sur l'accessibilité aux soins de santé mentale chez les jeunes adultes en difficulté à Montréal. La recherche vise principalement à : 1) identifier les barrières à l'accès que rencontrent les jeunes adultes en difficulté lors du recours, ou non-recours, aux soins de santé mentale; 2) analyser les logiques qui sous-tendent ces barrières à l'accès. Étudier la façon dont les soins sont accessibles aussi bien que la manière dont ils sont utilisés sont des révélateurs privilégiés de la dimension culturelle dans laquelle ils s'insèrent (Whyte *et al.*, 2002; Houtaud et Field, 1989; Laplantine, 1986; Purushottam et de Grâce, 1983). Bien que la culture ne puisse expliquer à elle seule les pratiques et comportements adoptés, l'approche de l'anthropologie médicale intègre aussi des facteurs socio-économiques et politiques dans son analyse (Cognet, 2007; Massé, 2005; Fassin, 1996).

Afin de questionner l'accès aux soins de santé mentale qui sont offerts aux jeunes adultes en difficulté à Montréal, l'approche qualitative a été utilisée ainsi que la méthode des entretiens semi-dirigés. C'est donc à partir du discours de ces jeunes adultes que le travail d'analyse s'est effectué. Cette démarche compréhensive, en contribuant à une plus grande

sensibilisation des enjeux qui font tacitement obstacle aux soins de santé mentale, sous-tend l'objectif plus général d'éclairer certaines pistes de solution pour optimiser l'accès à ces soins pour l'ensemble de la population, mais surtout, particulièrement au bénéfice des jeunes adultes en difficulté.

Le premier chapitre sera l'occasion de développer et d'approfondir le cadre théorique sur lequel cette étude prend appui. Tout d'abord, l'état des connaissances concernant les jeunes adultes en difficulté et les enjeux auxquels ils sont confrontés seront présentés. Ensuite, une discussion sur la prise en compte de la souffrance par le système biomédical aura lieu, suivi de quelques critiques formulées principalement par les philosophes et les anthropologues médicaux. Pour clore ce chapitre, la question de l'accessibilité aux soins de santé mentale sera située au regard de thématiques plus larges que sont l'*accès aux services* et les *barrières à l'accès*.

Le deuxième chapitre portera sur la problématique, les questions et objectifs de recherche concernant l'accessibilité aux soins de santé mentale auprès des jeunes adultes en difficulté. Il sera l'occasion de préciser les objectifs de recherche, d'affirmer la pertinence d'effectuer cette étude, de présenter les outils méthodologiques qui ont été employés dans la réalisation de ce mémoire, tels que le matériau de recherche, la grille d'entretien, etc., ainsi que de discuter des difficultés rencontrées tout au long de cette démarche.

Les chapitres trois et quatre seront consacrés à la présentation des résultats d'analyse. Une première partie sera exposée au troisième chapitre et présentera les barrières à l'accès, provenant des institutions ou des jeunes eux-mêmes, qui ont pu être identifiées à partir des discours des jeunes adultes en difficulté entretenus sur leurs expériences de recours aux soins de santé mentale. Puis, le quatrième et dernier chapitre, poussera plus loin l'analyse pour parvenir à circonscrire les logiques qui sous-tendent implicitement ces barrières à l'accès. Ceci permettra de mieux comprendre les causes profondes de la non-utilisation des services de santé mentale ou encore de leur non-disponibilité. En dernier lieu, quelques avenues possibles pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale seront discutées.

Chapitre 1 : Jeune adulte en difficulté et recours aux soins

Les jeunes adultes représentent parmi la population un sous-groupe particulièrement d'intérêt pour examiner la question de l'accessibilité aux soins de santé mentale. Traversant une période des plus cruciales de leur existence, celle de trouver et de prendre leur place dans le monde des grands, la détresse psychologique et les problèmes de santé mentale peuvent davantage se manifester (Lesage *et al.*, 2010; Gaudet, 2005; Fournier, 2002). Il devient dès lors intéressant d'observer comment la société, au travers son système et ses pratiques de soin, accompagne ses jeunes les plus vulnérables dans cette transition des plus importantes de leur vie. Trois sections seront présentées dans ce chapitre. La première a pour objectif d'éclairer les réalités auxquelles les jeunes sont confrontés lorsque vient le temps de s'inscrire dans le monde des adultes et les difficultés supplémentaires auxquelles doivent faire face les plus défavorisés. La deuxième section se consacre à une réflexion sur la notion de souffrance élaborée à partir de trois approches : la biomédecine, la philosophie et l'anthropologie médicale. Puis, pour clore ce chapitre, une troisième section porte sur la conceptualisation de l'accessibilité et sur l'organisation des services de santé mentale au Québec.

1.1 Passage à l'âge adulte

Depuis quelques décennies, des chercheurs constatent que pour plusieurs jeunes le moment de l'inscription dans le monde des adultes prend du retard comparativement aux générations précédentes. À tel point que de nouveaux termes sont apparus pour distinguer de l'adolescence cette phase de la vie qui lui succède. On parle maintenant pour désigner ces jeunes pas tout à fait adulte de la *postadolescence* (Béjin, 1983), de l'*adulescence* (Anatrella,

1988), ou encore de *l'adulte émergent* (Arnett, 2000). Cette nouvelle frange de la population, située approximativement entre 18 et 30 ans, se caractérise par « le fait d'être à la fois légalement majeurs et dénués de tous les attributs habituellement associés au statut d'adulte : indépendance, responsabilité, considération. » (Moriau, 2011 : 15). Comment expliquer que ce passage entre le monde de l'enfance et celui de l'adulte subit une décortication qui n'en finit plus de voir apparaître de nouveaux segments? Sommes-nous plus compétents pour effectuer de nouvelles distinctions à mesure que progressent nos connaissances? Serait-ce la complexification de nos manières de vivre ensemble qui favorisent l'apparition d'étapes de vie inexistantes auparavant? Ou bien est-ce le reflet de notre incapacité grandissante à intégrer nos jeunes parmi le monde des adultes?

Quoi qu'il en soit, le défi qui attend les jeunes face à cette transition à la vie adulte s'est incontestablement complexifié. Bien que cette étape de la vie soit porteuse de possibilités nouvelles propices à des changements positifs sur le plan développemental, elle représente au niveau du psychisme un sentiment d'être assis entre deux chaises. Autrefois encadrés et soutenus collectivement par des rites initiatiques, les jeunes sont de nos jours de plus en plus laissés à eux-mêmes pour trouver et traverser le passage les menant au monde des adultes (Van Gennep, 1981 [1909]). La dévalorisation des rituels traditionnels, en coexistence avec le phénomène de précarisation du travail (Castel, 1991), privent les sociétés occidentales contemporaines de marqueurs facilitant l'appropriation d'une place sociale (Fellous, 2001). Certains parviennent à se débrouiller face à ce contexte social en mutation, mais pour ceux plus vulnérables, leurs tentatives d'insertion demeurent un processus sans fin (Nagels et Rea, 2007). Ils peinent à développer leurs propres projets de vie et devant eux se dressent des trajectoires qui ne leur laissent, plus souvent qu'autrement, guère d'autres choix que les voies de la désaffiliation (*ibid.*).

1.1.1 Marqueurs physiques et psychiques de la transition

Malgré notre aisance à reconnaître l'entrée dans l'âge adulte comme une étape de vie

particulièrement importante pour chacun, en saisir ses contours, savoir quand et comment on passe du statut de jeune à celui d'adulte, demeure une tâche des plus laborieuses. Encore faut-il qu'on puisse définir ce qu'est un « jeune » et ce qu'est un « adulte », des réalités tout aussi difficiles à cerner en elles-mêmes. L'âge juridique de la majorité (18 ans au Canada) n'est qu'un des jalons parmi d'autres qui ouvre la voie vers l'âge adulte. Être tout à coup reconnu et considéré responsable sur le plan civique et juridique, détenir ses pleins droits et devoirs de citoyens, tout cela ne se préoccupe guère de l'état du processus psychoaffectif. Que reste-t-il alors pour marquer cette transition vers l'âge adulte? Est-ce la fin de la croissance osseuse? De la maturation cérébrale? De la maturité psychoaffective? Est-ce l'autonomie par rapport aux parents, l'indépendance financière ?

Le concept de *maturité* aide à situer une frontière dans le cheminement de l'individu. Il désigne d'un organisme, autant sur le plan physique que psychique, l'atteinte de son plein développement (Blakemore, 2008). Il y aurait donc un point de bascule entre évolution et involution, un moment d'inversion entre la croissance et le vieillissement. Ce processus de maturation, régi par une logique interne propre à la nature de chaque horloge biologique, agit sur un mode concomitant entre le physique et le psychique (Spear, 2000), mais comme nous le verrons, l'environnement socioculturel exerce aussi des influences croisées sur l'un et l'autre.

Les biologistes nous ont appris que contrairement à ce qu'on a longtemps cru la croissance ne serait pas tout à fait terminée à 20 ans. Le cortex préfrontal serait l'une des dernières régions du cerveau à arriver à maturité. En effet, bien que le développement du cerveau soit un processus qui dure toute la vie⁴, le dernier remodelage significatif surviendrait autour de la trentaine (*ibid.*). Il comprend d'importantes modifications structurelles subies par la substance grise (composée de neurones) et la substance blanche (les fibres nerveuses ou axones)⁵. Le lobe frontal est le siège des fonctions exécutives telles que prévoir, planifier, se

⁴ Il est maintenant admis que la myélinisation et les modifications développementales associées dans la matière grise-blanche se poursuivent, mais de façon modérée, dans les régions néocorticales à l'âge adulte (Sowell et al., 2003) et qu'un nombre modeste de nouveaux neurones est produit dans certaines régions du cerveau tout au long de la vie (Eriksson et al., 1998), offrant ainsi des possibilités de remodelage et de plasticité.

⁵ L'augmentation de la matière blanche reflète la myélinisation axonale, processus par lequel les cellules gliales développent une gaine protectrice de lipides autour des axones. La gaine myéline accélère le flux de

fixer des priorités, organiser ses pensées, maîtriser ses impulsions, peser les conséquences de ses actes et réguler ses affects (*ibid.*). En d'autres termes, la partie du cerveau qui responsabilise n'a pas fini de se développer avant l'arrivée de la trentaine⁶.

Deux éléments externes ont un impact majeur sur ces mécanismes innés de la maturation : le *stress précoce* et la qualité de *l'attachement* (Gauthier *et al.*, 2009). Le stress, ou un lien d'attachement insuffisamment sécurisant, en bas âge, stimulent la sécrétion de taux anormalement élevé de cortisol dont les récepteurs du cerveau peinent à réguler. Ceci entrave le développement de la structure cérébrale, les processus de modelage et d'élagage risquent de se développer avec des anomalies et engendrer à son tour, des carences chez l'enfant au niveau de ses capacités d'apprentissage et de son habileté à socialiser (*ibid.*). À l'adolescence ces enfants ont tendance à avoir des comportements anormaux, des conduites antisociales caractérisées par une personnalité limite, une prédisposition plus marquée pour les problèmes d'abus de drogue et de dépendance de toute sorte, en plus de percevoir le monde extérieur de façon négative (Lupien *et al.*, 2009). Cependant le passé n'est pas garant de l'avenir, à tout âge une trajectoire de vie négative, à l'aide de soins adéquats, peut être modifiée (Gauthier *et al.*, 2009).

Le concept de maturité ne peut dès lors qu'apparaître éclaté dans le temps, se construisant en dents de scie en réponse à un certain contexte social. De même que la recherche d'une frontière claire entre l'immaturité et la maturité, entre un être inachevé (enfant, jeune, adolescent, postadolescent) en opposition à l'être achevé que serait l'adulte, risque de nous condamner par la suite à un immobilisme identitaire (Cicchelli, 2001). Les exigences contemporaines, elles, seraient surtout marquées par l'aboutissement d'une certaine maturité au niveau de l'autonomie dont la question identitaire semble être au cœur de ce processus

circulation des informations le long des axones, et donc il en résulterait un traitement de l'information plus rapide et plus efficace (Spear, 2000). Les implications qu'aurait la diminution du temps nécessaire pour qu'une information soit transférée n'ont peut-être pas été totalement envisagées à ce jour. Les techniques d'imagerie utilisées pour étudier la microstructure et les fonctions du cortex préfrontal restent limitées.

⁶ Ces récentes découvertes démontrent comment, pour gérer leurs émotions, les ados sollicitent largement les noyaux amygdaliens (structure des lobes temporaux qui jouent un rôle dans les réactions émotionnelles et viscérales), en attendant la maturation du lobe frontal (Blackmore, 2008). Ainsi les comportements excessifs associés à la jeunesse proviendraient, pour la dimension physiologique, de deux facteurs: une saturation d'hormones et une déficience des contrôles cognitifs indispensables à un comportement mature.

(Gaudet, 2005; 2001). Ce nouveau regard nécessite de concevoir le passage au monde des adultes comme un processus dynamique plus ou moins long, marqué de nombreuses avancées et reculs qui font coïncider chez les jeunes le fait d'être à la fois un enfant et un adulte (Bellot et Goyette, 2011). À partir de cette logique de régulation, notre tâche en tant que *porteur* ou *initiateur* au monde des adultes devient donc celle d'accompagner un processus plus que d'exiger l'atteinte d'un résultat.

1.1.2 Inscription sociale par le symbolique

Toutes sociétés aménagent, selon leur culture ou leur époque, des dispositifs pour insérer leurs jeunes parmi le monde des adultes. De l'antiquité à aujourd'hui, les moyens d'encadrement et les limites d'âge ont beaucoup varié. Il se traduit néanmoins une logique implicite commune à toutes ces modalités d'intégration. L'ethnologue Arnold Van Gennep (1981 [1909]), passionné par les folklores régionaux, fait cette découverte en répertoriant différents rites traditionnels entourant la naissance, la puberté, le mariage, la mort, etc. Il structure d'abord tous ces rites de passage en trois phases distinctes : la *séparation*, la *liminarité* et la *réintégration*. La fonction principale de ces rites est de faciliter, par une reconnaissance collective forte, les transformations identitaires liées au passage d'un état à un autre (*ibid.*). En plus de faciliter les passages, le rituel joue le rôle important d'assurer le lien entre nos vies personnelles et la collectivité. Il convoque le sujet dans sa singularité tout en lui indiquant son appartenance à un groupe et l'encourage à vivre selon les attentes sociales, les normes et les devoirs liés à son rang (Turner, 1990 [1969]). Donc, le rite de passage, en plus des effets socialisateurs et identitaires, sert aussi à maintenir l'ordre social, à réprimer les pulsions indésirables, et celui ou celle qui osera s'affranchir de cet ordre se verra assigné à une marginalisation sociale.

Le but de la phase de *séparation* est de dissocier l'initié de la communauté telle qu'il la connaît. Cette mise hors du temps et de l'espace du quotidien crée un état d'ouverture face à l'expérience qui s'en suivra. Dans cet espace-temps, il n'appartient plus au monde antérieur,

« il flotte entre deux mondes » (Van Gennep, 1981 : 24). Au niveau symbolique, cela représente la nécessaire rupture avec la dépendance parentale et permet de mettre en scène la mort de l'enfance (*ibid.*). Cette mise à l'écart de la norme ou rupture d'avec le monde profane, comme le désigne Van Gennep, permet aussi de marquer une limite, de faciliter la localisation de la frontière entre l'ordre social et mental qu'il faut sauvegarder, d'avec le désordre de la nature sauvage. C'est le paradoxe de la socialisation à l'ordre qui se réalise par la transgression de ses limites (Bourdieu, 1982).

La phase de *liminarité*, en est une d'exploration et de formation à un nouveau mode d'être. C'est le temps proprement dit de l'initiation, de la mise à l'épreuve à travers laquelle l'initié acquiert de nouvelles capacités, appréhende le risque, apprivoise la mort, découvre ses forces et ses limites, prend conscience des autres et de leur importance pour exister individuellement et socialement (Van Gennep, 1981 [1909]). Le rituel est aussi compris comme étant l'acceptation du prix à payer pour bénéficier des avantages liés au fait d'appartenir à un groupe. Dans les rituels traditionnels, c'est dans le corps, souvent par des souffrances infligées, que le nouveau statut acquis par l'initié est marqué en mémoire de la transmission mythique, spirituelle et même historique qu'on y a déposée (Turner, 1990).

Le rituel de passage n'atteint son objectif social que s'il y a ensuite *réintégration* à la communauté « réelle », au monde profane et au temps présent. C'est la remise au monde symbolique (Van Gennep, 1981 [1909]). C'est souvent après l'initiation que les jeunes adultes sont considérés comme des êtres sexués, qu'ils deviennent candidats au mariage et qu'ils doivent endosser les responsabilités des adultes (*ibid.*). Une marque rituelle (bijoux, tatouages, scarifications, amputations, mutilations à caractère sexuel, etc.) permet d'identifier, aisément, le nouvel adulte sexué (Turner, 1990). Les initiés sont désormais héritiers et héritages.

Bien que les rites de passage traditionnels soient pratiquement disparus des sociétés modernes⁷, ce concept avancé par Van Gennep nous permet encore aujourd'hui de réfléchir à notre rapport entre nos pratiques individuelles et nos pratiques collectives, à nos difficultés à

⁷ La déritualisation propre aux sociétés occidentales industrialisées serait liée à la perte d'emprise des religions, à l'effritement des liens communautaires et à la rationalité du monde moderne (Fellous, 2001).

éduquer, à rencontrer et à transmettre. Cette disparition progressive tend à isoler de plus en plus les individus, et explique en partie cette extensible ou interminable adolescence. Un anthropologue plus contemporain, Thierry Goguel d'Allondans (2002) nous propose une relecture de la théorie de Van Gennep pour repenser le passage à l'âge adulte. Il demeure, selon lui, trois espaces-temps qui marquent ce passage : *l'entrée dans la sexualité adulte, les conduites à risque et les passages d'un niveau scolaire à un autre*. Ces espaces-temps contemporains sont présentés comme nos rituels de passage obligés pour devenir adulte.

L'entrée dans la sexualité commence habituellement dès le début de l'adolescence, mais d'après Goguel d'Allondans, c'est « une épreuve qui peine à se ritualiser » (2002 : 41). Dans nos sociétés contemporaines où la sexualité nous apparaît sous une abondance d'images et de représentations, paradoxalement elle ne se dit nulle part. Les adultes ne se mêlent plus ou très peu d'en faire l'éducation, ni dans la famille ni à l'école. Ce passage autrefois soutenu par diverses ritualisations doit aujourd'hui se vivre de façon autonome. Le manque de point de repère et notre mode de vie individualiste rendent difficiles les rapprochements et la mise en cohérence des expériences intimes. L'intimité fait peur et les rapports amoureux sont sujets d'angoisse et de surinvestissement. Ces relations étroites sont particulièrement idéalisées quand les jeunes ne peuvent pas compter sur la présence des adultes de leur entourage pour les soutenir (Goguel d'Allondans, 2005).

Les conduites à risques se multiplient dans la jeunesse contemporaine et empruntent des formes variées : prises de drogue, d'alcool, sport extrême, itinérance, etc. Elles sont présentées comme des initiatives privées en substitution aux anciens rites (Le Breton, 2002). Le besoin psychique des jeunes d'être initiés au monde des grands serait si puissant qu'en l'absence d'encadrement, la psyché trouverait d'autres façons, souvent inconsciemment, de mettre en scène ou de marquer ce passage (Parazelli, 2002). Les jeunes mettent ainsi à l'épreuve leurs propres capacités et explorent les marges de leur identité future. Toutefois, sans que ce processus ne soit reconnu par le monde des adultes. Ce qui a pour effet de cristalliser leur position dans une quête identitaire où il faudra répéter dans un processus sans fin ces conduites ordaliques (Le Breton, 2002; Parazelli, 2002). Ces manifestations contemporaines des jeunes témoignent aussi d'un nouveau rapport au sacré comme au profane. Les grands

rassemblements (raves, gay pride...) traduisent un besoin nouveau d'effervescence, de communion, d'appriovissement des tensions entre l'individu et le groupe. Or, si nous avons là des mécanismes inhérents aux rites de passage, nous n'en avons définitivement plus les structures socialisantes (Le Breton, 2002).

La scolarisation est un rite de passage dans le sens où elle opère une transformation identitaire chez le jeune à la fois individuelle et collective par la transmission d'un socle commun composé de savoir et de culture (Goguel d'Allondans, 2002). La structuration en classes d'âge sur une durée plus ou moins longue conduit à un certain isolement physique et psychologique qui facilite le développement d'une culture particulière pour chaque groupe d'âge qui, en retour, renforcera l'idée de la particularité de chaque génération (Bourdieu, 1982). Les amitiés vont aussi être déterminantes, d'autant plus que les mutations familiales laissent de nos jours une plus grande place au développement des relations avec les pairs (Goguel d'Allondans, 2002). Les passages d'un niveau scolaire à un autre, souvent marqués par le stress, occasionnent l'épreuve du triage, particulièrement celui de la fin du secondaire. L'obtention du diplôme est vue comme l'objet symbolique qui procure à celui qui le détient une reconnaissance dans la hiérarchie sociale, un pouvoir, une fonction. Une frontière symbolique servant à rejeter les décrocheurs voués au dépérissement (Bourdieu, 1982). Donc, l'école fait la différence pour le pire ou le meilleur, certains en ressortent avec un statut privilégié et d'autres stigmatisés et exclus.

1.1.3 Complexité décuplée pour les jeunes en difficulté

Certains se débrouillent mieux que d'autres face à ce contexte social en mouvance, mais pour les plus vulnérables sur le plan matériel et relationnel, le passage à la vie adulte prend souvent la forme d'un passage à vide (Nagels et Rea, 2007). Souvent décrocheurs scolaires et pris en charge par le réseau des services sociaux, ils se retrouvent, avec l'arrivée des 18 ans qui leur dicte d'avoir à se débrouiller par eux-mêmes, avec un écart trop important entre les difficultés vécues et la demande sociale d'autonomie (Moriau, 2011). Cette période

devient pour eux particulièrement critique pour le développement de problèmes de santé mentale, de l'augmentation des conduites à risque, de la consommation d'alcool et de drogues, de l'itinérance, des comportements sexuels à risques, des grossesses précoces, de la dépression ou des tentatives de suicide (Haley *et al.*, 2007). Ayant plusieurs points à travailler de front, ils sont mal outillés pour se faire une place dans la société. Devant eux se dessine le gouffre des trajectoires de vie problématique.

Ce mouvement propulsant les jeunes plus vulnérables vers des conditions de vie de plus en plus précaires, sur le plan économique et relationnel, fut défini en termes de désaffiliation par le sociologue Robert Castel (1991). Il n'explique pas tant ce processus par une incapacité individuelle d'adaptation aux normes collectives, mais à l'inverse plutôt, il l'associe aux impasses produites par le système lui-même. Castel remet donc en question la capacité des sociétés productivistes et individualistes à assurer la qualité du lien social parmi ses citoyens, et ce, dans les trois lieux principaux d'apprentissage que sont la famille, l'école et le travail. La précarisation structurelle subie dans ces trois institutions clés de la vie sociale et économique resserre le goulot de l'intégration et fragilise en premier lieu les jeunes (*ibid.*).

L'entrée à l'école est particulièrement pénible pour les jeunes qui connaissent à la base des difficultés dans leur environnement familial (violence physique ou verbale, négligence, instabilité, abandon). En résulte une trop grande détresse psychique qui entrave les capacités d'attention et de concentration nécessaires pour parvenir à bien intégrer les apprentissages. En plus de réduire leur capacité à s'insérer parmi les camarades de classe, les confinant à un isolement relationnel. (Marcotte *et al.*, 2007). Faiblement scolarisés et réseautés ces jeunes ont un rapport au travail dominé par des petits boulots, ou bien exclus d'avance et parfois même de façon définitive du monde du travail. Le fossé, séparant les diplômés des sans diplôme⁸, creuse donc davantage la vulnérabilité des jeunes déjà fragilisés par une variété d'autres facteurs (Thollet, 2002). En conséquence, ces jeunes qui ont été défavorisés dans le processus de sélection scolaire et empêchés d'accéder à un diplôme développent souvent une aversion pour tout ce qui est organisé et institutionnel (Vultur, 2005). Ce qui favorise d'autant plus leur

⁸ À juste titre, le décrochage scolaire est un phénomène préoccupant. Au Québec, près de 250 000 jeunes de 16 à 24 ans, soit environ le tiers des individus de ce groupe d'âge, n'ont aucun diplôme (Marcotte, 2007).

désengagement social et leur glissade progressive sur la pente de la marginalité et la désaffiliation.

L'expérience de rejet répétée et généralisée, de la part des parents, des institutions ou de la société en général, influence profondément le regard que ces jeunes posent sur eux-mêmes au point où ils en viennent à être les premiers à se rejeter (Haley *et al.*, 2007). Pour le psychiatre Jean Furtos (2006), la violence subie par la désaffiliation génère une souffrance, souvent méconnue, qui se manifeste par une mauvaise estime personnelle et un manque de confiance en ses moyens, ceci entraînant une détérioration des liens avec soi et les autres, des manifestations de psychosomatisations et des pathologies de la dépendance ou de l'effondrement (dépressions et suicides).

« L'impossibilité de s'autoréaliser n'engendre ni résignation ni revendication, elle a plutôt tendance à produire, chez certains, un sentiment d'incompétence et de l'autoculpabilisation qui entraînent des troubles divers, identitaires, relationnels et comportementaux. Et ces troubles engendrent toutes sortes de conséquences : la recherche de compensations (drogue, alcool, jeux, sexe), l'autodestruction, la déviance, la colère, la provocation, la rage. » (Bibeau *et al.*, 2007 : 137-138).

1.2 Prise en compte de la souffrance dans le soin

L'expérience de la souffrance nous est bien connue puisqu'elle nous touche universellement, il n'est pourtant pas facile de la nommer ou de la circonscrire (Good, 1998). Dire que je m'intéresse plus particulièrement à la souffrance psychique et essayer de la délimiter, est-ce que cela suppose qu'il y aurait une dualité dans la modalité de souffrir - une souffrance éprouvée dans le corps, et puis une autre qui concernerait essentiellement la psyché? Que dire alors des symptômes physiques qui ne sont que la manifestation d'un désarroi intérieur, ou à l'inverse, que dire d'un dérèglement organique qui se répercute et altère jusqu'à l'état psychique? Je propose de transcender la dichotomie entre *souffrance physique* et

souffrance psychique, pour aborder la question de savoir comment l'expérience de la souffrance est prise en compte par le système de santé public du Québec. Cette section de chapitre consiste donc en une révision de la littérature sur la notion de souffrance, à savoir quel intérêt suscite une catégorie d'analyse sur cet aspect des plus subjectifs de la maladie, non seulement à l'intérieur du discours de la recherche biomédicale occidentale, mais aussi en regard des réflexions formulées par les philosophes et les anthropologues médicaux.

1.2.1 Discours biomédical

La médecine occidentale, bien qu'elle se veuille une science exacte, se pratique en contexte de relative incertitude et suscite davantage de questionnements si le trouble relève de l'ordre psychologique plutôt que corporel (Fox, 2003). Le projet de la modernité, avec la mise en ordre de la réalité autour du discours cartésien qui sépare le corps de l'esprit, permet une pratique biomédicale où la maladie se situe dans le corps en tant qu'objet physique ou état physiologique. Alors, quel que soit l'état d'esprit subjectif du médecin ou du patient, le savoir médical consiste dans une représentation objective du corps du malade (Atwood et Davis-Floyd, 2003). Ce parti pris pour le fonctionnement biologique se transmet au niveau de l'enseignement médical et de la recherche, si bien qu'on n'étudie et n'enseigne que les maladies organiques. De ce fait, les médecins se sentent sur un terrain plus ferme en ne portant leur attention que sur les troubles qu'ils sont capables de gérer. Puisque parmi les demandes ou plaintes exprimées par les patients, ce sont les médecins qui, au final, déterminent ce qu'ils décident d'écouter ou pas pour poser, s'ils le jugent nécessaire, un diagnostic (Bungener et Baszanger, 2002). Certains symptômes, tels que la souffrance ou une plainte en l'absence de toute lésion décelable, ne reposent que sur les informations fournies par le patient, alors, faute de pouvoir observer, mesurer ou caser, difficile d'en tenir compte.

Fidèle à la perspective médicale, la psychiatrie - département où sont reléguées les plaintes concernant les souffrances de l'âme - emboîte le pas en reliant son modèle explicatif des maladies mentales par celui du gène déficient causant un débalancement chimique au

niveau neuronal. Lorsqu'une maladie mentale est diagnostiquée, à l'aide du DSM⁹, un traitement peut être appliqué. Ce traitement comprend généralement deux volets complémentaires : l'approche pharmacologique et la thérapie de soutien. Le traitement de la maladie mentale mis de l'avant est la médication, agissant sur le plan biologique, elle joue un rôle essentiel dans l'amélioration de l'état mental par la diminution des symptômes. Ensuite, la stabilité obtenue par la prise régulière des médicaments permet à la personne d'entreprendre une thérapie de soutien structurée d'approche cognitivo-comportementale¹⁰. Cette procédure se traduit à partir de la description scientifique de la maladie, et non pas à travers l'expérience de souffrance racontée par le patient en consultation clinique. Car la science a déjà répertorié et décrit les éléments qui font partie de cette expérience, alors, le spécialiste de la santé mentale se dédie, avec son expertise, à vérifier que tous les signes de la maladie soient présents, pour ainsi garantir son diagnostic.

Selon le médecin Serge Daneault, la notion de souffrance a été peu abordée à l'intérieur des recherches médicales, de même, insiste-t-il, qu'il n'existe à ce jour aucune vraie théorie de la souffrance (2006). Pourtant, dès l'époque antique, le serment d'Hippocrate reconnaissait la réduction de la souffrance comme objectif central des soins de santé. Daneault dénombre au moins deux pratiques à l'intérieur du système médical qui vont à l'encontre de cet objectif visé. La première concerne l'idée que la souffrance se trouve à être approximativement absente du corpus de la formation médicale (Daneault, 2006; Cassell, 1982); et la seconde est que l'intervention médicale, en elle-même, peut être génératrice de très grandes souffrances (Daneault, 2006; Cassell, 1982, 1991). De plus, Daneault croit fermement que l'intégration du concept de souffrance dans l'utilisation des indicateurs de l'organisation des services de santé optimiserait la qualité des soins par une représentativité plus respectueuse et globale de la réalité humaine de la maladie (2006).

⁹ Publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA), le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) est un ouvrage de référence qui classe et catégorise des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques. La 5e édition (DSM-5) a été publiée en mai 2013.

¹⁰ Les psychothérapies cognitivo-comportementales (TCC) regroupent les traitements obéissant à des protocoles relativement standardisés. Développés selon les exigences de la psychologie expérimentale, les pratiques d'intervention sont centrées sur les symptômes observables à travers les comportements et sur les processus cognitifs.

Du même avis, le médecin Eric Cassell souligne aussi l'importance de reconnaître la souffrance pour pouvoir s'adresser correctement à elle et la soulager. Il affirme de plus qu'en réduisant la compréhension de la souffrance à une rationalité positiviste, la médecine devient une cause de souffrance supplémentaire pour les patients, par l'impossibilité inhérente dans une telle logique de reconnaître le lieu même où la souffrance existe, c'est-à-dire la subjectivité (1991). Il tente alors de discerner les connaissances ou les outils nécessaires à la compréhension de la souffrance. Il propose de transcender le seul intérêt pour le corps afin de pouvoir considérer les patients comme des personnes et de déconstruire l'épistémè du dualisme cartésien. Il en appelle à l'utilisation de la notion de *persona* (subjectivité chez la personne) avec laquelle la biomédecine parviendrait à transcender son seul intérêt pour le corps (*ibid.*). Les dimensions possibles de la souffrance sont multiples, et cet auteur souhaite que le discours biomédical envisage cette réalité. Cependant Cassell se garde de dire que toute atteinte n'est pas nécessairement source de souffrance et que cela dépend de la signification qu'en donne la personne. La seule façon de savoir si la personne souffre réellement, c'est encore de l'interroger.

L'infirmière Éliane Béfékadu propose finalement une révision critique de la notion de souffrance dans la littérature médicale. La première constatation qu'elle fait est que la souffrance est une « expérience complexe et globale, où se joint singulièrement l'expérience du corps, de l'esprit, de la subjectivité et de la réalité. » (1993 : 18). Elle constate qu'on tient rarement compte de la signification de la souffrance pour la personne qui souffre. La souffrance prolongée ou excessive et l'absence de soutien adéquat peuvent conduire à une phase extrême et maligne de souffrance (Béfékadu, 1993). C'est pourquoi la diminution de la souffrance et son acceptation sont favorisées par la capacité des personnes à élaborer leur expérience et à lui trouver un sens positif, de même que par la qualité du soutien qu'elles reçoivent dans l'expression de leur expérience. Cette auteure conclut qu'il revient aux soignants la tâche d'aider la personne à accepter l'expérience qui émerge de la souffrance.

1.2.2 Réflexion philosophique

Selon le philosophe et théologien Bertrand Vergely, cette difficulté à prendre en compte la souffrance, non seulement à l'intérieur du milieu médical, mais parmi les sociétés occidentales en général, proviendrait du poids d'anciens préjugés qui pèse encore sur nous aujourd'hui (1997). Ce retour à l'histoire permet à Vergely de repositionner notre rapport à la souffrance. Tout d'abord les préjugés relevant de la domination masculine dévaluent l'intérêt pour la souffrance en reléguant cette sensibilité à la nature des femmes (Gilligan, 2008; Vergely, 1997). En effet, la vision patriarcale réserve les dispositions particularistes, émotionnelles et intuitives pour la vie domestique des femmes, de même que la pensée dépassionnée, impartiale et rationnelle est retenue pour la vie publique des hommes (*ibid.*). Gare à celui qui oserait s'approprier le sentimentalisme réservé aux femmes, le quolibet d'efféminé lui sera décerné pour but d'en diminuer sa valeur personnelle.

Vergely poursuit avec l'ensemble des préjugés rationalistes qui n'a que mépris pour la subjectivité et qui soutient l'idée que puisque les sentiments ne font qu'embrouiller la raison, on ne doit pas s'y intéresser. Bien qu'une certaine écoute de la plainte émanant du malade soit de nos jours prise au sérieux, les réticences des médecins demeurent bien grandes. Par exemple, la mise en place d'unités de soins palliatifs afin de soulager l'agonie des mourants est une pratique somme toute assez récente dans l'histoire de la médecine¹¹. Enfin, Vergely ajoute que cette rationalisation de la souffrance prédispose au phénomène de l'oubli de la personne qui souffre. La science fait disparaître la souffrance par le fait de trouver la maladie intéressante et d'en faire l'objet de son regard pour poser un diagnostic. L'enjeu qui importe se focalise dans la lutte intellectuelle entre le médecin et la maladie. C'est à l'image que nous renvoie avec dureté, mais non sans justesse, cette citation du philosophe Cioran : « ... être objectif c'est considérer l'autre comme un cadavre ».

