

**UNIVERSITÉ LAURENTIENNE**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAÎTRISE EN SERVICE SOCIAL**

**EXPLORATION DES PERCEPTIONS DES INTERVENANTS EN SANTÉ  
MENTALE, EN CONTEXTE DE RECHERCHE DE SERVICES POUR EUX-  
MÊMES : ÉTUDE CHEZ LES FRANCOPHONES DES RÉGIONS DE  
SUDBURY, DE NIPISSING OUEST ET DE NORTH BAY**

**PAR  
JOSÉE CHÈVREFILS**

**LE 28 AVRIL 2017**

**© Josée Chèvrefils**

## **REMERCIEMENTS**

J'aimerais remercier mes deux lectrices, les professeures Dominique Mercure, Ph. D., et Sylvie Rivard, M.S.S. Votre aide et vos conseils furent très appréciés tout au long de ce processus !

Merci à chacun de mes huit participants d'avoir accepté de participer à cette étude. Vos partages ont su enrichir cette recherche. Votre temps consacré aux entrevues fut très apprécié. J'en suis très reconnaissante !

Merci à mon fiancé Steve. Tu es resté à mes côtés durant les moments positifs autant que les périodes de découragement. Ta patience continuelle et tes mots d'encouragement furent très appréciés. Je suis tellement chanceuse de t'avoir dans ma vie ! Je t'aime !

Enfin, un grand merci à mes parents et ma famille. Papa et maman, c'est grâce à vous que j'ai réussi à compléter mon mémoire de maîtrise. Vous avez toujours su m'encourager et avez développé en moi la confiance nécessaire pour poursuivre et réaliser mes rêves à chaque étape de ma vie. Je vous aime infiniment !

## RÉSUMÉ

Ce mémoire vise à explorer la perception de diverses formes de stigmatisation ressenties par certains intervenants en santé mentale en quête de services pour eux-mêmes. La théorie de la stigmatisation de Goffman (1963) et la théorie des systèmes (von Bertalanffy, 1956) seront utilisées pour examiner ce phénomène.

Cette étude comporte trois objectifs. Premièrement, elle vise à comprendre comment les intervenants vivent leurs propres besoins de services en santé mentale dans la réalité du milieu. De plus, cette étude a voulu explorer l'existence de tabous vis-à-vis la santé mentale dans la société contemporaine. Enfin, elle souhaite sensibiliser la population envers les défis d'accessibilité à des services de santé mentale en français dans les régions désignées.

Cinq thèmes provenant des entrevues seront définis et expliqués : les services d'aide en santé mentale, les différentes perceptions de la santé, la perception des stigmas entourant les problèmes mentaux, le contexte de la communauté franco-ontarienne en situation minoritaire et le statut d'intervenant en santé mentale dans son rôle comme aidant dans la société.

Des entrevues qualitatives ont été effectuées auprès de huit intervenants francophones en santé mentale, évoluant en milieu minoritaire dans les centres urbains de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay. Les données recueillies lors d'une entrevue avec les participants ont dégagé leurs perceptions de la santé mentale en général, de leur entourage et leur communauté. Aussi, leur appréciation des services de santé mentale publics disponibles en français dans les régions ciblées fut explorée.

Mots clés : auto stigmatisation, intervenants en santé mentale, Loi 8, services en Français, perceptions, stigmatisation

## SUMMARY

This Master's thesis explores the perception of various forms of stigma experienced by mental health professionals in their quest for services. This project will draw from two theories : Goffman's theory of stigmatization (1963) ; and systems' theory developed by von Bertalanffy (1956).

This study has three objectives. First, it aims to understand how professionals experience their own needs for mental health services in their professional and personal environment. Subsequently, this study wants to explore the existence of taboos toward mental health in our contemporary society. And thirdly, we hope to raise awareness regarding the challenges experienced when accessing mental health services in French.

Five themes emerging from interviews with professionals will be explored : mental health services, various perceptions regarding health, perceptions of stigma regarding mental health problems, the Francophone minority context in Ontario and finally, the status of mental health professionals as helpers in our society.

Qualitative interviews were carried-out with eight Francophone mental health professionals, working in the urban areas of North Bay, Sudbury and West Nipissing. From this data, we present the participants' perceptions of mental health in general, of their acquaintances and of their community, as well as their appreciation of the public mental health services available to Francophones of this region.

Key words : French Language services, mental health professionals, perceptions, self-stigma, stigma

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	i
SUMMARY .....	ii
LISTE DES SCHÉMAS .....	iv
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE .....	3
1.1 Être en santé .....	3
1.1.1 Recherche de bien-être.....	3
1.1.2 Notion de santé .....	4
1.1.3 Maladie mentale et santé mentale .....	6
1.1.4 Santé mentale ; point de vue contemporain .....	7
1.1.5 Ampleur du problème .....	8
1.1.6 Aide aux individus souffrant de troubles mentaux .....	9
1.1.7 Dépression et épuisement professionnel.....	11
1.2 Perception des stigmas entourant les problèmes mentaux .....	14
1.3 Communauté franco-ontarienne .....	15
1.3.1 Définition du terme Francophone .....	15
1.3.2 Égalité devant la Loi .....	16
1.3.3 Particularités de la communauté franco-ontarienne.....	19
1.3.4 Impact de la langue sur la qualité des soins.....	20
1.4 Intervenants en santé mentale comme aidant .....	21
1.5 Résumé .....	22

CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE .....	24
2.1 Vivre en société .....	25
2.2 Théorie de la stigmatisation de Goffman .....	26
2.2.1 Définition du stigma .....	27
2.2.2 Trois catégories de stigmatisation.....	27
2.2.3 Identité sociale et identité virtuelle.....	28
2.3 Théorie des systèmes.....	30
2.3.1 Préconstruits relationnels et contextuels.....	31
2.3.2 Pressions .....	32
2.4 Application de la théorie des systèmes en contexte d'intervenants en santé mentale en quête de services .....	34
2.5 Résumé du cadre théorique .....	36
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE .....	38
3.1 But et objectifs de la recherche .....	38
3.2 Méthode de recherche.....	39
3.2.1 Étapes de la démarche de recherche .....	39
3.2.2 Recherche de type qualitatif .....	39
3.2.3 Types d'instruments de collecte de données.....	40
3.3 Recrutement et sélection des participants .....	41
3.4 Profil des participants .....	42
3.5 Difficultés rencontrées lors du recrutement .....	42
3.6 Considérations éthiques.....	43
3.7 Traitement des données .....	44
3.8 Résumé .....	45

CHAPITRE IV DESCRIPTION DES ENTREVUES .....	47
4.1 Profil sociodémographique des participants.....	47
4.2 Image professionnelle.....	48
4.3 Accès aux services.....	51
4.4 Rôle de l’entourage .....	55
4.5 Rôle des médias.....	62
4.6 Conditions de travail .....	64
4.7 Enjeux liés au contexte de travail.....	70
4.8 Recours aux services d’aide .....	75
4.9 Accessibilité de services en santé mentale en français.....	76
4.10 Expériences positives et recommandations des intervenants .....	80
4.11 Résumé .....	82
CHAPITRE V INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	84
5.1 Stigma internalisé lié à l’image professionnelle.....	85
5.2 Perceptions du stigma provenant de l’entourage.....	87
5.3 Conditions de travail .....	89
5.4 Accès aux services en français .....	90
5.5 Résumé .....	91
CONCLUSION.....	94
BIBLIOGRAPHIE .....	98
APPENDICE A AFFICHE PUBLICITAIRE.....	102
APPENDICE B CANEVAS D’ENTREVUE.....	104
APPENDICE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	110

## **LISTE DES SCHÉMAS**

Schéma 1 Schéma systémique de l'environnement des intervenants sociaux en quête de services d'aide .....	34
Schéma 2 Analyse systématique des axes influençant l'accès de services d'aide en santé mentale pour les intervenants .....	85



## INTRODUCTION

Une communauté se construit par le regroupement d'individus qui partagent certaines croyances et valeurs. Celles-ci sont le fondement de son modèle de vie sociale. À partir de ce modèle, un cadre moral se forme où tous ses membres ne sont pas égaux au regard des autres. Il y a des membres forts, d'autres faibles ; certains se conformeront volontiers au groupe et d'autres paraîtront différents. C'est à partir de ceux-ci que se fait la distinction des gens dits « normaux » et ceux « anormaux ». Afin d'accentuer cette distinction de caractéristiques, les gens « anormaux » se voient étiquetés d'après leur défaut ou stigma (Goffman, 1975). Le stigma provient ainsi de croyances négatives ou de tabous que certains groupes à l'intérieur de la communauté perçoivent comme acceptables pour le bien de l'ensemble.

L'intervenant social qui vise à pleinement remplir sa mission auprès des gens dits « anormaux » doit être prêt à contester les conventions sociales existantes et à faire progresser les valeurs morales établies à l'intérieur de la même communauté afin de réduire l'écart qui sépare ces deux groupes. Le véritable défi est de garder une certaine objectivité face à un problème, surtout lorsque c'est lui-même qui en arrive à avoir besoin d'aide. C'est alors qu'il se pose différentes questions. Qu'est-ce que sa famille et sa communauté penseront de ses besoins de services en santé mentale ? Les préjugés de la société envers les problèmes mentaux peuvent-ils devenir un obstacle à sa quête de services en ce domaine ? En tant que membre de la communauté francophone, devrait-il privilégier les services de santé mentale en français de sa région ?

Le présent mémoire, intitulé *Exploration des perceptions des intervenants en santé mentale, en contexte de recherche de services pour eux-mêmes : étude chez les francophones des régions de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay*, veut comprendre le phénomène de la perception de la stigmatisation chez les intervenants, par

le biais d'une étude exploratoire et qualitative. Ainsi, la description des données offre trois objectifs. Premièrement, elle veut comprendre comment les intervenants vivent leurs propres besoins de services en santé mentale dans la réalité du milieu. De plus, cette étude explore l'existence de tabous vis-à-vis la santé mentale dans la société contemporaine. Enfin, elle veut sensibiliser la population envers les défis d'accessibilité à des services de santé mentale en français dans les régions désignées.

Cette étude comprend cinq chapitres. Au chapitre I, la problématique présentera une description des faits et des éléments connus provenant d'une revue littéraire sur la documentation scientifique récente. Le cadre théorique, défini au chapitre II, abordera la théorie de la stigmatisation et la théorie des systèmes. Le chapitre III précisera la méthodologie de recherche, soit l'analyse qualitative et le déroulement des entrevues semi-dirigées. Le chapitre IV présentera, de manière descriptive les entrevues menées auprès de huit intervenants francophones en santé mentale des régions étudiées. Finalement, le chapitre V résumera l'analyse, l'interprétation et la discussion des résultats en lien avec les trois objectifs de la recherche.

# CHAPITRE I

## PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, quatre volets seront développés afin de dégager la problématique au centre de notre préoccupation. Nous présenterons premièrement différentes perceptions de la santé. Ensuite, nous explorerons la perception des stigmas entourant les problèmes mentaux. De plus, nous aborderons le contexte de la communauté franco-ontarienne comme minorité ayant certaines protections linguistiques (*Loi 8 sur les services en français*). Finalement, nous décrirons le statut d'intervenant en santé mentale dans son rôle comme aidant dans la société.

### 1.1 Être en santé

La santé est un concept qui regroupe plusieurs éléments. Celui-ci comprend l'aspect du bien-être, les différentes notions de la santé ainsi qu'une gamme de problèmes de santé mentale rencontrés aujourd'hui et la recherche de solutions face à ces problèmes.

#### 1.1.1 Recherche de bien-être

La santé est un état dans lequel tout système vivant cherche à être et à évoluer naturellement. L'individu évolue selon un continuum du bien-être et toute anomalie dans son développement appelle à des correctifs qui pourront ramener tout le système à l'équilibre auquel il tend. Comme Picard, et collab. (1999) ont bien expliqué, « la santé optimale est un équilibre physique, mental et social fragile qui se trouve en nous et se nourrit des riches relations que nous avons dans nos familles et dans nos communautés » (Picard, et collab., 1999, p. 19). Tout déséquilibre, s'il n'est pas adressé et corrigé dans un laps de temps limité, pourra susciter un malaise que l'on nomme aujourd'hui maladie.