Puis, les préjugés religieux, eux, c'est en valorisant la souffrance qu'à court terme ils ont aliéné le sujet humain en le détournant effectivement du souci de sa santé pour celui de son

¹¹ L'unité de soins palliatifs du pavillon Notre-Dame du CHUM, la plus ancienne unité francophone au monde, fut créée en 1979.

salut (Vergely, 1997). L'existence ici-bas est conçue comme une préparation à une vie bienheureuse, vécue comme une épreuve dont on obtient son salut par ses souffrances. Bien que ce sens du sacrifice nécessaire afin de racheter ses fautes soit fortement imprégné dans la pensée du christianisme, la culture occidentale aurait su d'elle-même l'élaborer à une époque bien antérieure (*ibid.*). C'est la crainte du rejet, la peur de perdre sa place dans la société qui aurait initié cette tendance à pratiquer une forme de raisonnement économique que certains auteurs, tels que le sociologue et anthropologue Marcel Mauss (2007 [1925]), ont appelé *échange symbolique*. L'idée de l'échange symbolique vient redonner quelques forces à celui qui souffre. Il devient le sacrifié, la cible élue par le mal pour prendre sa vengeance, épargnant ainsi le pire à tous les autres. L'opération démontre que malgré la surcharge qu'impose l'être souffrant à sa communauté, sur le plan symbolique il continue à porter une signification sociale positive, il se trouve investi d'une fonction utilitaire, il détient le rôle du sauveur. Le christianisme aurait simplement poursuivi cette structuration déjà en place en ajoutant un sens oblatif à la souffrance, c'est-à-dire en valorisant le don de soi.

De nos jours, dans un monde de moins en moins attiré par les croyances et les pratiques religieuses, les situations ont profondément changé. Pourtant, l'idée de la souffrance valorisée tend à perdurer. Il est encore coutume de dire que la souffrance fait progresser, comme le dicte la fameuse formule : *il faut souffrir pour grandir*. C'est ce qui fait dire à Vergely que :

« [...] le sens de la souffrance qui s'est forgé dans notre mémoire n'est pas le simple fait de la mémoire chrétienne, mais plutôt celui d'un certain nombre de réflexes et de parades face au mal, qui ont existé avant le christianisme, se sont reproduits avec lui et ont tendance à exister au-delà de lui. » (1997 :10).

Par contre, Vergely ajoute un bémol en précisant que des événements majeurs ont modifié cette appréhension de la souffrance glorifiée¹². Depuis la seconde guerre mondiale, considérée comme une des pires manifestations de la tragédie humaine, il est devenu dérisoire de croire que la souffrance est utile et favorise l'avènement d'un avenir meilleur. Il est

¹² Outre les religions, les romantiques ont déjà montré qu'il existe une complaisance dans la tristesse qui procure certaines jouissances.

désormais plus clair, pour la conscience occidentale, que valoriser la souffrance ne renvoie pas au langage de la vertu, mais à celui de la violence. Nous sommes, de ce fait, devenus sensibles à l'idée que le seul discours digne quant à la souffrance des hommes réside dans la dénonciation et non dans la rationalisation de cette dernière. Ce qui mène le monde contemporain à vivre un paradoxe, aussi décrié comme tel par le philosophe et historien Michel Foucault (1972), celui de la quête du bonheur, héritage des Lumières et que la société de marché valorise, qui introduit du même coup une difficulté à gérer les manques et les souffrances concomitantes à la vie. Nous sommes rendus plus vulnérables au fait de souffrir, sans aucun doute, ceci est dû au fait d'avoir pris l'habitude d'habiter dans un monde où règne un certain niveau de confort. Car c'est curieusement en souffrant que l'on trouve les forces pour souffrir.

La philosophe et psychanalyste, Monique Schneider (2011) nous parle du *travail de la souffrance*, c'est-à-dire les tentatives qu'elle va utiliser pour se dissimuler, car la souffrance psychique ne montre jamais son vrai visage. C'est une des difficultés d'accès pour l'approfondir, la spécifier, l'étudier, tout se passe comme si la souffrance psychique ne pouvait pas au départ habiter là où elle se manifeste. C'est un des phénomènes les plus difficiles à comprendre, selon cette auteure, de voir que la souffrance travaille à partir de phénomènes de fuite de soi, de tentative d'extinction ou de délocalisation. Elle ne va pas se montrer, se dire, et se saisir d'une manière automatique, très souvent il y aura précisément souffrance psychique, comme dans la dépression, avec comme symptôme fondamental l'impossibilité à éprouver soi-même ce qui fait mal, le sentiment d'être à côté. Le propre de la souffrance psychique c'est bien souvent de provoquer l'équivalent d'une apparente anesthésie. Ces phénomènes, où il y a un malaise, mais qui va être éprouvé ailleurs, prennent souvent le corps comme théâtre, comme lieu de mise en scène de la souffrance (*ibid.*). Donc il peut y avoir une souffrance psychique virtuelle fondamentale qui ne s'éprouve pas véritablement au niveau du psychisme et qui se traduit par divers maux corporels, ce qu'on qualifie de somatisation.

Ce sont ces liens entre ces modes d'expression de la souffrance qu'interroge Schneider, liens s'établissant par-delà un déni, dans la mesure où la souffrance psychique est repérable, non à l'intensité de sa manifestation, mais à la tentative d'extinction dont elle fait l'objet. Les

théories psychanalytiques reposent justement sur les démarches pour voir les reconversions, les négociations, les diverses fuites, enfin la dynamique de la souffrance psychique. L'intérêt revient donc ici pour la singularité des parcours vécus. Dans *L'interprétation des rêves*, Freud (1980 [1900]) donne de nombreux exemples faits de souffrance physique qui permettent de mieux comprendre les stratégies propres à la souffrance psychique. Il démontre précisément la jonction entre des phénomènes de difficulté psychique, de malaise, et comment ce malaise, cette impression de désorientation et de refus, va pouvoir dans certain cas se traduire dans le corps. Un phénomène extrêmement étrange c'est que la souffrance psychique ne va pas nécessairement se traduire dans le corps de celui qui souffre au point de départ (Schneider, 2011; Freud, 1900). La souffrance psychique est au plus haut point transférentielle ou voyageuse. Elle a besoin du lien. Elle est un appel au lien. Elle va s'adresser à l'autre soit comme destinataire ou comme sauveur. C'est pour ça que le transfert¹³ a non seulement été étudié à partir de la souffrance psychique, mais aussi bien de la souffrance physique (Schneider, 2011).

Dans le but de surmonter l'embarras du manque de repère et d'éclairer la compréhension de notre rapport à la souffrance, le philosophe et linguiste Paul Ricoeur, propose de répartir l'expérience du souffrir sur deux axes; celui du rapport à soi et à autrui, et celui de l'agir-pâtir (1994). Le rapport à soi et à autrui explore comment la souffrance vient altérer le lien social. Car la souffrance renvoie à la séparation, à l'érection de multiples barrières envers soi et les autres. Pour celui qui souffre, l'indicible mal-être qu'il éprouve le contraint à la solitude, l'autre ne peut le comprendre, l'autre ne peut l'aider. Le monde ne lui apparaît plus comme habitable, mais comme « dépeuplé et vidé de son humanité » (1994 : 60). Si la souffrance se manifeste dans la plainte, c'est qu'elle est un appel à l'autre. La souffrance interroge, elle est une recherche de sens qui passe nécessairement par l'autre, car c'est par la parole que le sens passe le plus souvent. Paradoxalement, la souffrance jaillit d'un rapport à l'altérité et c'est par l'altérité qu'elle se résout (Ricoeur, 1994).

¹³ En psychanalyse, le transfert est un élément central dans la thérapie. Il est essentiellement le déplacement d'un affect infantile, ressenti souvent par rapport aux parents, sur une autre personne, en l'occurrence le psychanalyste au cours du traitement (Freud, 1980 [1900]).

L'axe agir-pâtir indique la diminution de la puissance d'agir des personnes touchées par diverses situations qui échappent à leur contrôle et qui ont un effet négatif sur elles (*ibid.*). Les signes de diminution de l'agir sont à chercher « dans les registres de la parole, de l'action proprement dite, du récit, de l'estime de soi » (*ibid.* : 62). Les souffrances correspondant à *l'impuissance à dire* demeurent souvent emprisonnées dans les organes du corps. Dans *l'impuissance à faire*, l'extrême passivité du sujet le rend victime de l'autre, à sa merci. La troisième modalité du souffrir consiste aux *atteintes portées à la fonction du récit* qui se répercutent dans la constitution de l'identité personnelle. Se comprendre soi-même c'est être capable de raconter sur soi-même, des histoires intelligibles et acceptables. La souffrance y apparaît comme rupture du fil narratif, mais « le rapport à autrui n'est pas moins altéré que l'impuissance à raconter et à se raconter, dans la mesure où l'histoire de chacun est enchevêtrée dans l'histoire des autres. C'est ce tissu internarratif qui est déchiré dans la souffrance. » (*ibid.* : 63). On en fait l'expérience lorsque l'on est confronté à certaines formes de confusion mentale, où tous les repères d'une temporalité commune, passé et futur, sont brouillés. Sur *l'impuissance à s'estimer soi-même*, c'est la tendance à la culpabilisation qui occupe l'avant-scène, comme l'impression vivace d'un sentiment fantasmé d'être élu pour la souffrance, je dois être puni. S'entend aussi comme une souffrance que quelqu'un s'inflige à lui-même au niveau de sa propre estime, l'autopunition. Les théories psychanalytiques ont mis à jour de façon remarquable cette capacité des forces de la psyché de s'exercer contre elle-même et de travailler à produire sa propre souffrance. Par exemple, la perte de l'objet d'amour peut susciter l'acharnement sur soi d'un sujet incapable de lâcher prise (Freud, 2011 [1917]).

1.2.3 Apport de l'anthropologie médicale

Devant l'hégémonie du modèle biomédical, les anthropologues médicaux se sont principalement intéressés aux facettes que laisse dans l'ombre ce savoir sur la maladie. Car sachant qu'il est possible d'observer objectivement la maladie, il ne faudrait pas oublier qu'elle est aussi un état subjectif inséré dans sa propre matrice de sens (Massé, 2005; Corin, 1998). Porter intérêt à la souffrance semble la voie indiquée pour y accéder.

En général, la souffrance est interprétée – entre autres par les auteurs : Kleinman, Cassell, Good – comme une expérience. Toutes tentatives de la définir restent vaines, la souffrance n'est compréhensible que comme une expérience dont sa richesse se compose de multiples facteurs qui touchent la complexité même de la vie humaine (Kleinman, 1988). Elle est un vécu toujours individuel, partiellement racontable, et ancré dans le discours social qui l'entoure et qui lui donne les éléments pour la construction du sens. Cette recherche de sens peut être faite à travers la mise en récit, cependant elle est contrainte aux conditions externes, propres au monde socioculturel, politique, historique et économique de la personne qui souffre (*ibid.*).

Pour l'anthropologue médical Arthur Kleinman, l'expérience de la souffrance, puisqu'il en découle des enjeux d'ordre culturels et politiques, chevauche le rapport à l'autre. Cet auteur détermine ainsi l'importance de l'intersubjectivité dans cette expérience comme une des particularités inhérentes à l'être humain : « The cultural meanings of suffering may be elaborated in different ways for current day Sri Lankan Buddhist or Medieval Christians, but the intersubjective experience of suffering, we contend, is itself a defining characteristic of human condition. » (Kleinman et Kleinman, 1991 : 280). Alors, puisque la souffrance touche à l'altérité, c'est dans ce rapport à l'autre qu'elle peut être travaillée, c'est-à-dire soulagée (Ricoeur, 1994).

En ce sens, l'anthropologue médical Gilles Bibeau suggère que le travail clinique soit globalement compris comme une stratégie narrative mise en place autour de la souffrance, entendu que cette expérience est un des aspects phénoménologiques privilégiés de la maladie (Corin *et al.*, 1990). Le récit qui en émerge, de cette expérience de la souffrance, se présente généralement comme une œuvre hétérogène dans la mesure où les cliniciens tendent à utiliser un langage scientifique alors que le patient parle plutôt en référence à son vécu subjectif et à sa quête de sens (*ibid.*). Alors, malgré que les experts et les patients s'inscrivent dans une même culture, un écart se fait sentir dans l'usage de leur langage respectif, car ils se situent différemment par rapport aux discours, à la fois locaux et hégémoniques (biomédical, psychiatrique, religieux), sur la maladie, lesquels sont spécifiques au moment historique et

social dans lequel ils ont été produits (Good et Del Vecchio Good, 1993).

L'anthropologue médical Byron Good (1998) plaide pour une théorie du vécu de la maladie pour en circonscrire l'incertitude, combler les vides et articuler l'expérience subjective de la personne malade en tenant compte des rapports qui s'établissent au sein du vécu corporel, de la signification intersubjective, des récits qui reflètent et réorganisent l'expérience de la maladie, et des pratiques sociales qui influent sur le comportement face à cette dernière. Ceci amène la réflexion sur les possibilités d'une telle réorganisation dans le cadre épistémologique de la biomédecine. L'hypothèse de sa théorie est que la maladie grave, comme d'autres expériences extrêmes, conduit à ce que Scarry (citée par Good, 1998 : 247) avait déjà nommé comme « la démolition du monde¹⁴ ». Il semble important de retenir que pour Good, la mise en récit de la souffrance sert à reconstituer le monde vécu détruit par la maladie, et dont les structures et les pratiques sociales en parachèvent la démolition. En ce sens, l'attention portée à la narration sur l'expérience de la maladie prend son importance :

« [...] le récit, le fait de lier par l'imaginaire les événements tels qu'ils ont été vécus, pour en tirer une histoire, une trame qui ait du sens, constitue l'une des manifestations essentielles de l'effort réciproque individuel et social de s'opposer à cette dissolution et de reconstituer le monde. » (Good 1998 : 249).

Une pleine reconnaissance de la souffrance passe donc par l'écoute de la parole souffrante dans un but compréhensif permettant à la personne de se construire un sens, d'ordonner le chaos qui l'entoure, et du même coup, de se reconstruire un monde habitable. Être capable de raconter sa souffrance ne fût-ce que par bribes, c'est déjà s'en libérer un peu, c'est de reprendre pied dans l'abîme, refaire son monde, en contrer son émiettement, et ce, même si le vécu de souffrance dépasse toujours de très loin sa mise en récit (Good, 1998). Il faut aussi savoir élargir les interprétations, mises de l'avant par la personne souffrante, à un système de sens plus large et plus englobant pour en comprendre finalement quelque chose sur nos manières de vivre ensemble (Corin *et al.*, 1990).

¹⁴ Semblable à la notion proposée par G. Agamben de « débordement d'expérience » (1978)

Enfin, la grande contribution des études de Kleinman est sans aucun doute l'avancée de son concept de *souffrance sociale* qui permet de relier la question de la souffrance à un contexte plus élargi et politique, ce qui prévient, entre autres, des risques de transformer le politique en médical (1997). En effet, les pouvoirs politique, économique ou institutionnel peuvent infliger des formes de violence, ce que révèlent entre autres les sociétés productrices d'inégalité sociale, cantonnant certains individus dans une pauvreté matérielle et relationnelle (Kleinman *et al.*, 1997). Le concept de souffrance sociale vise à montrer que le diagnostic et la médicalisation de certaines souffrances réduisent l'expérience multidimensionnelle de souffrir à un problème médical qui sera alors traité comme tel et nié en tant que problème social, économique ou politique.

Kleinman insiste (1997), de même que le sociologue Pierre Bourdieu (1993), sur la montée incoercible de la souffrance sociale. Ils plaident pour la non-séparation des questions morales, politiques ou médicales. Ces auteurs insistent sur l'importance de prendre en compte la complexité des interactions productrices de souffrances :

« Social suffering results from what political, economic, and institutional power does to people, and reciprocally, from how these forms of power themselves influence responses to social problems. Included under category of social suffering are conditions that are usually divided among separate fields, conditions that simultaneously involve health, welfare, legal, moral, and religious issues. They destabilize established categories. For example [...] poverty is the major risk factor for ill health and death; yet this is only another way of saying that health is a social indicator of a social process. » (Kleinman, Das et Lock, 1997 : ix).

L'effort et le défi se trouvent dans la compréhension des liens entre le corps social et le corps physique, ce qui permettrait de faire contrepoids à l'objectivité désincarnée qui domine les politiques et les savoirs professionnels de la biomédecine. Kleinman s'est attardé à analyser l'appropriation biomédicale de la souffrance qui transforme des conditions sociales, familiales, économiques, et politiques en réalité médicale et professionnelle sous forme de pathologies, et à l'impact que cette vision porte en retour à l'expérience de la souffrance :

« One of few sources of power allowed in America is sickness. Medicine colonizes the local world, and biopower is willingly accepted by poor

patients, because the alternative is so bleak : namely, personal responsibility in the absence of adequate resources and in the presence of daunting burdens. That which cannot be expressed publicly by the medical team or the patient is that sickness/healing is a fabrication for a much deeper, more desperate social malady. The language of medicine (and of much of social science and philosophy too) resists to suffering. But this transformation of modes of responding to suffering also has its effects on the modes of experiencing suffering. The sensibility of illegitimacy is something the patient not only lives with but expresses in her actions and reactions (and the medical team does the same.) » (Kleinman, 1991 : 185).

En ignorant les liens avec le social, le langage scientifique et professionnel dicte non seulement la façon de répondre à la souffrance, mais entraîne également des répercussions sur l'expérience même de vivre la souffrance. Par conséquent, les gens apprennent à marginaliser leur propre souffrance, à en réduire la signification morale, culturelle et sociale, et à occulter son cachet existentiel. L'enseignement de Kleinman (1991) insiste sur le fait qu'à notre époque, la plus grande menace de l'humanité repose moins sur l'incapacité des gens à composer avec l'inhumain que sur l'habileté que possède le monde à venir à bout de presque n'importe quelle condition de vie.

Le problème ne se trouve pas dans le paradigme biologique en tant que tel, mais plutôt dans son hégémonie, qui impose exclusivement sa manière de signifier et d'agir individuellement et collectivement face à des réalités, en l'occurrence la souffrance et toutes ses manifestations possibles, qui sont en vérité non seulement d'ordre biologique, mais aussi d'ordre social, politique, économique, etc. Sinon, comment expliquer que cette souffrance qui nous touche universellement, donc autant aux sociétés de « revenus élevés » qu'à celles de « bas revenus », affecte principalement les personnes qui sont les plus pauvres et démunies? C'est en ce sens qu'un élargissement sur le social s'impose dans la perspective biomédicale, car une compréhension plus juste de la souffrance est essentielle pour parvenir à véritablement la soulager.

1.3 Accessibilité aux soins de santé mentale

Pour examiner la question de l'accessibilité aux soins, je débordrai du contexte de la santé mentale pour parler des soins de santé en général. En ce qui a trait aux termes utilisés, je parlerai d'utilisation des services et de l'accès aux soins, car pour certains auteurs, Lombrail (2000) par exemple, toute la population a objectivement un accès égal aux soins de santé institutionnels et communautaires. S'il y a un problème, il se pose éventuellement lors de l'utilisation ou du recours à ceux-ci, car ce n'est qu'en utilisant les services de santé que l'on peut savoir si l'on y a un plein accès, un accès limité ou un nonaccès. J'utiliserai donc le terme d'*accès aux soins* dans une perspective inclusive faisant référence autant à l'accessibilité aux services de santé qu'à leur présence et à leur utilisation. Je terminerai avec une brève mise en contexte des services de santé mentale au Québec, et plus particulièrement à Montréal.

1.3.1 Accès aux soins

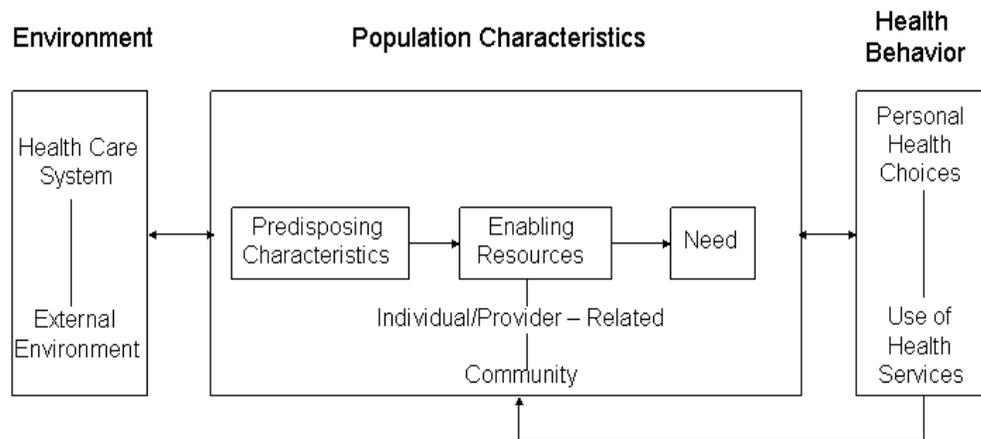
De façon théorique, la question de l'accès aux soins s'est construite à travers des modèles qui déterminent les possibilités et les motivations d'utilisation des services de santé dont une population donnée a besoin. L'accès est donc lié à la présence ou absence de barrières (économique, physique, culturelle, etc.) lors de l'utilisation des services. Ces modèles ont donné lieu à une redéfinition plus sensible de la relation médecin-patient et à l'évaluation des conséquences et de la pertinence des services auxquels la population a accès. Je présente ici trois modèles, leurs forces et faiblesses, sur lesquels je m'appuierai tour à tour pour guider mes analyses d'entretien auprès des jeunes adultes en difficulté.

Un premier modèle fut élaboré en 1973 par Anderson et Newman. Il visait à définir et mesurer ce qu'est un accès équitable aux soins de santé en discernant des éléments déterminants qui influencent le recours et l'utilisation des services (Anderson, 1995). Selon leur conception, l'accessibilité dépend de trois catégories de variables; en débutant par le

facteur de déclenchement (l'identification d'un besoin), puis des facteurs prédisposant (ressources personnelles, scolarité, ethnie, âge, etc.), et finalement des facteurs facilitants (disponibilité des ressources, couverture des frais par une assurance, source régulière de soins). Ces trois variables – les besoins, les prédispositions et les possibilités – et leurs différentes dimensions peuvent potentiellement influencer la capacité et la façon de recourir aux services de santé.

Tableau I *Modèle Andersen sur l'utilisation des services*

The Anderson Model of Health Care Utilization



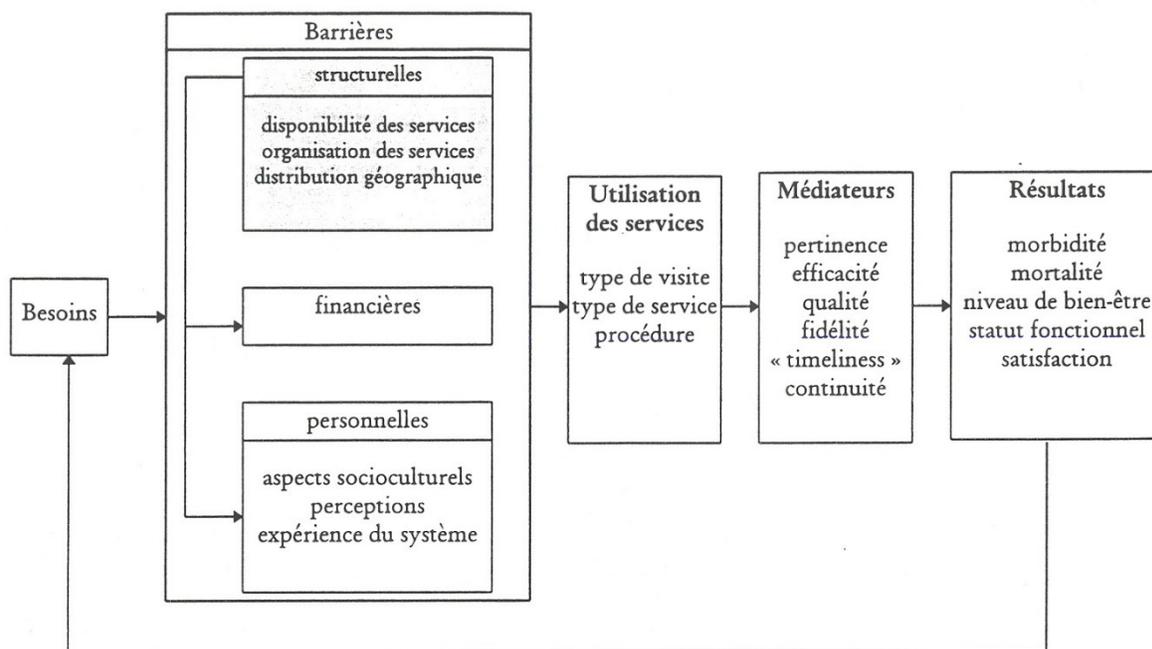
RM Anderson. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?
 J Health Social Behavior 1995;36:1-10.

Sans entrer dans une critique exhaustive de ce modèle et des variantes auxquelles il a donné lieu par d'autres auteurs, soulignons qu'il est progressivement apparu que, outre ses fortes connotations normatives, sa formulation occultait les interactions entre dispensateurs et utilisateurs de soins et plus généralement, de dynamiques sociales (*ibid.*). De plus, il ne tenait pas compte des conséquences de l'utilisation des services sur l'état de santé et donc, de la

pertinence des soins ou services auxquels la population à l'étude a accès. Une nouvelle définition ainsi qu'un nouveau cadre conceptuel ont donc été proposés par Andersen en 1995. J'ai choisi cette version du modèle Andersen pour me guider dans mes analyses puisqu'il insiste sur les dimensions qui influencent les conditions lors de l'utilisation du service. Ce modèle permet plus particulièrement de voir si le quotidien des jeunes adultes en difficulté détermine certaines contraintes à l'accès. C'est donc à l'aide de ce modèle que nous pourrions voir si les conditions d'être jeune adulte et vulnérable influenceront le recours aux services et leur utilisation.

Le deuxième modèle retenu est celui développé par le pédiatre Michael Millman, car en complément du modèle Andersen, il ajoute la dimension qualitative des soins reçus et permet ainsi de cerner plus finement les obstacles que rencontrent les jeunes adultes en difficulté dans leur utilisation des services et soins de santé mentale; il illustre le fait que certains aspects rendent difficiles la continuité, la coordination et la globalité dans les services. Le modèle Millman sert aussi bien à expliquer les difficultés d'entrée dans un service que celles rencontrées au moment de l'obtention du service. Il entend par *accessibilité* : « l'utilisation de services efficaces, appropriés, de qualité, continus, dispensés au moment opportun et qui suscitent la fidélité au traitement. » (Millman, 1993 : 12). Le cadre conceptuel qui en découle intègre les mesures d'entrée, de qualité et de résultat. La distinction entre les concepts d'accessibilité et de qualité se trouve ainsi atténuée ou, à tout le moins, leur interrelation davantage affirmée. L'utilisation des services ne devient donc plus une fin en soi et une mesure indirecte d'accessibilité, mais demande à être qualifiée.

Tableau II *Modèle d'accessibilité aux services de santé de Millman*



Ce modèle tient compte des conditions nécessaires à la production des effets escomptés suite à l'utilisation des services. À cet égard, il faut que le service soit *pertinent* compte tenu du type de besoin diagnostiqué, qu'il soit démontré *efficace* dans les circonstances, qu'il soit dispensé selon les critères habituels de *qualité* technique, professionnelle et organisationnelle, qu'il suscite la *fidélité* au traitement de la part du patient, qu'il soit dispensé au *moment opportun* et enfin, qu'il respecte certains critères de *continuité*, c'est-à-dire facilitant le passage d'une ressource à l'autre lors d'un épisode de soins tout en satisfaisant l'ensemble des besoins. Quant aux résultats, ils doivent prendre en compte autant les effets sur les plans de la morbidité, de la mortalité, du niveau de bien-être et du statut fonctionnel que la satisfaction des usagers, qui constitue un prédicteur de l'utilisation subséquente des services.

Puis un troisième modèle, celui de Lombrail (2000) qui reprend lui aussi le modèle développé par Anderson et Newman (1973), pour situer la question de l'accès aux services, et ce, à deux niveaux; celui de *l'accès potentiel* qui désignerait l'accessibilité et celui de *l'accès*

réalisé soit l'utilisation. Selon cet auteur, lorsqu'un service est en place, il y a théoriquement un *accès potentiel* égal pour tous, chacun devrait y avoir la même possibilité d'accès. Surtout au Québec, comme au Canada, où les services sont dispensés sans que l'on ait de frais directs à déboursier. Alors, si les services sont en place, que la personne peut y accéder physiquement et que les services ne réclament aucun frais direct, les facteurs empêchant la réception des services demandés sont en principe limités, l'utilisation est presque garantie. *L'accès potentiel* permet d'identifier les obstacles surtout déterminés par l'absence ou la présence d'un service. Quant à *l'accès réalisé*, celui-ci se réfère à la dispensation des services et comporte deux catégories perçues comme étant des conditions d'accès : l'accès primaire qui est l'entrée dans le système ou le degré d'utilisation et l'accès secondaire qui renvoie à la manière dont se déroulent les soins (Lombrail, 2000).

Tableau III *Modèle d'accessibilité aux services de santé de Lombrail*

Accès potentiel	Tous ont accès, lorsque le service existe
Accès réalisé	a) accès primaire (entrée dans le service) b) accès secondaire (manière dont se déroule le soin)

1.3.2 Barrière à l'accès

Les barrières à l'accès rendent compte des obstacles que peuvent rencontrer les personnes lorsqu'elles désirent utiliser un service. Elles peuvent apparaître sous diverses formes. Les termes *externe* et *interne* sont une manière de qualifier la non-accessibilité aux services (Sachs-Ericsson *et al.*, 1999). Les barrières dites externes sont celles que le système impose à l'individu qui subit les conséquences ou les impacts de la structure en place : les règlements, les procédures permettant d'obtenir les services, l'attitude des professionnels, etc. Les barrières internes se rapportent exclusivement à l'individu utilisateur des services : son

contexte de vie, ses capacités, son attitude, etc. J'ai choisi, aux fins de cette recherche, d'utiliser la dénomination de barrières *institutionnelles* et *individuelles* plutôt que les dénominations externes et internes; elle est davantage évocatrice du lieu où se situe l'obstacle. Sans oublier, toutefois, que la non-accessibilité aux services peut parfois dépasser les barrières institutionnelles ou individuelles et prendre la forme d'une non-existence.

Pour François Béland, sociologue et professeur en administration de la santé, de façon concrète, l'utilisation des services vise à répondre à un besoin. Il distingue deux dimensions à l'existence d'un service :

« [...] premièrement, sous la forme d'une reconnaissance d'un besoin par un professionnel et, deuxièmement, sous la forme d'un accord, par la collectivité, selon lequel ce besoin fera l'objet d'une utilisation de ressources dans la mesure où celles-ci sont mises à la disposition de la population. » (1994 : 845).

Les besoins de tout un chacun sont soumis, toujours selon Béland, aux idéaux sociaux et aux représentations sociales de ces besoins, donc dépendent des idéologies sociales dominantes. Si la collectivité juge que mettre en place tel type de services pour combler tel type de besoins n'est pas nécessaire, la personne ne pourra avoir de réponse à ce besoin. Ou encore, si un besoin n'est pas reconnu par un professionnel, la personne ne pourra le combler. Ainsi, il apparaît évident que si un problème existe objectivement, mais n'est pas perçu comme tel par les personnes elles-mêmes, leur entourage ou la société, il ne donne lieu à aucune demande d'aide. Cette dimension subjective est fort importante pour comprendre comment on peut qualifier les services offerts.

L'infirmière Marie-France Thibaudeau (2000) s'est également penchée sur la question des barrières à l'accès, notamment celles dites *internes*. Elle a identifié la présence de trois éléments avant qu'un individu décide de consulter : les symptômes, l'interférence et la tolérance. Le premier élément renvoie à la nature, la visibilité, la persistance et la sévérité des symptômes. Par exemple, une personne hésitera à recourir aux services d'urgence quand elle reconnaît chez elle les manifestations bénignes d'une maladie et qu'elle a déjà guéri sans aller à l'urgence. Le deuxième élément est lié au degré d'interférence des symptômes avec ses

activités, son travail, sa vie quotidienne. Parfois, c'est lorsqu'une personne ne peut plus se lever de son lit qu'elle se résigne à aller chercher des soins. Le dernier élément est le niveau de tolérance à la maladie ou au mal, un élément subjectif qui diffère d'une personne à l'autre.

1.3.3 Organisation des services de santé mentale

Le fondement du système de santé canadien repose sur la gratuité universelle¹⁵ aux services hospitaliers et médicaux raisonnablement nécessaires. Ce qui en principe devrait assurer la presque résolution des problèmes d'accessibilité aux soins. Plus particulièrement au Québec, ce système a été considéré comme un précieux acquis de la Révolution tranquille, avec le régime d'assurance maladie mis en place en 1970, dont l'objectif principal est l'accessibilité gratuite et équitable aux soins de santé et aux services sociaux. En 1997, la couverture du système a été élargie avec la mise en place du régime d'assurance médicaments. Il s'agit d'un régime mixte, public-privé, garantissant à l'ensemble des citoyens un accès équitable aux médicaments requis par leur état de santé.

En ce qui concerne plus précisément les services de santé mentale, ils ont connu des transformations majeures depuis les cinquante dernières années. Sur le plan international, la Déclaration universelle des droits de l'homme, votée en 1948, nous obligea à passer d'une pratique hospitalière à une pratique orientée vers le milieu de vie des personnes consultantes. Alors les services de santé mentale, jusqu'alors concentrés dans de grandes institutions psychiatriques, ont été peu à peu déconcentrés et rapprochés des populations et des communautés. Au Québec, ce mouvement de désinstitutionalisation a été initié par le rapport Bédard, Lazure et Roberts paru en 1962. Une priorité gouvernementale inscrite dans le cadre du virage ambulatoire, elle fut guidée par trois objectifs : humaniser les soins, améliorer l'accès aux services dans la communauté, respecter et affirmer les droits des personnes qui ont recours aux services (Bédard *et al.*, 1962). Bien que la plupart des gens s'entendent encore sur le principe de la désinstitutionalisation, ce mouvement s'est soldé par un succès mitigé. Ainsi,

¹⁵ Gratuité directe, mais les contribuables défraient les coûts à travers les impôts, et au Québec l'ajout d'une taxe-santé est imposé en surplus depuis 2012.

on constate que la clientèle en établissement s'est alourdie, que le fardeau des familles s'est accentué et que les phénomènes de judiciarisation, de l'itinérance et de la porte tournante sont apparus ou se sont aggravés (MSSS, 2005).