Le bien-être individuel global se retrouve dans une relation équilibrée entre l'individu et sa communauté. En quoi consiste cette relation ? Elle comprend une variété de dimensions qui affecte le « soi » de l'individu ; son énergie, sa perception de son état de santé ainsi que son intérêt face à la vie en sont certains exemples. Il y a aussi son humeur générale, sa gestion du stress, la maîtrise de ses émotions et ses relations avec les autres (Perrault, 1989). Toutes ces dimensions s'inscrivent dans la capacité qu'il a d'exercer ses activités habituelles, tant au niveau économique que sociale, au sein de sa communauté. Cette dernière peut être définie comme sa famille, ses amis, ses collègues de travail, etc. Le niveau économique peut être défini comme toute activité de production ou de service auquel il se livre pour son bien ou celui d'un membre de la communauté.

### **1.1.2 Notion de santé**

Tous les individus d'une communauté ont leur conception et leur définition de la santé. Ils en perçoivent plusieurs formes : globale, mentale et physique, entre autres. Pour sa part, l'Organisation mondiale de la santé adoptait, en 1998, une conception large de ce que devrait être la santé. Elle la définissait de la façon suivante : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Picard, et collab., 1999, p. 12). Ainsi, l'OMS réaffirme le principe que la santé est un équilibre fondamental existant entre l'individu et son environnement. L'absence de maladie ou d'une infirmité et même l'absence de symptômes d'une maladie n'est pas un indicateur d'une bonne santé. L'OMS propose une définition de la santé qui adopte une approche globale dynamique tenant compte du côté mental, physique et social.

Pour nombre d'individus, parler de santé au quotidien se limite à parler de l'aspect physique de celle-ci. Cela s'explique par le fait qu'il est plus facile d'aborder le concret et l'expérience du corps que le vécu affectif qui peut paraître abstrait. Les gens sont

plutôt portés à parler des maux physiques desquels ils souffrent. Le corps, ses muscles et ses os se développent et se manient à force d'exercices et ces résultats sont mesurables et tangibles. Tous peuvent admirer la musculature et la souplesse de l'athlète ou lire la douleur sur le visage de celui qui souffre.

Par contre, la santé mentale est perçue différemment. Souvent, elle est invisible au regard et abstraite dans sa compréhension. En 1988, Santé Canada a défini la santé mentale comme suit :

La capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimum des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentales (Picard et Hébert, 1999, p. 73).

Ainsi, la santé mentale comporte une dimension interactive entre l'individu et son environnement, pour son propre bénéfice et celui de son environnement, dépassant l'unique aspect de sa santé physique (Blanchet, 1981 ; Picard et Hébert, 1999). La maladie mentale est donc le résultat d'une brisure dans le continuum du bien-être que vit l'individu. Il n'y a plus d'équilibre entre le rapport de ses sentiments et son niveau de satisfaction personnelle.

La santé mentale a donc de nombreuses répercussions sur l'existence d'une personne, qui se définit d'ailleurs par ses interactions familiales et communautaires. S'il possède une image complète et positive de lui-même, son comportement et son fonctionnement seront à leur optimum (Sévigny, 1985). Malheureusement, personne n'est assuré de ne jamais vivre de difficultés ou de problèmes. Si pour certains, les difficultés sont assorties de symptômes plus ou moins graves, de symptômes apparaissant du jour au lendemain, pour d'autres, ils se manifestent progressivement.

### 1.1.3 Maladie mentale et santé mentale

Il est maintenant nécessaire de faire une distinction entre maladie mentale et santé mentale, telle qu'elle se retrouve dans la littérature. Poirier *et al.* (1989) explique ainsi cette distinction : « le premier terme renvoyant de facto à un cadre médical (puisque la maladie en est son apanage exclusif), alors que le second se réfère à quelque chose de plus que l'absence ou la présence de la maladie : à un continuum de mieux-être » (p. 171). En autres mots, la « maladie mentale » fait référence à un diagnostic émis par un professionnel de la santé et a une connotation médicale. On ne peut pas dire d'un individu qu'il souffre d'une maladie mentale si ce n'est pas l'avis du milieu médical. D'autre part, le terme « santé mentale » réfère à l'état d'esprit d'un individu, à un moment donné, sur son continuum du bonheur ou de bien-être cognitif, affectif et relationnel. L'optimum à atteindre est toujours l'équilibre mais il est difficile à réaliser et à maintenir.

La société d'aujourd'hui met beaucoup d'emphase d'une part sur les valeurs d'efficacité, d'optimisation, de performance et de résultat et d'autre part, sur les conséquences de l'absentéisme, du « burnout », de la démotivation, de l'émotivité, de la fatigue, de la maladie, du manque d'initiative et du stress (Burnonville, 1985). Tout comme une balance à plateaux, lorsqu'on surcharge l'un de ses côtés, on y crée un déséquilibre. Dans de nombreuses situations de problèmes mentaux, l'individu cherche à retrouver son équilibre. S'il n'acquiert pas l'habileté à avoir de l'entrain, à contrôler ses émotions, à se détendre et à se sentir apprécié, il ne pourra pas compenser les obstacles que son milieu de vie lui apporte et pouvoir s'y ajuster.

En fait, les problèmes mentaux ont toujours existés. Dans le passé, on ne comprenait pas le fonctionnement du cerveau. Puisque la santé mentale « implique à la fois toutes les dimensions de l'être humain et le système socioculturel à l'intérieur duquel il se développe » (Dion-Hubert, 1985, p. 8), les individus affligés de tels troubles étaient

cachés dans leur famille ou dans des institutions civiques ou religieuses. Souvent, ces troubles anormaux pouvaient n'être qu'un simple comportement temporaire. Cependant, il est important de faire référence au contexte social existant à l'époque (Rhéaume et Sévigny, 1988). Les individus vivaient dans des cadres autoritaires et sociaux rigides. Par ignorance ou par croyance religieuse, les personnes atteintes de troubles mentaux étaient perçues comme portant une « faute » ou un « mal » et ainsi, elles faisaient peur. Cela existe même encore aujourd'hui dans certaines petites communautés d'Afrique et d'ailleurs (Bibeau, 1991). Mais, avec le développement de la médecine et d'une meilleure compréhension du fonctionnement du cerveau, la façon dont notre société traite les personnes atteintes de maladies mentales a beaucoup évolué dans le monde.

#### **1.1.4 Santé mentale ; point de vue contemporain**

Un exemple de cette évolution sociale est le milieu hospitalier. Jusqu'au début des années 1960, les centres qui accueillait des personnes atteintes ou souffrant de troubles ou de maladies mentales :

étaient construits sur le principe de l'autosuffisance et sur ceux de l'idéal monastique fractionnant l'espace et le temps selon des modes régulateurs du comportement qui avaient peu de concordance avec ceux de l'extérieur. Au lieu de préparer la réinsertion sociale des patients, la culture institutionnelle de ce milieu asilaire de gardiennage et d'enfermement les habituait, jour après jour, semaine après semaine, à une dépendance de plus en plus prononcée de l'hôpital et à une aliénation sociale de plus en plus profonde. (Tremblay, 1990, p. 129)

Ainsi, ce processus de guérison de la maladie mentale ne visait pas la réhabilitation, mais plutôt un traitement basé sur un savoir incomplet, plus ou moins biaisé et faux. Le sens commun ou l'idéologie devenait donc plus un élément de stigmatisation pour le patient que l'effet bénéfique de la mesure prise pour le soigner (Rhéaume et Sévigny, 1988).

L'industrialisation et les bouleversements technologiques qui ont transformé notre société au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, et particulièrement dans la deuxième moitié, ont apporté une modernisation des institutions publiques. La science a pris le pas sur l'idéologie dans le monde occidental. L'État s'est modernisé. Sa bureaucratie s'est étendue à toutes les sphères de notre existence et est maintenant dirigée par des gestionnaires, de véritables technocrates. Notre système social s'est transformé en État-providence qui allait fournir les services de tout ordre à sa population, dans le confort de son milieu communautaire. C'est ainsi que sont apparues les multitudes de professions et de services. Depuis cette époque, le temps d'hospitalisation est limité et les maladies mentales sont soignées dans la communauté par des spécialistes de chaque discipline.

Cette approche d'État-providence était possible dans les sociétés occidentales tant qu'il y a eu des périodes d'expansion économique longues et soutenues. Des chercheurs, tels Levine et Levine, dans un livre intitulé *A Social History of Helping Services*, ont démontré qu'en temps de prospérité, les gouvernements devaient payer des services sociaux pour rectifier les désordres dans la communauté, car ils avaient « l'obligation et la responsabilité d'y apporter les correctifs requis » (Blanchet, 1981, p. 48). Avec le ralentissement économique qui s'est produit, suite à une plus grande activité sur le marché mondial provenant de certains pays du Tiers Monde, l'État-providence ne peut plus soutenir le coût de tous ces services. Il cherche alors, parfois, à faire partager les frais avec ses concitoyens ou à en restreindre l'accès.

### **1.1.5 Ampleur du problème**

Selon Dion-Hubert (1985) qui se base sur la pyramide des besoins de Maslow, tout individu a fondamentalement trois besoins ; soit celui lié à son existence physique, à son sentiment de sécurité et à ses besoins d'estime de soi et de prestige. Lorsque ces trois types de besoins sont comblés, il devrait être près de l'équilibre sur le continuum du bien-être. Donc, il a besoin d'un revenu suffisant afin de répondre à ses besoins de base



(logement, alimentation et soins). Si ces besoins minimums ne sont pas satisfaits, cela le place déjà dans une position de vulnérabilité vis-à-vis du reste de la communauté. Afin de le stimuler et d'optimiser son sentiment de bien-être, celui-ci devrait aussi ressentir une certaine stabilité et une flexibilité dans son emploi. Enfin, l'individu devrait pouvoir s'épanouir dans celui-ci et y retrouver une signification sociale.

La communauté, dans son ensemble, doit se préoccuper de la santé mentale de ses membres, car la maladie mentale peut affliger n'importe lequel de ceux-ci et ses répercussions économiques peuvent être énormes. Ainsi, « selon l'Enquête sur la santé en Ontario (ESO, 1990), 1 218 000 Ontariens et Ontariennes ont souffert de troubles de santé mentale durant l'année précédant l'enquête. Plus de 75 % d'entre eux n'ont pas cherché à obtenir de l'aide » (Picard et Hébert, 1999, p. 73). De plus, une étude plus poussée de diverses données statistiques démontre une corrélation entre le niveau du revenu et les divers problèmes de santé mentale. En effet, Caron, et collab. (2007) indique un taux de détresse de 19,4 % dans la population ayant un revenu au-dessus du seuil de la pauvreté. Cependant, ce taux augmente à 28,5 % chez les personnes plus pauvres. Il faut aussi noter que la « présence d'un trouble mental spécifique affecte 10,3 % des mieux nantis comparativement à 14,1 % des défavorisés. De plus, ces prévalences ne constituent qu'une sous-estimation du problème réel puisque l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 1.2) ne mesure pas toutes les catégories de troubles mentaux. » (p. 228) De plus, cette même étude estimait que la détresse psychologique coûtait annuellement au moins 14,4 milliards de dollars à l'économie canadienne dans son ensemble (p. 228).

### **1.1.6 Aide aux individus souffrant de troubles mentaux**

Afin de pouvoir venir en aide à ces individus, il faut tout d'abord pouvoir les identifier. C'est ici qu'apparaît le premier problème de la maladie mentale pour les intervenants dans ce domaine. Il est parfois difficile de déterminer adéquatement les besoins de ces

individus, faute d'en connaître les besoins exacts. Ce qui est connu cependant, c'est que les personnes souffrant de problèmes mentaux sont généralement soignées par leur médecin de famille. Kates (2002) indique que « 35 % des individus étaient vus uniquement par ce médecin, 40 % par un service de santé mentale seulement et 25 % par les deux dans une forme ou une autre de soins intégrés » (p. 94). Et c'est ici que la situation se complique. La raison en est très simple ; les données statistiques diffèrent d'une étude à l'autre quant au pourcentage d'individus qui reçoivent de l'aide pour de la détresse psychologique. Cette même étude portant sur les soins de santé en Ontario sur une période d'un an a révélé que 81 % de la population avait consulté un médecin. Cependant, elle indiquait aussi que « 72 % des personnes souffrant de maladies mentales graves ne recevaient pas de soins en santé mentale » (p. 94). Malheureusement, cette étude n'a pas indiqué quel pourcentage de cette même population a en effet consulté pour raison de maladie mentale légère ou grave.

Dans une étude publiée par Ouadahi, et collab. (2009), des données statistiques recueillies dans différentes provinces canadiennes suggèrent que de 5 à 20 % de la population consulterait leur médecin annuellement pour des troubles mentaux courants. Dans le premier des scénarios, ceci représente une portion minime des consultations chez son médecin puisque seulement un patient sur vingt visite pour un trouble mental. Cependant, lorsqu'un patient sur cinq visite son médecin pour une raison de santé mentale, la situation devient très sérieuse. Des efforts dans le domaine doivent être faits pour venir en aide à ceux qui sont diagnostiqués et à la multitude soupçonnée qui souffre. (Ouadahi, et collab., 2009) De plus, si les médecins ne détectent si peu de cas de troubles mentaux, il serait peut-être important de se questionner sur notre appréciation de notre santé mentale et de celle des membres de notre entourage.

Il ne faut pas oublier que seul le médecin est habilité à poser un diagnostic basé sur des symptômes précis, bien différent de la notion de santé mentale décrite ci-haut. Il est aussi à noter que ce ne sont pas tous les omnipraticiens qui voient les troubles mentaux

de la même façon. Ceci peut représenter un défi de taille s'il y a très peu de collaboration interprofessionnelle entre les différents intervenants en santé mentale et les médecins. (Ouadahi, et collab., 2009)

### **1.1.7 Dépression et épuisement professionnel**

Durant les années 1970, certains chercheurs (Freudenberger, Maslach, Pines) ont commencé à noter des distinctions entre les symptômes de la dépression et de l'épuisement professionnel. Si ces deux maladies étaient des manifestations d'un sérieux désordre psychologique, la cause et le traitement, eux, en étaient bien différents. Ils en sont arrivés à la conclusion que la dépression faisait suite à une brisure liée à un événement affectif précis (e.g. naissance, maladie ou décès d'un proche) ou en lien avec une perte d'emploi ou un déséquilibre biochimique dans le cerveau. (Dion-Hubert, 1985) Elle avait comme conséquence d'entraîner « une perte de plaisir et d'intérêt dans la vie en général » (Standard Life, 2012, p. 1) pour la personne affligée. Un traitement basé sur les antidépresseurs est souvent efficace dans cette circonstance. Par contre, il fut noté que plusieurs personnes œuvrant dans le milieu des relations humaines pouvaient éprouver une grande fatigue émotionnelle, une perte d'intérêt envers leur emploi ou leurs collègues, ainsi qu'une baisse de productivité prolongée suite à un sentiment de perte d'accomplissement vis-à-vis leur travail ou des objectifs visés (Standard Life, 2012; Trépanier et Foucreault, 2015).

Le psychanalyste Freudenberger (1974, 1975) a défini l'épuisement professionnel ou le :

*burnout* comme une perte de charisme de l'intervenant (i.e., doute sur ses capacités professionnelles) et la manifestation de signes physiques (e.g., sentiment d'épuisement et de fatigue) et comportementaux (e.g., se mettre rapidement en colère, irritation et frustration spontanées) (Gevry, 1987, p. 7).

L'épuisement professionnel proviendrait d'une dysfonction dans l'interaction du travailleur avec son environnement (milieu de travail). Il est aussi à noter que cet état psychologique est le résultat d'un long processus.

Le principal élément déclencheur d'un épuisement professionnel est incontestablement une accumulation excessive de stress. Il s'agit « d'un idéal de performance irréaliste et d'une poursuite du succès professionnel à tout prix » (Standard Life, 2012, p. 1).

Certaines conditions de travail peuvent occasionner des périodes successives de stress élevé. Entre autres, il y a la surcharge des tâches et des responsabilités, l'ambiguïté de rôle et le conflit de rôle. Ensuite, il faut considérer les attentes élevées du superviseur, des collègues, de l'agence, de la société et de la clientèle. Dans d'autres circonstances, c'est le manque de supervision, de rétroaction, d'appui ou de ressources qu'il faut déplorer. Enfin, il y a la négligence de ses propres besoins pour se concentrer sur les besoins des autres. L'impossibilité d'atteindre un ou plusieurs de ces objectifs irréalistes devient la première phase de l'épuisement professionnel si l'individu ne parvient pas à la gérer à court terme (Laviolette, 1994).

La deuxième étape se situe lorsque l'individu réalise que, malgré tous ses efforts, il ne pourra jamais atteindre ses objectifs puisqu'il a atteint un état où il ne peut plus gérer adéquatement ce niveau de stress. Certaines situations peuvent être hors de son contrôle ou ne pas progresser à sa satisfaction, et ceci peut donc provoquer un sentiment d'impuissance pour l'individu en question. Plutôt que de réviser ses objectifs afin qu'ils deviennent plus réalistes, l'individu en route vers l'épuisement professionnel maintient son plan initial.

Ceci l'amène à la troisième étape qui est celle de la désillusion. Il éprouve un sentiment de frustration et de culpabilité. Non seulement est-il déçu et fatigué, il croit maintenant que ses objectifs ne pourront jamais être atteints parce que son entourage ne reconnaît pas ses efforts tout en continuant de lui demander d'accomplir davantage. Il doute de ses

compétences et perd son estime de soi. Ceci a comme conséquence de nuire à son fonctionnement quotidien. À cette étape, il se peut qu'il ait commencé à prendre des médicaments pour travailler ou pour dormir.

La quatrième étape est celle du découragement. L'individu est découragé et épuisé. Il n'a plus d'intérêt pour son travail ou son environnement immédiat (Standard Life, 2012). La conséquence visible à cette étape est souvent l'arrêt de travail. Ne pouvant plus fonctionner dans son milieu, l'individu se voit placé en repos forcé. Un diagnostic médical est établi avec lequel correspond souvent une thérapie chimique (médicaments).

Si tous les travailleurs sont sujets à l'épuisement professionnel, il est toutefois à noter que certains facteurs peuvent influencer positivement ou négativement cet épuisement. Entre autres, ces facteurs incluent le sexe de l'individu, son état civil, son nombre d'années d'expérience dans l'emploi, son niveau de scolarité, le taux d'absentéisme précédent l'épisode de crise, le stress quotidien vécu, le secteur d'emploi, le type de clientèle et la pathologie entre l'individu et son environnement (Gevry, 1987). Il faut bien comprendre le lien de cause à effet qui existe entre l'épuisement ainsi que l'interaction entre la personnalité de l'individu et certains facteurs de son milieu de travail. En ne parvenant plus à bien gérer son milieu de travail, sa qualité de vie entière en subit les conséquences, autant dans son travail que dans sa vie privée.

L'épuisement professionnel a des conséquences néfastes tant pour l'individu que pour la société. Il y a une insatisfaction des individus face à ses accomplissements personnels dans son travail, une dépersonnalisation dans ses relations avec autrui, une diminution de son efficacité et une baisse de productivité. Ce phénomène représente des coûts énormes tant au niveau humain qu'économique pour notre société. La valeur monétaire de l'épuisement professionnel est calculée à l'intérieur des pertes dues aux maladies mentales.

## 1.2 Perception des stigmas entourant les problèmes mentaux

Au niveau de la maladie mentale proprement dite, il peut y avoir un problème de compréhension dans l'esprit de certaines personnes. S'il est plus facile de comprendre comment soigner un bras cassé ou une grippe, c'est parce que ces cas sont tangibles. Par contre, l'anxiété et la dépression sont non seulement des maladies abstraites, elles sont aussi des situations qui peuvent porter à un jugement négatif de la part d'un observateur. Ces personnes sont-elles rêveuses ou paresseuses ? Ces perceptions portent le nom de stigma.

Dépendamment des personnalités, l'opinion négative que les autres pourraient se faire d'un individu engendre parfois un comportement qui ne reflète pas la réalité de ce dernier. « Given that stigmas arise from social relationships, the theory places emphasis, not on the existence of deviant traits, but on the perception and marking of certain traits as deviant by a second party » (Boundless, 2014). Par exemple, l'individu souffrant d'un problème mental ne se perçoit pas nécessairement comme un être « anormal ». Par contre, il peut s'attribuer des caractéristiques négatives perçues comme étant extérieures des normes sociales en vigueur dans sa communauté.

« Pour bien comprendre les réactions d'une population à l'égard des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale, il faut de plus s'interroger sur les systèmes d'explications et les raisons que l'on donne pour rendre compte de l'origine du problème d'une personne (Bibeau, 1991, p. 14).

C'est pour cette raison qu'il est important de comprendre ce qui engendre l'auto-stigmatisation chez les intervenants en santé mentale en quête de services pour eux-mêmes.

Malgré que ce projet de mémoire se concentre en premier sur la perception de la stigmatisation ressentie par des intervenants en santé mentale, il fut aussi important de jeter un regard sur la situation de la francophonie étant donné que la population étudiée est francophone.

### **1.3 Communauté franco-ontarienne**

L'Ontario est constituée d'un amalgame de communautés linguistiques. Dans certains centres, des services de santé sont parfois offerts dans la langue maternelle du client à l'avantage de celui-ci. La communauté francophone figure au premier rang des communautés linguistiques minoritaires de l'Ontario. De plus, les droits linguistiques des Francophones sont protégés et régis par la *Loi 8* de l'Ontario. Ce sont ces droits qui démarquent les francophones des autres minorités linguistiques de la province.

Un des objectifs de notre étude est d'ailleurs de voir comment les intervenants franco-ontariens souffrant de problèmes de santé mentale peuvent vivre l'expérience de recevoir des soins dans ce domaine, dans leur langue et dans une région déterminée. Au Canada, l'Ontario a une population de 13,5 millions d'habitants (Commissariat aux services en français, 2014). En ce qui concerne la population dite « francophone », l'Ontario compte 611 500 personnes (Commissariat aux services en français, 2014).

#### **1.3.1 Définition du terme Francophone**

Jusqu'à récemment, le concept de « francophone » était flou puisque ceux-ci étaient définis souvent sur la base de leur langue maternelle ou de la langue parlée à la maison. Il en résultait donc souvent des variations statistiques entre les différents recensements (Picard, et collab., 2005). Ainsi, malgré les droits linguistiques protégés au niveau fédéral, via la *Loi sur les langues officielles au Canada* (1969), la communauté franco-ontarienne ne pouvait pas se différencier des autres réseaux affinitaires, tels que des groupes ethniques, ayant une différente orientation sexuelle, pratiquant un loisir ou un

sport quelconque (Gagné, 1996) afin de réclamer des services particuliers auprès du gouvernement provincial et de ses organismes. La *Loi 8* a permis de changer cette réalité. De plus, la définition élargie de « francophone », adoptée par le Gouvernement de l'Ontario le 4 juin 2009 reflète maintenant mieux la situation actuelle des Franco-ontariens. En effet, la Définition inclusive de francophone (DIF) « est fondée sur trois variables : la (les) langue(s) maternelle(s), la connaissance des langues officielles et la (les) langue(s) parlée(s) à la maison » (Commissariat aux services en français, 2012, p. 2). Ainsi, quiconque répond affirmativement à l'une de ces trois questions est comptabilisé comme francophone ayant droit aux services dans sa langue maternelle. Les francophones sont présents partout en Ontario. Cependant, cette population n'est pas répartie également ni proportionnellement à la population globale de la province.

### **1.3.2 Égalité devant la Loi**

Le Canada est présenté sur la scène nationale et internationale comme un pays bilingue. La communauté francophone représente une proportion suffisamment nombreuse de la population dans certaines régions de l'Ontario. Elle pourrait donc s'attendre à être traitée également dans sa langue comme l'ensemble de la population par le gouvernement provincial dans ces régions. Malheureusement, cela n'a pas toujours été le cas. Pendant longtemps, il a existé au niveau gouvernemental une approche de reniement de l'existence d'une communauté francophone en Ontario.