En accord avec la perspective médicale, l'offre de service en santé mentale a eu tendance à se développer en silo. On distingue les différents niveaux de spécialisation en termes de services de première, deuxième et troisième ligne. Les services de *première ligne* représentent le premier recours auquel les personnes en détresse peuvent accéder pour obtenir du secours ou des services d'urgence (urgences d'hôpitaux, urgences psychiatriques, CLSC, cliniques médicales, etc.). Les services de *deuxième ligne* constituent un premier niveau de spécialisation; ils sont offerts par les centres hospitaliers à vocation psychiatrique, les unités de traitements psychiatriques ambulatoires, les centres de crise, les services de désintoxication. Plutôt que de demeurer dans un service pendant quelques jours, comme c'est le cas dans les services de première ligne, les personnes peuvent parfois y demeurer plusieurs semaines voire quelques mois. Enfin, les services de *troisième ligne* sont dispensés par les départements spécialisés en psychiatrie. Ils concernent des besoins beaucoup plus spécifiques et impliquent un séjour ou un traitement à long terme. Les services de deuxième et troisième lignes ont une capacité d'accueil beaucoup plus restreinte. En plus des services de première, de deuxième et de troisième ligne, il existe d'autres services qui sont offerts aux personnes en difficulté, des services dits *alternatifs* parce qu'ils ne font pas partie du réseau des établissements de santé gouvernemental, par exemple les *services communautaires*.

Les organismes communautaires ont pris leur envol au cours des années 70. Leurs services offerts, issus de la communauté elle-même donc d'un mouvement du bas vers le haut, sont apparus en réaction à un manque. Le secteur public, qui oblige les requérants à se déplacer pour obtenir des services, a toujours eu du mal à rejoindre certains groupes sociaux, observe le sociologue Christian Jetté (2008), surtout les plus marginalisés comme les itinérants, les jeunes toxicomanes, les femmes victimes de violence, etc. Les services communautaires se sont développés pour des populations précises avec des objectifs spécifiques répondant à des besoins souvent en lien avec le social et non couverts par le réseau public : hébergement, entraide, psychothérapie, nourriture, vêtements, un espace commun, des

liens sociaux, etc. Le soin communautaire se base alors sur des valeurs qui diffèrent du système public, sa vision globalisante de la santé prend la personne dans sa totalité et en interaction avec son milieu, tandis que les pratiques des services publics visent à soulager plus précisément les symptômes (*ibid.*). Par conséquent, les organismes communautaires tiennent à demeurer autonomes vis-à-vis des planifications gouvernementales et à conserver leur distinction qui favorise d'abord et avant tout la dimension relationnelle du soin.

Le gouvernement du Québec s'est particulièrement intéressé aux cliniques communautaires, qui fournissent à la fois des services sociaux et de santé. Il a tenté, au début des années 1980, de reproduire ce modèle dans le secteur public en créant les Centres locaux de services communautaires (CLSC) (Jetté, 2008). Le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (MSSS) voulait, sans faire concurrence aux hôpitaux, augmenter l'accessibilité aux services de première ligne, améliorer les interventions en cas de crise, maintenir des personnes en perte d'autonomie dans leur milieu naturel, et ce, tout en alliant les soins de santé et l'intervention sociale (Roy, 1987). Certaines clientèles plus vulnérables sont devenues prioritaires, un passage d'une accessibilité universelle à une accessibilité sélective s'est opéré dans le but de réduire les inégalités sociales (*ibid.*). Ainsi, les CLSC ont, avec le temps, développé des équipes multidisciplinaires spécialisées pouvant desservir différentes populations. C'est d'ailleurs ce que le CLSC des Faubourgs a fait en développant une *Équipe itinérance* et une *Équipe jeunes de la rue*.

Le dernier Plan d'action ministériel en santé mentale (2005-10) reconnaît les retards qu'accuse le réseau de santé et services sociaux en matière de santé mentale, face aux autres domaines médicaux, et soutient que la recherche dans les soins de santé mentale doit rattraper son retard sur celle des soins de santé physique (MSSS, 2005). Les enjeux émergents de ce plan d'action sont : augmenter la globalité des soins, contrer les préjugés, accroître l'accès aux services de 1re ligne, optimiser l'arrimage des services pour répondre dans la continuité, bonifier la santé mentale auprès des jeunes, et réduire les taux de suicides, en particulier chez les hommes. De plus, on remarque de grandes disparités dans la répartition des services en santé mentale. Il y a une concentration des ressources dans certaines régions, notamment celles où sont situés les grands établissements psychiatriques, tandis que d'autres localités plus

éloignées des grands centres souffrent d'un manque évident de ressources, surtout en ce qui concerne les services aux jeunes, par exemple dans les réserves autochtones (MSSS, 2005).

Dans ce chapitre, j'ai voulu mettre en relation les difficultés considérables qu'éprouvent certains jeunes adultes à prendre leur place dans une société constituée d'inégalités sociales et la manière dont ces expériences de souffrance sont perçues par le système public de soin de santé du Québec. La lecture de ces différents repères contemporains de la transition à la vie adulte démontre surtout que les mécanismes d'intégration ont subi un tel bouleversement ces dernières décennies que les modes de régulation traditionnels de ce passage s'en trouvent profondément modifiés et complexifiés. Entrer dans la vie adulte n'est plus l'atteinte de certaines étapes clés - avoir un travail, fonder une famille, avoir son logement -, mais davantage un processus de mises à l'épreuve de soi, au travers desquelles le jeune apprend à découvrir ses propres limites et celles du social (Martucelli, 2010). La quête identitaire se retrouve au cœur même de ce processus d'autonomisation, dont l'acquisition apparaît dorénavant incontournable pour devenir adulte. Certains jeunes parviennent à se débrouiller dans ce contexte social en mutation, mais devant ceux plus vulnérables se dressent les trajectoires de la désaffiliation avec le lot de souffrance que cela comporte. Il sera, entre autres, intéressant d'observer dans le discours des jeunes adultes en difficulté comment la société, au travers son système et ses pratiques de soin, les aide à soulager leur souffrance. Le regard sur les auteurs, Andersen (1995), Millman (1993) et Lombrail (2000), et leur modélisation de l'accès aux soins permettra de cerner plus finement les obstacles que rencontrent ces jeunes adultes dans leurs recours aux soins de santé mentale. Mais avant de déterminer ces barrières à l'accès, un regard sur la méthode s'impose.

Chapitre 2 : Questions de recherche et méthodologie

Le présent chapitre vise à établir les assises méthodologiques sur lesquelles ce mémoire de maîtrise prend appui. La question de l'accessibilité aux soins de santé mentale est large et implique une multitude d'acteurs. Le discours des jeunes adultes en difficulté a été privilégié, leurs voix habituellement trop peu entendues nous révèlent des informations pourtant essentielles à l'amélioration des services. La méthode de l'enquête ethnographique encadre le parcours de cette démarche scientifique. Il s'agira dans un premier temps de faire le point sur les questions et les objectifs qui ont mené à la réalisation de cette étude. Puis, d'exposer les différentes étapes du terrain ainsi que les outils méthodologiques qui y sont associés. En dernier lieu, les retombées anticipées et les considérations éthiques de cette recherche seront discutées.

2.1 Constitution du sujet à l'étude

Un contresens dans les discours évoquant l'accès aux soins en santé mentale se trouve à l'origine de ce projet de recherche. Une enquête pancanadienne¹⁶, menée en 2002 révèle qu'un Canadien sur dix souffre d'un trouble mental, principalement la dépression, l'anxiété ou la consommation abusive d'alcool ou de drogues (Lesage *et al.*, 2010). Parmi ces personnes, on remarque qu'un peu moins de la moitié utilisent les services de santé mentale (Lesage *et al.*, 2008). Du côté gouvernemental, les résultats de plusieurs enquêtes révèlent que les raisons de non-utilisation des services proviennent davantage des individus eux-mêmes, principalement

¹⁶ Excluant toutefois les habitants des réserves autochtones, des terres de la Couronne ou de certaines régions éloignées, les résidents des établissements et les membres à temps plein des Forces armées canadiennes. L'étude couvre donc environ 98 % de la population de 15 ans et plus des 10 provinces.

le fait de penser être en mesure de régler soi-même le problème ou de croire que ce dernier disparaîtra de lui-même (Lesage *et al.*, 2008; Lesage *et al.*, 2006; Fournier *et al.*, 1997). D'autre part, au centre-ville de Montréal, le milieu communautaire dénonce le manque flagrant de ressources en santé mentale¹⁷. Alors, qu'en est-il au juste de la non-utilisation des services de santé mentale, concerne-t-elle avant tout l'acceptabilité individuelle de sa condition mentale, ou bien faut-il plutôt mettre en cause des problèmes d'accessibilité ou de disponibilité des services? Se pourrait-il que la vraie difficulté soit plutôt en lien avec les logiques qui sous-tendent les pratiques du soin?

Le choix de cibler les jeunes adultes en difficulté pour observer cette problématique se justifie par un manque de connaissance sur le sujet. En effet, il est d'autant plus approprié d'étudier ce sous-groupe plus vulnérable de la population sachant que très peu d'études se sont penchées sur leurs stratégies de recours en soins de santé mentale. Bien qu'il soit reconnu que les jeunes adultes sont plus à risque de développer des problèmes de santé mentale (Lesage *et al.*, 2010; Gaudet, 2005; Fournier, 2002), la préoccupation sociétale à leur sujet se résume souvent à leur insertion par l'économie et le soutien offert porte davantage sur le raccrochage scolaire et l'aide à l'emploi. La santé mentale n'est pas le seul facteur pouvant précipiter les jeunes dans des conditions de vie précaires en marge de la société, mais son impact sur la capacité de mener à bien des études et d'occuper de manière responsable un poste de travail n'est certes pas à négliger (Marcotte, 2007; Bowlus *et al.*, 2003). L'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé mentale est un enjeu crucial pour eux.

2.1.1 Questions de recherche

À partir des prémisses qui viennent d'être exposées, la question de recherche se divise en deux parties. Un premier volet concerne l'identification des barrières à l'accessibilité aux soins en santé mentale, la question se formule comme suit : quels types de barrières à l'accès rencontrent les jeunes adultes en difficulté dans leur recours (ou non-recours) aux soins de

¹⁷ « Santé mentale : une coalition décrit le manque de ressources » - *Le Devoir*, 21 mars 2011.

santé mentale? Le second volet cherche à comprendre les motifs sous-jacents à ces barrières : quelles logiques sous-tendent les barrières à l'accès aux soins de santé mentale rencontrés par les jeunes adultes en difficulté?

Le postulat mis de l'avant est que les jeunes adultes en difficulté, lorsqu'ils évoquent leur utilisation des services de santé mentale, mentionnent une diversité de barrières, qui peuvent émaner soit des institutions (la structure en place et la façon dont fonctionne la logistique) ou des jeunes adultes eux-mêmes (renvoie aux préjugés et autres obstacles personnels que les jeunes en difficulté vivent lorsqu'ils rencontrent, ou refusent de rencontrer, différents professionnels ou intervenants). Afin de cerner à la fois les barrières à l'accès aux soins de santé mentale et les logiques sous-jacentes à ces barrières, trois sous-questions seront explorées : 1) ce que représente la santé mentale dans l'univers des jeunes adultes en difficulté, 2) leur expérience avec les soins de santé mentale, 3) leurs suggestions qu'ils proposent afin d'apporter des améliorations aux services et aux soins de santé mentale.

En effet, plusieurs auteurs sont d'avis que la façon dont les soins sont accessibles aussi bien que la manière dont ils sont utilisés sont des révélateurs privilégiés de la dimension socioculturelle de la santé et qu'elle met en évidence l'imbrication entre des représentations, individuelles et collectives, concernant la santé et la maladie, et les comportements de recherche d'aide qui y sont associés (Whyte *et al.*, 2002; Houtaud et Field, 1989; Laplantine, 1986; Purushottam et de Grâce, 1983). Il semble donc que les représentations sociales auraient une portée autant sur l'organisation des soins offerts que sur la façon dont les personnes ont recours à ces soins. Alors, si l'on veut parvenir à bien comprendre l'accessibilité aux soins de santé mentale, il importe de s'intéresser aux logiques qui sous-tendent les barrières à l'accès.

2.1.2 Objectifs de recherche

L'objectif principal de cette étude est de circonscrire les barrières pouvant freiner l'accessibilité des jeunes adultes en difficulté aux soins de santé mentale, tout en clarifiant les principaux facteurs de résistance, provenant d'eux-mêmes et des institutions, et de comprendre les logiques qui sous-tendent ces barrières. Considérant que les recours aux soins sont directement influencés par une multitude de facteurs, dont culturels, socio-économiques et politiques (Whyte, *et al.*, 2002; Fassin, 1996), l'objectif est d'évaluer l'impact de ces logiques implicites autant sur la façon dont l'on prodigue ou rend disponible les soins que sur l'utilisation qu'on en fait. Cette recherche vise donc, de façon plus générale, à comprendre un aspect dans les pratiques du soin, qui n'est pas très bien documenté, celui de l'analyse des logiques qui sous-tendent les barrières à l'accès aux soins de santé mentale.

À plus petite échelle, les objectifs spécifiques du projet sont, dans un premier temps, de connaître les perceptions des jeunes adultes en difficulté quant à la santé mentale. L'étude des représentations sociales vise à observer les motivations d'un individu en quête de soins et des choix qu'il fait parmi l'éventail des possibilités thérapeutiques qui lui sont offertes (Houtaud et Field, 1989; Laplantine, 1986). Dans un deuxième temps, de connaître leur expérience de recours aux soins de santé mentale. Toutefois, même si une personne utilise des services, ceux-ci ne combleront pas nécessairement ses besoins d'aide en santé mentale, l'intervention proposée pouvant être insuffisante ou inadéquate. Enfin, je souhaite recueillir les suggestions des jeunes quant à l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale. Il est essentiel de prendre en compte leurs préoccupations pour repenser les cadres de pratiques de façon à mieux les rejoindre et mieux répondre à leurs besoins.

Replacés dans un cadre plus large, ces objectifs de recherche permettront de mieux comprendre comment les logiques sous-jacentes aux barrières à l'accès aux soins en santé mentale influencent à la fois l'organisation des soins et l'utilisation qu'on en fait. Pour alimenter la réflexion, la conception anthropologique de la souffrance sociale sera confrontée avec la philosophie qui anime l'organisation des soins de santé mentale. Cette étude vise donc

par la documentation et l'analyse des barrières à l'accès aux soins de santé mentale rencontrées par les jeunes adultes en difficulté à Montréal à éclairer la compréhension sur les pratiques de soins en ce domaine, pour parvenir à mieux répondre à ces besoins et de dégager des éléments d'analyse critique permettant d'améliorer la planification et l'organisation de ces services et des besoins d'information.

2.2 Étapes de la recherche et méthodologie

Le projet de ce mémoire s'est déroulé en plusieurs étapes, dont trois principales : la préparation au terrain, le travail de terrain et l'analyse des données. Il sera question dans cette section de détailler ces étapes traversées et de préciser les outils méthodologiques qui ont été utilisés pour chacune d'elle. Certains des obstacles rencontrés ou des biais relevés en fonction des choix établis seront discutés au fur et à mesure permettant ainsi de retracer l'évolution du parcours méthodologique.

2.2.1 Population à l'étude et recrutement

L'ethnographie est inconcevable sans une proximité, plus ou moins étroite, entre le chercheur et les personnes auprès desquelles il mène l'enquête (Olivier de Sardan, 2008). La population visée, ici les jeunes adultes en difficulté, a présenté à cet égard tout un défi. Une approche complémentaire a donc été retenue : la consultation d'informateurs secondaires. C'est-à-dire, des professionnels provenant de diverses disciplines ayant en commun d'œuvrer auprès des jeunes en difficulté : psychologue, pédiatre, chercheur, intervenant. La consultation de ces professionnels a permis d'assurer une stratégie d'approche efficace et une grille d'entrevue pertinente pour les entretiens. Par ailleurs, ces professionnels ont aussi suggéré d'envisager une compensation financière pour les jeunes participants. L'information fournie

par les jeunes adultes en difficulté est nécessaire pour mener à bien cette étude. Une compensation financière « symbolique » reconnaît cette contribution en plus de son utilité même brève pour des jeunes souvent aux maigres ressources. Il s'agit, en quelque sorte, de la règle du don et du contre-don de l'anthropologue Marcel Mauss (2007 [1923]), pour qui cette pratique se révèle essentielle dans les sociétés humaines pour créer du lien social.

Les critères de sélection retenus pour recruter les jeunes adultes en difficulté ont été :

- 1) Fréquenter une ressource de Montréal pour jeunes en difficulté.
- 2) Être âgé entre 18 et 30 ans.
- 3) Être capable de s'exprimer en anglais ou en français.

L'avantage de passer par un organisme pour la construction de l'échantillon s'avère très utile dans une recherche comme celle-ci où les participants sont reconnus pour être difficilement accessibles. Les enquêtés sont plus portés à faire confiance si le chercheur est introduit dans leur réseau par un de leurs proches, en ce cas-ci les intervenants. Bien que le contexte de vie des organismes demeure sensiblement le même (espaces communs, chambres partagées ou privées, présence des intervenants, tâches à accomplir, participation aux activités de groupe, etc.), les jeunes les fréquentant ont des parcours antérieurs variés : centre d'accueil, hôpital psychiatrique, refuges, familles d'accueil, rue, prison. Certaines personnes rejointes ont l'habitude de circuler entre plusieurs ressources et d'autres n'en fréquentent qu'une seule. Cette méthode de recrutement assure donc la composition d'un échantillon diversifié. Par contre, le désavantage est de laisser de côté la voix des jeunes adultes vivants à la rue et qui n'utilisent pas les ressources, de même que les jeunes en difficulté provenant de région où il n'existe aucune ou peu ressource d'aide, par exemple sur les réserves autochtones. Les conditions de vie d'être hébergé, ou de circuler dans différentes ressources communautaires, versus être sans domicile ou sans ressources d'aide disponible, affectent probablement différemment l'accès aux soins de santé mentale.

Le choix spécifique des Auberges du cœur est survenu durant une discussion fortuite et fructueuse, lors d'un colloque¹⁸, avec la représentante du Regroupement des Auberges du cœur

¹⁸ Colloque international du Collectif de recherche sur l'itinérance (CRI) – septembre 2010 à Montréal.

du Québec¹⁹. Le contexte des Auberges du cœur, qui accueillent des jeunes, âgés de 12 à 30 ans, vivant des situations de vie difficile qui tendent à les exclure de la société, répondait amplement aux critères de recrutement.

« Les jeunes fréquentant les Auberges ont souvent à leur arrivée une très mauvaise estime d'eux-mêmes et une faible confiance en leurs capacités. Ils ont essuyé des échecs répétés et ils ont souvent été dénigrés plutôt qu'encouragés, ils connaissent généralement mal leur valeur, leurs forces, leurs potentialités. Le passage dans une Auberge représente pour ces jeunes une occasion de faire un temps d'arrêt qui permet de prendre contact avec eux-mêmes, de mieux se connaître, de découvrir qui ils sont et de réfléchir sur leur parcours. » (René et Duval, 2008 : 6).

Une demande plus officielle s'en est suivie, puis avec l'accord formel du Regroupement des Auberges du cœur, une diffusion par courriel du projet de recherche fut acheminée aux neuf établissements situés en territoire montréalais, les invitant à participer. Deux auberges ont spontanément répondu par l'affirmative et une autre a été sollicitées de nouveau, par téléphone cette fois-ci, et a finalement accepté de se joindre à l'étude. Les trois Auberges participantes sont : 1) Maison Tangente, 2) Auberge communautaire du Sud-Ouest, et 3) Foyer des jeunes travailleurs et travailleuses de Montréal. Pour la suite de ce mémoire, le nom des ressources fréquentées par les enquêtés sera toutefois anonymisé afin de centrer le propos sur le discours des jeunes adultes, et moins sur l'identification des ressources dans une perspective de comparaison institutionnelle.

La cueillette de donnée s'est déroulée durant les mois de juillet et août 2011. Le plus souvent²⁰, l'Auberge participante me conviait à la réunion hebdomadaire des résidents²¹ pour la présentation du projet de recherche directement aux jeunes, pour solliciter leur participation

¹⁹ Le regroupement des Auberges du cœur, au nombre de 29, réparties dans 10 régions du Québec, dont 9 sont situées sur l'île de Montréal. Les Auberges du cœur accueillent chaque année près de 2500 jeunes sans abri ou en difficulté ayant entre 12 et 30 ans. Ouvertes 7 jours par semaine, 24 heures par jour. Services offerts : hébergement, nourriture, accompagnement et soutien aux jeunes pour de multiples besoins (recherche d'emploi, retour aux études, référence vers des ressources spécialisées (désintoxication, suivi psychologique, etc.), médiation familiale, défense de droits.

²⁰ Deux Auberges sur les trois participantes.

²¹ Réunion où participent les jeunes hébergés et les intervenants et où sont discutés l'organisation de la semaine, les choix d'activités, les annonces importantes, etc.

aux entrevues et ainsi faciliter la prise de rendez-vous avec les intéressés. L'observation participante à ces réunions a permis une immersion à l'ambiance de vie en communauté incarnée par les jeunes adultes hébergés et les intervenants. Le souhait des jeunes adultes pour prendre part à l'étude fut plus grand que la capacité de les recevoir en entrevue. Après l'obtention des 12 entretiens nécessaires à l'étude, certains jeunes se sont vu refuser leur participation. L'attrait pour la rémunération en a peut-être motivé quelques-uns, mais pour plusieurs c'était manifestement l'envie de s'exprimer sur leur vécu tout en sachant que leur parole allait avoir un écho pour tenter d'aider de façon plus adéquate d'autres jeunes comme eux. En témoigne cette remarque d'un des participants suite à l'entretien : *Je suis content d'avoir pu vous dire ce bout-là à la fin parce que je sais qu'il y a d'autres personnes qui vont l'entendre.* (Joe, 28 ans).

2.2.2 Entretiens et observations participantes

Pour atteindre les objectifs de recherche, qui vise principalement à documenter et analyser des expériences de recours aux soins de santé mentale, telles que vécues par des jeunes adultes en difficulté, l'entretien informel, l'observation participante et l'entretien semi-directif se sont présentés comme les outils anthropologiques les plus pertinents pour effectuer cette tâche. En effet, l'écoute des discours des jeunes adultes en difficulté est un accès privilégié à leur vécu expérientiel de recours aux soins de santé mentale. Les observations participantes aux réunions et les entretiens informels avec les professionnels ont fourni un soutien complémentaire au corpus de base. La posture qualitative adoptée pour mener les entretiens permet de mieux comprendre les caractéristiques et processus socioculturels des enquêtés et favorise l'exploration de leur imaginaire, tout en permettant d'orienter les questions afin que des dimensions précises soient abordées (Olivier de Sardan, 2008). Afin d'y parvenir, il faut savoir se mettre en retrait et laisser place aux enquêtés qui ont leurs mots à dire. En ce sens, Olivier de Sardan indique que très souvent le chercheur est confronté à la compréhension que les enquêtés ont du système et de leur système de référence. Enfin, la tenue d'un journal de bord tout au long de la démarche de terrain a permis de maintenir une distance nécessaire à

toute recherche, en créant un espace dédié à l'objectivation de sentiments, impressions, jugements de valeur, etc.

La grille d'entrevue utilisée afin d'orienter les entretiens fut préétablie à partir de thématique et se divise en trois parties. La première porte sur les perceptions et les opinions que les jeunes adultes en difficulté ont à propos de la santé mentale, ce que la santé mentale signifie pour eux, dans leur univers et ce qu'ils font pour en prendre soin. La deuxième partie vise à amener les jeunes adultes en difficulté à discuter de leurs expériences de recours aux soins de santé mentale, les problèmes de santé mentale qu'ils ont ou avaient eus personnellement et ce qu'ils ont fait pour enrayer ces problèmes, qui ont-ils consulté, où sont-ils allés, quelles sont leurs sources d'information. Puis pour la troisième partie, les participants ont été invités à proposer des solutions possibles pour améliorer l'accessibilité et faciliter l'utilisation des services de santé mentale pour les jeunes adultes en difficulté.

La principale force du questionnaire ouvert a été de laisser l'occasion aux participants d'évoquer les expériences des soins de santé mentale qu'eux-mêmes jugeaient pertinentes et marquantes dans leur vie. Les pistes importantes fournies par chacun des participants ont été suivies librement, arrivant ainsi à recueillir plusieurs informations jugées pertinentes par les participants eux-mêmes. Cela dit, le thème des barrières à l'accès, bien qu'ayant peu ou pas fait l'objet de questions directes, ressort à travers les récits de recours aux soins de santé mentale. Cela a permis de constater la pertinence de la problématique, car même lorsqu'on n'interroge pas les jeunes adultes directement sur les problèmes présents dans l'organisation des services, ils en parlent spontanément.

Lors de l'élaboration de la grille d'entretien, deux ordres de difficultés ont été considérés : la grande vulnérabilité de la population à l'étude; puis la difficulté d'aborder de front la thématique de la santé mentale en raison de ses liens avec celle de la folie qui suscite dans l'imaginaire collectif de nombreux préjugés négatifs. Ces aspects impliquent des habiletés particulières dans la façon d'être en contact avec les jeunes adultes en difficulté et de mener les entretiens. Un des défis était d'entrée de jeu tenter de créer un climat de confiance et de partage essentiel au bon déroulement de la démarche. L'entretien est une interaction, une

dynamique relationnelle qui s'établit entre le participant et le chercheur, et malgré tous les efforts faits, des problèmes de communications émergent parfois du processus de la recherche, les rapports de pouvoir ne sont jamais absents, car chaque partie a des intérêts à défendre et une fonction à assumer (Olivier de Sardan, 2008; Seidman, 1998).

La stratégie employée pour faciliter l'instauration du climat de confiance et de partage a été d'aller vers eux et d'effectuer les entrevues dans leur environnement. Si les entretiens s'étaient déroulés, par exemple, à l'Université, la confiance reçue de leur part n'aurait certainement pas été la même. Les rencontres ont donc eu lieu dans un local fermé, à même les Auberges participantes. La durée prévue pour chaque entretien était d'environ 1h30. Une moyenne relativement respectée. Dans les faits, le plus court entretien a duré 60 minutes et le plus long 1h45. Une entrevue s'est déroulée en anglais, les autres en français, ou même parfois dans un mélange des deux langues. Dans tous les cas, les participants ont accepté qu'une version auditive de l'entrevue soit enregistrée et transcrite par la suite. Pour remercier et reconnaître la collaboration des jeunes adultes participants, une somme de 20\$²² leur était remise à la fin de l'entretien. Il fut convenu que les intervenants s'assurent par la suite du confort psychologique des participants²³ et de continuer la discussion avec eux et leur transmettre des références si nécessaire.

2.2.3 Les jeunes adultes interviewées

Au total, 12 jeunes adultes, 8 hommes et 4 femmes, âgés de 18 à 29 ans, tous usagés des Auberges du cœur, ont pris part au projet de recherche. La plupart d'entre eux résidaient à l'Auberge au moment de l'entrevue et leur durée de séjours variait de 6 jours à 7 mois. Certains cumulaient même plus d'un passage dans les Auberges. Un jeune adulte résidait dans les appartements supervisés, à l'étage supérieur, considéré comme la deuxième étape du séjour, et

²² Un soutien financier du FICSUM (Fonds d'investissement des cycles supérieurs de l'Université de Montréal) a été utilisé à cet effet.

²³ L'approbation du CER (Comité éthique de la recherche) de l'Université de Montréal avait au préalable été obtenue pour ce projet d'étude.

une autre, trop confrontée par la vie en communauté avait finalement trouvé refuge chez son frère, mais continuait de recevoir toutes les semaines le soutien des intervenants de l'Auberge.

Diverses raisons amènent les jeunes adultes rencontrés à utiliser les ressources des Auberges du cœur. Plusieurs affirment avoir vécu des difficultés importantes dans leur milieu familial : abandon, violence, rejet, toxicomanie, décès, etc., qui les ont menés à un départ, forcé ou voulu, du domicile familial. Certains ont gardé contact avec leur famille, d'autres non, mais pour la plupart les liens sont fragiles. Leur parcours antérieur est varié : Centre jeunesse, hôpital psychiatrique, refuge, familles d'accueil, rue. Ces trajectoires de vie éprouvantes ne sont pas sans laisser de séquelles, par exemple, la dépendance aux drogues ou à l'alcool représente un problème majeur pour plusieurs des jeunes adultes rencontrés et sert de toile de fond à une panoplie d'autres difficultés : problèmes de santé mentale, idée suicidaire, faible estime de soi, dépendance affective, etc. En somme, la majorité des enquêtés cumulent un lot de problèmes qui se combinent à des conditions de vie précaire et qui les rendent encore plus vulnérables.

Voici un bref portrait de chacun des jeunes adultes interviewés, tracé à partir de ce qu'ils disent d'eux-mêmes et de deux caractéristiques retenues : l'âge et la durée du séjour à l'Auberge. Décrire leurs situations une à une donne à la fois une existence à chacun et illustre la complexité des situations vécues, ce qu'un condensé ne permet pas de faire. Pour préserver l'anonymat, tous les noms des personnes citées dans le cadre des entretiens réalisés pour ce mémoire sont fictifs.

L'interviewé 1 :

Joe 28 ans. Habite à l'Auberge depuis 6 jours. Cumule plusieurs séjours. Connaît bien les ressources pour jeunes en difficulté. Ex-membre d'un gang de rue. Père de deux enfants en bas âges. Ne les voit plus depuis 2 ans à cause d'un conflit avec la conjointe. Décès de sa mère à 25 ans. Séjour en psychiatrie pour psychose toxique. Ancien consommateur de cocaïne. N'en consomme plus depuis un an. A suivi plusieurs thérapies de désintoxication, dont une de 6 mois. Diagnostic de trouble de personnalité limite. Prend une médication. Consomme quotidiennement du cannabis. En recherche d'emploi et d'une psychothérapie.

L'interviewé 2 :

Stéphane 28 ans. Habite à l'Auberge depuis 4 mois.

Diagnostic de dépression majeure et de trouble anxieux. Problème d'alcoolisme et de consommation de benzodiazépine. Plusieurs tentatives de suicide et séjours à l'hôpital psychiatrique. Prend une médication. A suivi plusieurs thérapies de désintoxication et pour l'anxiété. Éducation très religieuse. Abusé sexuellement durant l'enfance par un prêtre ami de la famille. Aujourd'hui athée. Vécu intense d'intimidation à l'école. En recherche d'emploi. Vient d'apprendre que son séjour à l'Auberge doit prendre fin dans les 48 heures. En recherche d'hébergement.

L'interviewé 3 :

Luc 23 ans. Habite à l'Auberge depuis 2 mois.

Connaît bien les ressources pour jeunes en difficulté. Ex-membre d'un gang de rue. Adopté à l'âge de 10 mois et demi. Décès de son père adoptif à 21 ans. Santé physique fragile. Vécu intense d'intimidation à l'école. Décrochage scolaire à 15 ans. Problème de consommation de drogues, d'alcool et problème de jeux. Séjour en psychiatrie pour psychose toxique. En recherche d'emploi. Les intervenants lui suggèrent plutôt d'aller en thérapie de désintoxication.

L'interviewé 4 :

Roger 29 ans. Habite à l'Auberge depuis 3 semaines. Son 5^e séjour.

Connaît bien les ressources pour jeunes en difficulté. Vécu dans la rue pendant 8 ans. Père alcoolique et violent. Placé en Centre jeunesse à 14 ans. Décrochage scolaire à 16 ans. Ancien vendeur et consommateur de drogues. Séjour en psychiatrie pour psychose toxique. A suivi plusieurs thérapies de désintoxication, dont une de 6 mois. Ne consomme plus depuis. Décès de sa mère à 27 ans. Chanteur et musicien. Très croyant. En recherche d'emploi et d'un suivi avec un sexologue.

L'interviewé 5 :

Nicolas 29 ans. Habite à l'Auberge depuis 6 mois. Cumule plusieurs séjours.

Connait bien les ressources pour jeunes en difficulté. Éducation très religieuse. Ex-témoin de Jehovas. Vécu intense d'intimidation à l'école. Ancien consommateur de cocaïne. N'en consomme plus depuis 1 an. Très peu de liens avec sa famille. Effectue des travaux compensatoires. Fin de séjour imminente. Aura son propre logement dans 3 semaines. En recherche d'un suivi avec un psychiatre.

L'interviewée 6 :

Floriane 21 ans. En suivi externe avec l'Auberge. Cumule 2 séjours de 3 semaines chacun.

Mère d'un enfant en bas âge qu'elle voit une fin de semaine sur deux. L'ex-conjoint a la garde. A subi un avortement depuis. Relation difficile avec sa mère. Père alcoolique et violent. De 12 à 17 ans en famille d'accueil. Séjour en psychiatrie pour tentative de suicide. Diagnostic de dépression. Refuse de prendre une médication. Bref suivi en psychothérapie (3 rencontres). A l'impression de répéter le pattern familial. Pense à reprendre son suivi en psychothérapie.

L'interviewée 7 :

Josée 18 ans. Habite à l'Auberge depuis 1 mois.

Histoire de violence physique et verbale. Vécu en famille d'accueil à partir de 13 ans. Vécu intense d'intimidation à l'école. Suivi de 4 ans en psychothérapie pour anxiété. Violentée par son ex-conjoint. Séjour en psychiatrie pour tentative de suicide. Arrêt de consommation de drogues depuis 5 mois. Dépendante affective. Travail dans un café. Projet de retourner aux études.

L'interviewée 8 :

Myriam 20 ans. Habite l'Auberge depuis 6 mois.

D'origine haïtienne. Décès de sa mère à 6 ans. Père plutôt absent. Élevée par sa grand-mère. Relation difficile avec cette dernière. Éducation religieuse. Très croyante. A vu quelques fois une psychologue lors du décès de sa mère. N'en ressens pas le besoin aujourd'hui. Termine ses études secondaires dans un centre d'éducation aux adultes. Projet de poursuivre ses études en gestion.

L'interviewé 9 :

Oscar 20 ans. Habite l'Auberge depuis 2 mois.

Parents séparés à 7 ans. Intimidé et intimidateur à l'école. Décès de son père à 11 ans. Consomme en drogues son héritage reçu à 18 ans. Trois séjours en psychiatrie pour tentatives de suicide et psychose toxique. Thérapie de désintoxication pendant 6 mois. Arrêt de consommation depuis 2 mois. Médication anxiolytique et antipsychotique. Aucun diagnostic. Pas besoin de psychothérapie. Artiste peintre. Bisexuel. Projet de retourner aux études en Arts.

L'interviewé 10 :

Fred 23 ans. Habite un appartement supervisé de l'Auberge depuis 7 mois.