Dans le domaine de la santé, connaître l'état d'une minorité comme celle des francophones peut se révéler complexe (Réseau du mieux-être. 2006). D'ailleurs, certains prétendent que la situation du français s'est détériorée en Ontario depuis quelques décennies. En effet, à partir des années 1960, le gouvernement a repris l'administration des hôpitaux de certains ordres religieux dans la vague de l'État-providence. Il y avait les six hôpitaux dont les soins infirmiers étaient fournis par les Soeurs Grises de la Croix d'Ottawa. Entre autres, ces hôpitaux étaient à Sudbury (St-



Joseph), à Sturgeon Falls (St-Jean-de-Brébeuf, 1927-1978), à Mattawa et à Ottawa (Monfort). Ce dernier établissement est d'ailleurs le seul hôpital déclaré officiellement francophone en Ontario et toujours en fonction.

La prise en charge de ce secteur des services à la population par le gouvernement ne fut pas nécessairement au bénéfice de la communauté francophone. Proportionnellement à son poids démographique, les jeunes franco-ontariens n'accèdent pas en nombre suffisant aux divers programmes de santé dans des institutions d'enseignements bilingues pour ensuite revenir travailler dans leur communauté. Des études (Bouchard, et collab., 2012 ; Picard, et collab., 1999) indiquent un manque de soins de santé en français et de professionnels de la santé francophones. Ce manque se révèle particulièrement important au niveau de la santé mentale, de la toxicomanie et des soins spécialisés. Les francophones ont des spécificités qui les démarquent de la majorité anglophone telles que des taux plus élevés de certaines maladies (Bélangier et Beauvolks, 2001). Les services existants sont souvent mal identifiés, ce qui fait que plusieurs personnes qui en ont besoin n'y accèdent pas. Finalement, dans certains centres où l'immigration est assez forte, les services pour les néo Franco-ontariens sont quasi inexistantes (Leclerc, Parent, et collab., 2000).

Dans les années 1990, le gouvernement conservateur Harris (1995-2002) a tenté de fermer l'hôpital Montfort (1997) en prétextant la rationalisation des services de santé dans la région de la capitale nationale. Il a fallu, encore une fois, un ralliement de la communauté franco-ontarienne autour du comité « S.O.S. MONFORT ». Ce groupe a dû entamer un mouvement de pression politique et une poursuite en justice contre le gouvernement ontarien pour sauvegarder le seul hôpital désigné « francophone » en Ontario.

L'Ontario reconnaît pourtant un statut particulier à sa communauté francophone. Son gouvernement provincial a un ministre délégué aux affaires francophones et un Office des affaires francophones, ainsi qu'un Commissaire aux services en français. Les mandats de l'Office des affaires francophones sont la promotion et la coordination des services du gouvernement auprès de ses citoyens. En 1986, le gouvernement libéral de David Peterson (1985-1990) fait adopter une *Loi sur les services en français (LSF)*, mieux connue sous le nom de *Loi 8*. Dans les régions désignées par le gouvernement, celle-ci « garantit au public le droit de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario situés dans 25 régions désignées » (Association française des municipalités de l'Ontario, 2015). Si, au niveau légal, cette loi accorde l'égalité à la communauté franco-ontarienne dans tous les ministères, agences et organismes financés par le gouvernement provincial, cela en va autrement dans la pratique (AFMO, 2015). Ceci signifie que l'autorité peut invoquer différentes raisons pour se soustraire à l'obligation d'offrir, en partie ou en totalité, ses services en français. En conséquence, ceci peut avoir un effet négatif sur les services à la clientèle.

De plus, dans un jugement de 2001, la Cour d'appel de l'Ontario affirmait que la *Loi sur les services en français* jouissait d'un statut « quasi constitutionnel » suite à l'adoption de la *Charte canadienne des droits et libertés* (1982) et à la modification de la *Loi sur les langues officielles* (1988) visant à la protection et à la promotion des langues en milieu minoritaire (Leblanc, 2015). Ceci signifie que « le gouvernement ontarien et toute agence ou groupe mandaté pour l'aviser ou pour mettre en œuvre les politiques doivent tenir compte des droits légaux et constitutionnels des francophones, et respecter ces droits dans l'élaboration et la mise en œuvre de toutes les politiques et les programmes » (Réseau du mieux-être, 2006). Cette victoire juridique majeure confirme le droit au partenariat des francophones de l'Ontario avec leur gouvernement et ses entités.

Cependant, les Franco-Ontariens font toujours face à plusieurs défis pour le plein respect de leurs droits linguistiques. Ils ne sont pas systématiquement présents ou pris en considération lors de prises de décisions de tous les ministères pouvant influencer leur vie dans ces régions désignées. (Réseau du mieux-être. 2006). L'élaboration et/ou la mise en application des lois ou des directives des divers ministères dépendent alors de la volonté des fonctionnaires lorsqu'aucune pression n'est exercée sur eux. Certains organismes financés par les fonds publics provinciaux, tels que les hôpitaux, les résidences de soins de longues durées, les garderies et les bureaux de soins de santé publique n'y sont pas assujettis. Afin de recevoir une désignation de fournisseur officiel de services en français, chaque établissement ou organisme doit demander au Conseil des ministres de l'Ontario de passer un règlement. Advenant qu'une plainte a lieu à l'encontre d'un fournisseur de services en français, le Commissaire à la francophonie a l'autorité de retirer une désignation à ce dernier ou d'exiger de celui-ci qu'il se conforme à l'entente préétablie. (Association française des municipalités de l'Ontario, 2015 ; Réseau du mieux-être. 2006)

### **1.3.3 Particularités de la communauté franco-ontarienne**

Selon des études telles que celle de M'Bala, et collab., l'état de santé des francophones serait aussi bon ou plus précaire que l'ensemble de la population ontarienne, dépendamment des indicateurs et des cohortes observés (Leclerc, Picard, et collab., 1999; Picard et Hébert, 1999). Ceci peut être influencé par trois déterminants, soient les habitudes de vie, les antécédents personnels et familiaux ainsi que l'environnement. Selon Perrault, si le premier déterminant affecte l'état de santé physique, le second est lié directement à la santé mentale. Ainsi, ces deux états de santé ont comme conséquences directes la consommation de soins et de services. Quant à l'environnement, celui-ci influencera le social qui affectera la fonctionnalité de l'individu et aura un impact sur les rôles sociaux (1989).

Certaines données statistiques montrent des écarts, mais il n'existe pas de différences marquantes en termes de conditions physiques ou mentales entre les Franco-Ontariens et le reste de la population provinciale. Par exemple, dans un sondage sur leur perception du bon état de leur santé, selon le groupe linguistique, les Francophones ont répondu positivement à 62 %, les Anglophones, 67 %, les Allophones, 57 %. Cela donnait une moyenne pondérée pour l'Ontario de 65 % (Picard et Hébert, 1999). Si les Franco-Ontariens ont une moins bonne perception de leur santé que la moyenne ontarienne, c'est peut-être à cause de certains éléments. Dans de nombreuses communautés où ils sont minoritaires, leur intégration à la majorité n'est peut-être pas complète. Si plusieurs francophones participent aux mêmes activités physiques et sportives que la communauté anglophone, on remarque que cette communauté est généralement moins active physiquement (indice de taux d'activités) et qu'elle consulte moins régulièrement son médecin. Malgré que les francophones se déclarent bilingues à 90 %, est-ce que le facteur de la langue de communication est un élément qui joue ici dans les relations interpersonnelles ? Il va sans dire qu'une meilleure éducation, un meilleur revenu médian moyen et une plus grande accessibilité à des soins de santé primaires assurent une plus grande probabilité d'être en meilleure santé globale. (Bouchard, et collab., 2012)

### **1.3.4 Impact de la langue sur la qualité des soins**

Tous les chercheurs conviennent qu'il est préférable de parler à un intervenant dans sa langue maternelle lorsqu'on éprouve un problème de santé physique ou mentale. D'ailleurs, dans une étude préparée par Sarah Bowen pour Santé Canada (2001), et se basant sur la littérature disponible à l'époque, elle était arrivée à la conclusion que :

Des éléments convaincants permettent de prouver que les barrières linguistiques ont des répercussions sur l'accès initial aux services de santé et non seulement sur les soins dispensés par les médecins et les hôpitaux. Les patients sont confrontés à des barrières majeures pour accéder aux programmes de promotion

et de prévention en matière de santé. (Bowen cité dans Réseau du mieux-être. 2006, p. 15)

Pourtant, c'est la situation que vivent toujours quotidiennement des milliers de Franco-Ontariens, même si la *Loi sur les services en français* prévoit que l'accès à des services en français est un droit dans de nombreuses régions de la province depuis 1989. Si les intervenants en santé ne comprennent pas clairement les patients et que ceux-ci ne se sentent pas à l'aise dans cette relation, ils auront tendance à moins utiliser les services disponibles. Une partie de ce problème est en voie d'être remédié lorsque la communauté travaille en partenariat avec un ou des fournisseurs de services pour créer des Centres communautaires de soins de santé primaires. Cependant, des efforts doivent aussi être faits en exigeant un nombre minimal de professionnels francophones afin d'y ajouter non seulement la compétence linguistique, mais aussi une compétence culturelle<sup>1</sup>. (Réseau du mieux-être. 2006)

#### **1.4 Intervenants en santé mentale comme aidant**

Les intervenants en santé mentale se retrouvent souvent parmi les professionnels de soins de santé de première ligne, en centres de soins de santé communautaires, en cliniques de médecine ou ailleurs. Ces professionnels ont comme tâche première d'intervenir « directement auprès d'une (ou de plusieurs) personne(s) pour l'aider (ou les aider) à surmonter des difficultés personnelles de type psychologique et/ou à développer l'intégrité ou l'autonomie psychologique personnelle » (Rhéaume et Sévigny, 1988, p. 96). Il faut réaliser qu'avec la désinstitutionalisation, les personnes aux prises avec une maladie mentale dépendent presque exclusivement des services dans la collectivité. Pour

---

<sup>1</sup> « Des chercheurs en santé aux États-Unis ont développé un concept qui représente bien cette réalité: la compétence culturelle. Celle-ci se définit comme un ensemble de comportements, attitudes et politiques congruents qui s'intègrent au sein d'un système, d'une agence ou entre professionnels [...] Le mot culture décrit ici un modèle intégré de pensée, d'actions, de communications, de coutumes, de croyances, de valeurs et d'institutions propres à un groupe ethnique, linguistique, social ou religieux. La compétence culturelle est alors perçue comme un atout important et nécessaire qui permet d'offrir des services de qualité et qui ultimement se traduit par une amélioration de la santé d'une population.» (Réseau du mieux-être. 2006)

un intervenant franco-ontarien, les défis sont nombreux. En plus de vivre les mêmes constantes que leurs collègues anglophones, soit « l'épuisement professionnel, le suicide, l'image corporelle, l'ordonnance de traitement, la prostitution, les sans-abri et ainsi de suite » (Bélanger et Beauvolks, 2001, p. 11), ils dépendent aussi des services communautaires qui sont trop souvent inadéquats ou tout simplement inexistantes (Parent, et collab., 2000).

Alors, qu'advient-il lorsque c'est l'intervenant qui requiert des services, car il n'a plus la force de répondre à ses défis personnels. Il importe de se poser la question car, dans une telle situation, c'est un aidant professionnel qui requiert de l'aide professionnelle. À titre de personne, il ou elle doit se sentir bien dans sa peau et à l'aise dans son environnement. Donc, s'il n'est pas capable de faire de bons choix affectifs et cognitifs pour lui-même, il est possible qu'un client puisse se demander si son aidant est en mesure de l'aider à grandir et surmonter ses difficultés. De plus, l'ensemble des personnes dans son entourage serait en mesure de se questionner sur l'objectivité de son jugement et du regard qu'il pose sur les actions sociales actuelles. (Bélanger et Beauvolks, 2001)

Ainsi, malgré le manque de professionnels francophones dans plusieurs communautés, les intervenants qui nécessitent des services en santé mentale auront-ils recours à ceux qui leur sont offerts ? Sinon, pourquoi ? Y existe-t-il des facteurs autres que le stigma vis-à-vis la santé mentale qui peuvent expliquer de telles situations, si elles existent ?

## **1.5 Résumé**

En résumé, les éléments présentés dans la problématique exposent les différentes perceptions liées à ce qu'est la santé, la perception des stigmas entourant les problèmes mentaux, le contexte de la communauté franco-ontarienne comme minorité avec des droits quasi constitutionnels et le statut d'intervenant en santé mentale dans son rôle comme aidant dans la société. Ceux-ci furent définis afin de dégager le contexte de la

perception de la stigmatisation chez des intervenants francophones en santé mentale en quête de services pour eux-mêmes.

## **CHAPITRE II**

### **CADRE THÉORIQUE**

Ce chapitre abordera maintenant le cadre théorique qui a guidé la réflexion de notre objet de recherche. Ainsi, nous présenterons la théorie de la stigmatisation de Goffman et la théorie des systèmes de von Bertalanffy, deux théories qui nous serviront d'angle d'analyse pour nos données de recherche.

La théorie de Goffman sur la stigmatisation par rapport à un groupe de la population prédéterminé devient une perspective intéressante dans l'analyse de notre objet de recherche, soit les intervenants francophones en santé mentale en quête de services pour eux-mêmes. Nous élaborerons ainsi sur la notion de stigma et les types de stigmatisation offerts par cette théorie, pour ensuite faire des liens à une analyse systémique permettant de situer les éléments spécifiques de notre projet, soit l'auto stigmatisation, la stigmatisation de la part de la famille et des amis, des collègues, des clients, de la communauté et des autres professionnels.

La théorie des systèmes, telle que présenté par (von Bertalanffy, 1956), servira à démontrer l'influence que joue l'environnement dans le maintien d'un système ou dans son évolution à travers le temps. Ce phénomène peut être observé par la manière dont les informations de l'environnement sont transmises à un système. Plus sa frontière est perméable aux intrants, plus le système évoluera en tenant compte des informations externes. À l'inverse, si le système est refermé sur lui-même, il est limité à ses capacités internes et devient plus vulnérable en cas d'épuisement (van de Sande, et collab., 2002).

Ces notions de la théorie des systèmes utilisées dans cette étude permettent de voir comment l'individu reçoit des informations par rapport à la santé mentale et par ricochet, de valider si le comportement d'autrui est acceptable ou non. Nous aborderons



ainsi spécifiquement les préconstruits relationnels et contextuels, ainsi que les pressions qui influencent le comportement de l'intervenant en besoin d'aide.

L'application de ces deux théories va permettre, d'une part, de caractériser la stigmatisation interne qui affecte principalement les intervenants en santé mentale en quête de services d'aide. D'autre part, elles vont permettre d'expliquer le rôle que joue l'environnement immédiat sur leurs perceptions et leurs choix de demander de l'aide.

## **2.1 Vivre en société**

Les êtres humains sont des êtres sociaux ; ils recherchent la vie en communauté. Vivre en communauté amène les gens à se donner certaines structures ; entre autres, une structure légale et une structure morale. Ainsi, les membres d'une même communauté reconnaissent la justification de ces lois, ces obligations et ces valeurs morales pour leur protection et leur épanouissement. Comme le dit si bien le dicton, « Qui se ressemble se rassemble ». Ce conformisme rassure. Alors, ceux qui tendront vers ces normes seront perçus comme « normaux » et tous ceux qui ne les respectent pas seront perçus « déviants » ou « anormaux ». Pour la communauté des personnes « normales », les gens souffrant d'un handicap physique, d'un trait de caractère ou de la personnalité, ou encore d'un trait basé sur leur origine souffrent tous d'un stigma qui les exclut à un niveau quelconque. Cette exclusion relève donc d'un problème moral puisqu'il fait référence à un jugement social basé sur un ou des attributs ci-dessus mentionnés. Les intervenants sociaux sont appelés à venir en aide aux individus se retrouvant en marge de la société parce qu'ils sont considérés « anormaux ». Ainsi, ces intervenants devraient conséquemment démontrer une plus grande ouverture d'esprit sur les questions morales de l'ensemble de la société pour utilement accomplir leur mission envers ces derniers, sans préjudice.

## 2.2 Théorie de la stigmatisation de Goffman

Dans son livre *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Erving Goffman énonce que :

la société établit des procédés servant à répartir en catégories les personnes et les contingents d'attributs qu'elle estime ordinaires et naturels chez les membres de chacune de ces catégories. Les cadres sociaux établissent les catégories de personnes qu'il est probable d'y rencontrer. La routine des rapports sociaux dans les cadres établis nous permet d'avoir affaire aux autres, habituellement présents, sans leur accorder une attention ou des pensées particulières. Par suite, lorsqu'un inconnu se présente à nous, ses premières apparitions ont toutes chances de nous mettre en mesure de prévoir la catégorie à laquelle il appartient et les attributs qu'il possède, son « identité sociale. (Goffman, 1975, p. 11)

Ces catégories représentent différents attributs ou caractéristiques communes à chacun des membres du groupe. Par exemple, les personnes homosexuelles, musulmanes et noires forment chacun un groupe à cause de leur orientation sexuelle, leur religion ou leur ethnicité.

L'ensemble des personnes d'une communauté se considère habituellement comme des personnes normales. C'est lorsqu'on s'arrête à la spécificité de chaque individu que les caractéristiques particulières et souvent négatives de chacun sont mises en évidence. De ce regard spécifique, les membres de la communauté peuvent alors poser un jugement sur les différences d'autrui. Quant à nous, ceux qui ne divergent pas négativement de ces attentes particulières, je nous appellerai les *normaux*. Les attitudes que nous, les normaux, prenons vis-à-vis d'une personne affligée d'un stigmate et la façon dont nous agissons envers elle, tout cela est bien connu, puisque ce sont ces réactions que la bienveillance sociale est destinée à adoucir et à améliorer. Il va de soi que, par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmate n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne. Afin d'expliquer son infériorité et de justifier qu'elle représente un danger, nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmate, qui sert aussi parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences, de classe, par exemple. (Goffman, 1975, p. 15)

Donc, la perception négative de ces gens « normaux » envers leurs concitoyens considérés « inférieurs » est à la base du stigma que ces derniers vont éprouver vis-à-vis leur communauté. Ce stigma représente en fait une discrimination sociale de l'individu porteur par rapport aux autres.

### **2.2.1 Définition du stigma**

Dans sa plus simple expression, le stigma est une image négative que le groupe « normal » se fait d'un stéréotype basé sur un attribut ou un caractère mauvais, nuisible ou tendancieux. L'individu, ainsi stigmatisé, devient :

diminué à nos yeux, il cesse d'être pour nous une personne accomplie et ordinaire, et tombe au rang d'individu vicié, amputé. Un tel attribut constitue un stigmaté, surtout si le discrédit qu'il entraîne est très large ; parfois aussi on parle de faiblesse, de déficit ou de handicap. Il représente un désaccord particulier entre les identités sociales virtuelle et réelle. (Goffman, 1975, p. 12)

Donc, une personne stigmatisée ne possède pas le même statut que les autres.

### **2.2.2 Trois catégories de stigmatisation**

Dans son étude, Goffman (1963) divise en trois catégories les groupes de populations qui peuvent souffrir de stigmatisation ; soit les personnes souffrant d'un handicap physique, celles souffrant d'un trait de caractère ou de la personnalité, et enfin, les stigmas basés sur l'origine de la personne. Certaines de ces catégories peuvent être visibles ou invisibles, peuvent discréditer la personne ou la rendre indigne à la société.

Les handicaps physiques sont généralement faciles à identifier en raison de leur visibilité. La personne souffrant de mobilité réduite, d'un handicap visuel ou de surdité sera facilement observable au premier contact. Des maladies ou des syndromes comme

la maladie de Parkinson dans le stade initial ou le syndrome de la Tourette sont des exemples qui pourraient être plus difficiles à percevoir.

Quant à la seconde catégorie, soit les traits de caractère ou de la personnalité, ceux-ci peuvent être beaucoup plus difficiles à identifier si la personne porteuse du stigma fait un effort pour cacher ou masquer sa différence. Prenons l'exemple d'une personne souffrant d'une maladie mentale dont la situation est bien connue dans son milieu familial, mais qui cherche à cacher ses problèmes lorsqu'elle est dans un groupe étranger. Il y a aussi celui qui veut démontrer qu'il connaît les bonnes manières et le savoir-vivre, mais qui est maladroit dans des situations sociales qui requièrent un tel savoir.

Pour ce qui est de la troisième catégorie, soit l'origine de la personne, le stigmatisé peut parfois passer inaperçu si son identité personnelle est cachée ou encore a des traits similaires à sa communauté environnante. Par exemple, un québécois qui arrive dans une communauté franco-ontarienne peut souvent ne pas être remarqué par son langage s'il évolue parmi des gens d'une même éducation.

### **2.2.3 Identité sociale et identité virtuelle**

En fin de compte, lorsque le stigma n'est pas visible chez une personne, il n'existe aucune différence entre son identité sociale ou actuelle et son identité virtuelle<sup>2</sup>. Par contre, si celle-ci tente de le dissimuler, on peut dire que les effets négatifs d'un stigma pourront être mesurés par l'écart entre l'identité réelle et virtuelle de cette personne si elle vient à être connue :

---

<sup>2</sup> À noter que Goffman précédait l'ère informatique. Il ne fait donc pas référence au contexte « virtuel » à l'identité dans l'ère de la technologie mais plutôt l'identité non-con nue ou cachée d'une personne.

Lorsque l'identité sociale d'un individu s'écarte au réel de ce qu'elle est au virtuel, nous, les normaux qui entrons en contact avec lui, pouvons soit le savoir déjà, soit nous en apercevoir dès l'abord. Il s'agit alors d'un individu discrédité [...] Cette coopération de l'individu stigmatisé avec les normaux pour faire comme si une différence notoire était sans importance et indigne d'attention représente l'une des principales éventualités qui peuvent marquer l'existence d'une telle personne. Mais, lorsque la différence n'est ni immédiatement apparente ni déjà connue (ou que, du moins, elle n'est pas connue pour être connue), lorsque, en deux mots, l'individu n'est pas discrédité, mais bien discréditable, c'est alors qu'apparaît la seconde éventualité. Le problème n'est plus tant de savoir manier la tension qu'engendrent les rapports sociaux que de savoir manipuler de l'information concernant une déficience ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir ; et, dans chaque cas, à qui, comment, où et quand. (Goffman, 1975, p. 57)

En conséquence, si son identité réelle est connue, cela peut jouer un grand rôle sur les effets négatifs de la stigmatisation sur celui-ci. Par contre, si c'est son identité virtuelle qui est prédominante ; alors, l'individu sera reconnu pour ses qualités.

Voyons deux exemples où des personnes peuvent vivre des situations stigmatisantes. Premièrement, une personne souffrant d'un handicap physique, tel qu'une vision réduite, peut être un individu discrédité. Pour celle-ci et son entourage, son handicap ne l'empêche pas de mener une vie productive. Pour un observateur étranger, sa vue limitée pourrait représenter un obstacle majeur à mener une vie active. Deuxièmement, une personne souffrant d'un problème de santé mentale, tel que la dépression, peut se trouver discréditable par les gens de son entourage et des étrangers. Ainsi, pour elle, l'enjeu est à savoir jusqu'où elle doit ou peut se dévoiler aux autres puisque ces derniers ne connaissent pas sa véritable condition ou ne feront pas confiance à ses connaissances et ses habiletés.

Enfin, les intervenants en santé mentale sont eux aussi des êtres humains qui peuvent posséder des stigmas. Il est important de connaître le type de stigma auquel ils font face et les moyens auxquels ils ont recours pour recevoir de l'aide. Les études dans le

domaine de la santé mentale touchant cet aspect particulier sont assez limitées, surtout dans le cas des populations francophones en milieu minoritaire.