Métis autochtone 2e génération. Décès du conjoint de sa mère (qu'il considérait comme un père) à 11 ans. Quitte le foyer familial à 17 ans. Connait bien les organismes pour jeunes en difficulté. Problème de consommation de drogues et d'alcool. Parvient à diminuer sa consommation graduellement par lui-même. En relation de couple depuis 2 mois. N'a jamais fait de thérapie. N'en ressent pas le besoin. Termine ses études secondaires dans un centre d'éducation aux adultes. Projet de poursuivre ses études en génie informatique.

L'interviewée 11 :

Sarah 24 ans. Habite à l'Auberge depuis 2 mois.

Anglophone. Native d'Ontario. Parents séparés à 2 ans. Problème grave d'élocution durant l'enfance. Vécu d'intimidation à l'école. Relation difficile avec le conjoint de sa mère. Quitte le foyer familial à 21 ans. Deux séjours en psychiatrie pour tentative de suicide. Diagnostic de dépression et de trouble anxieux. Prend une médication. Vécu de violence conjugale. A utilisé d'autres ressources d'hébergement pour femmes en difficulté. Ne consomme plus de drogues depuis quelques mois. Termine au Cégep une technique d'éducation spécialisée. Travail pour l'été dans une boutique de vente au détail.

L'interviewé 12 :

Pascal 23 ans. Habite à l'Auberge depuis 5 mois.

Enfance instable. Plusieurs déménagements et changements de ville. Sentiment de n'avoir aucune racine. Très insécure. Relation conflictuelle avec son père. A déjà vu la psychologue de l'école. Séjour d'une fin de semaine en centre de crise pour tentative de suicide. Peur des rapprochements intimes. Dépendance aux jeux de rôle virtuels. Travail à temps partiel dans une agence de service à la clientèle. Projet de retour aux études en informatique.

2.2.4 L'analyse des données

Le matériau utilisé consiste en 12 entretiens semi-dirigés, pour lesquels ni le cas unique ou la représentativité n'ont été recherchés, mais plutôt la diversité des cas. Ce corpus de données est donc suffisamment diversifié pour illustrer à travers les différentes dynamiques dans lesquels les jeunes adultes en difficulté sont engagés qu'il n'y a pas qu'un seul obstacle qui peut nuire à l'utilisation des services de santé mentale. Malgré la diversité des cas étudiés, il a été possible de savoir si des obstacles similaires sont rencontrés lors de l'utilisation des services de santé mentale, et de constater une certaine saturation des données. Il n'en s'agit pas moins d'une recherche exploratoire qui permet de faire lumière sur les dimensions sociales et culturelles des pratiques de santé de la population ciblée.

Afin d'atteindre les objectifs et répondre aux questions de recherche, une méthode d'analyse interprétative des contenus thématiques et de nature qualitative sera utilisée. Ce type d'analyse visera à dégager les barrières communes des enquêtés quant à leur recours aux soins de santé mentale. La construction d'une grille d'analyse et de catégorisation des données s'est organisée à partir de deux grands axes : 1) les barrières à l'accès; 2) les logiques qui sous-tendent ces barrières. L'exploration de trois thématiques traverse ces axes. La première se rapporte aux perceptions de la santé mentale; la deuxième couvre les expériences des services offerts; et la troisième les solutions proposées pour améliorer le système de soins de santé mentale. L'analyse qualitative des discours abordant ces trois thèmes permettra de faire ressortir les potentielles barrières rencontrées lors de recours aux soins de santé mentale et les logiques sous-jacentes à ces barrières. En mettant en commun les informations significatives recueillies auprès des participants, il devient possible d'évaluer par exemple, dans quelle

mesure les représentations de la santé mentale influencent le recours aux soins.

Pour la codification du contenu des entretiens, l'outil d'analyse *QDA Miner* a été utilisé. Ce logiciel a permis d'effectuer des explorations rapides et systématiques de l'ensemble du matériau, facilitant ainsi le repérage de nouvelles organisations. La codification a pu être établie selon les catégories et sous-catégories voulues, organisée autour de thématiques reliées aux perceptions de la santé mentale, aux expériences de recours aux soins et finalement aux solutions proposées pour améliorer le système de santé. À la suite de cette opération, il a été possible de faire ressortir les barrières à l'accès aux soins de santé mentale communes à plusieurs entrevues. Les barrières identifiées ont été regroupées sous plusieurs catégories dont, en premier lieu, les variables-clés : *barrières institutionnelles* et *barrières individuelles*. Puis ces deux variables se déclinent en deux sous-dimensions selon les *aspects organisationnels* ou bien *les attitudes* (soit des professionnels ou des jeunes adultes eux-mêmes). Puisque l'accessibilité fait, d'une part, référence aux règles et aux politiques dans le secteur institutionnel, à travers la dimension *aspects organisationnels*, il est possible, par exemple, de comprendre si certaines conditions ou caractéristiques sont déterminantes lorsqu'il y a recours ou utilisation d'un service. Certains services de santé ne serviront que les personnes n'ayant pas consommé, la sobriété serait alors une condition d'utilisation. Avec la dimension *attitude*, on peut voir, par exemple, si les jeunes adultes refusent les services tels qu'ils leur sont présentés, dans quelles conditions et pourquoi refusent-ils d'y avoir recours.

La présente recherche s'inspire de plusieurs assises théoriques qui viennent appuyer la conduite de l'étude et l'interprétation des résultats. Les modèles de Milman, Lombrail et de Andersen (Milman, 1993; Lombrail, 2000; Andersen, 1995) serviront pour discuter des barrières à l'accès et des pratiques de soin de santé mentale en fonction des besoins des jeunes adultes en difficulté. Ces modèles en plus de permettre le repérage des situations où l'accès est compromis en investiguant la présence ou non de barrières, permettront de comprendre la question large de l'accessibilité; les motifs derrière les obstacles face à une demande de service (ou une non-demande), les facteurs qui prédisposent à un type de soin ainsi que les manières de l'offrir. En outre, l'application de la notion de souffrance sociale (Kleinman, 1996) à ce cadre conceptuel accentue la précision de l'analyse en permettant de reconnaître des

composantes sociales, ainsi qu'économiques et politiques à la complexité des difficultés des jeunes adultes à l'étude.

Le courant interprétatif de l'anthropologie médicale soutient que les discours sur la santé et la maladie sont sociaux et intersubjectifs, et sont une forme spécifique à travers laquelle la culture médiatise ces expériences (Good, 1998). C'est dire que chaque entretien se trouve relié intertextuellement aux autres et doit être analysé en tenant compte du contexte socioculturel dans lequel il a été produit (Bibeau et Corin, 1995 [1994]). L'idée est « d'explorer les systèmes de signification et le monde des valeurs et des représentations, dans la mesure où ces systèmes fourniraient les paramètres essentiels à partir desquels les gens identifient les problèmes, les expliquent et les prennent en charge. » (Corin et Bibeau, 1990 : 32).

Bien sûr, une telle étude comporte des limites. Par exemple, les différences observées entre les hommes et les femmes n'ont pu être prises en compte tant les situations sont variables et les répondants inégalement distribués selon le genre. Il importe aussi de préciser que dans la mesure où certaines dispositions émergeront de cette analyse, elles ne seront pas revendiquées en tant que « lois générales ». Les résultats obtenus à partir du discours de 12 répondants ne permettent pas de généraliser à l'ensemble des jeunes en difficultés. Ils ont tous leur particularité et rendent compte davantage des nuances et complexités du phénomène à l'étude. Par ailleurs, l'ensemble des jeunes adultes rencontrés séjournait dans un refuge, alors que dans la réalité certains jeunes vivent dans la rue et n'utilisent pas les ressources d'aide qui leur sont destinées. Les barrières à l'accès qu'ils rencontrent peuvent différer par le fait que leurs besoins de base (manger, boire, dormir, se garder au chaud, etc.) se font plus criant que leurs besoins en soins de santé mentale. D'autres jeunes adultes en difficulté vivent en région éloignée des grands centres urbains où se concentre la majorité des ressources d'aide. La principale barrière à l'accès qu'ils rencontrent serait alors qu'aucune ressource d'aide en santé mentale ne soit existante dans leur localité. De même au sujet des représentations de la santé mentale, celles fournies par les jeunes adultes rencontrés sont loin d'être partagées par tous les jeunes et ne peuvent pas servir à construire une image figée et généralisée des perceptions de ce groupe. Elles sont plutôt le reflet d'une combinaison d'expériences de vie uniques influencées par différents contextes de vie sociale et familiale.

2.3 Retombées anticipées de la recherche

Cette recherche n'a pas tenté de s'enraciner à un endroit d'où une seule perspective serait possible, mais a plutôt cherché à comprendre les dynamiques sociales et culturelles, qui se croisent ou se chevauchent autour du thème de l'accès aux soins de santé mentale. L'étude ne prétend pas être exhaustive ni à une généralisation de ses constats à tous les jeunes adultes en difficulté, mais elle ouvre des portes permettant de mieux cerner les expériences vécues de ces acteurs à partir de leur propre discours. D'autre part, les barrières à l'accès dégagées des entretiens peuvent être partagées par nombre d'individus autres que des jeunes adultes en difficulté.

Cela dit, les résultats d'analyse permettront de repérer une diversité de barrières qui pourront éclairer des dimensions méconnues de la question de l'accessibilité. Cette nouvelle connaissance alimentera la réflexion pour comprendre et saisir le fonctionnement de ces institutions qui organisent les services de santé. Les aspects sociaux, politiques et économiques sont fondamentaux pour mettre en évidence des manières de faire et des aspects organisationnels qui ne l'avaient pas suffisamment été auparavant. Il est souhaitable que les réflexions qui seront formulées puissent avoir un écho dans d'autres contextes que celui des jeunes adultes en difficulté du centre-ville de Montréal.

Ce mémoire veut surtout documenter la question de l'accessibilité aux soins de santé mentale, en analysant les logiques sous-jacentes aux barrières à l'accès identifiées, afin d'améliorer la manière d'offrir ces services. L'analyse qualitative des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de jeunes adultes en difficulté à Montréal permet d'éclairer ce phénomène complexe qu'est l'accessibilité aux soins de santé mentale. La pertinence d'une telle étude se

trouve tant dans son actualité en questionnant la non-utilisation des services que dans le sentiment d'urgence d'agir que provoque le constat d'une jeunesse qui peine de plus en plus à devenir adulte et à s'insérer dans une société où la pauvreté et les inégalités sociales ne cessent d'augmenter. En effet, l'expertise développée au fil des ans par les Auberges du cœur atteste de l'évolution des situations de vie difficile des jeunes qui demandent à être hébergés (René et Duval, 2008). L'écoute de ce que ces jeunes adultes concernés ont à nous dire sur leur expérience des soins de santé mentale est nécessaire à notre compréhension si nous voulons parvenir à mieux répondre à leurs besoins. C'est donc à faire entendre leur discours que se consacre le prochain chapitre.

Chapitre 3 : Accès aux soins de santé mentale

Dans le présent chapitre, je présenterai une première partie des résultats d'analyse des données recueillies lors des 12 entretiens avec les jeunes adultes en difficulté. Sans mettre l'emphase sur leur parcours biographique à chacun, un survol des difficultés auxquelles ils sont confrontés sera d'abord présenté pour permettre de saisir l'intensité des vécus de souffrance qui habite ces jeunes adultes rencontrés. Dans un second temps, les barrières à l'accès répertoriées seront discutées à partir de leurs expériences de recours aux services et aux soins de santé mentale. Les résultats sont présentés ensemble sous forme de synthèse des commentaires avec mention du contexte lorsqu'il y a des divergences ou singularités selon le sexe, l'âge, la langue, etc. Ces premiers résultats d'analyse permettront, au chapitre suivant, de faire ressortir les logiques qui sous-tendent les barrières à l'accès rencontrées par ces jeunes adultes dans leur recours à des soins de santé mentale.

3.1 Difficultés des jeunes adultes

Les participants rapportent une variété de problèmes qui se répercutent sur leur santé mentale. Une première observation va pour leur grande instabilité qui leur occasionne assurément une bonne dose d'insécurité autant sur le plan matériel qu'affectif. Leur trajectoire de vie cumule, la plupart du temps, nombreux déménagements, des ruptures et des cycles qui se répètent, des va-et-vient entre un endroit à soi, la rue, les refuges, le retour à la famille, le retour à l'école, etc. Difficile de se construire une base suffisamment sécurisante lorsque les repères se transforment constamment :

Je suis allée en famille d'accueil à l'âge de 12 ans. Pis après ça je suis passée en foyer de groupe. Pis en foyer de groupe ben tu finis toujours par

être de trop, faque y t'envoie à un autre, à un autre, pis encore à un autre. Là au début c'était seulement pour un an, le temps que ma mère se remette sur pieds sauf que chaque année c'était une année de plus, pis une année de plus. Un moment donné j'avais 16 ans, j'ai dit « fuck off là » pis j'suis allée en appartement supervisé. Pis en appartement supervisé ben j'suis tombée enceinte. Faque je suis partie de mes propres ailes à l'âge de 17 ans avec mon copain. Pis après ma séparation, j'étais sur le chômage parce que je venais de perdre mon travail. Je pensais retourner aux études. J'avais fait des démarches avec emploi-Québec, mais j'ai pas réussi, je l'sais pas pourquoi. Ensuite j'ai essayé de me trouver un travail, mais j'avais même pas d'énergie pour le chercher le travail. Ça fait que j'arrivais pus à chaque mois. J'avais quasiment pas d'argent faque y a fallu que je quitte mon logement. À ce moment-là ben je suis retournée chez ma mère, mais ça, c'était l'enfer. (Floriane, 21 ans).

Évoluer dans un contexte de grande instabilité, souvent exacerbé par la violence, la

Évoluer dans un contexte de grande instabilité, souvent exacerbé par la violence, la négligence ou par des abandons répétitifs, donne lieu à un profond sentiment d'insécurité qui se retrouve en filigrane des diverses problématiques citées par les participants. Cette insécurité se révèle dans leur rapport à l'autre, et surtout lorsque celui-ci se veut le plus intime. Bien que les réactions de chacun diffèrent, cette difficulté d'être en relation étroite se retrouve dans presque tous leurs discours. Certains choisissent l'évitement en guise de protection, se sentant trop fragiles pour expérimenter un quelconque rapprochement : *Je [ne] veux pas avoir de relation. Je n'aime pas me faire toucher parce que j'ai vécu des agressions. Donc, je l'sais pas si j'aime les hommes. Je l'sais pas si j'aime les femmes. Les deux me terrifient. (Pascal, 23 ans).* Pour d'autres comme Joe, c'est à la suite de quelques tentatives plutôt souffrantes qu'il décide de mettre momentanément un trait sur sa vie intime :

J'ai beaucoup de difficulté avec mes relations avec les filles. C'est plus au niveau affectif. J'ai toujours été un gros dépendant affectif. J'aime trop peut-être, trop passionnément comparer à d'autres. J'offre beaucoup, mais d'un autre côté j'exige beaucoup, tsé, faque c'est difficile. J'ai pas eu vraiment de stabilité dans ma vie à ce niveau. Pis là, je suis loin encore d'être prêt pour gérer ça. Pis en plus, j'ai pas encore démystifié pourquoi ça finissait toujours mal. Il faut vraiment que je barre le côté affectif avec les femmes. C'est ma bête noire qui pourrait ramener au danger de la consommation. Mais en même temps la solitude, c'est quelque chose que je trouve dur à vivre. Je voudrais tellement, j'aimerais tellement ça avoir une copine. Je suis comme un gros feu, ok, puissant là, mais qui [n']est pas facile à gérer. Présentement, je le sais que je ne peux pas. J'espère que je vais être capable un moment donné. Parce que c'est ben, ben dur pour moi les relations interpersonnelles.

Pis ça me fait de la peine parce qu'écoute, j'ai un fuel d'amour de 12 pieds qui traîne en arrière. N'importe qui va le sentir. J'ai ce besoin-là d'avoir une amie, mais peut-être à cause de mon tpl [trouble de personnalité limite] j'y arriverai jamais. (Joe, 28 ans).

Les difficultés de l'intimité se retrouvent non seulement dans la dimension amoureuse, mais aussi au niveau sexuel :

Ben ça aussi c'était pas mal compliqué là parce que moé j'ai été élevé dans le domaine des escortes. La sexualité c'était pas de l'amour, c'était vraiment du cul. C'était ça que j'avais appris et associé dans ma tête. Pis là j'étais en déséquilibre parce que là je voulais faire l'amour avec. Mais c'était quoi faire l'amour? Dans ma tête j'étais comme un wild. Il y a beaucoup de relations que j'ai arrêtées à cause de ça. Parce que quand je sentais que je l'aimais beaucoup, j'avais peur de la blesser. Je [ne]savais pas trop parce que je [ne]communiquais pas beaucoup. Ben ça va être du réapprentissage là-dedans aussi. Parce que je l'ai changé ma mentalité aujourd'hui, mais je l'sais pas comment je réagisrais un coup avec une femme. Si ça serait encore mon instinct pervers qui r'sortirait ou ben si ça serait désirer une femme d'amour. Pis c'est là, il va falloir que je fasse de quoi. Ça va être du moment que j'aille vraiment trouvé la fille qui fite avec moé, pis que je sois capable de me sentir bien avec elle. Je vais m'assire pis lui dire, r'garde apprendsmoi. (Roger, 29 ans).

D'après Tousignant et Mishara (2004), quand la vie familiale éclate à cause de la violence domestique, de l'alcool ou des drogues, « les jeunes replient leurs investissements émotifs sur des rapports amoureux précaires », disent-ils dans leurs études sur le geste suicidaire. Ainsi, l'investissement sentimental peut conduire à une dépendance malsaine pour combler l'absence d'un soutien familial sécurisant, comme le démontre le récit de Josée :

[...] mais c'était dangereux l'amour que je vivais. Il était physiquement agressif. Pis j'étais pas capable de le lâcher. Je l'aimais, mais je pense que j'étais attachée à lui parce que c'était la première fois que j'étais en appartement avec un gars. Pis j'avais pas vraiment de famille d'une certaine façon. Faque, je suis devenue dépendante de lui. Je m'attache facilement au monde. Malgré tout ce qui se passait, il y a des moments que je m'ennuie de ça, le fait qu'il y ait une présence à côté de moi la nuit. Je me sentais en sécurité pis je dormais bien. Depuis que je suis petite que j'ai peur du noir. C'est vraiment stupide là, mais des fois je dors encore la lumière allumée (rire). (Josée, 18 ans).

Lorsque ces relations fragiles éclatent à leur tour, une détresse aiguë se ravive et les pousse parfois à poser des actes tragiques :

I was in the hospital two times for suicidal thoughts. I didn't know what to do when my boyfriend broke up with me. Even if it wasn't a good relationship, he was abuse and everything, without him I didn't know where my life was going. I know I'm a bit of a dependence affective. I think I miss like affection and everything from my parents. My parents are not really affectionate with people. They don't show that they love you. So I think that's definitely one thing I can say that I miss. And miss having you know the close family where we are always together. It wasn't like that in my house at all. (Sarah, 24 ans).

Ou bien, ils transposent leur dépendance sur une substance toxique. Plus de la moitié des participants affirment avoir, ou avoir eu, des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme :

Mon entourage est limité. Chus tout seul, pas de copine, pas d'ami, j'ai pas de famille. Parce que je les rencontrais pis ils me donnaient le goût de consommer de la cocaïne. Je voulais peut-être fuir la réalité. Je voulais fuir parce qu'ils sont différents de moi. C'est sûr, j'étais dans une famille très conservatrice, témoins de Jéhovah, tsé, faque c'est sûr que j'avais une envie de vouloir m'échapper. J'ai déménagé de chez mes parents trop rapidement. Pis c'est sûr que je me mets en relation trop vite. J'ai besoin de beaucoup d'affection. J'en ai manqué. J'aimerais ça avoir ma p'tite girlfriend, tsé, tout le temps là. (Nicolas, 29 ans).

D'autres développent plutôt une dépendance aux jeux :

C'est la phase avant ma tentative de suicide. J'étais chez ma mère en train de jouer à l'ordinateur 16h par jour. J'ai passé deux ans à faire juste ça. C'était l'équivalent d'un tampon pour moi. Chaque jour la même affaire, à me refermer un peu plus sur moi. Jusqu'à tant que je décide que c'était assez. J'étais pus capable. Tout ce que je voulais c'est que ça arrête. (Pascal, 23 ans).

Leurs comportements de dépendance leur occasionnent en retour d'autres problèmes : *Je dirais que c'est plus ma toxicomanie qui m'a mené à la délinquance. (Joe, 28 ans).* Le besoin de consommer est tellement grand que la prise de risque devient mineure. En effet, lorsque certaines personnes se retrouvent en état de manque, peu leur importe d'avoir des comportements sécuritaires tellement le malaise est difficile à supporter : *C'est pu drôle là*

quand t'es rendu accro physiquement. Tsé, avoir le shake le matin parce que j'avais pas ma dose de benzo [benzodiazépine] pis d'alcool. C'est assez intense là. (Stéphane, 28 ans). Leur consommation de drogues ou d'alcool mène à leur tour des complications sur le plan de la santé mentale et sont souvent à l'origine de l'utilisation des services : Tsé, je consommait du crack pis toutes sortes d'ostie de marde. Faque un moment donné je me suis réveillé à l'hôpital en après psychose. Parce que quand tu consommes trop un moment donné ça affecte le mental. (Roger, 29 ans).

Je me suis ramassé à l'hôpital trois fois, pour overdose pis tentative de suicide. Mais c'était des psychoses toxiques dans le fond. C'était vraiment parce que j'étais en psychose. C'était pas parce que je voulais mourir. Quand je redevais normal, à jeun, je me disais mon dieu, pourquoi que j'ai fait ça. Mais une chance que je [ne] suis pas mort. Parce qu'au fond, je [ne] voulais pas mourir. Sur la psychose tu te fais des idées, des scénarios qui [ne] sont pas réels. (Oscar, 20 ans).

La question identitaire est aussi une de leur préoccupation et qui engendre des problèmes surtout chez les plus jeunes :

Je ne réussis pas à faire du sens. J'ai trop de questions à propos de moi et à propos de la vie. Je suis comme perdu carrément dans ma tête. Je suis même perdu dans ma vie. Je suis ici aujourd'hui, mais je suis resté au stade du petit garçon que ses parents se sont séparés quand il avait 11 ans. Je me sens comme ça, tout pogné en dedans. J'arrive pas à me décider. Qu'est-ce que je devrais faire? Est-ce que je dois continuer? Est-ce que je dois aller là? Comment je vais me rendre là? Comment je vais faire ça? J'essaye juste de voir un peu plus clair dans ce que je veux faire. Comme si c'était pas mes choix, comme si c'était tout le temps les choix des autres que je prenais. Dans le fond c'est comme ça. Je me perds dans mes choix. C'est pas mal bizarre mon affaire. (Luc, 23 ans).

Difficile de se construire et de prendre sa place lorsque la base de sa fondation n'est pas solidement établie :

Parce qu'il faut que je réapprenne à me connaître en quelque sorte parce que demande-moi pas c'est quoi ma couleur préférée ou mon repas préféré, je sais que c'est stupide, mais je [ne] l'sais pas. Tout ce que je peux dire sur moi c'est que je [ne] sais pas où j'en suis encore. Je suis en train de me bâtir, faque, je [ne] me suis pas encore découvert moi-même. (Floriane, 21 ans).

Roger, plus âgé, explique que pour suivre son cheminement identitaire, il a dû quitter son coin de pays et sa famille :

Moé ma façon de me découvrir c'est pas en restant là, c'est de me décoller d'eux autres. Parce qu'il aurait fallu que j'aïlle une vie comme eux autres voulait que j'aïlle. Il aurait fallu que je marche en fonction qu'eux autres marchaient. Tsé, faut que t'aïlles une grosse maison dans vie pour être heureux, faut que t'aïlles de l'argent, faut que t'aïlles une femme pour être heureux. Mais moé, j'en voulais pas de ça parce que je l'savais pas qui j'étais. Je [ne] connaissais pas mon identité. Je savais que j'avais un corps. Je savais que j'avais un esprit. Mais j'étais qui? C'était quoi que je voulais dans vie? Je commence à le savoir, là, à 29 ans. Ça m'a pris du temps en maudit. (Roger, 29 ans).

Bref, se sortir du connu, partir à l'aventure, se mettre à l'épreuve pour ainsi mieux se découvrir. Un discours qui n'est pas sans rappeler les propos de Parazelli (2002), discutés plus tôt, sur l'instinct des rituels de passage, la soif d'être initié au monde des grands :

Moé je pense que c'est ça qui va m'aider le plus parce je vais m'éloigner de l'endroit. Je vais m'éloigner de Montréal pis les mauvais sujets. Je vais m'éloigner des gens comme ma mère adoptive. M'éloigner de l'ordinateur, pour avoir moins de mauvaises nouvelles, moins jouer à des jeux. C'est toutes des choses qui me mettent dans l'embarras. Faque je me dis, faudrait que je parte dans un endroit reculé, un petit bout tranquille ou est-ce que je sais que je vais avoir la paix. (Luc, 23 ans).

Beaucoup de jeunes ont mentionné un problème important de stigmatisation passé ou présent. Leur passage à l'école est la plupart du temps marqué par des épisodes plus ou moins intenses d'intimidation. Au moins neuf des participants m'ont affirmé que leur passage à l'école fut difficile à cause d'une particularité qui les différenciait des autres; soit en rapport au poids, à la grandeur, à la prononciation, à la couleur de peau, à la religion ou à l'orientation sexuelle, etc.

Mais à l'école c'était de la merde. Parce que quand j'étais plus jeune j'étais vraiment grosse, pis j'avais de la misère à me faire des amis. J'étais souvent toute seule dans mon coin. Pis moi je devenais hyper renfermée. Je [ne] parlais pas comme aujourd'hui. (Josée, 18 ans).

It was hard when I was younger at school because the kids that made fun of me [be]cause I had a problem with speaking I couldn't pronounce my words correctly. (Sarah, 24 ans).

Je me suis fait battre depuis que j'ai 6-7 ans jusqu'à tant que j'aie 12-13 ans. Du bullying qu'ils appellent, vraiment intense. Ça s'est arrêté quand je suis devenu un espèce de punk rocker à 12-13 ans. J'ai commencé à consommer de la drogue, de la bière, des cigarettes et du pot. Pis je suis devenu un peu plus agressif. (Stéphane, 28 ans).

J'ai toujours su que j'avais un côté plus homosexuel, mais je ne l'assumais pas au secondaire parce que j'avais vu un couple de gais s'embrasser pis ils se faisaient écœurer. Tsé, y en avaient des couples hétérosexuels qui s'embrassaient dans les corridors pis on s'en foutait. (Oscar, 20 ans).

Certains, parmi les répondants, sont parvenus à utiliser leur particularité, ce qui les distingue des autres, comme une force. D'autres ont plutôt tendance à vivre cette différence de manière stigmatisante :

La mort n'a rien contre moi. Elle [ne] me fait pas peur. Je suis déjà mort à l'intérieur de moi. C'est le sentiment que j'ai. Mais je [ne] suis pas capable de me donner la mort. Ben j'ai voulu m'autodétruire par exemple. J'ai déjà fait des petites choses. Je me suis déjà ouvert à une couple de places. C'était plus de la mutilation. J'ai voulu faire ces choses-là, mais il y a des raisons pour ça. J'ai peut-être été trop niaisé dans mon passé. Après ça, tu te sens un peu bizarre là. Tu te sens comme une personne vraiment à part des autres. (Luc, 23 ans).

Ces jeunes adultes, sommés de se bricoler une identité, considèrent, pour la plupart, leurs expériences de vie difficile comme un élément positif à intégrer et non pas comme une expérience à effacer de leur biographie, en raison d'une pression à la conformité (Bellot *et al.*, 2010). Une tension identitaire paradoxale, entre la marge et la norme, qu'ils doivent soutenir pour prendre leur place dans la société. Pour plusieurs, s'intégrer à la société, sans nier qui ils sont, s'effectue de manière singulière et exige un compromis de part et d'autre :

Si je veux être un citoyen ben j'ai pas le choix de me fondre dans la masse. Je le fais à contrecœur parce que dans les mœurs, ben c'est ça qu'il faut que tu fasses. Même si chus un p'tit peu marginal, dans ma bulle, pis que j'ai mes p'tits à-côté, ben il faut quand même que je sois capable d'avoir un pied sur la jaune pis un pied sur la blanche pour pouvoir suivre le troupeau. Parce

que si chus complètement à côté, ben ça va faire exactement ce que ça l'a fait : béding bedang, la dégringolade. (Roger, 29 ans).

Ils font face aussi aux jugements de la société due à leur situation précaire. Ce qui leur fait vivre un stress constant : *Mais je pense qu'il y a trop de jugement, souvent c'est mal vu. Même moi j'avais honte là. La première fois quand je suis arrivée à la ressource là, j'étais gêné, tsé, de dire où est-ce que j'étais. Mes faux amis de club là, superficiels à fond, tsé, ils riaient quasiment. Tsé l'ignorance.* (Oscar, 20 ans). Certains se sentent même profilés par la police :

Tsé moi, je [ne] suis pas un itinérant, mais y a beaucoup de monde qui me juge parce que je vis dans un organisme. C'est parce que le monde [ne] connaisse pas les personnes. C'est comme la police, il y en a qui font bien leur job, il y en a d'autres qui sont vraiment discriminatoires pis qui visent les jeunes de la rue. On dirait qu'on est des cibles faciles. Non, mais c'est vrai là, genre, ils me donnent un ticket, ils savent que je le payerai pas. Moé, je suis rendu à 115 heures de travaux communautaires²⁴ à faire. (Fred, 23 ans).

Plusieurs ont mentionné leur difficulté à gérer des émotions, telles que la colère, surtout présente dans le discours des jeunes hommes interviewés :

Si je réveille la colère à l'intérieur de moi, c'est ça qui va détruire le monde tout autour. Je [ne] sais pas comment diriger mes émotions, comment les contrôler. Je suis capable pour pas que ça paraisse devant les autres, mais à l'intérieur ça bouille. Pis on dirait que j'ai encore tout ça là. J'ai encore toute cette frustration-là. (Luc, 23 ans)

[...] ça m'a rappelé quand mon père la brassait pis qu'elle était 2-3 semaines couchée au lit. J'avais tellement de colère envers mon père, pis de la peine. Fâché contre mon père, c'était pas fâché, c'était ben plus haut que ça. Je l'aurais découpé en morceau. Je l'haïssais parce que j'acceptais pas ce qu'il avait fait subir à ma mère. J'acceptais pas ce qu'il nous avait fait. Je [ne] pouvais pas comprendre qu'un père pouvait faire subir ça à ses enfants. Il [n']a jamais levé la main sur moé. Mais toutes les saloperies qu'il m'a dit... Pis moé, j'ai pas de filtre. Quand chus en maudit, m'a cracher au lieu de parler. Des fois ça me mettait sérieusement dans la marde. Pis je me

²⁴ Les travaux compensatoires sont des heures de travail non rémunérées qu'un citoyen, dans l'impossibilité de s'acquitter d'une amende, accepte volontairement d'exécuter dans le but d'éviter l'emprisonnement. Ces heures de travail sont réalisées au profit d'organismes à but non lucratif ou de municipalités.

rendais compte que je faisais pareil comme mon père. Je disais plein de saloperies à tout le monde, tsé, pis à ceux que j'aimais aussi. J'étais pas agréable avec personne. Je parlais au monde comme si c'était des poubelles ostie. (Roger, 29 ans)

Ce bref survol permet d'affirmer que lorsque le vécu des jeunes adultes en difficulté est abordé, la détresse psychologique prédomine. En plus d'être déterminante dans leur problématique, elle devient une justification, non négligeable, à la demande de soins de santé mentale. Par contre, la détresse psychologique se situe dans un espace intermédiaire²⁵, c'est-à-dire qu'elle provoque tout l'inconfort d'un mal-être, induit par des situations éprouvantes et des difficultés existentielles, sans qu'aucun diagnostic n'y soit accolé. Comment est-elle prise en compte par le système de soin? Le diagnostic indiquant le traitement à suivre est-il nécessaire pour qu'il y ait soin? Que se passe-t-il lorsque la blessure ne saigne pas, que la souffrance est invisible à tout appareil technologique, aussi sophistiqué soit-il? Bref, quel accès aux soins de santé mentale est réservé aux jeunes adultes dont c'est la détresse psychologique qui prédomine dans le tableau clinique?

3.2 Barrières à l'accès identifiées

Les informations précédentes ont permis de constater combien les expériences de vie difficiles peuvent avoir un impact inquiétant sur l'état de santé mentale d'un jeune adulte. Selon les participants à l'étude, il existe plusieurs situations où l'accessibilité aux services et aux soins de santé mentale, dont ils ont besoin, est limitée. Dans cette section, je présenterai ces barrières à l'accès rencontrées²⁶ dans leurs parcours en deux sous-groupes : les barrières provenant des institutions et celles émanant des jeunes eux-mêmes. Chaque sous-groupe sera divisé par deux thèmes, *A) Aspects organisationnels* et *B) attitudes*. Je soulignerai au passage

²⁵ Les autorités politiques sanitaires françaises reconnaissent une triple dimension à la santé mentale : la santé mentale positive, la détresse psychologique réactionnelle et les troubles psychiatriques.

²⁶ Voir le Tableau IV en page 87.

ce qui fonctionne ou constitue des réussites, bien que l'objectif principal de cette étude soit les barrières à l'accessibilité aux soins de santé mentale.

3.2.1 Barrières institutionnelles

On imagine mal que les institutions de la santé puissent elles-mêmes causer obstacles à la santé. Les jeunes adultes interviewés ont pourtant relevé différentes circonstances, soit à partir d'aspects organisationnels ou d'attitudes des professionnels, freinant leur adhésion aux soins. Les services et les soins en santé mentale utilisés par les jeunes adultes participants à cette recherche sont variés : outre le fait d'être déjà utilisateurs d'un service communautaire d'hébergement, ils utilisent autant les services hospitaliers, les services sociaux (CLSC), puis d'autres services offerts par le milieu communautaire, tels que les services de désintoxication. Tous les services utilisés ou mentionnés se trouvent principalement dans le Centre-Ville de Montréal.

A) Aspects organisationnels

Restrictions

On y retrouve ici les barrières à l'accès aux soins imposées par les institutions. Elles sont reliées à l'âge, à la nécessité d'avoir une adresse fixe, aux critères de sélection pour être admis dans certains programmes thérapeutiques, aux règles à respecter une fois admis, au manque de disponibilité des soins de santé mentale ou encore à leur non-existence.

Plusieurs des jeunes adultes rencontrés ont eu recours aux services des Centres jeunesse et déplorent la limite d'âge dans la dispensation des soins : *J'ai fait une thérapie sur le deuil et le stress. C'était le Centre Jeunesse qui me l'offrait. J'ai dû cesser à mes 18 ans.* (Josée, 18 ans). Les services communautaires tentent de pallier cette lacune en éloignant de quelques années la limite, ce qui repousse la barrière, mais qui au final survient tout de même :

J'ai 25 ans et plus faque la Clinique des jeunes de la rue je [ne] peux pas, pour Pop's aussi je suis trop vieux. Passé 25 ans c'est plus difficile. Je vous le garantis. Pis à 30 ans [dans les Auberges du cœur, les services sont offerts jusqu'à 30 ans] si vous [n']êtes pas casé vous êtes dans la marde avec les problèmes de santé mentale là. (Joe, 28 ans).