### **2.3 Théorie des systèmes**

En sciences humaines, il est assez commun depuis quelques décennies de parler de la théorie des systèmes de von Bertalanffy pour expliquer les interactions entre divers groupes. Celle-ci fut développée pour résoudre les frictions entre les parties lorsque les tentatives d'actions pour réduire la résistance au changement ou les conflits ne fonctionnaient pas. Elle se base sur les principes qui régissent la théorie générale des systèmes, soit le principe des influences créées par l'interaction entre les divers éléments et sous-systèmes. (Millet, 2016 ; van de Sande, et collab., 2002)

Selon cette théorie, un système est composé d'éléments qui existent parce qu'ils possèdent des caractéristiques spécifiques communes qui les lient entre eux. Ces éléments cherchent à atteindre des objectifs en produisant diverses activités. La valeur d'un système est plus grande que la somme des éléments qui le compose. (Amiguet et Julier, 1996 ; van de Sande, et collab., 2002) Une famille franco-ontarienne est un sous-système tandis que la communauté franco-ontarienne forme un système.

Selon le principe de la totalité, lorsque des sous-systèmes interagissent entre eux, un nouveau système est créé. La particularité essentielle d'un système est que toute modification dans l'un de ses sous-systèmes entraîne automatiquement un changement dans l'entité du système. (Amiguet et Julier, 1996 ; Bilodeau, 2005 ; Millet, 2016 ; van de Sande, et collab., 2002) Par exemple, lorsque des Franco-ontariens obtiennent de nouveaux droits, toute la communauté franco-ontarienne en bénéficie. Lorsqu'il y a plusieurs systèmes en interaction, ceci donne alors un super-système. Un super-système regroupe la communauté des systèmes qui sont liés entre eux. (Bilodeau, 2005 ; van de Sande, et collab., 2002) Ainsi, lorsqu'on regroupe la communauté franco-ontarienne et

des intervenants en santé mentale, ce super-système travaille à l'amélioration des soins dans ce domaine pour toute cette communauté.

D'autres notions théoriques nous semblent importantes pour arriver à une meilleure vue d'ensemble du contexte de demande d'aide du professionnel impliqué dans notre objet d'étude. Certains repères méthodologiques d'Amiguet et Julier (1996) seront maintenant décrits afin d'expliquer la perception des intervenants en santé mentale face aux pressions internes et externes qu'ils ressentent lorsqu'ils se retrouvent eux-mêmes en quête d'aide.

### **2.3.1 Préconstruits relationnels et contextuels**

Un premier aspect qui influence un individu dans sa quête d'aide est les préconstruits relationnels et contextuels. On comprend le concept d'un « préconstruit » comme étant :

l'ensemble des représentations, issues de nos propres processus d'apprentissage, que l'on a sur autrui, son contexte, son problème, avant même de le rencontrer. On peut distinguer les préconstruits de contenu (relatifs à un objet, une idée, un problème, à soi), les préconstruits relationnels (relatifs à la manière d'être en relation avec une personne ou une instance), et les préconstruits contextuels (relatif à la compréhension de ce qu'est un contexte particulier et du sens qu'il donne aux événements qui s'y produisent), présents tant pour le travailleur social que pour le client qui le rencontre. Ils sont également le fruit des construits sociaux, c'est-à-dire des structures institutionnelles et relationnelles qui posent des règles de relation, des rituels de comportement, des mythologies et des déontologies. (Amiguet et Julier, 1996, p. 205)

Avoir un préconstruit signifie que l'individu s'est déjà fait une idée de la personne et du contexte du problème avant la rencontre. De plus, il s'est fait une opinion de lui-même et de ses capacités personnelles et professionnelles. Enfin, il présume ce que les autres pensent de lui. En d'autres mots, un préconstruit se réfère à un préjugé (Amiguet et Julier, 1996 ; Grisel et Lechenne, 1992). Dans le cas présent, l'intervenant en santé

mentale peut ressentir un inconfort provoqué par son besoin de devoir aller chercher de l'aide pour faire face à une situation difficile.

Dans le contexte de l'exploration du problème de stigmatisation présent, l'intervenant en santé mentale n'est pas seulement travailleur social dans l'équation intervenant-client, mais aussi un client. L'intervenant en quête de services doit alors réfléchir sur l'exigence éthique de sa profession qui vise à assister ceux qui éprouvent des difficultés. Par contre, il se peut que par moments ce soit lui qui ait besoin d'aide. En conséquence, il peut éprouver un vif malaise, car sa perception de lui-même entre alors en conflit avec l'image professionnelle qu'il projette.

Pour l'intervenant en quête de services, les autres membres de son système (ex. famille, collègues, clients, etc.) peuvent porter des jugements selon leurs opinions. Ils peuvent ne pas comprendre sa situation tout comme ils peuvent devenir un renforcement de ses propres interprétations de son problème, soit de manière positive ou négative.

Finalement, il y a le travailleur qui voit l'intervenant en quête de services de façon ambivalente. D'une part, celui-ci peut le juger sévèrement à cause de la fonction même qu'il exerce dans la société. À l'inverse, il peut aussi être sympathique et compréhensif.

### **2.3.2 Pressions**

Un deuxième aspect qui influence un individu dans sa quête d'aide est les pressions qu'il peut ressentir. On comprend par le terme « pressions » :

toutes les tentatives exercées par des tiers (qu'il s'agisse de personnes, d'idées ou d'instances) de dicter à l'une ou plusieurs des personnes concernées ce qu'il convient de faire dans une situation, que les motifs soient d'ordre idéologique, juridique, économique, affectif ou autre, pertinents ou non. Les pressions peuvent être exercées de manière explicite ou détournée, directement ou indirectement. (Amiguet et Julier, 1996, p. 225)



Ainsi, dans le contexte de notre recherche, les pressions sont les exigences qui vont influencer les relations entre l'intervenant (thérapeute) et son client. Ces pressions seront internes si elles sont motivées par des émotions et externes si elles proviennent de facteurs tels que sa famille, ses amis, ses collègues et ses clients. (Amiguet et Julier, 1996 ; Grisel et Lechenne, 1992) Les conséquences de ces pressions peuvent être positives ou négatives, soit encourager l'intervenant à aller chercher de l'aide ou à ne rien faire.

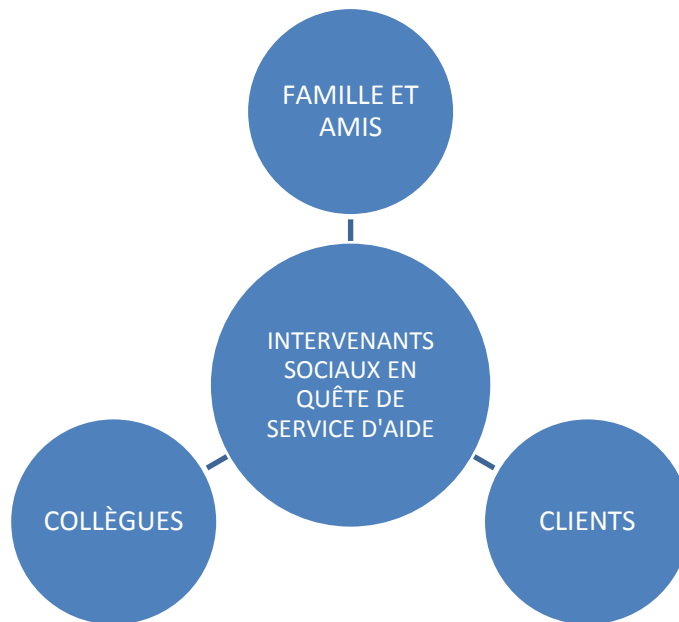
L'intervenant en santé mentale en quête de services d'aide peut ressentir une motivation personnelle d'entreprendre une démarche pour répondre à ses besoins de santé mentale. Par contre, celui qui est influencé par des pressions externes de son entourage pourrait hésiter à accéder à des services d'aide selon s'il interprète une réaction négative.

De plus, les pressions de l'employeur face à la demande de performance du rôle de l'aidant peuvent grandement amplifier la détresse de l'intervenant en besoin d'aide, comme nous avons vu à la section 1.1.7, où l'épuisement professionnel survient quand il existe une dysfonction dans l'interaction du travailleur avec son environnement. Ainsi, certaines conditions de travail se composent de surcharge dans les tâches et les responsabilités, d'attentes élevées du superviseur, des collègues, de l'agence, de la société et de la clientèle ; et les pressions de cet environnement deviennent encore plus difficiles à gérer lorsqu'on y ajoute le manque de supervision et d'appui.

## 2.4 Application de la théorie des systèmes en contexte d'intervenants en santé mentale en quête de services

Voici un schéma expliquant la théorie systémique.

### Schéma 1 Schéma systémique de l'environnement des intervenants sociaux en quête de services d'aide



Dans l'application de cette théorie, les intervenants sociaux forment une des unités de base d'un super-système. Tous les éléments de ce groupe partagent essentiellement une même caractéristique, soit le lien direct avec l'intervenant en besoin d'aide. Les intervenants sociaux sont aussi en interaction avec les autres groupes du super-système, soit la famille et les amis, les collègues et les clients. Ceci permet de créer un super-système évolutif par les échanges entre les divers groupes et de voir comment ces interactions contribuent à l'ambivalence de l'intervenant en besoin d'aide par la complexité de ces diverses influences.

L'évolution à l'intérieur des super-systèmes provient des forces changeantes à l'intérieur des divers groupes. Ainsi, à l'intérieur d'un groupe donné se forment des sous-groupes qui partagent les mêmes caractéristiques de son ensemble. Par contre, ceux-ci possèdent aussi une caractéristique particulière et distincte de l'ensemble du groupe. Donc, en plus d'être composé d'intervenants sociaux, ce groupe donné peut aussi être composé de sous-groupes dont les caractéristiques les distingueraient d'autres membres de l'entité. Par exemple, être en quête de services en santé mentale pour soi-même n'empêcherait pas un professionnel en santé mentale d'appartenir à ce groupe d'intervenants. Malgré que les membres de ce groupe peuvent avoir des expériences diverses, ils possèdent toutefois des caractéristiques particulières qui les rassemblent tout en les classifiant dans des sous-groupes distincts.

Tous les groupes du super-système sont composés d'individus possédant des attitudes, des morales et des valeurs sur la santé mentale. En étudiant les interactions entre les divers groupes d'un super-système, il sera possible de comprendre l'étendue de cette stigmatisation des membres des divers groupes vis-à-vis la santé mentale, tel qu'explicité précédemment par la théorie de Goffman. Ainsi, en identifiant les attributs additionnels des intervenants en quête de services d'aide, il est possible de mettre en place des procédures afin d'atténuer les perceptions erronées de la société. Ceci peut se faire en profitant des systèmes de communication ouverts entre les différents sous-systèmes.

Dépendamment de leurs propres expériences personnelles, les membres du sous-groupe des intervenants en santé mentale en quête de services pour eux-mêmes peuvent ressentir une certaine dysfonction dans leurs interactions avec l'ensemble des intervenants. Si, avec certains membres c'est la compréhension, avec d'autres c'est l'évitement du sujet. Ainsi, le membre aux prises avec des difficultés mentales peut se sentir inquiet ou même vulnérable dans son propre milieu de travail. Il peut aussi

éprouver de la difficulté à aller chercher de l'aide pour lui-même dans un milieu qui devrait pourtant être ouvert.

Les problèmes au niveau de la santé mentale se répercutent ainsi dans les relations entre les divers groupes, tels que leurs collègues, leurs clients, leurs familles, leurs amis et leurs groupes sociaux. Si certains individus des autres groupes comprennent bien les difficultés en santé mentale que peuvent vivre les intervenants, il n'empêche qu'il peut être difficile pour ce dernier d'initier un échange constructif au sujet de sa propre santé mentale. Il existe des préjugés vis-à-vis la santé mentale dans toutes les sphères de la société, parfois ancrés dans une méconnaissance du problème, ou parfois alimentés d'idées préconçues et manque d'ouverture quant au sujet. Dans certains cas, des individus se disent prêts à discuter du sujet mais démontre une difficulté d'ouverture d'esprit.

Ainsi, en observant le comportement d'intervenants francophones en santé mentale en quête de services d'aide en santé mentale, il nous sera possible d'explorer la perception actuelle de certains intervenants vis-à-vis des facteurs de stigmatisation envers la santé mentale. Par l'analyse de divers facteurs, certaines trajectoires seront tracées afin de répondre à notre problématique, soit d'identifier des éléments pouvant influencer la perception de la stigmatisation chez ces intervenants.