Contre son gré, Stéphane devra bientôt quitter l'Auberge dans laquelle se déroule l'entrevue. Le non-respect des règles de vie lui vaut cette éviction imminente. Visiblement fâché, il déplore que certaines particularités de sa situation ne soient pas assez prises en compte dans cette décision :

Parce que tu as le droit à huit avertissements, genre : il faut se lever avant 9h. Pis moi j'ai de la misère à me lever le matin à cause des médicaments que je prends. J'ai passé tout droit. Pis j'ai eu d'autres petits oublis, j'ai oublié ma tâche pis des choses comme ça. Je trouvais ça un peu injuste là vu ma situation. J'arrive de loin. Deux semaines avant que j'arrive ici [il habite l'Auberge depuis 3 mois] j'avais fait une tentative de suicide qui a failli me tuer. Tout ce que je voulais c'était de me pendre quand ils m'ont dit ça ce matin. On dirait qu'ils s'en sacrent que je m'en aille à la Maison du Père, à OBM ou sur un banc de parc là. On dirait qu'eux autres c'est le règlement. Pis j'ai 48hres pour trouver une place là. Je [ne] suis pas magicien bordel. Tsé les rendez-vous les plus proches que j'ai pu trouver c'est lundi à 10hres. Mais ils me foutent dehors samedi à midi. Je suis supposé faire quoi là? Aller sucer des bites sur Papineau? Je fais tout ce qu'ils me demandent de faire. Tsé, c'est juste quelques oublis, des fois-là, ou bien le 3/4 c'est juste que je [ne] me suis pas réveillé deux jours de suite, là tsé, c'est pas parce que j'avais bu la veille. Pis je [ne] me pognais pas le cul ici là. Tsé, j'ai buché toute la semaine avant ça là à essayer de me trouver un emploi. J'ai fait application sur internet sur à peu près 30 postes. Pis là, je me retrouve le cul à terre. (Stéphane, 28 ans).

Du côté des CLSC, Joe s'est vu refuser l'accès à un service de psychothérapie à cause de son instabilité domiciliaire, et ce malgré son diagnostic de trouble de personnalité limite déjà établi :

Je suis déçu de l'aide au niveau de la santé mentale. J'ai rencontré une travailleuse sociale au CLSC pis ils m'ont refusé parce que j'avais pas d'adresse fixe. Je demeurais au [Auberge du cœur], pis j'étais en déprime. Écoute, je viens te voir, je [ne] vais pas bien. Ça m'a démolie, je pense. Pis je suis allé après au [autre CLSC], pis là la madame m'a dit, on va faire une

plainte. Écoute, quand elle a m'a rencontré elle a bien vu que j'étais allumé pis que je voulais m'aider là. Tsé imagine, moi j'étais conscient de mes problèmes. Je parle pis je l'ai facile, je le sais que j'ai besoin d'aide. Pourquoi est-ce que je rush de même? Imaginez-vous quelqu'un qui va là, pis qui ne sait pas trop pourquoi. Quelqu'un qui est vraiment dans marde, pis qui n'a pas de la gueule comme moé. Ben, il [n']a pas d'aide. Écoute, regarde-le crever le fou. Pis on est dans le centre-ville de Montréal là, là où y a pleins de monde dans la rue. (Joe, 28 ans).

Même refus pour Sarah, mais pour d'autres raisons. Cette fois-ci c'est la nécessité d'avoir un diagnostic et même parfois deux pour être admissible dans des groupes de psychothérapie :

The CLSC referred me. They said that they were gonna have an anxiety group. So, I filled up the papers for that. They told me it has a waiting list and they told me I would also be accepted and then I got a letter in the mails saying that I wasn't accepted. So my intervenante called to find out why and they said that the group was more for people that was also in a depression at the time. And since I was almost out of my depression and it was only my anxiety that they didn't accept me. (Sarah, 24 ans).

Pour ajouter à cette difficulté, l'accès à un psychiatre, celui qui pose les diagnostics, peut aussi être très long : *I find one family doctor and she put me on antidepressants to try to stabilize my mood and everything and I was put on the waiting list to see a psychiatrist. But I was on the waiting list like a year to see the psychiatrist. (Sarah, 24 ans).*

Puis une autre barrière à l'accès très présente dans leur expérience de recours aux soins de santé mentale est causée par la saturation des services ou encore un nombre de rencontres, déterminé à l'avance, insuffisant : *Chaque psychologue que j'ai vu, j'avais l'impression qu'il faisait juste comme effleurer mes problèmes. J'ai comme jamais pu finir ce que j'avais à dire. (Pascal, 23 ans).* Ils remarquent qu'ils n'ont pas beaucoup de ressources pour les aider dans leur détresse psychologique et sont souvent confrontés à des listes d'attente imposant des délais parfois très longs avant de recevoir les soins dont ils auraient besoin : *Je trouve qu'on est pris des fois comme trop tard. En tout cas, c'était ça en dedans de moé. Il aurait fallu que je sois pris ben avant ça. (Roger, 29 ans).*

Je me suis mise sur toutes les listes d'attente pour les ressources pour jeunes mères, mais par exemple c'est comme un an d'attente. Ça m'aiderait

beaucoup parce que le logement est à prix modique et t'as aussi le soutien pour t'aider dans ta vie à toi autant qu'à celle de ton enfant. C'est quand même énormément loin. Quand je pense à tout ce que je vis en ce moment, je me dis est-ce que je vais endurer ça jusque-là ? (Floriane, 21 ans).

Manque de continuité

Le manque de continuité dans les soins de santé mentale est un obstacle important compte tenu du temps demandé pour bâtir un lien thérapeutique de confiance. Racontez son histoire, souvent pénible, toujours à répéter d'un professionnel à l'autre, certains en viennent à ne plus vouloir recommencer. Joe se cherche une thérapie pour travailler cette fois-ci, non pas sa toxicomanie, mais ses difficultés relationnelles :

Ça me prendrait un suivi avec un psychologue. Je suis prêt à travailler là. J'aurais besoin juste de quelqu'un de neutre, qui n'a pas vraiment rapport dans ma vie de tous les jours, pis ça m'aiderait là. C'est ben beau les intervenants, mais c'est pas pareil. Pis c'est pas facile, avec les CLSC, j'ai eu une mauvaise expérience. J'ai appelé à Douglas parce que je ne peux pas retourner à mon ancien hôpital. J'avais un lien avec un psychiatre, mais ça ne fonctionne pas comme ça. Mon thérapeute en détox, lui, m'a beaucoup aidé. Je m'ennuie de lui. J'aimerais ça le voir en externe, mais je [ne] peux pas. Là, faut que je retourne à l'hôpital du coin, pis que j'aie à attendre à l'urgence, même si je ne suis pas en crise ni rien. Faque, je vais attendre longtemps. Tsé, je trouve ça platte. C'est comme ton médecin de famille, il te suit, hein. Je trouve ça dur à ce niveau-là. C'est comme de recommencer. C'est comme, je te conte plein d'affaires, mais là je dois recommencer du début. Tsé, c'est pas facile non plus de toujours conter ces affaires-là. Pis asteure, il y a des choses que je [ne] conte pus là. Je le garde pour moé. (Joe, 28 ans).

Pour ces jeunes dont leur histoire est souvent marquée par des vécus de rejet et d'abandon, leurs tentatives de recours aux soins de santé mentale en est parfois une douloureuse répétition :

I was in the supervised apartment for one year. I had meetings once a week with an intervenante. They proposed that I go to the CLSC to see social worker also. So I had a meeting with the social worker at the CLSC for, well, eight weeks. And after the eight weeks the social worker referred me to santé mentale department of the CLSC and I was put on the waiting list to see a

psychologist. After six or seven month I was seeing the psychologist once every two weeks. And then they [les intervenantes à l'appartement supervisé] told me that I have to find another place [be]cause it wasn't the right place for me. Cause well, I was diagnosed for depression. And hum, well, about a year after I was diagnosed with the anxiety disorder also. And at the supervised apartment it was only one intervenante for six people so she didn't have the time to stay with me like as much as I needed to talk. So that's why she said that I needed to find another place where, like, the intervenant where more present in staff. So that's why I'm here now. But to do any kind of change for me is really hard. So it was really hard to leave the other place because I was there for a year and I was really close with the intervenante and everything. (Sarah, 24 ans).

Parfois c'est la continuité entre les services d'aide qui pose problème, comme le démontre l'expérience de Josée qui a dû compenser en fournissant beaucoup d'énergie et de débrouillardise pour pallier cette lacune. L'absence de liens entre les différents domaines professionnels crée de véritables barrières à l'accès. De plus, comme le principal mode de transport des jeunes adultes en difficulté est la marche, le découragement et l'impossibilité concrète d'avoir des services peuvent apparaître :

J'ai passé une nuit à l'hôpital à cause d'une tentative de suicide parce que là j'étais pus capable. Il s'était trop passé de chose en peu de temps. Le lendemain j'ai vu le psychiatre, il m'a dit qu'il n'y avait pas de problème au niveau mental, mais que j'avais juste besoin de parler dans le fond. Il a dit « si t'as besoin d'aide on peut t'offrir des services ». Mais je ne voulais pas rester là. J'étais à l'urgence. Je dormais dans le couloir, là, oublie ça. J'entendais quelqu'un presque en train de mourir juste à côté de moi. Bipbipbip, heille fuck that. Faque après ça j'suis sorti, j'ai marché, j'ai marché. J'avais pu de place où habiter. J'ai décidé d'aller au CLSC pis je suis allée demander « est-ce que quelqu'un peut m'aider parce que là, ça va faire plus de 24hres que j'ai pas dormi parce que j'ai pas de place où aller ». Ils m'ont aidé. Ils ont fait des téléphones pis ils ont trouvé une place à Terrebonne. Ils m'ont demandé si ça me tentait d'aller là. J'ai dit « y a pas de problèmes. Je veux changer mon environnement. Je connais trop de monde négatif icitte ». Faque je suis partie, je suis allée là. Je suis partie sans argent, sans rien. J'avais pas une criss de cent. Ils m'ont passé des billets jusqu'au métro Montmorency, pis au métro Montmorency il fallait que je me trouve de l'argent pour prendre l'autobus. Faque à Laval j'ai fait mes beaux petits yeux. J'ai eu 4,50 \$ pour aller prendre l'autobus de Terrebonne. Rendue à Terrebonne j'ai marché jusque là-bas avec mes sacs. (Josée, 18 ans).

Roger aussi remarque un manque de soins et d'attention en santé mentale. Il cherche une explication à tout cela et se pose de bonnes questions :

Les personnes âgées qui sont malades ont le droit d'avoir une infirmière assistée chez eux, du CLSC. Mais quelqu'un qui est schizophrène pis qui aurait besoin juste de se faire rappeler de prendre ses médicaments pis d'avoir une assistance avec lui pour les prendre. Il [n'] a pas le droit parce que ça coûte trop cher à l'État. Mais pourquoi une personne âgée aurait le droit, pis pas une personne qui a une maladie mentale? Comment qu'elle se gèlera, qu'elle fera ce qu'elle veut, on s'en câlice, elle est malade, elle a besoin d'aide. Pis moé c'est là que j'accroche. Pourquoi ces personnes-là sont tellement laissées à eux autres même? C'est tu parce qu'y en a trop? Ou bien c'est tu parce que c'est la maladie qui est trop incompréhensible ? (Roger, 29 ans).

B) Attitudes des professionnels

Incompétence

Ce que les jeunes recherchent lorsqu'ils ont un problème de santé mentale c'est principalement avoir accès à un professionnel « adéquat » avec lequel ils peuvent se sentir en confiance, ce qui est très difficile à trouver selon eux. Ils considèrent qu'un professionnel est adéquat lorsqu'il ne porte pas de jugement, les respecte, qu'il prend le temps de leur expliquer leur état psychologique, les traitements disponibles et les effets secondaires des médicaments s'il y a lieu, et surtout qu'il les écoute et cherche à comprendre l'ensemble de leur situation. Certains disent avoir connu des professionnels très corrects avec eux : *J'avais un thérapeute hors pair. Je pouvais lui dire n'importe quoi. Pis tsé, chus un gars ben extraverti dans mon langage, je sacre beaucoup, pis toute. Il [n']y en avait pas de problème avec lui. J'ai fait mes choix. Il [ne] m'a pas dit quoi faire. Il m'a juste aidé à comprendre. (Roger, 29 ans).*

Alors que pour d'autres, leurs expériences personnelles montrent plutôt que les professionnels les jugent, leur font la morale, ne les écoutent pas, ne leur expliquent rien et sont trop pressés, et qu'ils les font attendre des heures avant de les recevoir :

Parce que j'en ai vu un dans le passé, un psy des Centres Jeunes, pis je l'ai trouvé vraiment méchant parce que j'y parlais, je vidais mon cœur, pis là il me traitait quasiment de niaiseuse. Je l'ai vraiment sur le cœur au point où j'ai eu envie d'actionner le monsieur. Je trouve qu'il n'a pas de raison pour qu'il soit impatient, pis qu'il me dise quoi faire. Parce qu'un psychologue c'est pas là pour dire quoi faire, mais pour t'écouter, pis pour t'accompagner. Pas pour te pousser pis te mettre de la pression, pis de dire fais ça là sinon ta vie va être nulle ou ta vie va être ratée. (Floriane, 21 ans).

Pour Stéphane, la difficulté provient de l'accès indirect et impersonnel lors de ses tentatives pour rejoindre son psychiatre : *Je voulais avoir un autre rendez-vous là, mais rejoindre mon psychiatre c'est tellement compliqué. Je cours après des boîtes vocales. Il m'avait donné un rendez-vous, pis là je l'ai manqué parce qu'ici ils ne m'ont pas fait le message à temps. (Stéphane, 28 ans).* Pour Joe c'est le manque d'information du professionnel sur sa maladie : *J'ai déjà vu un psychologue du CLSC, ça [ne] valait pas cher là, il lisait son livre en même temps. Tsé, lis-le avant que j'arrive au moins. Je pense que j'étais plus au courant que lui sur ma maladie. (Joe, 28 ans).*

Ils déplorent que trop souvent le traitement de leur souffrance, lorsqu'ils demandent de l'aide, se résume à la pharmacothérapie : *Les diagnostics sont rapides, pis l'approche est froide. On fait juste nous bourrer de pilules. Écoute, on est aussi bien de retourner se geler sur la rue. C'est la même affaire. (Joe, 28 ans).* Même discours pour Sarah : *I don't like the fact that doctor automatically soon as a picture comes if you are crying or something they give medication. (Sarah, 24 ans).* Et pour Roger : *C'est sûr qu'à l'hôpital, ce que je trouve déplorable, on [n']est pas traité comme on devrait. On est bourré d'antipsychotique pis quand ton état est stabilisé, ben va-t'en, r'tourne-toé s-en chez vous. Pis prends tes médicaments là. Je trouve ça ridicule. (Roger, 29 ans).* Oscar, lui, s'est fait prescrire en quelques minutes plusieurs médicaments : *Je suis allé dans une clinique médicale. J'ai comme vaguement parlé de comment je me sentais, pis le médecin m'a prescrit trois sortes de pilules. Il y en avait ben trop. Au début je prenais juste les antistress là, pis un moment donné j'ai commencé à prendre les séroquels aussi. Faque tsé, là c'est correct. Il en fait cette déduction : C'est sûr que c'est plus facile de mettre du monde sur les pilules que de vraiment les traiter au niveau thérapeutique là. (Oscar, 20 ans).*

Incompatibilité

Il est généralement admis en pratique clinique qu'une bonne relation entre le patient et le professionnel soit prédictive de résultats positifs (Bioy et Bachelart, 2010). Elle s'avère en effet indispensable dans le cadre d'une psychothérapie et aussi très utile pour toute démarche soignante. Quand deux personnes se rencontrent, quel que soit le contexte, les facteurs relationnels sont au premier plan. Chacun a besoin de savoir à qui il a affaire, afin de définir de quelle manière se comporter. Un rapport collaboratif doit s'installer dans lequel patient et soignant travaillent ensemble pour résoudre les problèmes posés. Certaines dispositions peuvent être mises en place pour faciliter le développement d'une alliance thérapeutique forte, mais pour les jeunes adultes interviewés, c'est aussi une question d'atomes crochus : *I think it's with the time and personally I don't think there is criteria that makes you trust somebody. It's – I feel it or not – you know.* (Sarah, 24 ans). Les propos de Stéphane et Joe vont dans le même sens : *Ça s'est terminé parce que j'avais trop manqué. Pis le psychologue je m'entendais pas super bien avec, pis il m'énervait. Faque ça [ne] me tentait pas d'y aller.* (Stéphane, 28 ans).

J'avais été accepté par le CLSC pour 24 rencontres, mais écoutez, ça n'a pas cliqué. On [ne] peut pas rien faire dans ce temps-là. Ça prend une chimie, [il] faut que ça clique avec quelqu'un. Tsé, je te parle de ma vie. J'ai beau faire des efforts, je suis quelqu'un d'assez ouvert, sauf que c'est comme dans toute, j'aime ou j'aime pas. (Joe, 28 ans).

Non seulement une adéquation au niveau des personnalités doit être présente, mais aussi au niveau de l'approche thérapeutique : *Ils parlent des 12 étapes, pis moi je suis athée. Faque, quand tu dis le mot Dieu, que ça soit n'importe quel dieu, c'est comme non.* poursuit Stéphane au sujet des groupes de soutien. Surtout qu'il révélait un peu plus tôt dans l'entretien avoir subi à l'enfance un abus sexuel de la part d'un prêtre ami de la famille. Cette mise en contexte permet de saisir toute l'ampleur que cette barrière représente pour lui. Même réaction pour Joe lorsqu'on ne comprend pas son besoin de suivre une thérapie individuelle après avoir côtoyé pendant plusieurs années les gangs de rue :

Elle me dit « Je pense que tu serais bon dans le groupe. » J'ai dit « Madame, ça fait trois ans que j'en fais du groupe dans la rue là. ». Je lui ai dit « Là, je

veux un psychologue à moé tout seul. » Ah, elle a dit « OK, on en reparlera tout à l'heure. » Pis à la fin elle m'a reparlé des groupes. Écoute, elle venait de se barrer. (Joe, 28 ans).

L'impossibilité de choisir ne serait-ce que le sexe de leur thérapeute peut demander aussi de surmonter un intense malaise, comme pour Roger, très intimidé de devoir expliquer sa problématique sexuelle à une femme : *J'étais gêné de parler de ça avec une femme. Je me sentais encore moins en confiance. Parce que là, moé, j'avais tellement peur de me faire juger. Tsé, check-lé l'ostie de cochon. J'avais tellement peur que des fois je me bloquais à ça. (Roger, 29 ans).* De même pour Sarah, avec un vécu marqué par la violence dans son rapport aux hommes :

It was hard. I didn't talk very much. I gave very little information. And everything he said I didn't like. So usually, quite often, I came home and I was mad, angry and something. It was a guy and to confide in a man is always more difficult for me. I didn't want to give confidence to any guy because in my mind it was all guys were just pride. Probably because of everything that happened with my dad, my stepdad and definitely what happen with my ex. I always had bad experiences with men. (Sarah, 24 ans).

3.2.2 Barrières individuelles

Les jeunes adultes interviewés reconnaissent que les soins en santé mentale améliorent la qualité de vie. Alors, pourquoi se refusent-ils parfois à entreprendre une démarche thérapeutique qu'ils savent essentielle à leur bien-être? Nous venons de constater qu'une variété d'obstacles peut provenir des institutions, nous verrons maintenant que plusieurs autres obstacles peuvent également surgir d'eux-mêmes.

A) Aspects organisationnels

Contextuel

Le recours aux soins de santé mentale est souvent interrompu par leur grande mouvance domiciliaire : *Le rendez-vous [n']a pas pu se faire parce que j'étais pu là.* (Roger, 29 ans). Pour Nicolas, c'est son mode de vie dans l'itinérance qui lui pose problème : *Moé j'ai consulté pour être en thérapie pour la drogue. Pis là ils m'ont mis sur la liste d'attente. Pis moi je t'un vagabond, j't'un nomade. C'était dur pour moi d'avoir un numéro de téléphone pour me rejoindre.* (Nicolas, 29 ans). Rappelons, à ce sujet, que les conditions de vie dans la rue ne se prêtent pas à de bonnes habitudes de vie, ni à avoir un agenda ou un téléphone pour fixer des rendez-vous. Les besoins primaires des personnes en situation de grande précarité entrent en compétition les uns avec les autres. La lutte quotidienne pour la nourriture et le logement, par exemple, relègue l'utilisation des soins de santé mentale au dernier rang :

J'ai vu trois fois la psychologue du CLSC. C'était super. Sauf que j'ai dû arrêter de la voir parce que je bougeais beaucoup. Parce que quand j'étais ici je [ne] pouvais pas avoir mon fils. Il fallait que je me pitche d'un bord pis de l'autre pour trouver un endroit pour passer le week-end avec, pis je trouvais ça désagréable. Je [ne] peux pas m'asseoir pis parler, projeter ma vie dans mes mains, sans savoir où je suis en ce moment. (Floriane, 21 ans).

La pauvreté apparaît certainement comme frein supplémentaire. Sans moyens financiers, impossibles, pour eux, d'aller vers la thérapie ou le professionnel de leur choix. Par exemple, Stéphane voulant accéder à une thérapie de désintoxication de son choix : *L'aide sociale en payait une bonne partie, mais il fallait que je débourse 1000\$ quand même au lieu de 3000\$.* (Stéphane, 28 ans). Bonne nouvelle pour lui, ses parents ont bien voulu le soutenir et défrayer les coûts, mais la plupart des jeunes n'ont pas cette chance. Le propos de Sarah en témoigne, suite à une expérience de thérapie infructueuse : *Definitely, now I want to choose the person and just going to the CLSC you're not able to choose the person. It's whoever and there's waiting list. Well, for now I didn't have the money. But maybe in the future I will go back to see someone of my choice and pay for it.* (Sarah, 24 ans).

Capacité

Les trajectoires de vie des jeunes adultes interviewés rendent bien compte des conditions difficiles dans lesquelles ils se retrouvent. Une part considérable de leur temps et de leur énergie disponible est absorbée par la gestion d'un stress quotidien élevé. Alors, l'investissement qu'exigent la recherche de soins et l'engagement dans un processus thérapeutique peut paraître impossible à fournir pour certains : *Je veux aller voir un psychiatre là. Mais j'ai dû faire des travaux compensatoires parce que j'avais des tickets à payer. Faque je fais ça là.* (Nicolas, 29 ans).

Je travaille 40h/semaine. Pis ici [Auberge du cœur] c'est vraiment la plaie si tu travailles 40h/semaine, parce que pour vivre dans un endroit comme ici, t'as des tâches à faire, tu as des responsabilités. Ils veulent que tu sois en action. Des fois ils créent des activités, pis ils espèrent que tu sois là. Faque je [ne] le sais pas quand est-ce que je vais avoir le temps [d'entreprendre une thérapie]. (Pascal, 23 ans).

De même pour Roger qui a surtout eu l'expérience des thérapies intensives de désintoxication : *J'y retournerais pas parce que j'ai pu la capacité psychologique pour faire ça. Parce que ça prend beaucoup de concentration. Pis j'ai pu l'énergie pour ça. Pis premièrement, de rester en communauté, c'est assez pesant sur les épaules là.* (Roger, 29 ans). Le propos d'Oscar va dans le même sens : *Six mois, 30 jeunes dans un dortoir, tsé, pleins de jeunes qui ont des troubles de comportement ensemble, pis tu joues dans tes sentiments. C'est vraiment intense comme thérapie là.* (Oscar, 20 ans). Une telle démarche de comprendre l'origine de sa souffrance, requiert un investissement de soi que n'ont pas forcément les personnes particulièrement désespérées :

On dirait que ça [ne] m'intéresse même pas. Parce que je suis là juste pour les autres. Je ne vis pas pour moi. Ça l'a tout le temps fonctionné comme ça. Je me suis menti à moi-même toute ma vie. Faque je me dis que j'en vaux pas la peine. J'ai trop menti. J'ai ben beau commencer à dire la vérité maintenant, mais on dirait que je [ne] me crois pas plus. J'ai une pensée vraiment fuckée. Je trouve que je suis bizarre un peu. (Luc, 23 ans).

Certains parviennent à trouver des compromis acceptables selon leurs capacités. Dans l'exemple que voici, c'est grâce à la flexibilité de l'approche communautaire :

J'ai pas besoin d'habiter ici [Auberge du cœur] pour avoir tout leur soutien pis leur aide. C'est ça que j'ai découvert. Parce que moi, vivre ici, j'suis pas capable. J'arrive pas à vivre avec autant de personnes. Souvent dans les endroits comme ici les gens ont besoin de s'étaler, pis ils essayent d'envahir ton espace. Je [ne] prends déjà pas assez de mon espace. Il [ne] faut pas que je la laisse envahir par d'autres. Mais mon intervenante je viens la voir au moins une fois par semaine, minimum. (Floriane, 21 ans).

D'autres participants présentent des lacunes dans leur capacité d'élaboration symbolique. L'activité de symbolisation permet au sujet d'attribuer subjectivement un sens aux événements qu'il vit et de le communiquer à l'autre par la parole. Cette attribution de sens participerait à l'obtention d'une résolution de la souffrance ressentie. Ainsi, les capacités d'élaboration et de mentalisation pourraient être considérées comme des outils nécessaires à l'effectivité d'un travail thérapeutique permettant ainsi à la personne d'accéder à une vie psychique plus souple et créative. Aller consulter au sujet de son mal-être exige donc des jeunes adultes une capacité de pouvoir mettre en mot la souffrance qui les habite, de transformer les traumatismes ou les actes violents vécus en blessure à penser :

C'est dur à expliquer aux gens. Tsé, une dépression c'est comme un mal de dents. Si t'as jamais eu un mal de dents, tu [ne] sais pas de quoi tu parles. Je leur dis ben j'avais le goût de me tuer à peu près toutes les heures. Est-ce que ça t'explique bien? (Stéphane, 28 ans).

Certains plus astucieux usent de la métaphore pour parvenir à nommer l'indicible : *J'ai bien beau parler, mais on dirait qu'il n'y a rien qui sort. Tout ce que je ressentais à l'intérieur c'était comme un coup de poing. (Luc, 23 ans).* Pour d'autres, le défi à relever laisse place à l'embarras : *Ça dépend des situations. Des fois y a des situations plus dures que d'autres à raconter. Il faut que ça soit parlable, que ce que je veux dire soit disable, fait part Myriam (20 ans), qui se révèle être de nature très timide durant l'entretien²⁷. Ce qui laisse entrevoir le degré de difficulté que représente pour elle l'exercice de verbaliser son vécu expérientiel et qui peut expliquer son hésitation à consulter un thérapeute.*

²⁷ Sa grande timidité explique également le peu de place qu'elle occupe parmi les extraits de verbatim choisis.

Les difficultés de représentation psychique de la souffrance en viennent souvent à s'inscrire dans le corps et passe donc par lui pour être finalement nommée. Ce qui rappelle que les souffrances physique et psychique sont plus souvent qu'on ne le pense étroitement liées :

Quand je me mets à parler des fois ça bloque. Un moment donné, c'était trop. J'arrivais même plus à parler. J'avais un gros nœud, la boule ici là [pose sa main sur sa gorge]. Dès que je commençais à pleurer, la respiration j'en avais plus là. C'est comme « argh ». Mais il faut sortir ça, pis c'est pas facile. Je l'ai encore là. Elle est toujours là. Je la sens-là. C'est comme, mon cou est enflé dans ma tête. Je suis à la limite de le dire. Mais [il] me semble que ça fait un an et demi que le motton est là pis qui [ne] veut pas sortir. Je pense que c'est de l'accumulage. Je pense que chaque petit truc qui me fait de la peine ou qui me déçoit ou qui me rend même joyeuse parfois, ben je le garde ici [sa gorge] pis ça s'accumule, ça s'accumule pis je pense qu'un bon jour ça va sortir « powffe ». Ben je l'ai déjà fait, juste un peu, juste pour dire. J'ai pleuré pendant trois jours. Je te dis je me sentais mieux pendant une couple de jours sauf que c'est encore là. C'est pas fini. (Floriane, 21 ans).

B) Attitudes personnelles

Le non recours aux services peut dépasser les barrières structurelles, organisationnelles ou de contexte de vie pour prendre la forme d'un refus de demander des services pour des raisons personnelles souvent induites par des préjugés intériorisés. Car chacun a son opinion sur la santé mentale, sur ce qu'elle représente, sur ce qu'il faut faire pour la préserver. Ces idées varient considérablement selon la culture, la classe sociale de l'individu, son âge, son éducation, ses occupations, ses revenus, son milieu de vie. Et en définitive, c'est l'image que les gens se font de la santé mentale qui déterminera leurs conduites à suivre lorsque celle-ci sera menacée (Houtaud et Field, 1989). L'exercice de faire émerger les représentations de la santé mentale chez les jeunes adultes en difficulté a permis de mieux comprendre leurs comportements de recours aux soins (Fainzang, 2001; Cognet, 2007). Les perceptions quant à la santé mentale, aux facteurs qui occasionnent d'en avoir une bonne ou une mauvaise, ainsi que la réponse donnée aux problèmes de santé mentale, sont indispensables à une bonne compréhension de l'accessibilité aux soins de santé mentale.

Lorsqu'on les questionne sur leurs perceptions au sujet de la santé mentale, à la suite de quelques hésitations ce sont les réponses par le versant négatif qui dominent les discours : *Well, it's hard to explain. I think it's like a sickness but you know it's not a disease it can get better. I feel it's like a really big word I can't describe a lot.* (Sarah, 24 ans). *Je sais que la santé mentale [il] y a beaucoup d'affaires dedans. Des troubles psychiques, c'est ça là, mais je [ne] me souviens pas de tous les noms. Je [ne] suis pas au courant de tout.* (Myriam, 20 ans). Il est vrai que parler de l'instance psychologique sous l'angle de la santé mentale est relativement nouveau. Encore au début du XXe siècle, on abordait le sujet sous le terme de la maladie mentale. Une nomenclature qui se référait strictement à la dimension pathologique de la psyché, que l'on nomme aujourd'hui les troubles de santé mentale ou encore troubles psychiatriques. Ceux-ci renvoient à des classifications diagnostiques²⁸ s'appuyant sur des ensembles de critères et ciblant des actions thérapeutiques à entreprendre.

La plupart des participants ont abordé la dimension positive de la santé mentale uniquement au moment où je leur demandais s'ils pouvaient me parler d'une personne qu'ils considéraient avoir une bonne santé mentale. Un effort manifeste leur fut nécessaire pour trouver un modèle positif de santé mentale. Deux participants se sont même désistés devant la tâche parce qu'à leur avis : *Tout le monde a des problèmes. Tous mes amis ont un petit quelque chose quelque part.* (Oscar, 20 ans). Pour eux, la santé mentale est vue comme un idéal impossible à atteindre :

Malheureusement personne n'a une bonne santé mentale. En tout cas, personne [ne] l'a parfaitement. Même ici [Auberge du cœur], elle n'est pas présente. C'est pas vraiment la meilleure place non plus pour ça. Mais je veux dire, même les intervenants n'ont pas une si bonne santé mentale que ça. Ils ont leurs séquelles, ils ont leurs marques, leurs propres jugements, etc. Ce sont des êtres humains normaux, comme n'importe qui. (Pascal, 23 ans).

²⁸ Les deux principaux systèmes de classification : le Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM) publié par l'Association américaine de Psychiatrie (APA) et la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Pour les autres, les discours ont convergé vers un amalgame de l'état de bien-être et d'autonomie : *Je dirais que c'est être bien avec soi-même. Ça dépend de beaucoup de chose. Genre savoir que t'es pas une personne faible. Ça dépend du passé de la personne. Ça dépend de comment elle a vécu ça, de comment elle a géré ça à l'intérieur.* (Luc, 23 ans). *C'est quand quelqu'un est capable d'avoir une bonne estime de soi. Déjà en partant quand t'as une bonne estime de soi, tu te sens bien.* (Josée, 18 ans). *It's definitely somebody that really has a lot of energy maybe and positives thoughts. And is well emotionally, psychologically and everything.* (Sarah, 24 ans). Ou encore, de façon plus pragmatique : *C'est être capable de se lever, de se préparer un repas, d'aller travailler, pis de revenir.* (Nicolas, 29 ans).

Peur

Plusieurs interviewés ont mentionné leur résistance à consulter pour des problèmes de santé mentale parce qu'ils ont peur d'être jugé négativement : *[...] parce que penser que tu allais là, c'était être fou.* (Pascal, 23 ans). La crainte de savoir ce qu'ils ont et d'être étiquetés pour toute leur vie constitue en soi un frein important pour entreprendre une demande de soin. *C'est pas tout le monde qui accepte d'avoir un diagnostic de santé mentale. Pis j'en connais plusieurs qui [ne] veulent pas être médicamentés.* (Roger, 29 ans). Il y a la peur de se faire juger par le monde en général : *Ils me disent d'aller voir un psychologue, un thérapeute, fait de quoi. Tu me prends pour qui?* (Luc, 23 ans), de même que par les professionnels soignants : *À un moment donné, elle m'a dit « Tu peux sortir tes émotions. » Sortir mes émotions... brailler en avant de toi pour me sentir plus épais? C'était carrément ça.* (Luc, 23 ans). Certains ajoutent qu'ils n'ont pas envie d'être humiliés en racontant leurs problèmes à des inconnus. Une difficulté plus marquée pour les garçons, enfin ceux qui ont intériorisé le préjugé qu'un homme ça ne pleure pas.

D'un côté, la renonciation à combler leurs besoins psychiques empêche les jeunes adultes en difficulté d'utiliser certains services, mais de l'autre, en évitant d'être stigmatisés, cela leur permet de garder une certaine dignité. Ils ne sont pas les seuls à se comporter ainsi. On dit que parmi la population canadienne seulement une personne sur deux, aux prises avec

des problèmes de santé mentale, ira chercher de l'aide auprès d'un professionnel de la santé (Lesage *et al.*, 2006; Fournier *et al.*, 1997). Par contre, retarder la consultation peut faire en sorte que le problème se chronicise et devienne plus difficile à traiter, en plus d'être plus coûteux à soigner (Haley *et coll.*, 1999). Le cumul et la multiplicité des problèmes rendent les interventions beaucoup plus longues et complexes. En effet, l'intervention doit se faire sur plusieurs fronts et nécessite des ressources variées.