## **2.5 Résumé du cadre théorique**

Notre cadre théorique s'appuie sur deux théories, soit la théorie de la stigmatisation d'Erving Goffman et la théorie des systèmes de von Bertalanffy. Si la première relève d'une question morale et d'ordre social, la seconde se concentre surtout sur l'interaction entre des caractéristiques spécifiques à divers groupes.

Pour Goffman, un individu est perçu comme étant « anormal » ou « déviant » selon s'il lui manque ou possède un attribut ou une caractéristique similaire ou différente de l'ensemble de la communauté. Ces catégories énoncées peuvent être soit visibles ou invisibles. Les attributs ou caractéristiques de cet individu permettent à la société de définir l'identité sociale de celui-ci.

La théorie des systèmes pour sa part, nous est utile pour expliquer la relation entre la structure d'un système et les pressions de son environnement. Dépendamment de la perméabilité de sa frontière et des rétroactions qu'il fournit à l'environnement, le système évoluera et s'adaptera aux situations. Ainsi, ce sont ces limites qui influencent la perception de la normalité des éléments selon les caractéristiques du système.

## **CHAPITRE III**

### **MÉTHODOLOGIE**

Cette présente recherche « Exploration des perceptions des intervenants en santé mentale, en contexte de recherche de services pour eux-mêmes : étude chez les francophones des régions de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay» a utilisé une démarche qualitative pour mieux comprendre les liens qui peuvent exister entre les intervenants francophones en santé mentale et les services locaux en français qui leur sont offerts. Ce chapitre décrit le processus méthodologique qui comprend : la méthode de recherche utilisée, le recrutement et la sélection des participants, les difficultés rencontrées lors du recrutement, la mise en garde, la démarche de l'entrevue et le traitement des données.

#### **3.1 But et objectifs de la recherche**

Le but de cette recherche vise à mieux comprendre les besoins de consultation des intervenants francophones en milieu minoritaire en santé mentale, dans les centres urbains de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay, en contexte de recherche de services pour eux-mêmes.

Cette étude comporte trois objectifs. Premièrement, elle veut comprendre comment les intervenants vivent leurs propres besoins de services en santé mentale dans la réalité du milieu. De plus, cette étude veut explorer l'existence de tabous vis-à-vis la santé mentale dans la société contemporaine, souhaitant ainsi sensibiliser la population envers les besoins d'accessibilité à des services de santé mentale en français dans les régions désignées.

## **3.2 Méthode de recherche**

Cette section décrira le processus de la démarche utilisé afin d'effectuer une recherche de type qualitatif, dès les premières étapes jusqu'à la collecte des données.

### **3.2.1 Étapes de la démarche de recherche**

Au cours de notre travail professionnel, nous avons pu observer divers malaises sociaux, dont une stigmatisation parmi des collègues du milieu de la santé mentale, comme phénomène qui crée une hésitation à discuter ouvertement des problèmes de santé mentale. Dans un premier temps de notre démarche, nous avons donc fait une revue de la littérature au sujet de cette problématique et dégagé un cadre théorique utilisant le stigma et les liens avec l'environnement (théorie des systèmes) pour nous permettre de mieux analyser le phénomène touchant les intervenants en santé mentale. Ayant privilégié une démarche de recherche qualitative, une question de recherche et des questions d'exploration furent développées. Ceci nous a menés à développer une stratégie de promotion et de recrutement pour inviter des participants et participantes de la population cible (intervenants francophones en santé mentale) à des entrevues semi-dirigées (voir annonce en Appendice A). Suite à la collecte de données, nous avons fait une analyse thématique des résultats. Nous décrirons maintenant plus en détail les étapes de la recherche.

### **3.2.2 Recherche de type qualitatif**

La méthode de recherche privilégiée fut de type qualitatif. Mongeau (2011) définit ainsi la recherche qualitative :

Les méthodes qualitatives d'analyse des données s'appuient essentiellement sur l'induction, les propositions relatives aux relations porteuses de signification sont tirées, induites, des observations. Elles sont dites qualitatives parce que l'analyse des données et leur interprétation procèdent par analogies, métaphores,

représentations, de même que par des moyens qui tiennent du discours plutôt que du calcul. Il s'agit ici de comprendre une situation particulière propre à un contexte donné. (p. 30)

La méthode de recherche qualitative vise à comprendre en profondeur, par une étude descriptive, un comportement et des perceptions d'une population cible par rapport à un sujet particulier. De plus, elle fournit une collecte d'idées qui permet une meilleure interprétation de deux questions primordiales : comment et pourquoi. Si cette méthode donne au chercheur l'avantage d'aborder les thèmes étudiés avec le participant, elle a cependant l'inconvénient d'être exigeante en ce qui concerne le temps et l'énergie qu'elle requiert pour la collecte des données, la transcription et l'analyse de celles-ci (Mongeau, 2011).

### **3.2.3 Types d'instruments de collecte de données**

Deux types d'instruments de collecte d'information furent utilisés dans l'élaboration de cette recherche. Premièrement, nous avons fait une revue de la littérature consistante d'ouvrages spécialisés, de documents officiels, de périodiques spécialisés et de sources Internet d'actualité. Cette étape a permis une conceptualisation claire de la problématique, une compréhension de l'objet à l'étude dans son contexte actuel et contemporain et une formulation de la démarche de recherche dans sa forme actuelle. Nous avons ainsi développé un questionnaire constitué de questions ouvertes divisé en cinq thèmes abordant les services d'aide en santé mentale, les différentes expériences et les perceptions au sujet de la santé mentale, les perceptions des services en français, les besoins en services d'aide et les conditions de travail. Le canevas de l'entrevue se retrouve à fin de ce document (voir Appendice B).

L'entrevue individuelle semi-dirigée fut sélectionnée comme technique principale d'obtention d'information et fait référence au format par lequel le chercheur et le participant échangent sur une variété de questions ouvertes préparées à l'avance. Selon



les thèmes ayant émergé de la recension des écrits, l'objectif des questions visait à mieux comprendre la perception des intervenants de la santé mentale par rapport à une stigmatisation accrue de la société envers leur propre santé mentale, et d'amener les participants à réfléchir à leur point de vue ainsi que leurs besoins de services en santé mentale et leur utilisation de ces services.

Cette stratégie permet aux personnes interrogées d'aborder à son gré, une gamme plus large d'aspects relatifs au sujet posé. Ainsi, à partir des questions planifiées, la personne interrogée peut élaborer davantage sur certains éléments qui la touche de plus près ou qui sont plus pertinents pour elle. Même si l'entrevue semi-dirigée offre l'avantage de permettre au chercheur d'avoir des informations de première source de la population cible, elle a requis énormément de temps pour rencontrer chaque individu et compiler les données.

### **3.3 Recrutement et sélection des participants**

L'approbation déontologique du comité éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne fut reçue en janvier 2016, permettant alors de procéder au recrutement de participants à la recherche. Le processus de recrutement et la sélection des participants se sont avérés des étapes importantes dans la recherche. Les critères de sélection étaient les suivants : être un ou une intervenante francophone en santé mentale dans les centres urbains de Sudbury, Nipissing Ouest ou North Bay ; avoir considéré demander des services en santé mentale, en recevoir présentement ou en avoir déjà utilisé. Les méthodes de recrutement utilisées au sein de cette recherche furent la technique boule de neige, ainsi que les affiches et les courriels afin de recueillir un échantillon non aléatoire ciblant des personnes spécifiques.

### **3.4 Profil des participants**

Les entrevues furent menées de janvier à mars 2016. Au total, nous avons effectué huit entrevues d'une durée approximative de 60 à 120 minutes auprès d'intervenants francophones en santé mentale qui ont considéré ou ont demandé des services en santé mentale. Ces huit intervenants francophones œuvrant dans le domaine de la santé mentale résidaient dans les centres urbains de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay. Le profil sociodémographique des participants est présenté en détail à la section 4.1, lors de la présentation des résultats.

### **3.5 Difficultés rencontrées lors du recrutement**

Lors de la période de recrutement, il est habituel pour le chercheur de rencontrer certaines difficultés. Dans le cas de cette recherche, il fut difficile de solliciter l'intérêt de participants volontaires pour les régions de Sudbury et de North Bay. Il nous est possible d'émettre quelques hypothèses pour expliquer ces difficultés.

À prime abord, la chercheuse est moins connue dans les régions de Sudbury et North Bay. D'être plus connue dans une communauté peut avoir pour effet de favoriser la confiance et l'intérêt des participants potentiels, ou même de favoriser la promotion du projet par le bouche à oreille, de manière informelle, entre divers professionnels. Deuxièmement, il se peut que le sujet de la recherche ait provoqué une hésitation chez des candidats potentiels. Il peut être difficile pour certaines personnes d'aborder un sujet aussi personnel, surtout au sein de petites communautés professionnelles où les chances de croiser quelqu'un que l'on connaît sont assez élevées. Les gens pour qui l'anonymat est important peuvent avoir eu des hésitations à s'identifier comme participants potentiel dans cette recherche. Et finalement, les trois régions ont des organisations de services diversifiées quant à la provision de services en santé mentale. Il est donc possible qu'en raison de ces différences, qu'il semble y ait eu confusion par rapport aux critères. Par exemple, lors de contact préparatoire dans plusieurs agences des régions de North Bay et

Sudbury, il était difficile pour la personne-ressource d'identifier si son organisme offrait des services spécialisés en santé mentale.

Une autre difficulté rencontrée lors du recrutement fut en lien avec l'admissibilité à la recherche, selon les critères d'inclusion. Ainsi, une candidate avait démontré un intérêt à participer, par contre, elle ne rencontrait pas un des critères de sélection. Cette étude comptait des critères spécifiques ayant pour effet de limiter le profil des individus éligibles. Finalement, la chercheuse se questionne à savoir si ces mêmes difficultés auraient été présentes au même degré si la composante linguistique n'avait pas été un des critères de sélection.

### **3.6 Considérations éthiques**

Dans cette présente recherche, nous avons anticipé que les questions de l'entrevue aurait pu éveiller des émotions ou des sentiments d'inconfort liés aux expériences antérieures des participants. Afin d'assurer le bien-être psychologique de ceux-ci, une liste de ressources disponibles dans leur région fut remise à chaque participant. Celle-ci comprenait les coordonnées de divers professionnels. Il est aussi important de noter que la chercheuse n'était pas en position d'autorité par rapport aux participants et tous pouvaient se retirer de la recherche à tout moment sans conséquence pour eux.

La procédure d'engagement dans la recherche a aussi inclus une attention particulière à l'organisation de la rencontre pour l'entretien. Ainsi, il fut important de déterminer un moment et un lieu privé afin de tenir pour l'entretien. Au début de chaque rencontre, la chercheuse a expliqué la procédure de confidentialité et d'anonymat, ainsi que des stratégies mise en œuvre pour assurer le bien-être des participants. Par exemple, afin d'assurer l'anonymat, chaque participant a eu l'occasion de se choisir un pseudonyme. Un formulaire de consentement fut revu et signé par chaque participant afin de représenter son accord de participation à l'étude (voir Appendice C).

En ce qui concerne la gestion des informations recueillies, les données de la recherche furent entreposées à la résidence de la chercheuse sur une clé USB nécessitant un mot de passe (encodée). La bande audio (enregistrement des entrevues) et la clé USB ont été rangées dans un cabinet fermé à clé. L'ordinateur de la chercheuse comprenait aussi un mot de passe. À noter que les renseignements personnels et les données de cette étude étaient conservés jusqu'à la complétion des exigences du grade universitaire de la Maîtrise en service social, soit l'acceptation du mémoire par le comité de direction des membres de l'École de service social. Par la suite, ceux-ci ont été détruits électroniquement et les copies papier ont été déchiquetées. En aucun cas, la participation de ces derniers et les informations transmises par ceux-ci n'ont été communiquées à leurs employeurs.

### **3.7 Traitement des données**

L'étude visait à exploiter nos trois objectifs généraux en lien avec les cinq thèmes décrits dans notre canevas en 3.2.3. Pour le premier objectif qui est de comprendre comment les intervenants vivent leurs propres besoins de services en santé mentale dans la réalité du milieu, nous avons utilisé les thèmes sur les services d'aide en santé mentale, les différentes expériences et les perceptions au sujet de la santé mentale, les besoins en services d'aide et les conditions de travail. En ce qui concerne le deuxième objectif d'explorer l'existence de tabous vis-à-vis la santé mentale dans la société contemporaine, les thèmes sur les services d'aide en santé mentale, les différentes expériences et les perceptions au sujet de la santé mentale ainsi que les besoins en services d'aide furent employés. Enfin, le troisième objectif de sensibiliser la population envers les besoins d'accessibilité à des services de santé mentale en français dans les régions désignées fut atteint grâce aux réponses des participants au thème sur les perceptions des services en français.