Les jeunes adultes en difficulté n'ont pas toujours une très bonne opinion des thérapies internes de longue durée qui exigent un changement souvent trop radical de la personne. Une pratique intensive employée dans la plupart des cures de désintoxication et qui en rebute plus d'un :

J'ai toujours eu peur d'une thérapie fermée. C'est plus exigeant, j'sais pas qu'est-ce que je vais manger. Même si j'étais dans la rue, pis que j'mangeais pas si bien que ça. Qu'est-ce que je vais manger? Qu'est-ce que je vais faire? J'ai de l'orgueil. Je suis égocentrique un peu. Faque ça me fait peur. (Nicolas, 29 ans).

En plus [il] y a des places là en ce moment. Ils me prendraient tout de suite. C'est juste que j'ai un frigidaire. J'ai des affaires là. Je l'sais pas si je peux m'en aller là-bas avec ça. Il faut que je prenne encore des informations demain matin. J'aurais pu faire tout ça aujourd'hui, mais tu vois juste de les téléphoner, on dirait que ça me tue déjà en partant ma journée. Je l'sais que je vais travailler sur moi, mais je l'sais que je vais quitter tout le monde. Je vais quitter un endroit [Auberge du coeur] qui me plait beaucoup. J'aime beaucoup être entouré de ces gens-là qui sont dans la salle aujourd'hui. J'ai peur de laisser ça en arrière. Comme si je m'en irais vers quelque part, mais c'est l'inconnu. (Luc, 23 ans).

Une étude soutient que les thérapies dont la durée s'échelonne sur environ 6 mois sont plus efficaces pour réhabiliter les toxicomanes au lourd passé (Brochu et Cournoyer, 2009). Selon Seychelle Harding, porte-parole des centres Portage : « Ces gens abusent de substances pour masquer leur problème. En trois mois, on n'a pas le temps de le régler, ce problème ». Les braves initiés à ce type de thérapie en reconnaissent son efficacité : *C'est très dur. Mais écoute, c'est la meilleure chose que j'ai pu faire pour apprendre sur moi pis pour améliorer mes comportements.* (Oscar, 20 ans).

[...] parce qu'une thérapie quand c'est fermée, c'est très dur. Tu [ne] fais aucun choix. Je [ne] regrette pas d'y avoir été. C'est la meilleure chose que tu peux faire pour travailler sur toi, pour entrevoir ton miroir. Mais, je [ne] pense pas que je retournerais dans un milieu comme ça. C'est trop dur. (Joe, 28 ans).

Moé je me dis, si t'as à faire de la thérapie, vas la faire retirée dans un contexte que tu [ne] seras pas dans ton connu, parce que ton milieu de vie c'est un cadre facile que t'es confortable. Pis pour moé, quand tu me donnes du confort, en étant toxicomane, ben j'deviens pantouflard. Je fais comme un gros chat terré dans son pouf pis je ronronne. (Roger, 29 ans).

Certains avouent avoir complètement abandonné la poursuite de leur démarche thérapeutique suite aux reviviscences pénibles et douloureuses qui en résultaient. Même si le travail thérapeutique est là pour les aider à plonger au travers des éléments pénibles du passé et à gérer les sentiments douloureux qui en résultent : *I was seeing the psychologist once every two weeks. He helped me at the beginning but after a few months, I found I was coming out with, like, more depressed than I was before I went in there. So I found that I couldn't do it anymore so I've stop seeing him. (Sarah, 24 ans).*

J'ai arrêté de l'voir parce que je parlais de mon père pis à chaque fois que je sortais de là, ben c'était tout le temps la même affaire. Je culpabilisais parce que là je me disais ma mère veut que je règle le conflit avec mon père. Un moment donné j'ai fait – fuck it. J'ai tout lâché, parce que là je voyais que dans ma tête ça faisait mal. Je me disais « non, r'garde là, ressasses-toé pus ça, t'as pus besoin de te vider pis de te faire vivre ça ». On aurait dit que ça me siphonnait mon énergie ben raide. M'avoir senti bien, j'aurais continué, mais je [ne] me sentais pas bien là-dedans. (Roger, 29 ans).

La confidentialité des dossiers de consultation ne semble pas toujours connue des répondants. Par contre, les mineurs n'ont pas tort et c'est vrai qu'un professionnel de la santé peut les déclarer à la DPJ si leur vie est en danger. C'est cette crainte que son psychologue avise la police de sa situation sans son consentement, qui motiva Josée à mettre un terme à son suivi. Elle avait 17 ans à ce moment :

J'ai quitté parce que je me sentais obligée. Mon ex n'aimait pas ça. Il pensait que j'allais le mettre dans marde parce que je pouvais parler de tout ce qui se passait avec mon psychologue. En voyant qu'il se passait des choses pas

correctes, il aurait pu facilement faire de quoi et il aurait eu le droit entièrement. Tsé, admettons que je lui aurais dit « je me suis fait frapper hier soir, nanana ». Lui il ne peut pas dire « ben là je laisse ça de même ». D'une certaine façon, il est obligé d'en parler. (Josée, 18 ans).

Les jeunes interviewés ne paraissent pas convaincus que les services spécialisés en santé mentale, comme la psychiatrie, puissent les aider, comme le reflète le propos d'Oscar au sujet des soins reçus après sa tentative de suicide : *Ils m'ont fait des points pis après ils m'ont gardé en psychiatrie, mais pas longtemps, peut-être deux ou trois jours. Je [ne] voulais pas rester parce que je voulais être avec mes amis. Je jugeais qu'eux allaient peut-être mieux comprendre. (Oscar, 20 ans).* Puis en général, les jeunes adultes interviewés se méfient des médicaments qu'on leur prescrits, ayant peu ou pas d'information sur ceux-ci : *I didn't really want to at the begining but I took it anyway. I was told that I had to take it because if I didn't take it and didn't want to help myself at all then obviously like where I was [Maison d'hébergement] wasn't the right place for me. (Sarah, 24 ans).* Ils essaient autant que possible de se tourner vers d'autres alternatives que les médicaments prescrits en pharmacie :

Mon médecin de famille m'a represcrit, mais je prends plus rien. Je prends déjà assez de médicaments avec ce que j'ai aux intestins que j'ai pas envie de rajouter une pilule par jour juste pour me donner un sourire. Je considère que je dois juste beaucoup travailler sur moi-même, pis je réussirai à ce moment-là à l'avoir mon sourire quotidien pis ma volonté d'avancer. J'irai faire de plus gros suivi s'il faut. Même si c'est beaucoup d'énergie. (Floriane, 21 ans).

Si les médicaments atténuent des symptômes très invalidants et soulagent beaucoup de personnes aux prises avec d'importants troubles mentaux, ils ne remplaceront jamais la compassion et le soutien psychologique dont ces personnes devraient bénéficier. Lorsqu'elle est nécessaire, la pharmacothérapie devrait toujours être accompagnée d'une psychothérapie adaptée aux besoins de la personne. Bien qu'ils en aient pour la plupart expérimenté, aucun jeune adulte rencontré ne suivait une psychothérapie au moment des entretiens, par contre, la moitié d'entre eux recevaient un traitement pharmacologique. Ce qui illustre de façon convaincante à quel point ce type de thérapie est favorisé par le système de santé public du Québec.

Établir une alliance thérapeutique exige du temps. Si on veut pouvoir aider les jeunes plus lourdement en difficulté, il semble nécessaire de leur offrir un support continu durant un certain laps de temps. D'autant plus que la plupart des jeunes adultes en difficulté ont expérimenté par le passé des liens relationnels extrêmement souffrants. Ceux-ci doivent déconstruire les schèmes de fonctionnement acquis dans le passé et se reconstruire dans des rapports à l'autre plus équilibrés. Edgar Morin rappelle à ce titre que « nous construisons notre autonomie psychologique, individuelle, personnelle, à travers les dépendances que nous avons subies. » (1981 : 255). Cette démarche passe donc par une période de mise en confiance, parfois même de dépendance, afin de combler des manques émotionnels importants :

Je le savais pas trop qu'est-ce que j'allais faire là au début. J'étais pas trop sûr, chu arrivé là, j'étais en dépression émotive, j'étais à bout tsé, faque j'ai comme tout donné. Je vous dirais que c'était la première fois que je réussissais, après le décès de ma mère, à faire confiance à quelqu'un. Mais quand t'arrives, t'as pas confiance en toi. Donc, tu mets ta confiance en lui. Pis tu dis « OK, on va faire comme tu dis » jusqu'à temps qu'il t'aide à ravoir confiance en toi. (Joe, 28 ans).

Tous ont mentionné cette difficulté à développer un lien de confiance avec les professionnels : *J'ai été référé à un psychologue au CLSC. Sauf que j'ai laissé tomber. C'était pas un suivi forcé. C'était juste volontaire. Je trouve ça trop difficile d'arriver devant quelqu'un, pis blablabla*, raconte Floriane au sujet du suivi obtenu après sa tentative de suicide. Ils ont besoin de temps pour apprivoiser et se laisser apprivoiser : *Ça a pris deux mois avant que je commence à venir en bas et à établir des liens avec les intervenants*, raconte Pascal au sujet de son expérience à l'Auberge du cœur. Un contexte qui permet de prendre le temps nécessaire. Dans un autre environnement, celui d'un Centre de crise, le propos de Sarah illustre la différence :

It was only for 14 days so you have to give the confidence to another person very fast. Which was hard because I had never been in a situation where I was basically forced to talk. So it was really difficult for me at the beginning I didn't want to. But after a few days passed in my room crying, well I realized that I had to do something if I wanted to be better. So I started talking. (Sarah, 24 ans).

Le contexte informel des milieux communautaires et l'attitude des intervenants semblent faciliter le développement de liens de confiance et de relations significatives. Avec le temps, les rapports, parfois initiés sous le signe de la méfiance, évoluent au point de devenir très importants : *I talk to the intervenant here. So right now I feel like I don't have the need to see somebody else. But maybe in the future when I won't be living here anymore I will go back to see a psychotherapist.* (Sarah, 24 ans). Ils apprécient l'avantage d'avoir accès à plusieurs intervenants : *Il y a certains intervenants que j'ai plus de facilité à parler que d'autres. Chaque intervenant est différent, à sa façon d'agir, pis sa spécialité pour certains problèmes. Un intervenant peut-être bon pour quelqu'un pis mauvais pour toé.* (Fred, 23 ans).

Les liens construits autour d'une complicité, d'une compréhension mutuelle, et parfois grâce à un partage de vécu commun, font que les intervenants sont perçus comme des piliers solides, des adultes significatifs, voire des modèles (René et Duval, 2008). Pour Myriam qui avoue avoir énormément de difficulté à faire confiance, voici ce qu'elle répond lorsque je lui demande ce qui pourrait l'aider : *Ben en apprendre sur lui. Apprendre à le connaître, mais pour les psychologues c'est difficile eux autres [ne] veulent pas se raconter.* (Myriam, 20 ans).

It easier with the intervenant because they talk a bit of their past. I think that can help a lot because we can see that ok they can understand us. But also just to be with them like here they're with us quite often like in the kitchen or whatever just to talk about whatever like playing a game just to create the relationship first, and after will come the confidence. (Sarah, 24 ans).

Les moments de la vie quotidienne semblent propices à cette mise en relation, mais ces lieux d'hébergement communautaire ne sont pas spécialisés sur le plan thérapeutique. Les liens significatifs que les intervenants créent avec les jeunes servent de tremplin aux interventions qui devront se faire par la suite. En effet, la plupart des jeunes résidents dans les Auberges du cœur ont comme objectif de se trouver un logement et d'être capables de répondre aux exigences qui y sont reliées (faire le ménage, payer le loyer, se nourrir, etc.). Car selon les intervenants, le travail sur soi est intimement lié au développement de l'autonomie (René et Duval, 2008). Leur travail est donc de tenter d'accroître chez les jeunes le sens des responsabilités. Cela passe par le respect du code de vie (règlements de la vie commune), des tâches à accomplir et de l'avancement dans leurs démarches personnelles. L'application de ces

règles de vie amène parfois les intervenants à être plus coercitifs, ce qui limite par moment les rapports intersubjectifs. Par exemple, dans la section précédente, la situation de Stéphane recevant l'indication d'une fin de séjour pour le non-respect des règles de vie. Ce rôle d'intervenir ne permet pas de rentrer aussi loin que voulu dans la relation, le rapport d'autorité impose une distance :

T'as des tâches à faire pour habiter dans un endroit comme ici. Pis des fois ils créent des activités pis ils espèrent que tu sois là. Ils utilisent des stratégies comme la menace ou la culpabilité. Pis ils mettent de la pression en venant cogner à ta porte. Faque, tu peux te faire cogner à ta porte 6 fois par jour pour te faire dire que t'as pas fait ta tâche ou qu'il y a une activité. (Pascal, 23 ans).

Négligence

Une autre importante barrière à l'accès identifiée dans leur discours, les participants ont tendance à banaliser leur souffrance : *C'est sûr que j'ai des problèmes, je suis en centre d'hébergement, je suis dans la rue en ce moment, mais tsé, c'est temporaire. C'est pas une grosse problématique dans ma vie... je pense,* fait part Oscar qui a subi par le passé trois hospitalisations pour des tentatives de suicide induites à chaque fois par des psychoses toxiques. Une banalisation de leur souffrance psychologique qui semble en partie provenir directement des traitements reçus dans les institutions publiques de soin :

J'ai pleuré. J'ai craqué. J'étais plus capable. J'suis allé dans un centre de crise durant une fin de semaine. J'ai rencontré la psychologue. C'est là que je me suis rendu compte que mon problème n'était pas si énorme que ça. J'ai commencé à avoir honte de ce que j'avais fait [tentative de suicide]. (Pascal, 23 ans).

J'ai fait une nuit. Le lendemain j'ai regardé le psychiatre en pleine face, pis j'y ai dit « chus pas folle là, j'ai fait une erreur. Je veux retourner chez nous. Je vous promets que je vais bien me reposer ». Je lui ai dit « sincèrement je vais devenir folle en restant ici pis voir tous les autres, ça va me briser le cœur, ça va me jouer dans le cerveau. Je [ne] serai pas capable ». Il m'a laissé partir. Je [ne] dois pas être si pire que ça parce que je pense qu'ils m'auraient gardée. (Floriane, 21 ans).

Un aspect qui a fait l'objet de mentions répétées dans les entrevues est que le désir de changer et de recevoir des soins doit d'abord être présent chez la personne : [...] *c'est d'être prêt, il faut vraiment être prêt. Faut le vouloir.* (Joe, 28 ans). La contrainte ne fonctionne pas : *Je [ne] suis pas allé faire le suivi. Je m'en foutais. Je voulais juste continuer de consommer. C'était mon choix. Tsé, il [ne] faut pas non plus que le monde vienne te prendre par la main. Faut vraiment que tu manifestes que t'as envie de changer.* (Oscar, 20 ans). Un autre exemple de résistance manifeste à recevoir des soins de santé mentale, celui de Fred : *Ça [ne] m'intéresse pas. Je me contrefous des thérapies. Pourquoi [est-ce] que je m'intéresserais à ça? Il y en a qui en ont besoin. C'est juste que moi je suis assez allumé pour le savoir que j'en ai pas de besoin.* Et ce, même si on lui a déjà suggéré :

J'avais appelé dans une maison d'hébergement pis ils ont rappelé en plein dans les heures que je leur avais dit de [ne] pas m'appeler. Je leur avais dit de m'appeler genre à 11h parce que j'étais en train d'écouter mon match de hockey. Ils m'appellent à 10 h25. Le match n'était pas fini. La madame a fait « peux-tu me rappeler ton nom? » « Aille ça fait 10 fois que je te dis mon nom ». Elle a dit « là tu commences à être un petit peu baveux ». « Je vous ai dit de m'appeler à 11h pas à 10h et demie. C'est pas le bon moment de m'appeler ». Là, elle dit « Excuse-moi, on va te rappeler dans tes heures. Mais si tu veux venir ici, il faudra que tu fasses une thérapie contre la colère ». Quoi! C'est inutile. Je [ne] suis pas un gars colérique. J'ai pu jamais rappelé là. » (Fred, 23 ans).

Les jeunes adultes reconnaissent eux-mêmes leur manque d'information au sujet de la santé mentale. Ils aimeraient en entendre parler davantage. Un besoin exprimé fortuitement lors de ma participation à une réunion des résidents d'une Auberge du cœur. J'y étais dans le but de présenter mon projet d'étude et recruter des participants. À mon arrivée, on m'a prévenue que les jeunes résidents étaient impatients de m'entendre ou plus justement d'entendre parler de santé mentale. Un intervenant m'ayant annoncé comme tel par erreur. C'est avec étonnement que les jeunes adultes ont appris que j'étais plutôt là pour écouter ce qu'eux avaient à me dire sur le sujet et non l'inverse. Un petit malentendu qui donne à voir leur besoin d'être mieux informés.

Tenter de décrire ce qu'est la santé mentale représente un défi en soi, et ce, même pour les plus experts. Rien d'étonnant alors que les premiers mots formulés par les participants en

guise de réponse à l'exercice de décrire ce que représente pour eux la santé mentale furent plutôt évasifs : *La santé mentale je [ne] peux pas vraiment en parler parce que je m'y connais pas trop là-dedans. C'est vrai, c'est vraiment large. Tsé, disons que c'est assez complexe.* (Josée, 18 ans). *Je l'sais pas vraiment. Je suis un peu perdu dans toutes ces affaires-là (rire).* (Luc, 23 ans). *Well, it's hard to explain. I think it's like a sickness but you know it's not a disease it can get better. I feel it's like a really big word I can't describe a lot.* (Sarah, 24 ans). *Je sais que la santé mentale [il] y a beaucoup d'affaires dedans. Des troubles psychiques, c'est ça là, mais je [ne] me souviens pas de tous les noms. Je [ne] suis pas au courant de tout.* (Myriam, 20 ans). Stéphane, lui, met de l'avant une explication de cette difficulté : *Tsé, un cancer, tu peux le voir, tu peux l'enlever, mais la maladie mentale... c'est dur à expliquer. C'est beaucoup plus abstrait.* En effet, l'aspect invisible et intangible de la santé mentale ouvre la voie à la polysémie, si bien qu'il n'en existe à ce jour aucune définition officielle²⁹.

Un seul des participants a souligné l'importance d'acquérir des connaissances pour mieux comprendre sa maladie et initier sa propre prise en soin : *Je vais bien là. Mais je l'sais, je vais vivre avec [TPL] toute ma vie. La seule affaire c'est qu'il faut que je m'informe, pis que je comprenne c'est quoi pour pouvoir gérer ça.* (Joe, 28 ans). Cette connaissance permet de modifier significativement les habitudes néfastes en comprenant qu'il y va de son bien-être. Donc, s'instruire sur sa maladie favorise le changement ou tout au moins un désir de changement (Lacroix, 2007). Pour connaître les ressources existantes en santé mentale, ils disent prendre leurs informations auprès des ressources communautaires, les Centres Jeunesse, les CLSC, et bien sûr internet : *C'est moi qui ai trouvé ça [Auberge du coeur]. J'ai commencé à fouiller sur l'ordi. Pis finalement j'ai appelé et je me suis inscrit sur la liste d'attente.* (Josée, 18 ans). Mais leur principale source d'information demeure les intervenants : *C'est mon intervenante qui m'a parlé de ça. Comme je vous dis, je suis venu chercher plusieurs choses ici, pas juste de l'hébergement, mais aussi les conseils, l'encadrement, le sentiment d'appartenance.* (Joe, 28 ans).

²⁹ Par exemple, le Comité de la santé mentale au Québec la définit comme un « état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. » (Perrault, 1989 : 133). Tandis que l'Organisation mondiale de la Santé la définit en tant qu'un « état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté. » (OSM, 2008 : 4).

La plupart des participants ont déjà une bonne expérience dans l'utilisation des soins de santé mentale. Dans l'ensemble, ils ont tous été amenés à consulter au moins un professionnel de la santé mentale et à fréquenter un établissement puisqu'ils ont en commun d'être ou d'avoir été hébergés par les Auberges du cœur. Certains sont porteurs d'un diagnostic, d'autres non, mais tous sont aux prises avec une détresse psychologique importante. Ils considèrent moins essentiel d'aller consulter pour cette problématique. Ni les jeunes hommes ou les jeunes femmes, ne semblent considérer leur détresse comme étant tellement graves puisqu'il n'y a pas de blessures visibles. Elle est plutôt reléguée au bas de la liste des priorités. Ils attendent donc le plus longtemps possible avant de consulter et la tentative de suicide ou la psychose toxique deviennent souvent les éléments déclencheurs indiquant la nécessité de recevoir des soins. Les jeunes adultes interviewés reconnaissent une bonne variété de barrières à l'accès aux soins de santé mentale provenant des institutions, tels que la saturation des services et la nécessité de les adapter à leur situation de vie. Par contre, en ce qui concerne les barrières individuelles, elles sont moins perçues d'eux-mêmes. Ils sont plus portés à prendre le blâme et à évoquer des sentiments de honte et de culpabilité. Ce que j'ai considéré être des barrières à l'accès. Au final, les barrières semblent provenir autant des institutions que des jeunes adultes eux-mêmes. Mais est-ce bien le cas si l'on s'attarde à l'analyse de ce qui sous-tend réellement ces barrières à l'accès?

Tableau IV *Barrières à l'accès identifiées*

<p>Barrières à l'accès aux soins de santé mentale chez les jeunes adultes en difficulté</p>	
<p>Barrières institutionnelles :</p> <p><i>A) Aspects organisationnels</i></p> <p><u>Restrictions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - règles et critères à respecter - disponibilité des soins <p><u>Manque de continuité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - alliances thérapeutiques - soins et services <p><i>B) Attitudes des professionnels</i></p> <p><u>Incompétence</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - jugement moral - diagnostic rapide - déficit d'information <p><u>Incompatibilité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - personnalité - approche thérapeutique 	<p>Barrières individuelles :</p> <p><i>A) Aspects organisationnels</i></p> <p><u>Contextuel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - instabilité domiciliaire - pauvreté financière <p><u>Capacité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - énergie et temps disponible - symbolisation <p><i>B) Attitudes individuelles</i></p> <p><u>Peurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stigmatisation - souffrance - trahison <p><u>Négligence</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - banalisation de la souffrance - apathie - déficit d'information

Chapitre 4 : Logiques derrière les barrières à l'accès

Après l'examen de chacune des barrières à l'accès qu'il a été possible d'identifier, il est maintenant plus facile d'en dégager certaines logiques qui les sous-tendent. Sans prétendre à un relevé exhaustif, cette étude met en lumière trois logiques qui ont émergé lors de l'analyse des données : 1) le parti pris positiviste, 2) la logique marchande, 3) ainsi qu'une tendance à la psychologisation. Ces trois logiques ou enjeux symboliques du système de santé publique sont interdépendantes et s'entremêlent les unes dans les autres, ce qui en fait leur force et leur stabilité, tel un mouvement de fond produisant en surface une variation de barrières à l'accès. Tout au long de leur description à chacune, un retour sur le concept de souffrance sociale sera effectué en croisement avec le discours des jeunes adultes en difficulté. Enfin pour terminer, quelques pistes de solutions seront proposées dans le but d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé mentale.

4.1 La culture dans le soin

Pour l'anthropologie médicale, la compréhension des pratiques de soin passe par une nécessaire prise en considération du contexte culturel dans lequel elles s'inscrivent (Fainzang, 2005). Les interventions thérapeutiques ne sont jamais neutres. Elles sont toujours teintées par la culture qui les porte. Les normes et les valeurs d'une société ne peuvent faire autrement que de se retrouver à l'intérieur de son système médical. La manière dont on se soigne parle donc de nous, de notre humanité collective et culturelle.

« La médecine, a dit Sigerist, est des plus étroitement liée à l'ensemble de la culture, toute transformation dans les conceptions médicales étant

conditionnée par des transformations dans les idées de l'époque.» (Canguilhem, 2009 [1966] : 61).

L'image que les participants se font de la santé mentale est de même fortement imprégnée des normes et des valeurs de la culture dominante. Ils se représentent la santé mentale par l'individu normal qui correspond à la capacité de se conformer aux normes, dans la limite de sa tolérance, imposée par une culture et une société. George Devereux (1977), ethnopsychiatre, remarquait que chaque société a, jusqu'à un certain point, ses propres modèles de comportement et que certains peuvent être jugés pathologiques dans un espace culturel donné et seront parfaitement acceptés ailleurs. À ce sujet, Laplantine (1988 : 15) écrit : « On ne devient pas fou comme on le désire, la culture a tout prévu ». Un commentaire qui rejoint celui de quelques interviewés, dont Oscar :

Ah, mon dieu, je pense que la folie, c'est inventé de toutes pièces par la société. Parce que tous les fondements de la société dans le fond ça établit, veut veut pas, une norme qu'il faut respecter. Faque je pense que ceux qui sortent un peu du cadre ben il y a du monde qui ont trouvé un nom à ça. (Oscar, 20 ans).

On appréhende et qualifie de fous tous ceux qui s'écartent des normes établies par une société, qui vivent en marge de leurs groupes d'appartenance, qui les dérangent, les contestent ou prétendent les transformer radicalement (Wallot, 1998).

La santé mentale en fin de compte, c'est juste un comportement. Si tu as une santé mentale normale, c'est que tu as atteint un comportement que les gens considèrent normal. Tu n'as pas l'air d'avoir de problème. La population québécoise moyenne va considérer comme quelqu'un de fucké dans la tête, quelqu'un qui n'est pas normal pour eux autres. La santé mentale que les gens ont peur, c'est les problèmes comme la schizophrénie, la psychose. Parce que ces personnes souffrent à un niveau, là, qu'ils se détachent de la réalité, des fois tellement qu'ils peuvent tuer ou faire d'autres actions que les gens trouvent troublantes. C'est vraiment juste... ils ont peur parce qu'ils ne savent pas ce qu'il se passe à l'intérieur de sa tête. Les gens vont toujours sauter aux pires conclusions quand ils ne comprennent pas. (Pascal, 23 ans).

Par conséquent, la réflexion sur les conditions de maintien ou d'amélioration de l'état de santé mentale des jeunes adultes en difficulté ne peut se réduire à tenter de modifier leurs

comportements individuels, ou encore, la chimie de leurs neurotransmetteurs, sans prendre en compte la réalité sociale dans laquelle ils vivent. La présentation des trois logiques sous-jacentes aux barrières à l'accès tente alors d'apporter un éclairage sur les dynamiques implicites relevant du social, de l'économie et du politique dans la société québécoise.

4.1.1 Parti pris positiviste

L'esprit du positivisme, hérité d'un ensemble de courant très influent du 19^e siècle dont principalement la pensée d'Auguste Comte, considère que seules l'analyse et la connaissance des faits vérifiés par l'expérience, c'est-à-dire observables et mesurables, peuvent expliquer les phénomènes du monde sensible. Le positivisme renonce à la question du pourquoi qui permet de remonter aux causes premières des choses, pour se concentrer sur le comment et s'appliquer à formuler des lois de la nature, à ordonner, classifier des faits physiques et matériels. Même si plusieurs auteurs contemporains dénoncent les limites du positivisme (Aron, 1981; Capurro, 2001; Perthuis, 2003), il n'en reste pas moins que son essence subsiste à travers la plupart des domaines de la pensée scientifique occidentale et que les structures qu'il a contribué à mettre en place en sont encore profondément marquées.

Le champ de la médecine a été chronologiquement un des premiers domaines à être fortement influencés par le positivisme (Capurro, 2001). L'enjeu en était la spécificité de sa science, la recherche de son autonomie et de son pouvoir. L'adhésion à cette vision contraint la médecine à contourner les complications en excluant de ses pratiques de soin les paramètres non objectifiables, tels que la dimension émotionnelle (Atwood et Davis-Floyd, 2003), et restreint son intérêt à la gestion de problèmes plus concrets. Pour qu'une maladie soit considérée, elle doit satisfaire aux critères scientifiques établis, à savoir un dérèglement dans une structure ou une fonction des cellules, des tissus ou des organes (*ibid.*).

Les maladies mentales se voient alors en terme de déséquilibre chimique dans le cerveau, bien que la science ne soit jamais parvenue à clairement identifier les causes

physiologiques des troubles mentaux (Horwitz, 2002; Perreault, 1989). Ce qui fait de la psychiatrie la seule spécialité médicale qui doit encore aujourd'hui se battre pour légitimer les fondements de son objet d'étude. La thérapeutique la plus prisée pour soigner les problèmes de santé mentale demeure celle de la pharmacologie. Elle vise à rétablir l'équilibre chimique du cerveau en agissant, à l'aide de neuroleptiques, sur les transmetteurs neuronaux, notamment ceux produisant la sérotonine dont l'irrégularité serait une des principales causes de la dépression (*ibid.*). Le ressenti du patient et son contexte social sont ainsi non seulement passés sous silence, mais balayés comme inexistant.

Bien que dans l'étiologie des maladies mentales, cette vision biologisante fut sérieusement ébranlée³⁰ depuis un bon demi-siècle déjà, elle demeure encore solidement enracinée en psychiatrie et dans les représentations sociales. Un aspect mentionné par l'anthropologue Francine Saillant (2001) fait référence à l'interaction entre les connaissances que l'individu possède sur sa maladie et son expérience de celle-ci. Elle insiste sur le fait que les connaissances que les individus possèdent à propos de leur maladie ne peuvent se détacher des images publiques et des représentations sociales qui circulent à leur sujet. Un constat qui se reflète également dans le discours de certains répondants reprenant une terminologie clinique pour rendre compte de leur situation :

Ben je suis dépressif majeur. J'ai un débalancement chimique au niveau du cerveau. Carrément. Mon grand-père aussi, le père de mon père, il était bipolaire. C'est ça, les problèmes de dépression, ça skip une génération pis ton père te le remet. (Stéphane, 28 ans).

Même la psychologie, dite scientifique, d'approche cognitivo-comportementale, pour devenir respectable a dû renier son essence, c'est-à-dire l'étude de la vie affective, pour se concentrer sur les faits visibles et mesurables relevant du psychisme comme le comportement et la cognition (Parot et Richelle, 1992). Laisant en marge les approches s'intéressant aux affects que représentent la psychanalyse et la phénoménologie ainsi que leurs acquis en termes

³⁰ Le règne des théories de la causalité endogène de la maladie mentale amorce son déclin avec l'entrée de la Deuxième Guerre mondiale. Les décompensations majeures déclenchées par une exposition au combat ou aux camps de prisonniers chez des sujets sans histoire psychiatrique soulèvent l'hypothèse d'une causalité exogène dans le déclenchement et le développement des troubles de santé mentale (Perreault, 1989).

de pensée critique et de savoir relevant de l'ordre du non accessible par voie directe, du non-dit, et de l'invisible dynamique du pulsionnel. Le parti pris positiviste se détourne résolument de ce qu'il y a d'essentiel chez l'homme, c'est-à-dire son vécu émotionnel et tragique en vertu des forces pulsionnelles qui le tiraillent sans cessent.

De plus, l'impact de l'envolée technique des années 1970 a fait croire, non seulement aux professionnels du système médical, mais aussi à l'ensemble du corps social, que la maladie serait vaincue grâce à toujours plus de technique et toujours moins d'émotion (Pouchelle, 2003). Bien qu'il y ait aujourd'hui des différences considérables entre les établissements et les services de santé, et qu'il soit très difficile de généraliser, il semble qu'il existe tout de même une culture hospitalière qui fait l'impasse sur l'émotion des soignants et des soignés. Une culture hospitalière qui, se croyant ou se voulant technique, pense parfois échapper aux mécanismes propres aux sociétés humaines ordinaires. Or, on ne peut nier la force des affects en présence chez les soignants comme chez les soignés. On ne peut oublier la dimension relationnelle derrière la médecine, ce métier éminemment humain.

Ce parti pris pour la logique positiviste se reflète aussi par une iniquité dans l'accès aux soins. Selon Lynne McVey³¹, directrice générale de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas à Montréal, les personnes souffrant d'un trouble mental n'ont pas nécessairement le même accès aux soins de santé que celles atteintes de maladies physiques. Pour l'instance médico-hospitalière, les problèmes visant la santé physique sont toujours plus urgents que ceux concernant la santé mentale. À Montréal, les patients atteints de maladie mentale font face à de longues attentes aux urgences. Certains des jeunes adultes participants en sont bien informés : *J'appelle à l'hôpital. J'explique ma situation pis elle me dit « Ben faut que tu viennes à l'urgence ». Mais j'étais pas en crise ni rien, j'aurais attendu trop longtemps.* (Joe, 28 ans).

L'hégémonie du positivisme, qui valorise l'objectivation des maladies, ne peut faire autrement qu'être intériorisée par les jeunes adultes en difficulté. De sorte, qu'ils en viennent à

³¹ Commentaire tiré de : « Freiner la chute. Comment empêcher que la maladie mentale mène à l'itinérance ou à la prison? » Le Devoir, 2 février 2013

négliger et banaliser leur propre souffrance psychique, qui relève de l'invisible, et à très peu rechercher de soins à ce niveau. Ce qui porte un éclairage plus juste sur les motifs sous-jacents aux barrières individuelles de négligence (banalisation de la souffrance, apathie, déficit d'information). Ça ne saigne pas, alors ça ne suscite pas beaucoup d'intérêt. De ce fait, ils attendent d'être vraiment mal en point avant d'utiliser les services :

Ça faisait une couple de jours que je [ne] dormais pas pis je pleurais tout le temps. J'allais pas bien en dedans. Pis un moment donné, avec la consommation pis à force de rester tout seul dans la rue, ben c'est ça que ça fait, je me suis retrouvé à l'hôpital, là, c'était trop, en psychose toxique pis en dépression émotionnelle. (Joe, 28 ans).

J'ai fait deux tentatives de suicide en un an. J'ai déjà pris 75 benzodiazépines en une soirée, 75 rivotrils 1mg. Je [ne] sais même pas pourquoi je ne suis pas mort. Dans le fond je [ne] voulais pas mourir. En tout cas pas consciemment. Je voulais juste arrêter de sentir toute, toute, toute. Je voulais dormir pendant 4 jours. Pis la dernière, j'ai failli mourir. J'avais pris 30 séroquels 300 mg d'un coup. Parce que j'ai perdu ma blonde avec qui je restais. Elle m'a foutu à la porte. Là j'ai mis tout mon linge dans une pile, pis j'ai essayé de mettre le feu dedans. Après, j'me souvenais pus de rien. Je me suis ramassé à l'hôpital. Ils m'ont gardé 4 jours aussi à l'urgence de Douglas. (Stéphane, 28 ans).

4.1.2 Logique marchande

Depuis quelques décennies, la montée du néolibéralisme et de ses politiques socio-économiques axées sur la recherche du profit, revendications imposées par les géants financiers de ce monde, a eu pour effet de durcir les restrictions en matière de service public, de désinvestir des projets sociaux dont surtout ceux de l'éducation et de la santé (Bibeau, 2008). Ce dépérissement des structures publiques qui assurent des services de base à la communauté laisse des conséquences considérables sur l'individu qui est de plus en plus appelé à gérer seul ses difficultés à fonctionner. L'écart entre les inégalités sociales et de santé ne peut que continuellement s'accroître dans un tel contexte de distribution inégale des ressources au sein de la société.

Le système médical, également dominé par ces impératifs économiques, renvoie la logique du soin à une évaluation en coût et bénéfice : on recherche en priorité l'efficacité et la rapidité en vue de la guérison (Fassin, 1996). Dans les hôpitaux, où le temps est souvent régi par la notion d'urgence, on favorise les traitements qui s'exécutent rapidement. Pour soigner les problèmes de santé mentale, les thérapies par la parole, gourmandes en temps, sont dévalorisées comparativement aux médicaments qui n'exigent que quelques minutes à prescrire. Ce phénomène s'illustre clairement parmi les 12 jeunes adultes participants à cette étude puisqu'au moment des entretiens cinq d'entre eux étaient sous médication pour soigner un problème de santé mentale et aucun ne se trouvait engagé dans un processus de psychothérapie.

Dans une société axée sur la recherche du profit, ceci ouvre la porte à une certaine dérive pharmaceutique qui, sous couvert de médicalisation, risque de pathologiser à outrance des réactions émotives et des comportements dérangeants en faisant peu de cas des facteurs sociaux pouvant les engendrer (St-Onge, 2013). En ce sens, le DSM peut apparaître comme un instrument pour faire rentrer dans la norme ceux qui seraient jugés déviants, tel un dispositif de normalisation des conduites, dans une société orientée vers la rentabilité économique, où l'individu se doit d'être performant et productif.

Par ailleurs, il est difficile, en parlant du DSM, de passer sous silence les liens de plus en plus dénoncés entre les milieux psychiatrique et pharmaceutique. Une étude publiée dans la revue *Public Library of Science Medicine* révèle que 69% des 141 experts qui travaillent à la révision du manuel entretiennent des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique (Ioannidis, 2005). Il devient légitime de se questionner sur le nombre des troubles mentaux répertoriés dans le DSM, qui en six décennies est passé de 60 à plus de 400. Certes, ce manuel demeure un outil pertinent. Il permet aux chercheurs, aux cliniciens et aux compagnies d'assurance de parler le même langage lorsqu'ils formulent un diagnostic, administrent un traitement, font de la recherche ou discutent de problèmes de santé mentale. Il ne s'agit pas ici de s'inscrire dans le courant antipsychiatrique³², mais bien de partager des inquiétudes.

³² Le mouvement antipsychiatrique, débutant autour de 1960, remet en cause la notion de maladie mentale et la

Prétendre que le régime canadien de l'assurance maladie assure le droit pour tous de se faire soigner gratuitement, alors que les services de psychologie sont si difficilement accessibles et que le nombre de psychologues³³ est insuffisant, est un leurre. Selon la sociologue Amélie Quesnel-Vallée (2008), notre système de santé n'est public qu'en partie, puisque la santé mentale et les psychothérapies ne sont couvertes que par les assurances privées. Les personnes qui en ont les moyens peuvent consulter un psychologue très rapidement³⁴. Pour les autres, ceux moins fortunés ou qui ne bénéficient pas d'un régime d'assurance, comme les jeunes adultes en difficulté, c'est l'attente à coup sûr. Pour preuve, les listes d'attente pour obtenir une simple consultation vont de quelques mois à plus d'un an (*ibid.*). Conséquemment, bien que les besoins soient pressants et nombreux en santé mentale, l'accès aux services dans le réseau public est très limité.

Facteur aggravant, la prise en charge par le réseau public et l'accès à certains autres services psychosociaux sont parfois conditionnels à l'établissement d'un ou même plusieurs diagnostics psychologiques :

The CLSC referred me. They said that they were gonna have a anxiety group. So, I filled up the papers for that. They told me it has a waiting list and they told me I would also be accepted and then I got a letter in the mails saying that I wasn't accepted. So my intervenante called to find out why and they said that the group was more for people that was also in a depression at the time. And since I was almost out of my depression and it was only my anxiety that they didn't accept me. (Sarah, 24 ans).

discipline de la psychiatrie traditionnelle décriée comme un instrument de normalisation au service de sociétés conformistes.

³³ Dans la province du Québec, faute d'offrir des conditions de travail satisfaisantes à ses psychologues (en les rétribuant deux fois moins que ne le fait l'Ontario, en ne rémunérant pas les actes qui leur sont réservés, en ne reconnaissant pas la valeur de leur expertise), le réseau public se prive de l'expertise de certaines de psychologues, en entretenant le problème de recrutement des psychologues dans le réseau public. À l'heure actuelle, il manque 240 psychologues dans le réseau public de la santé et des services sociaux, qui en compte 2000. Et selon un document de travail du ministère, il en manquera 400 en 2013-2014. - Journal *Le Soleil* du 10 octobre 2011 : « La psychologie à deux vitesses ».

³⁴ Le Québec compte au total quelque 8000 psychologues si l'on inclut la pratique privée.

Aussi, lorsqu'une psychothérapie est finalement accessible, le nombre de visites autorisées est établi à l'avance, et généralement limité à 10 rencontres, sachant que certaines difficultés ne peuvent être surmontées en ces quelques rencontres. De sorte qu'on observe la disparition de l'accès aux thérapies à long terme (1 an minimum) qui ont pourtant fait preuve d'efficacité thérapeutique (Leichsenring et Rabung, 2008; Sandell *et al.*, 2000).

Le philosophe et théoricien de la justice, John Rawls, n'admettait pas que la recherche du profit soit préférée à la justice sociale. Dans un souci de concevoir un système politique qui traite chacun équitablement, il élabore, en 1971, une théorie de la justice sociale qu'il fait reposer sur deux principes. Le premier est celui d'égalité de liberté qui assure un droit égal pour tous au système de liberté de base, tant qu'il n'empiète pas sur la liberté d'autrui. Et le second, le principe de différence qui admet les inégalités justes et exige de donner plus à ceux qui ont moins sur le plan social et économique. Donc, selon Rawls, être égalitaire ne veut pas nécessairement dire répartir équitablement. Certaines parties ont besoin de plus pour parvenir à un même niveau de base acceptable concernant l'égalité des chances. Ce principe appliqué aux jeunes adultes en difficulté serait de leur fournir plus de soins, au niveau physique et psychologique, pour qu'ils puissent s'en sortir et parvenir au même pied d'égalité que les autres jeunes concernant les chances d'occuper n'importe quelles fonctions ou positions dans la société.

L'important de ce point de vue est que personne ne soit pénalisé pour une situation sociale (milieu de naissance) ou génétique. En effet, il est injuste qu'une personne voulant travailler soit pénalisée dans la compétition pour cette ressource pas disponible pour tout le monde, que constitue un emploi, pour avoir été malchanceuse dans la loterie génétique ou sociale. Les jeunes adultes en difficulté, pour la plupart victime de sévices (violence physique, violence psychologique, négligence, abandon) à l'enfance, souffrent considérablement plus de détresse psychologique que les jeunes n'ayant pas subi ces agressions. Malgré l'évidence de cette plus grande détresse psychologique, on constate que les jeunes adultes en difficulté n'ont pas accès aux soins de santé mentale dans une mesure beaucoup plus grande que les personnes sans antécédents de sévices (Bowls *et al.*, 2003). Ce n'est là qu'un exemple d'iniquité sociale

dans l'accès à des services de santé mentale qu'une société comme le Québec devrait être en mesure d'offrir à tous ses jeunes.

Les gouvernements ne sont pas assez sensibles à ce qu'ils perdent lorsqu'ils restreignent l'accès aux psychothérapies à ceux qui en ont besoin. Les conséquences sont de taille, non seulement pour la personne qui souffre, mais aussi pour la société dans son ensemble. Les services que nécessiteront par exemple les jeunes adultes en difficulté en grandissant seront beaucoup plus lourds et au bout du compte, la facture sera plus élevée pour l'État (*ibid.*). Indirectement, nous sommes tous touchés du fait que les jeunes adultes en difficulté n'ayant pas reçu une aide psychologique suffisante pourraient être incapables de donner toute leur mesure en matière de rendement scolaire, d'employabilité et de productivité. Sous forme très directe, l'ensemble de la société paye les coûts des services médicaux, des bureaux d'aide sociale, des services de police et des palais de justice et des pénitenciers. Ce qui réduit directement la productivité de la nation et, par conséquent, les recettes publiques, ce qui touche chacun des citoyens en réduisant la productivité et la compétitivité canadiennes sur la scène internationale.

4.1.3 Tendances à la psychologisation

Les critiques formulées à propos de la perspective biomédicale sont nombreuses à l'endroit de sa propension à individualiser les problèmes que la société produit elle-même (Kleinman, 1997; Foucault, 1972). Rendre responsable l'individu en raison de son état mental ou des représentations qu'il entretient individualise les problèmes de santé mentale et les dépolitise. La société se dispense ainsi d'examiner comment elle peut, collectivement, contribuer malgré elle à la production de ces problèmes, limitant du coup les initiatives de transformation sociale qui pourraient grandement améliorer la santé et le bien-être de tous.

Les tensions psychologiques vécues de façon individuelle incluent généralement une part des tensions socioculturelles (Corin *et al.*, 1990). Plusieurs sociétés primitives avaient

compris ce phénomène et donnaient une signification sociale à la folie ou ce qu'on appelle aujourd'hui les troubles de santé mentale. Ils l'interprétaient comme un message des dieux indiquant une faute collective qu'il fallait identifier et réparer (Wallot, 1998). Aujourd'hui la tendance est la psychologisation, l'individu est désigné responsable de son état physique et psychologique, en faisant l'impasse sur son contexte socioculturel. Par conséquent, beaucoup ne comprennent pas que ce qu'ils vivent puisse avoir des origines collectives : *Ceux qui disent que c'est difficile c'est qu'ils n'ont pas de volonté. Moi dans ma tête c'est de même. Quand je veux une chose, je le décide pis c'est ça (rire). Je prends mes décisions pis je les assume.* (Fred, 23 ans).

Cela s'inscrit dans la grille de lecture de la pensée positive « si on veut, on peut », du discours néolibéraliste selon lequel la liberté garantit l'égalité, limitant la reconnaissance d'inégalité structurelle persistante et faisant de l'initiative et de la persévérance personnelles l'unique clé de son succès social (Bibeau, 2008). Bien que la volonté joue un rôle important dans le fait de réussir sa vie, cela n'en dépend pas strictement. La société a le pouvoir de tirer ses gens vers le haut ou vers le bas. Autrement dit, la société a le rôle de soutenir les individus qui sont limités dans leur capacité de résilience (Bibeau, 2008). Faire l'impasse sur cette fonction de la culture, c'est faire croire à l'individu qu'il est le seul responsable de son malheur à cause de l'insuffisance de son intelligence, de ses capacités, ou de ses efforts. Ainsi, au lieu de se révolter contre l'environnement dans lequel il s'insère, l'individu s'autodévalue, et culpabilise, engendrant un état dépressif dont l'un des effets délétères est l'inhibition de l'action :

J'étais chez ma mère en train de jouer à l'ordinateur 16 heures par jour. J'ai passé deux ans à faire juste ça. J'avais honte parce que j'avais pas fini mon école. J'avais raté mes années d'études. J'avais regardé mes chums qui étaient rendus au CEGEP, pis à l'Université. Pis moé, j'étais encore chez ma mère à ne rien faire. Chaque jour c'était la même affaire. Je me refermais en moi-même un peu plus chaque jour pis je faisais de l'ordinateur. (Pascal, 23 ans).

L'absence de sensibilité au vécu des jeunes adultes en difficulté se manifeste par ailleurs dans le fait que des professionnels de la santé minimisent à tort l'ampleur de leur

problématique souvent concomitante à la présomption que leurs besoins sont exactement les mêmes que ceux des autres jeunes plus favorisés par leur contexte social. Or, cela peut mener à des erreurs et à des manquements éthiques sérieux. En interprétant leur expérience de détresse psychologique comme une simple question de déséquilibre neuronal ou de comportements inadéquats, on passe sous silence la violence sociale qu'ils subissent et, involontairement, on les rend responsables laissant entendre qu'ils détiennent l'entière responsabilité de leur situation. Pourtant, la santé mentale des jeunes adultes en difficulté n'est pas sans rapport avec les conditions de vie dans lesquelles ils se trouvent quotidiennement. Plus on écoute l'histoire de vie de ces jeunes adultes en difficulté et leur propre compréhension de leur vécu, plus on relativise les jugements de valeur portés sur eux et sur leurs actes.

Toutefois, la discrimination sociale est tenace à l'endroit des gens qui souffrent d'un problème de santé mentale. Malgré le discours psychiatrique qui martèle avec une vivacité préoccupante que les troubles de santé mentale sont bel et bien des maladies, les doutes continuent de subsister quant à la nature et la source mêmes de celles-ci. Par exemple la dépression, est-ce vraiment une maladie? N'est-elle pas le résultat d'un laisser-aller dont la personne n'arrive pas à se dégager? *Que les gens apprennent qu'une dépression c'est une maladie. Il y en a on dirait qu'ils se disent que c'est parce que t'es paresseux. C'est complètement imbécile.* (Stéphane, 28 ans).

Dans le réseau de la santé, dans le regard des autres, mais aussi en soi, la souffrance et le déni sont le lot quotidien de ceux aux prises avec une maladie mentale. De sorte qu'ils hésitent à parler de leur problème de santé mentale qui les afflige et à demander des soins de peur d'être stigmatisés. Une réalité difficile à admettre et comme il arrive trop souvent, il faut en arriver à un point extrême pour que l'aide survienne :

En ayant été là [à l'urgence psychiatrique pour psychose toxique], quand j'ai appris [son diagnostic de TPL], écoute, ça m'a fait les pires choses. Mais là, tu revires ça de bord, tu lis, tu comprends. Pis là, un moment donné, il faut que tu en reviennes. Je pense que ça m'a pris un mois pour m'admettre qu'OK, là, j'ai un problème de santé mentale, mais ça [ne] veut pas dire que je suis fou. (Joe, 28 ans).

Depuis quelques années un travail de démystification s'effectue en insistant sur l'importance d'éliminer les tabous parce qu'il nous faut créer une société plus inclusive dans laquelle un problème de santé mentale sera considéré sans préjugés et avec la même diligence et attention qu'un problème de santé physique telle qu'une tumeur cancéreuse. Le gouvernement du Québec a récemment acheté du temps publicitaire pour diffuser un message qui soutient que la dépression est une vraie maladie, tout comme le cancer, pour que le public comprenne qu'il s'agit d'une « vraie » maladie. En 2013, pourquoi le besoin se fait-il encore sentir de produire et diffuser un tel message? Officiellement, c'est surtout pour faire tomber les tabous, peut-être qu'ainsi la société cessera de juger et d'ostraciser les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Subtilement, le message induit la croyance que si une personne est « vraiment » malade, elle souffre donc d'un mal dont personne n'est responsable.

Les préjugés négatifs à l'endroit de la santé mentale sont plus complexes qu'il n'en paraît au premier abord. Il ne faut pas oublier que la dimension idéologique est nécessaire à l'ancrage d'affect positif ou négatif envers un objet (Laplantine, 1986). Dans ce cas-ci, l'hégémonie du positivisme est à la base de la croyance en la supériorité intrinsèque d'une forme de maladie, en l'occurrence physique, et ainsi en son droit à dominer. Nous en sommes ici non pas à un mécanisme psychologique de peur engendré par l'ignorance à l'endroit de certaines maladies, mais bien à une hiérarchisation des formes de maladies.

En laissant intactes les structures et les idéologies légitimant l'infériorisation des problèmes de santé mentale, on donne prise à la légitimisation des comportements de discrimination et de complaisance à leur endroit (Kleinman, 1997). Ainsi les problèmes de peur et d'ignorance à propos des maladies mentales doivent être dépassés dans les stratégies d'intervention pour inclure aussi les processus de stigmatisation parfois rationnels et subtils. De sorte d'éviter la situation que nul ne rejette les personnes aux prises avec un problème de santé mentale, mais qu'aucun ne trouve choquant qu'ils ne jouissent pas de la même accessibilité aux soins de santé mentale que celle accordée pour les soins de santé physique.

Ainsi, se concentrer uniquement sur l'acte thérapeutique de contrer les tabous des maladies mentales pour venir à bout de cette peur ou des préjugés négatifs en son égard, en

faisant abstraction de ce qui les nourrit, c'est-à-dire du cadre culturel et des gestes quotidiens de ses institutions signant l'infériorité des personnes aux prises avec une maladie mentale, on en fait une fatalité devant laquelle l'intervention de démystification ne peut être qu'un éternel recommencement de génération en génération.

4.2 Quelques pistes de solution

Il est essentiel de prendre en compte les préoccupations des jeunes adultes en difficulté pour repenser les cadres de pratiques de façon à mieux les rejoindre et mieux répondre à leurs besoins. Les solutions proposées par les jeunes participants à l'étude sont davantage dirigées vers la sensibilisation et l'éducation. Car, selon eux, si les jeunes hésitent à consulter, c'est bien parce que les maladies mentales sont encore trop souvent stigmatisées au sein de la population en général. Effectivement, selon l'institut de santé publique du Québec, les préjugés incitent près de la moitié des personnes atteintes de maladies mentales à ne pas chercher l'aide dont elles ont besoin et plusieurs d'entre elles ne mentionnent pas leur maladie à leur entourage immédiat, de peur d'être jugées (Lesage *et al.*, 2006). *Il faut en parler, faire des émissions à la télé pour que les gens arrêtent d'avoir peur de ceux qui ont des problèmes de santé mentale. Si les gens [n']en parlent pas, il [n']y a rien qui va changer.* (Joe, 28 ans).

Ils suggèrent que des activités de prévention leur soient dédiées et soient ciblées sur les problématiques en santé mentale les plus susceptibles de les atteindre. Ils voudraient recevoir des informations sur l'évolution de ces maladies mentales, les conséquences, les traitements, la médication et ses effets secondaires. Ils demandent que ces informations soient concrètes, vulgarisées pour qu'ils comprennent et soient moins inquiets. Ils demandent aussi à être mieux informés sur les ressources disponibles, gratuites ou à prix modique. Plusieurs jeunes adultes ont démontré un problème de confiance avec la psychiatrie et aimeraient plus d'information sur les traitements alternatifs ou complémentaires comme les différentes psychothérapies, l'art thérapie, etc.

Ils remarquent qu'ils n'ont pas beaucoup de ressources pour les aider dans leur détresse psychologique et sont souvent confrontés à des listes d'attente imposant des délais parfois très longs avant de recevoir les soins dont ils auraient besoin. Ce constat les mène à proposer une quantité plus élevée de professionnels; psychiatres, psychologues, thérapeutes, intervenants ou pairs-aidants, qui leur sont spécifiquement dédiés et qui connaissent la réalité à laquelle ils sont confrontés :

Plus de psychologues dans les CLSC parce qu'y a des files d'attente de je [ne] sais pas combien de semaines. Tu [ne] veux pas attendre un mois avant d'avoir ta première rencontre parce que c'est là que tu [ne] files pas. (Oscar, 20 ans).

I definitely think that we need more professional to help people. We're a province where we're quite lucky with the help we have here. But I still think we need more center like here [Auberge du coeur] because there's always waiting list and it's sometimes very hard to find one. [...] also school that's one place where we've missing a lot of educators and stuff like that. (Sarah, 24 ans).

[...] plus de monde pour parler; tsé, comme admettons les travailleurs de rue, des affaires de mêmes. C'est ça que les jeunes veulent dans le fond, juste se faire écouter pis quelqu'un avec qui parler. (Josée, 18 ans).

L'attitude des professionnels de la santé est très importante pour eux. Ils aimeraient que les établissements et les professionnels en général leur réservent un meilleur accueil, que les médecins soient plus sensibilisés à leurs réalités, qu'ils prennent plus leur temps, qu'ils soient plus attentionnés. Stéphane déplore le système de boîte vocale pour rejoindre son psychiatre : *[...] que ce soit plus accessible, plus facile de parler à une vraie personne. Au moins une secrétaire, là tsé, qui puisse prendre des rendez-vous pis tout ça.*

Je pense que c'est important d'être attentif, surtout quand quelqu'un vient de la rue, la santé mentale est plus affectée qu'ailleurs. Pis il y a les gens qui ne sont pas capables de parler de leurs problèmes. Les docteurs devraient le voir ça. Imagines-tu l'autre qui entend des voix pis qui [ne] veut pas te le dire? Faque, oui il faut qu'ils prennent le temps et ça prend du monde qualifié. (Joe, 28 ans).

En fait, la moitié des jeunes adultes interviewés projette de travailler plus tard auprès des jeunes en difficulté. Ils considèrent être les mieux placés pour les comprendre. Ils espèrent un jour vaincre leurs difficultés et pouvoir se positionner en modèle positif pour leurs pairs. *I'm hoping to work with children in difficulty. I think it's possible to help people even if you don't have a degree. It's maybe easier when you can understand where they come from and the way they may think or the way they may reacting cause of something.* (Sarah, 24 ans). Un désir de reconnaître un savoir et une compétence particulière à leur expérience personnelle qui les aide à progresser dans leur revendication identitaire, définie comme marginale, et à s'appropriier des stratégies qui visent à établir autrement les rapports d'intervention :

Je vais sûrement être un intervenant ou travailler à ce niveau-là, quelque chose ou je pourrai partager mon expérience tout en étant un citoyen. Parce que je peux amener un autre point de vue au jeune ou à la personne en difficulté, qu'un intervenant ne peut pas apporter. Ça ne fait pas de lui qu'il est moins bon ou qu'il n'a pas de connaissance. C'est juste qu'il ne peut pas comprendre comment on se sent dans un moment comme ça parce qu'il ne l'a pas vécu. (Joe, 28 ans).

Ce qui implique de voir du positif dans leurs expériences normalement dévalorisées par la société. Plusieurs trouvent une valorisation dans leur capacité à surmonter des difficultés.

[...] mais la rue m'a apporté beaucoup de choses. Tsé, pour un gars de 27 ans là, j'ai beaucoup de savoirs et de connaissances par rapport à des choses vécues en un court laps de temps. J'ai rencontré dernièrement un conseiller à l'emploi qui a refait mon CV, pis il m'a dit après l'entrevue « j'ai rarement vu quelqu'un comme toi, moi, j'ai un bac en psychologie, mais toi aussi tu en as un, la seule différence c'est que tu n'es pas allé le faire à l'école. » (Joe, 28 ans).

Il est aussi important pour eux de pouvoir établir un lien de confiance régulier avec un thérapeute qui connaît bien leur situation. Souvent blessés et trahis, ils ont besoin d'être rassurés que l'investissement affectif exigé pour bâtir l'alliance thérapeutique sera maintenu dans le temps. Certains soulignent que réapprendre à faire confiance exige parfois de mettre à l'épreuve la relation :

Definitely I don't think it's something that can happen in one day. We need to build the trust with the person. They need to understand that sometimes we

maybe mean, we maybe say a lot of bad things but it's not necessarily towards them. It because of we're in a difficult situation, we may be mad of everything around us. (Sarah, 24 ans).

Ils aimeraient aussi que la société soit sensibilisée à leurs réalités : *Je me suis sentie beaucoup jugée. Les gens pensent que quand t'es majeur tu devrais être capable de prendre tes responsabilités, pis tsé, avancer toute seule, mais c'est pas toujours facile. Tout dépendant de l'environnement où t'as vécu. (Floriane, 21 ans). Un discours unanime parmi les répondants : Pis j'aimerais ça que le monde arrête de juger juste par ce qu'ils voient. C'est ça qui me mettait en câlce quand j'étais dans la rue. (Roger, 29 ans). Les jeunes de la rue, je trouve ça un peu niaiseux le monde qui disent ça parce que ça [ne] veut pas dire qu'on fait pitié, c'est juste qu'on a besoin d'aide. Si tu t'es ramassé là, c'est parce qu'il est arrivé quelque chose. (Josée, 18 ans). I feel the society puts a lot of negative thoughts on young people today. I feel sometimes is difficult to take our place. (Sarah, 24 ans).*

Si le monde [n']est pas vraiment informé, c'est sûr que pour eux ça va être une mauvaise chose. Il faut qu'ils soient plus informés pour comprendre qu'est-ce que c'est vraiment. S'il pouvait y avoir une radio où on pourrait parler des jeunes qui ont besoin d'aide. On pourrait poser la question aux gens de ce qu'ils en pensent, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour les aider. Des genres de débat comme ça. (Myriam, 20 ans).

Ils suggèrent, à titre préventif, plus de sensibilisation pour favoriser l'acceptation des différences dans les écoles :

Tsé quelqu'un qui est différent, surtout au secondaire, c'est la pire des choses. Tout le monde va rire. C'est l'intimidation, le rejet, l'abandon. Je pense que c'est juste l'ignorance parce que, tsé, c'est facile de juger les gens quand tu [ne] connais pas. Je pense que c'est vraiment au niveau de l'éducation que les choses vont pouvoir changer parce que c'est là, à la base, que ça commence. Je pense qu'il devrait avoir plus de visites du monde qui vienne dans les classes pour parler de leur vécu là. L'enseignement devrait être basé plus sur le social que sur les maths. On devrait sensibiliser dans les écoles à être vraiment ce que tu veux être. Arrêter genre de vivre dans les règles. Tsé pourquoi pas la liberté totale genre d'être qui tu veux, de ressembler à qui tu veux, de dire ce que tu veux, d'aimer qui tu veux, tant que ça [ne] brime pas personne. (Oscar, 20 ans).

Au niveau des changements individuels, reliés à leurs propres comportements ou attitudes, peu de solutions ont été mentionnées pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale. Ils relèvent que c'est une question de motivation personnelle : *Des fois, tu veux aider, mais si la personne [ne] veut pas s'aider, tu [ne] peux pas rien faire.* (Josée, 18 ans). Tu dois d'abord le vouloir et prendre les moyens appropriés pour t'en sortir. *Une personne qui a de la volonté c'est une décision qu'elle prend. Tu [ne] peux pas donner à quelqu'un de la volonté, pour qu'il en aille, [il] faut qu'il décide d'en avoir.* (Fred, 23 ans).

4.2.1 Aspect relationnel

La médecine s'engagera éventuellement dans les méandres de la complexité, en réintégrant pleinement le sujet dans la démarche de soins, comme cela a d'ailleurs commencé à se faire (Olesen, 2003). Mais sans doute faudrait-il pour cela que les valeurs rationnelles et objectives propres au parti pris positiviste du monde hospitalier soient efficacement contrebalancées par une véritable émergence du relationnel comme catégorie de la connaissance. Une pratique de soin à l'encontre des habitudes de la perspective positiviste, comme le propose, par exemple, la politique du care, requiert des méthodes et une épistémologie radicalement différentes. L'enjeu se situe principalement dans la place accordée aux patients en intégrant leur parole et leur expérience de la souffrance qui peuvent être très significatives pour le soignant (Gilligan, 2008). Prendre en charge le point de vue des patients consiste à prendre au sérieux leurs expressions subjectives, aussi aberrantes puissent-elles apparaître par rapport à l'idéologie propre aux professionnels soignants. Pour les anthropologues, l'expérience subjective est considérée comme une notion-clé, médiatrice entre la culture et les problèmes de santé (Bibeau, 1990).

La pratique du care implique aussi une sollicitude authentique envers l'autre et à son vécu de souffrance (Gilligan, 2008). Considérer quelqu'un comme une personne, c'est encore pouvoir être touché par elle et ressentir des émotions à son sujet. Ce souci de l'autre peut être perçu dans l'attitude physique même des professionnels et s'exprime différemment selon les

individus. Cette éducation à la sensibilité dans la relation soignant-soigné est habituellement laissée en friche, alors qu'elle a des effets déterminants : *Tu le vois dans ses yeux qu'il s'inquiète pour toi. C'est ça qui fait que je suis plus vers lui que les autres intervenants.* (Luc, 23 ans). Les jeunes adultes en difficulté ont besoin de la reconnaissance du caractère dramatique et douloureux lié à leur situation pour éviter qu'ils banalisent eux-mêmes leurs affects :

J'ai pleuré. J'ai craqué. J'étais pas capable. J'ai été dans un centre de crise. Je suis resté là une fin de semaine. Faque j'ai rencontré la psychologue. C'est là que je me suis rendu compte que le problème était pas aussi énorme que ça. C'est là que j'ai commencé à avoir honte de ce que j'avais fait [tentative de suicide]. (Pascal, 23 ans).

Par contre, tout au long des entretiens, le thème de l'espoir est demeuré très présent dans le discours des jeunes adultes. La ténacité avec laquelle ils cherchent, malgré leur vécu difficile, et trouvent matière à espérer est remarquable. Même lorsqu'une trop grande détresse les empêche de puiser suffisamment d'espoir à l'intérieur d'eux-mêmes, ils la réclament dans le regard de l'autre : *Mon intervenant voit beaucoup de positifs en moi pis y pense que je suis capable d'y arriver. Tu vois, ils croient en moi eux autres ici, ça veut dire que je suis capable.* (Luc, 23 ans). De même pour Floriane : *Mon intervenante m'ouvre les yeux sur beaucoup de choses, pis elle me permet d'avancer. C'est elle qui m'a dit « t'es capable, t'es belle t'es intelligente, fonce, pis tsé, lâche pas ». Juste le fait qu'elle croit en moi, je pense que ça m'a aidée énormément.*

Tous les participants reconnaissent les bienfaits de mettre des mots sur ce qu'ils vivent intérieurement, peu importe la façon de s'y prendre, comme pour Sarah : *I write a lot in my journal when I'm not well.* Et surtout de pouvoir en parler et d'être écouté sans jugement :

Il faut vraiment que je voie mes problèmes avec quelqu'un. Présentement je [ne] peux pas régler ça tout de seul. C'est presque impossible parce que je [ne] vois pas les problèmes que j'ai. C'est comme supposons panser une plaie dans mon dos quand je [ne] sais même pas où elle est. Je peux y aller à l'aveuglette, essayer de voir qu'est-ce que c'est, mais je [ne] toucherai jamais le gros du problème. Il faut vraiment que j'en parle avec quelqu'un. (Pascal, 23 ans).

Leur réseau de soutien social est, par contre, souvent très précaire. L'avantage qu'ils ont d'utiliser les services d'une Auberge du cœur, c'est d'avoir accès au soutien des intervenants : *Parce que des fois c'est bon d'en parler avec tes amis, mais y a des affaires que ça [ne] te tente pas de leur parler parce qu'ils peuvent avoir des préjugés ou tu [ne] sais jamais comment ils vont réagir*, explique Josée qui poursuit en décrivant son rapport avec son intervenant : *C'est un accompagnement. C'est une béquille qui me permet d'avancer. C'est une béquille, mais c'est une sécurité aussi. Dans le fond, il me permet de me reconstruire un peu.* Pour certains ce fut même un apprentissage : *J'en demandais des rencontres individuelles avec mon intervenante. Je parlais, j'extériorisais. Parce que dans d'autres thérapies ils m'ont dit « parle au lieu de crier, parle, on va t'aider. » Faque, je parlais. Je le disais ce que j'avais à dire. Je le sortais. Ça, m'a beaucoup aidé.* (Roger, 29 ans).

Toutefois, la reconnaissance de la parole du patient représente, par rapport à la culture hospitalière, un tournant d'une telle envergure qu'il ne peut se faire que progressivement dans l'ensemble du système de santé (Olesen, 2003). Le milieu communautaire représente mieux cette pratique relationnelle des soins et, malgré que leurs services soient réellement appréciés par les usagés, il peine à se faire reconnaître en tant que partenaire sérieux par le secteur public. Ce constat se reflète aussi dans les inégalités de la répartition budgétaire pour la santé. Les médecins gagnent facilement de deux à trois fois les salaires des travailleurs du secteur communautaire, ce qui en dit long sur leur reconnaissance respective (Jetté, 2008).

Pour parvenir à réunir ces deux facettes du soin, l'objectivité et le relationnel, un rapprochement entre les facultés de philosophie et de médecine serait souhaitable (Mol, 2009). Déjà de premiers pas sont fait en ce sens, puisque la Faculté de médecine de l'Université de Montréal est en train d'élaborer un nouveau programme qui place l'humanisme au cœur de la pratique, et sera mis en place au fur et à mesure de l'arrivée de nouvelles cohortes³⁵. Ce qui à long terme devrait modifier la préséance que le parti pris positiviste détient actuellement dans les établissements de soin. Ce qu'il faut, nous dit le philosophe Gadamer (1998), c'est de

³⁵ Journal *Le Devoir*, 19 mai 2012 « Gadamer et les soins - De l'importance du dialogue dans le soin humain. Un nouveau programme universitaire mettra l'humanisme au cœur de la pratique. »

trouver la juste distance entre une trop grande proximité, qui serait celle de la compassion, voire de l'empathie, et une distance trop grande, où l'autre serait objectivé, où on ne verrait plus que son corps. Selon Gadamer toujours : « Cette juste mesure ne se trouve que dans le dialogue, où il s'agit de faire valoir la parole de l'autre et d'essayer, grâce à un échange, de s'entendre sur ce qu'il appelle la chose même, qui serait ici le rétablissement. » (1998 : 54).

4.2.2 Argument financier

Les logiques actuelles (positiviste, marchande et psychologisante) qui sous-tendent les manières de soigner ont des conséquences budgétaires qui peuvent être très lourdes pour la société (Bowlus, 2003). Il existe un énorme déséquilibre dans les sommes que la société alloue pour les soins de santé mentale et les coûts des conséquences à long terme que les problèmes de santé mentale engendrent eux-mêmes (*ibid.*). Des études d'évaluation des coûts pourraient constituer un moyen puissant de sensibiliser le public et de convaincre les politiciens que le temps est venu de s'attaquer à ce problème et à appuyer les programmes et les politiques qui ont pour but de traiter les causes plutôt que les conséquences des problèmes de santé mentale.

Le fait que les jeunes adultes en difficulté n'ont pas accès aux soins de santé mentale dans une mesure beaucoup plus grande que les autres jeunes adultes qui ont été plus favorisés par leur contexte social démontre bien la mauvaise compréhension que l'État détient de cette problématique. Les besoins non satisfaits à long terme, en matière de santé mentale, peuvent mener à un niveau inférieur d'instruction, et donc à gagner moins bien sa vie, ainsi qu'avoir une incidence sur la productivité d'une personne au travail ou même sur sa capacité de maintenir son emploi (*ibid.*). Les capacités réduites d'une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale réduisent donc directement la productivité de la nation et, par conséquent, les recettes publiques, ce qui touche chacun des citoyens en réduisant la productivité et la compétitivité canadiennes sur la scène internationale.

Cela devrait en soi être une raison suffisante pour pousser les Canadiens à prêter

attention à ce problème. Même un investissement légèrement accru dans les programmes efficaces de prévention et de traitement pourrait considérablement bénéficier à la société. Ce qui serait non seulement une nécessité morale pour la société canadienne, mais aussi une saine politique financière qui profiterait directement à chacun des citoyens.

Idéalement il faudrait que les services de soins psychologiques soient remboursés. Et pourquoi pas, ces services ne sont pas un luxe s'ils permettent d'économiser à long terme de coûteux frais de toutes sortes à la nation. La Grande-Bretagne a démontré par des études nationales que la psychothérapie avait plus d'effet bénéfique à long terme que les médicaments (Cummings, 1977; Scott, 2003). Ces études coût-bénéfice ont convaincu l'État britannique de rembourser les psychothérapies, et ce pays est aujourd'hui un chef de file dans ce domaine. Le Québec pourrait prendre ce type d'initiatives en exemple.

4.2.3 Souffrance sociale

Sans nécessairement proscrire les pratiques de soins actuelles, il convient de les subordonner clairement à un cadre d'analyse rendant compte du caractère politique et économique qui les sous-tend. La perspective biomédicale, imprégnée des logiques positiviste, marchande et psychologisante, limite la reconnaissance ou l'identification des modes d'intervention et de transformation sociale pouvant aider les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Malgré que le concept de souffrance sociale ait apporté cette critique, cette vision biomédicale demeure la plus prégnante dans la littérature scientifique ainsi que dans les sphères des services de santé publique (Bibeau, 2008).

En évitant d'investir le champ politique et économique avec la question de l'accessibilité aux soins, on se dispense ainsi d'examiner comment l'ensemble de la société peut contribuer, collectivement, à stigmatiser les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Il faudrait pour les années à venir s'engager dans une remise en question transversale de l'effet hégémonique des logiques positivistes, marchandes et de leur dérive

psychologisante, de façon à ouvrir la voie aux luttes contre la souffrance sociale au lieu de porter responsables les individus des inégalités structurelles qu'ils subissent (Kleinman, 1997).

Critiquer la vision biomédicale est une première étape déjà réalisée (Kleinman, 1997; Atwood et Davis-Floyd, 2003), mais sensibiliser les professionnels aux réalités, aux enjeux et aux mécanismes de la souffrance sociale est une autre étape qui reste à développer. L'efficacité d'une telle sensibilisation, le développement d'un recul critique à l'endroit de la propension à individualiser les problèmes que la société et ses institutions produisent, est un préalable nécessaire à l'action collective et politique que commandent les initiatives de transformations sociales ainsi que des interventions s'en inspirants.

Lorsqu'on privilégie le concept de souffrance sociale on met l'accent sur l'idée que ce sont les rapports sociaux et les structures qui génèrent et supportent les croyances et les attitudes méprisantes à l'endroit des jeunes adultes en difficulté ou des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. En somme le concept de souffrance sociale, et son potentiel de transformations sociales qu'il sous-tend, partagent la mise en lumière des dimensions idéologique, institutionnelle, politique et structurelle (Kleinman, 1997).

L'iniquité des soins de santé est une affaire politique et économique dont la responsabilité est largement du ressort des gouvernements, bien sûr, mais aussi des collectivités, de leurs choix politiques et des pratiques de leurs institutions (Bibeau et Fortin, 2008). Pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé mentale, tout un travail de critique sociale et de déconstruction de certains mythes et préjugés s'avère nécessaire dans l'ensemble de la société, certes, mais une réflexion doit aussi être menée en tenant compte de problèmes structurels et idéologiques qui ne peuvent être ébranlés que par des volontés politiques.

En creusant en profondeur la question de l'accessibilité aux soins de santé mentale, on constate au final que ce n'est pas tant des institutions ou des jeunes adultes eux-mêmes que proviennent les principales formes de barrières à l'accès qu'ils rencontrent, mais plutôt les normes et les valeurs dominantes dans la culture qui influencent implicitement les manières

d'offrir des soins et de recourir à ceux-ci. La souffrance que portent en eux ces jeunes adultes semble alors destinée à mettre en scène et à réactiver l'impasse qui soutient l'édifice médico-hospitalier, illustrant la violence dans cette façon de soigner qui demeure encore, malgré toutes les critiques formulées : la guérison des corps en dehors d'une véritable prise en charge de l'histoire des personnes et du contexte social dans lequel elles s'insèrent. Le système biomédical, imprégné du parti pris positiviste, de la logique marchande et de la tendance à la psychologisation, se trouve déstabilisé par la complexité dans laquelle les jeunes adultes en difficulté se retrouvent. Il est difficile de savoir par où commencer quand c'est toute une vie qui fait mal. En ne reconnaissant pas l'imputabilité des choix faits collectivement, l'indifférence et l'injustice à l'endroit des jeunes adultes en difficulté sont maintenues.

Conclusion

Ce mémoire de maîtrise sur l'accessibilité aux soins de santé mentale chez les jeunes adultes en difficulté de Montréal a permis d'identifier des barrières à l'accès et des logiques sous-jacentes à ces barrières. Bien que la problématique des jeunes adultes en difficulté soit extrêmement complexe, celle de la dispensation des soins de santé mentale l'est tout autant et très peu de recherches, en contexte québécois, ont documenté le lien entre les deux. La présente étude visait donc à mieux comprendre ces phénomènes. De plus, avec une analyse à deux volets complémentaires, identification des barrières et des logiques sous-jacentes, ce mémoire a permis de cerner des facteurs d'influence à plusieurs niveaux, et c'est là une autre de ses particularités. Car la majorité des recherches qui portent sur l'accessibilité aux soins de santé mentale se penchent peu sur les causes profondes.

C'est à partir du discours des jeunes adultes en difficulté concernant leurs expériences de recours aux soins de santé mentale que les barrières à l'accès et les logiques sous-jacentes à ces barrières ont pu être clarifiées. Avec l'approche de l'anthropologie médicale et du concept de souffrance sociale, des aspects culturels, socioéconomiques ainsi que politiques ont pu être dégagés de l'analyse qualitative des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 12 jeunes adultes fréquentant des Auberges du cœur à Montréal. Leurs différentes trajectoires et leurs expériences variées ont aidé à mieux comprendre leurs difficultés et ont permis de faire avancer la réflexion sur des pistes de solutions. Leurs préoccupations par rapport aux questions de santé mentale et les efforts qu'ils font pour la préserver, malgré leurs conditions de vie difficiles, étaient remarquables.

Afin de mieux comprendre comment étaient dispensés les soins de santé mentale et comment apparaissaient les barrières à l'accès, les modèles de Lombrail, Milman et Andersen ont été utilisés. Le modèle Andersen a permis de comprendre que des caractéristiques

personnelles des jeunes adultes en difficulté peuvent influencer l'utilisation des services autant que l'attitude des professionnels avec qui ils interagissent. Le deuxième modèle retenu est celui de Millman, car, en complément du modèle Andersen, il ajoute la dimension qualitative des soins reçus et permet ainsi de cerner plus finement les obstacles que rencontrent les jeunes adultes en difficulté dans leur utilisation des services et soins de santé mentale. Il illustre le fait que certains aspects rendent difficiles la continuité, la coordination et la globalité dans les services. Puis, le modèle Lombrail a permis de comprendre les formes de dispensation des services et la manière dont cela se déroulait, en plus de pouvoir identifier des barrières à l'accès. Puisque même lorsque les jeunes sont admis dans un service, ils peuvent encore expérimenter des barrières à l'accès et celles-ci sont généralement en lien avec leur situation de grande précarité.

La question de l'accessibilité pour les jeunes adultes en difficulté concerne donc, d'abord et avant tout, la question des barrières rencontrées. Les barrières à l'accès sont vécues par les jeunes adultes comme des obstacles qu'ils rencontrent dans leur recours aux soins, les empêchant complètement ou retardant l'accessibilité à un soin de santé mentale, par exemple la référence presque systématique aux listes d'attente dans leur discours. Les barrières à l'accès semblent à première vue provenir autant des institutions (limite d'âge, diagnostic obligatoire, manque de continuité, personnalité ou approche des professionnels incompatible, jugement moral de leur part, etc.) que des jeunes adultes eux-mêmes (instabilité, désorganisation, peur d'être jugé, peur de souffrir, banalisation de leur souffrance, etc.). C'est lorsqu'on cherche les logiques sous-jacentes à ces barrières que l'influence d'enjeux socioculturels apparaît plus clairement.

La mise en commun des informations recueillies par l'analyse qualitative des entretiens a permis de dégager trois logiques sous-jacentes aux barrières à l'accès des soins de santé mentale : le parti pris positiviste, la logique marchande et la tendance à la psychologisation. Le poids de ces logiques se révèle plus que déterminant dans l'émergence des barrières à l'accès. Par exemple, les barrières identifiées comme provenant des jeunes adultes sont, pour la plupart, le résultat de préjugés culturels intériorisés. Les représentations qu'ils se font de la santé mentale sont le résultat d'expériences personnelles (entre autres l'historique de maladie et

de traitement), mais aussi collectives (notamment de repères issus de la culture dominante et de la biomédecine). La problématique de l'accessibilité aux soins de santé mentale chez les jeunes adultes en difficulté, avec les barrières qui en découlent, se trouve alors davantage à prendre son origine dans la culture et ses institutions que dans leur propre refus d'utiliser les services.

Lorsque l'on pose directement la question de l'accessibilité et du recours aux soins de santé mentale, les jeunes adultes interviewés affirment plutôt que le Québec a l'un des meilleurs systèmes de santé. Ainsi, la question des barrières à l'accès n'est pas une priorité pour eux. Pourtant, la revue et l'analyse de leur discours présentée dans cette étude démontrent que plusieurs barrières se dressent devant eux lors de leur recherche de soins de santé mentale. Concernant les barrières individuelles, les jeunes sont portés à prendre sur eux le blâme de la non-utilisation d'un soin, ne percevant pas la situation comme étant des barrières à l'accès, mais plutôt comme un choix personnel ou un manque de volonté. L'idée que la grande précarité, matérielle et affective, dans laquelle ils se retrouvent, et l'expérience de souffrance qui en découle puissent en partie être imputables à la société leur échappe. Ils ont surtout tendance à évoquer des sentiments de honte et de culpabilité de faire partie de ceux qui performant moins bien dans la société. Ils font partie des groupes de la population plus stigmatisés, identifiés comme boucs émissaires, et appelés à porter un poids disproportionné de la responsabilité pour leur état de santé (Massé, 2003).

Tant que cette responsabilité sociale ne sera pas pleinement reconnue, il sera difficile de vraiment changer la situation. L'analyse approfondie des barrières à l'accès s'impose donc pour non seulement en comprendre leurs constructions, mais pour acquérir un certain pouvoir d'agir sur elles. Ce n'est pas, en fin de compte, de l'accessibilité aux soins de santé mentale que la problématique se pose, mais plutôt celle de la place attribuée à la santé mentale dans l'échelle de valeur culturelle. Il y a encore énormément de travail à faire pour que la santé mentale, en lien avec le contexte sociale, soit considérée avec autant de sérieux que les problèmes physiques. Cette étude établit du moins quelques pistes à explorer pour donner à la santé mentale la priorité qu'elle mérite. En lieu de santé mentale, on devrait peut-être parler de soin relationnel puisque c'est de cela qu'il est question en réalité.

À la lumière des résultats obtenus dans cette étude, il est souhaitable que les jeunes adultes en difficulté puissent bénéficier d'un meilleur accès à des traitements de psychothérapie, et pour cela de briser les barrières au financement des traitements, par exemple dans les cabinets de psychologues, de sexologues et même de psychanalystes et non plus seulement dans les CLSC. Un accès à des traitements de psychothérapie de longue durée pourrait changer le cours des choses pour eux. En santé mentale, la majorité des services institutionnels ne proposent pas de services spécifiques aux populations jeunes adultes en difficulté, hormis la Clinique des jeunes de la rue (CLSC des Faubourgs) qui limite ses services aux 25 ans et moins. Donc, passé l'âge de 25 ans l'accès à des traitements reconnus de psychothérapie est grandement limité. Les gouvernements devraient se pencher sur les moyens d'étendre leur aide à ces jeunes qui éprouvent d'importantes difficultés à s'identifier au monde adulte et à s'insérer dans la société. Il est primordial de leur offrir la possibilité de parvenir ou de se maintenir à un niveau de bien-être physique et mental acceptable. C'est le minimum nécessaire pour qu'ils puissent bénéficier des mêmes perspectives d'avenir que les autres jeunes.

Les jeunes adultes en difficulté aimeraient être mieux informés sur certains aspects de la santé mentale qui les préoccupent (détresse, suicide, toxicomanie, etc.) par l'élaboration de moyens divers (brochures, conférences, films, etc.). Ils aimeraient aussi que les professionnels de la santé mentale soient mieux sensibilisés pour développer une meilleure approche envers les jeunes aux prises avec un problème de consommation d'alcool, de drogue ou d'itinérance, qu'ils tiennent compte du contexte de vie difficile. Sachant que les milieux de pratique se mobilisent plus efficacement lorsqu'ils connaissent la réalité multiple et complexe des jeunes en difficultés et la nécessité de développer une compréhension holiste de cette complexité, c'est-à-dire une perspective qui ne se centre pas sur un seul problème, un seul aspect de la réalité. Il faudrait qu'ils prennent plus le temps d'analyser les situations, de se mettre à la place du jeune et de comprendre son quotidien. Ensuite, qu'ils fassent preuve de créativité, de curiosité, de patience et de souplesse. Accompagner un jeune signifie cheminer avec lui, à son rythme, le temps qu'il acquière l'autonomie nécessaire pour le sortir des différentes dépendances dans lesquelles il s'est installé pour toutes sortes de raisons.

La détresse des jeunes adultes en difficulté n'est pas sans lien avec la société dans laquelle ils s'insèrent. Leur souffrance donne à voir, tel un symptôme indicateur, les dérives du social : « Les jeunes représentent cette catégorie de la population sur laquelle se cristallisent les tensions sociales provoquées par le remaniement actuel des valeurs de notre société. Ils sont les miroirs grossissants de nos inquiétudes et de nos insuccès. » (Huerre, 2001 : 8). Le mal-être de ces jeunes évoque alors un malaise beaucoup plus profond : celui d'une incertitude face à l'avenir d'un monde fondé sur des contraintes de performance déshumanisantes, où tout tend à être jugé à l'aune de la rentabilité et de l'efficacité. Comment s'étonner, dans une telle situation, de l'augmentation des manifestations de désarroi que présentent nombre de jeunes adultes et de la forte résistance sociale à le reconnaître et à en saisir le sens. Écouter réellement leur plainte voudrait dire entendre ce qu'ils révèlent à propos de cette déroute sociale et impliquerait non seulement une remise en question des grands principes existentiels, mais aussi une action politique collective pour en transformer radicalement les manières de vivre ensemble. Porter attention à la souffrance des jeunes adultes dans le monde actuel est certainement un pas dans cette direction.

Bibliographie

- ABONDO, M., (2007). « Les capacités d'élaboration : concept transdimensionnel », *Annales Médico Psychologiques*, vol. 165, p. 241-245.
- AGAMBEM, G. (1978). *Enfance et histoire, Destruction de l'expérience et origine de l'histoire*, Paris : Payot 4e Édition.
- ANATRELLA, T. (1988). *Interminables adolescences. Les 12-30 ans*, Éditions du Cerf, coll. « Éthique et société ».
- ANDERSEN, R. M. (1995). « Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter? » *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, n° 1, p. 1-10.
- ANDERSEN, R. M., et J. F. NEWMAN (1973). « Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, n° 51, p. 95-124.
- ARNETT, J. J. (2000). « Emerging Adulthood: A Theory of Development from the Late Teens Through the twenties », *American Psychologist*, Vol 55, no5, Mai, p. 469-480.
- ARON, R. (1981). *Introduction à la philosophie de l'histoire : essai sur les limites de l'objectivité historique, complétée par des textes récents*, Paris : Gallimard, coll. « Collection l'imaginaire ».
- ATWOOD, D. G., et R. DAVIS-FLOYD (2003). « On Biomedicine » dans C. Ember, M. Ember (dir.), *Encyclopedia of Medical Anthropology*, Yale : Humain Relation Area Files.
- BÉDARD, D., D. LAZURE et C. A. ROBERT (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Ministère de la Santé du Québec.
- BÉFÉKADU, E. (1993). « La souffrance : clarification conceptuelle », *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 25, n° 1, p. 7-21.
- BÉJIN, A. (1983). « De l'adolescence à la post-adolescence : les années indécises », dans Dossier : *Entrer dans la vie aujourd'hui*, coll. « Le Débat », Gallimard, Vol 3, n° 25, p. 126-132.
- BÉLAND, F. (1994). « L'accès aux services de santé et les régimes publics » dans F. Dumont, S. Langlois et Y. Martin (dir.), *Traité des problèmes sociaux*, Québec : Institut québécois de recherche sur la culture, p. 843-865.
- BELLOT, C., M. GOYETTE (2011). « Les paradoxes de l'autonomie » dans Goyette, M., A. Pontbriand et C. Bellot (dir.) *Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 309-316.

- BELLOT, C., J. RIVARD et É. GREISSLER, (2010). « L'intervention par les pairs : un outil pour soutenir la sortie de rue » dans C. Bellot (dir.), *Criminologie*, vol. 43, n° 1, p. 171-198.
- BIBEAU, G. (2008). « Entre mépris et vie nue, la souffrance sociale », dans Louise Blais (dir.), *Vivre à la marge : Réflexions autour de la souffrance sociale*, Québec : Presses de l'Université Laval.
- BIBEAU, G. et S. FORTIN (2008). « Inégalité et souffrance sociale : une approche anthropologique » dans k. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, p. 111-39.
- BIBEAU, G. et E. E. CORIN (1995 [1994]). *Beyond Textuality : Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*, Berlin; New York : Mouton de Gruyter.
- BIBEAU, G., et M. PERREAULT (2007). « Les gangs chez les néo-québécois : des espaces de vie pour quoi faire? », dans Sylvie Fortin (dir.) *Adolescence en contexte urbain cosmopolite : regards anthropologiques et implications cliniques*, Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine, p. 117-139.
- BIOY, A. et M. BACHELART, (2010). « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », *Perspectives Psy*, vol. 49, p. 317-326.
- BLAKEMORE, S.-J. (2008). « The Social Brain in Adolescence », *Nature Review Neuroscience*, vol. 9, n° avril, p. 267-277.
- BOUDIEU, P. (1982). « Les rites comme actes d'institution » *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 43, n° 43, p. 58-63.
- BOURDIEU, P. (1993). *La misère du monde*, Paris : Seuil.
- BOWLUS, A., K. MCKENNA, T. DAY, et D. WRIGHT (2003). Rapport à la commission du droit du Canada : Coûts et conséquences économiques des sévices infligés aux enfants au Canada.
- BROCHU, S. et L.-G. COURNOYER, (2009). *Synthèse du rapport de recherche IGT. Population adulte lac Écho*, Département de recherche Portage.
- BUNGENER, M., et I. BASZANGER (2002). « Médecine générale, le temps des redéfinitions » dans I. Baszanger, M. Bungener et A. Paillet (dir.), *Quelle médecine voulons-nous?*, Paris : La Dispute, coll., « États des lieux ».
- CANGUILHEM, G. (2009 [1966]). *Le normal et le pathologique*, Paris : Presses Universitaires de France.
- CAPURRO, R. (2001). *Le positivisme est un culte des morts : Auguste Comte*, Paris : Éditions E.P.E.L.
- CASSELL, E. J. (1982). « The Nature of Suffering and the Goals of Medicine », *The New England Journal of Medicine*, vol. 306, n° 11, p. 639-645.
- CASSELL, E. J. (1991). « Recognizing Suffering », *Hastings Center Report*, Mai-juin.
- CASTEL, R. (1991). « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation », *Face à l'exclusion le modèle Français*, Paris : Éditions Esprit, p. 137-168.

- CASTONGUAY, C. (2008). *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé*, Gouvernement du Québec.
- CICCHELLI, V. (2001). « Les jeunes adultes comme objet théorique », *Recherches et prévisions : Dossier jeunes adultes*, n° 65, p. 5-18.
- CLARK, D. (1999). « Total Pain, Disciplinary Power and the Body in the Work of Cicely Saunders, 1958-1967 » *Social Science and Medicine*, vol. 49, p. 727-36.
- COGNET, M., (2007). « Au nom de la culture : le recours à la culture dans la santé », dans M. Cognet et C. Montgomery (dir.), *Éthique de l'altérité : la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, coll. « Sociétés, cultures et santé », Québec : Presses de l'Université Laval, p. 39-63.
- CORIN, E., L. RODRIGUEZ et L. GUAY (1998). « Souffrance et aliénation en psychiatrie », document présenté par ÉRASME (Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture).
- CORIN, E. E., G. BIBEAU, J.-C. MARTIN et R. LAPLANTE (1990). *Comprendre pour soigner autrement*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- CUMMINGS, N. A. (1977). « Prolonged (ideal) Versus Short-Term (realistic) Psychotherapy » *Professional Psychology*, vol. 8, n° 4, November, p. 491-501.
- DANEAULT, S. (2006). *Souffrance et médecine*, Québec : Presses de l'Université du Québec, coll. « Santé et Société ».
- DEVEREUX, G., (1977). *Essai d'ethnopsychiatrie générale*, Paris : Gallimard.
- ERIKSSON, P. S., E. PERFILIEVA, T. BJORK-ERIKSSON, *et al.*, (1998). « Neurogenesis in the Adult Human Hippocampus », *Nature Medical*, vol. 4, n° 11, p. 1313-1317.
- FAINZANG, S. (2005). « L'anthropologie : un outil au service de l'éducation pour la santé », *La santé de l'homme*, n° 377, mai-juin.
- FASSIN, D. (1996). *L'espace politique de la santé : Essai de généalogie*, Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Sociologie d'aujourd'hui ».
- FELLOUS, M. (2001). *À la recherche de nouveaux rites. Rites de passage et modernité avancée*, Paris : L'Harmattan, coll. « Logiques sociales ».
- FOUCAULT, M. (1972). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris : Presses Universitaires de France.
- FOURNIER, L., A. D. LESAGE, J. TOUPIN et M. CYR (1997). « Telephone Surveys as an Alternative for Estimating Prevalence of Mental Disorders and Service Utilization : A Montreal Catchment Area Study », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 42, p. 737-743.
- FOURNIER, L., O. LEMOYNE, C. POULIN et L. R. POIRIER (2002). Enquête sur la santé mentale des Montréalais, vol. 1, La santé mentale et les besoins de soins des adultes de Montréal. Direction de la Santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre.
- FOX, R. C. (2003). « Medical Uncertainty Revisited », dans G. Albrecht, R. Fitzpatrick et S. C. Scrimshaw (dir.), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London : Sage Publications, p. 409-425.

- FREUD, S. (1980 [1900]). *L'interprétation des rêves*, Paris : Presses universitaires de France.
- FREUD, S. (2011 [1917]). *Deuil et mélancolie*, Paris : Payot et Rivages.
- FURTOS, J. (2006). « Les dimensions psychiques de la précarité », *Sciences Humaines*, n° 168, février, p. 49.
- GADAMER, H. G. (1998). *Philosophie de la santé*, Paris : Grasset, coll. « La grande raison. Éthique ».
- GAUDET, S. (2001). « La responsabilité dans les débuts de l'âge adulte », *Lien social et politiques*, vol. 46, p. 73-81.
- GAUDET, S. (2005). « Responsabilité et identité dans les parcours d'entrée dans l'âge adulte : qu'est-ce que répondre de soi à l'âge adulte? », *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, vol. 42, n° 1, p. 25-50.
- GAUTHIER, Y., G. FORTIN, et G. JELIU (2009). *L'attachement, un départ pour la vie*, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine.
- GILLIGAN, C. (2008). *Une voix différente : Pour une éthique du care*, Paris : Flammarion.
- GOGUEL D'ALLONDANS, T. (2002). *Rites de passage, rites d'initiation. Lecture d'Arnold Van Gennep*, Québec : Presses de l'Université Laval, coll. « Lectures ».
- GOGUEL D'ALLONDANS, T. (2005). *Les sexualités initiatiques. La révolution sexuelle n'a pas eu lieu*, Éditions Berlin.
- GOOD, M.-J. DV., P. E. BRODWIN, B. J. GOOD et A. KLEINMAN (1992). *Pain as Human Experience : An Anthropological Perspective*, Berkeley, University of California Press, coll. « Comparative Studies of Health Systems and Medical Care ».
- GOOD, B. J. et M. J. DEL VECCHIO GOOD (1993). « Au mode subjectif. La construction narrative des crises d'épilepsie en Turquie » *Anthropologie et Sociétés*, vol. 17, n° 1-2, p. 21-42.
- GOOD, B. J. (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».
- HALEY, N., É. ROY, P. LECLERC, E. NONN et J.-F. BOIVIN (2007). « Les jeunes de la rue : enjeux et défis », dans Sylvie Fortin (dir.) *Adolescence en contexte urbain cosmopolite : regards anthropologiques et implications cliniques*, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine, p.141-150.
- HAMEL, J. (2000). « À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point », *Recherches qualitatives*, vol. 21, p. 3-20.
- HORWITZ, A. V. (2002). *Creating Mental Illness*, Chicago, Londres : The University of Chicago Press.
- HOUTAUD, A. et M. G. FIELD (1989). *La santé : approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*, Presses Universitaires de Nancy, coll. « Espace Social ».
- HUERRE, P. (2001). « L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice », *Journal français de psychiatrie*, vol. 3, n° 14, p. 6-8.

- IOANNIDIS, J. P. (2005). « Why Most Published Research Findings Are False », *Public Library of Science Medicine*, août.
- JETTÉ, C. (2008). *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence. Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux*, Presses de l'Université du Québec, coll. « Pratiques et Politiques. Sociales et Économiques ».
- JOSHI, P. et G.-R. GRÂCE, (1983). *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, Montréal : Éditions Décarie.
- KLEINMAN, A. (1988). *The Illness Narratives Suffering, Healing, and Human Condition*, New York : Basic Books, Inc. Publishers.
- KLEINMAN, A. et J. KLEINMAN (1991). « Suffering and its Professional Transformation : Toward an Ethnography of Interpersonal Experience » *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15, n° 3, p. 275-301.
- KLEINMAN, A., V. DAS et M. LOCK (1997). *Social Suffering*, Berkeley : University of California Press.
- LACROIX, A., (2007). « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? », *Santé Publique*, vol. 19, p. 271-282.
- LAPLANTINE, F. (1986). *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris : Payot.
- LAPLANTINE, F., (1988). *L'ethnopsychiatrie*, Paris : Presses Université de France, coll. « Que sais-je? ».
- LE BRETON, D. (2002). *Conduites à risque*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Quadrige ».
- LEICHSENDRING, F., et S. RABUNG (2008). « Effectiveness of Long-Term Psychodynamic Psychotherapy : a Meta-Analysis » *Journal of the American Medical Association*, vol. 300, p. 1551-65.
- LESAGE, A., F. BERNÈCHE et M. BORDELEAU (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec.
- LESAGE, A., J. RHÉAUME et H.-M. VASILIAS (2008). Utilisation de services et consommation de médicaments liés aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec.
- LESAGE, A. D., et P. M. OHANA (2006). A Feasibility Study of the Use of Provincial Administrative Data for the Surveillance of Mental Health Service Utilization: Québec. Rapport déposé à l'Agence de la santé publique du Canada.
- LOMBRAIL, P. (2000). « Accès aux soins » dans Leclerc *et al.* (dir), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : La découverte, p. 403-418.
- LUPIEN, S., B. MCEWEN, M. GUNNAR, et C. HEIM (2009). « Effects of Stress throughout

- the Lifespan on the Brain, Behavior and Cognition », *Nature Revue Neuroscience*, vol. 10, n° 6, p. 434-445.
- MARCOTTE, J., R. Cloutier, L. Fortin (2007). *Portrait personnel, familial et scolaire des jeunes adultes émergents (16-24 ans) accédant aux secteurs adultes du secondaire: identification des facteurs associés à la persévérance et à l'abandon au sein de ces milieux scolaires*, Rapport de recherche : Persévérance et réussite scolaires, Université du Québec à Trois-Rivières, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et le Fonds Québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC).
- MARTUCELLI, D. (2010). *La société singulariste*, Paris, Armand Colin.
- MASSÉ, R. (2005). « L'anthropologie de la santé au Québec. Pour une conjugaison des approches et des méthodes » dans F. Saillant et S. Genest (dir.), *Anthropologie Médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Les Presses de l'Université Laval et Paris : Anthropos, coll. « Sociétés, cultures et santé », p. 61-90.
- MASSÉ, R. et J. SAINT-ARNAUD (2003). « Étiquetage social, stigmatisation et discrimination sociale » *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*, Les Presses de l'Université Laval, pp. 243-262.
- MAUSS, M. (2007 [1923]). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Quadrige : Presses universitaires de France.
- MILLMAN, M. (1993). *Access to Health Care in America*. Washington, National Academy Press.
- MISHARA, B. et M. TOUSIGNANT, (2004). *Comprendre le suicide*, Presses de l'Université de Montréal, coll. « Paramètre ».
- MOL, A.-M. (2009). *Ce que soigner veut dire : repenser le libre choix du patient*, Paris : Presses de l'École des mines.
- MORIAU, J. (2011). « Sois autonome! Les paradoxes des politiques publiques à destination des jeunes adultes en difficulté » dans M. Goyette, A. Pontbriand et C. Bellot (dir.), *Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté*, Presses de l'Université du Québec, coll. « Problèmes sociaux et interventions sociales », p. 15-32.
- MORIN, E., (1981). « Peut-on concevoir une science de l'autonomie? », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 17, p. 257-267.
- MSSS, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Gouvernement du Québec.
- NAGELS, C. et A. REA (2007). *Jeunes à perpète. Génération à problème ou problème de génération*, Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation*. Louvain-La-Neuve : Academia-Bruylant.
- OLESEN, F. (2003). « A Framework for Clinical General Practice and for Research and Teaching in the Discipline » *Family Practice*, vol. 20, n° 3, p 318-323.
- OMS, Organisation mondiale de la Santé (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, WHO Press.
- PARAZELLI, M. (2002). *La rue attractive. Parcours et pratiques identitaires des jeunes de la*

- rue, Presse de l'Université du Québec.
- PAROT, F. et M. RICHELLE (1992). *Introduction à la psychologie. Histoire et méthodes*, Presses Universitaires de France, coll. « Premier Cycle ».
- PERREAULT, C., (1989). « L'enquête Santé Québec et la santé mentale des Québécois : cadre conceptuel et méthodologie. », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 1, p. 132-143.
- PERTHUIS, C. de (2003). *La génération future a-t-elle un avenir? : développement durable et mondialisation*, Paris : Berlin.
- POUCHELLE, M.-C. (2003). *L'hôpital corps et âme : Essais d'anthropologie hospitalière*, Paris : S. Arslan.
- PURUSHOTTAM, J. et G.-R. De GRÂCE (1983). *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, Montréal : Décarie.
- QUESNEL-VALLÉE, A. et L. SODERSTROM (2008). « Le défi démographique du vieillissement : une menace pour le financement des services de santé? », dans F. Béland, A.-P., Constandriopoulos, A. Quesnel-Vallée et L. Robert (dir.), *Le privé dans la santé. Les discours et les faits*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, p. 46-68.
- RAWLS, J. (1971). *A Theory of Justice*, Oxford University Press.
- RENÉ, J.-F. et M. DUVAL, (2008). « Les pratiques d'affiliation dans les Auberges du cœur au Québec : partir de soi pour s'inscrire dans le monde », *Sociétés et jeunesse en difficulté*, n° 6.
- RICOEUR, P. (1994). « La souffrance n'est pas la douleur » *Autrement. Série mutations*, n° 142, p. 58-69.
- ROY, M. (1987). *Les CLSC. Ce qu'il faut savoir*. 2e éd., Montréal : Édition Saint-Martin.
- SACHS-ERICSSON, N., E. WISE, C. P. DEBRODY et H. B. PANIUCKI (1999). « Health Problems and Service Utilization in the Homeless », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 10, n° 4, p. 385-399.
- SAILLANT, F., (2001). « Transformations des systèmes de santé et responsabilité des femmes. », dans B. Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Les Édition Karthala, p. 221-247.
- SANDELL, R. et J. BLOMBERG, A. LAZAR, et al. (2000). « Varieties of Long-Term Outcome among Patients in Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy. A Review of Findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project », *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 81, p. 921-942.
- SCHNEIDER, M. (2011). *La détresse, aux sources de l'éthique*, Paris, Éditions du Seuil.
- SCOTT, J., S. PALMER, E. PAYKEL, J. TEASDALE et H. HAYHURST (2003). « Use of Cognitive Therapy for Relapse Prevention in Chronic Depression. Cost-Effectiveness Study » *The British Journal of Psychiatry*, vol. 182, p. 221-227.
- SEIDMAN, I. (1998). *Interviewing as Qualitative Research: Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*, 2e éd., New York : Teachers College Press.
- SOWELL, E. R., B. S. PETERSON, P. M. THOMPSON, et al. (2003). « Mapping Cortical Change across the Human Life Span », *Nature Neuroscience*, vol. 6, n° 3, p. 309-315.

- SPEAR, L. P. (2000). « The Adolescent Brain and Age-Related Behavioral Manifestation », *Neuroscience Biobehavioral*, Review 24, p. 417-463.
- ST-ONGE, J.-C. (2013). *Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*, Éditions Écosociété.
- THIBAudeau, M.-F. (2000). « L'accès aux services de santé et leur utilisation par les personnes itinérantes » dans D. Laberge (dir.), *L'errance urbaine*, Sainte-Foy : Les Éditions Multimondes, p. 313-328.
- THOLLET, C. (2002). « L'insertion professionnelle des jeunes au risque d'un effondrement narcissique » *Journal des psychologues*, Octobre, n° 201.
- TURNER, V. (1990). *Le phénomène rituel ; structure et contre-structure*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Ethnologie » [trad. de : *The ritual process : structure and anti-structure*, Chicago, 1969].
- VAN GENNEP, A. (1981 [1909]). *Les rites de passage : étude systématique des rites de la porte et du seuil, de l'hospitalité, de l'adoption, de la grossesse et de l'accouchement, de la naissance, de l'enfance, de la puberté, de l'initiation, de l'ordination, du couronnement, des fiançailles et du mariage, des funérailles, des saisons, etc.*, Paris : Picard.
- VERGELY, B. (1997). *La souffrance. Recherche du sens perdu*, Paris : Gallimard.
- VULTUR, M. (2005). « Les jeunes défavorisés et le système institutionnel étatique » Entre confiance et autorité institutionnelle », dans C. Balsa (dir.), *Confiance et lien social*, Fribourg, Academic Press Fribourg.
- WALLOT, H., (1998). *La danse autour du fou : survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours*, Beauport, Québec : MNH.
- WHYTE, S. R., S. V. D. GEEST et A. HARDON (2002). *Social Lives of Medicines*, Cambridge : Cambridge University Press.