La chercheuse a ainsi examiné les résultats de chaque question afin de faire des liens entre les réponses des huit participants. Au sein d'un tableau associé à chacune des questions, les réponses étaient classifiées manuellement selon des critères prédéterminés ou évolutifs basées sur des mots-clés mentionnés par les participants. Après quelques révisions, certaines tendances qualitatives pouvaient être observées et il était possible d'affirmer que l'ajout de données additionnelles ne modifierait pas grandement l'orientation des résultats. Ainsi, nous étions en mesure de présenter des conclusions de nos données. Ce processus fut répété à chacune des questions afin de répondre aux objectifs généraux de la recherche.

L'analyse des données a permis de faire une description des thèmes de l'entrevue et d'explorer des liens entre ceux-ci. Par contre, il fut difficile d'approfondir le sens donné aux expériences des participants. En raison même de l'approche qualitative, la chercheuse doit procéder par induction pour donner un sens à ses données. Le lecteur doit donc suivre la démarche de cette dernière afin de comprendre ces conclusions.

La chercheuse a aussi demandé à quatre lecteurs externes reliés au domaine de la santé mentale de lire les résultats de la recherche afin de consolider l'orientation de l'analyse des données. Ceux-ci ont permis de valider les points pertinents sans avoir suivi au préalable tout le processus de la recherche qui a conduit à la compilation de ces données. Les principales informations que ces lecteurs ont fait ressortir étaient l'importance de l'auto stigmatisation, les conditions de travail des intervenants en santé mentale et les services de santé mentale en français.

### **3.8 Résumé**

Huit intervenants francophones en santé mentale des régions de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay ont répondu à des questions au sein d'une entrevue semi-dirigée afin de participer à la présente recherche intitulée « Exploration des perceptions des intervenants en santé mentale, en contexte de recherche de services pour eux-mêmes :

étude chez les francophones des régions de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay ». Cette entrevue était divisée en cinq thèmes : les services d'aide, les expériences et les perceptions au sujet de la santé mentale, les perceptions des services en français, les besoins en services d'aide et les conditions de travail. Le chapitre suivant fera une description des données de ces huit entrevues.

## **CHAPITRE IV**

### **DESCRIPTION DES ENTREVUES**

Dans ce chapitre, nous présenterons un profil sociodémographique des participants ainsi qu'un compte-rendu descriptif des résultats des entrevues. Grâce à la méthode qualitative, il fut possible de ressortir des catégories qui nous permettront d'explorer les perceptions des intervenants en santé mentale en contexte de recherche de services pour eux-mêmes. Celles-ci font référence à un préconstruit de devoir correspondre à une image professionnelle à préserver, à l'auto stigmatisation et aux stigmas provenant de leur entourage et du public. Ensuite, il sera aussi mention des conditions et du contexte de travail dans lesquels évoluent les intervenants en santé mentale, éléments qui facilitent ou nuisent au bien-être des intervenants. De plus, nous discuterons du recours aux services d'aide et de l'accessibilité des services en santé mentale en français. Finalement, des expériences positives des participants seront partagées.

Il est à noter que les participants ont très bien collaboré pour répondre aux questions et avaient une grande ouverture d'esprit. Ils se sont assurés que leurs réponses correspondaient aux besoins de la recherche.

#### **4.1 Profil sociodémographique des participants**

Quatre femmes et quatre hommes employés actuellement dans des centres de services publics des centres urbains de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay ont accepté de participer à l'étude. Ils répondaient aux caractéristiques d'être un intervenant francophone en santé mentale qui a déjà utilisé des services en santé mentale, en reçoit présentement ou a déjà considéré faire demande. Leur groupe d'âge, leur niveau d'éducation, ainsi que leurs années d'expérience varient sensiblement. L'un d'eux est âgé de moins de 30 ans, deux ont entre 30 et 39 ans, et cinq ont entre 40 et 49 ans. Leur niveau d'éducation se situe ainsi : collégial un (1), collégial et universitaire un (1) et

universitaire six (6). Ainsi, la diplomation des participants est de l'ordre de deux diplômes collégiaux, six baccalauréats et deux maîtrises. Il est d'ailleurs à souligner que seulement trois des participants ont une formation explicitement en service social. Finalement, ces participants possèdent entre trois et vingt années d'expérience professionnelle dans le domaine de l'intervention en santé mentale.

L'Ontario est une province à prédominance linguistique anglophone. En conséquence, il est probable que de nombreux participants vivent et travaillent dans des milieux où une grande proportion de leurs communications s'effectue en anglais. Ainsi, afin de répondre aux besoins de leur clientèle, cinq participants déclarent travailler en français et en anglais. De plus, deux autres déclarent travailler principalement en anglais et un peu en français. Finalement, un participant indique que l'anglais est la langue d'usage quasi exclusive dans son milieu de travail. Au sein de leurs communications personnelles, tel qu'à la maison, trois des participants déclarent communiquer seulement en français. Un autre participant affirme communiquer majoritairement en français et un peu en anglais. Un autre participant ajoute qu'il parle autant en français qu'en anglais. Finalement, trois des participants parlent majoritairement en anglais et un peu en français en dehors de leurs heures de travail. Au niveau de l'obtention de soins de santé, tous affirment avoir un médecin de famille. Cependant, seulement deux de ceux-ci communiquent avec ce dernier en français.

## **4.2 Image professionnelle**

Plusieurs participants ont émis des propos à l'effet que l'image professionnelle revêt une importance particulière pour eux. La perception portée à cette image peut même amener certains intervenants en santé mentale à croire qu'ils doivent être invincibles lorsqu'il est question de problèmes de santé mentale. Pourtant, ce n'est pourtant pas le cas. Paul dit :



« Penser que c'est une faiblesse de faire demande comme professionnel en santé mentale. Et aussi s'imaginer que les professionnels sont invincibles à ça, ou qu'ils ne peuvent pas avoir de problèmes de santé mentale. »

Il dénonce ainsi ceux qui associent une demande d'aide avec une connotation de faiblesse. Être intervenant en santé mentale ne signifie pas être invincible à une maladie mentale.

Michel ajoute que c'est son instinct de survie qui lui a fait surmonter l'obstacle :

« Moi j'ai trouvé ça difficile de demander de l'aide, mais je pense que les choses auraient été pires si je n'aurais pas été. J'ai eu un burnout, et je commençais à négliger certaines tâches au travail. Les choses se sont empilées et je me suis senti surchargé. Je ne savais plus quoi faire. J'avais besoin du temps de congé. *I needed a break*. Je pensais trop négativement. J'ai tendance à être pessimiste et je laissais mes idées négatives me guider. Alors, j'ai trouvé ça vraiment difficile de demander de l'aide parce que je ne voulais pas d'aide. J'étais tête dure et je me disais : *I can do it on my own*. Mon attitude était très typique. »

Parce que Michel travaille dans le domaine, il connaissait la façon de s'en sortir, mais hésitait d'accéder à des services d'aide.

Maryse mentionne :

« Je pense qu'on veut projeter l'image d'être quelqu'un qui est stable et qui n'a pas de problèmes en santé mentale. Mais il y a l'autre côté. Je connais des personnes avec des problèmes de santé mentale et qui prennent des médicaments [professionnels]. Ce sont des gens normaux. Ils sont capables de faire leur travail. »

Emma ajoute :

« Je me dis toujours si la personne ne produit pas comme elle devrait ou qu'elle faisait autrefois, il y a un problème et il faut l'adresser. [...] On vit les mêmes émotions mais à différents temps. Peut-être qu'on a un bagage

d'outils qui va nous permettre de pouvoir faire preuve de plus de résilience, mais à un moment donné, on est résilient jusqu'à un certain point, dépendant de ce qui nous arrive. »

Pour ces deux participantes, la projection d'une image de soi professionnelle stable est importante. Par contre, il arrive à l'occasion que des problèmes personnels ou professionnels deviennent exceptionnellement trop envahissants émotionnellement pour l'individu. Celui-ci devient alors incapable de les surmonter seul et il a besoin d'une aide extérieure, soit par l'intermédiaire d'une thérapie ou d'un médicament pour retrouver son état normal. En conséquence, certains intervenants en santé mentale ou membres de leur entourage peuvent penser que le professionnel souffrant d'un problème de santé mentale a perdu son infailibilité professionnelle.

Dans le cas d'un autre participant, c'est l'attitude qui devrait être au centre des décisions. Michel mentionne :

« J'aurais dû être plus positif et me dire qu'il y a des hauts et des bas à chaque personne dans la vie. S'il y a une place qui m'accepterait, ce serait au travail, où que les gens comprennent. *I shouldn't be ashamed, but I was* »

Pour lui, c'est l'importance d'être positif et d'avoir le sentiment de ne pas être jugé qui est au centre de ses inquiétudes. Comme un doute existe pour lui, il vit une période d'anxiété à laquelle il ne se sent pas outillé pour y faire face malgré sa formation professionnelle.

Enfin, Carey indique :

« Des fois, tu penses que tu as causé tes propres problèmes parce que c'est dans ta tête. Tu as toutes sortes de pensées. Tu penses que tu devrais être capable de le régler toi-même et que tu ne mérites pas l'aide des autres. »

Selon lui, il faudrait être très malade pour utiliser les services d'aide en santé mentale. Il croit qu'il devrait être capable de régler ses propres problèmes sans aide externe. De plus, il explique :

« Des fois, je me blâme souvent d'avoir la dépression et l'anxiété. Comme adulte, je peux voir que c'est une maladie comme le diabète ou le cancer. On ne le comprend pas et les autres aussi ont de la difficulté à le comprendre, alors la réaction naturelle est de se blâmer. Aujourd'hui je sais que ce n'est pas de ma faute, mais il y a des fois que je me blâme. Par exemple, j'aurais dû penser plus au positif. »

Pour lui, il s'imagine devoir être capable de contrôler sa dépression et son anxiété. Il se culpabilise de ne pas pouvoir le faire, alors qu'il a la formation pour aider d'autres gens atteints de ces symptômes.

### **4.3 Accès aux services**

Tous les participants ont déjà ressenti le besoin d'accéder à des services d'aide en santé mentale. Albert se souvient :

« Il avait toujours dit que c'était une bonne idée pour un conseiller d'avoir un conseiller. Pour avoir quelqu'un pour parler avec, quelqu'un qui n'est pas de la famille, quelqu'un qui n'est pas un ami. »

Pour lui, c'est le besoin d'un regard nouveau sur une situation donnée qui apporte un élément intéressant à cette idée. Ce conseiller qui n'est ni un membre de la famille ni un ami devient en quelque sorte un moyen pour aider à gérer le stress mental que peut vivre l'intervenant à certaines occasions. Donc, c'est une façon de partager ses sentiments d'une situation de stress avec quelqu'un d'autre dans une situation de convivialité.

Un seul participant n'a pas ressenti de stigma quelconque rattaché à demander des services en santé mentale pour les professionnels dans le domaine. Pour lui, la communauté possède une assez grande ouverture d'esprit et de compassion pour discuter de problèmes de santé mentale.

Cependant, trois participants ont émis une opinion pour expliquer l'impact que pourrait avoir le fait de demander des services d'aide en santé mentale sur leur image professionnelle. Cela peut amener un intervenant à hésiter ou encore à refuser de demander de l'aide.

Toutefois, six participants se sont auto stigmatisées lors de leur quête pour des services d'aide en santé mentale en raison du stigma, d'un sentiment de honte ou d'un jugement d'autrui. Selon Emma,

« Quand je connais les gens, j'ai la confidentialité à 150 %. Mais, je ne sais pas si ce serait réciproque avec les autres si moi j'en aurais besoin. J'ai l'impression que quand on donne des services en santé mentale, on fait preuve de compassion. Par contre, quand ça vient à nos collègues qui souffrent de *burnout* ou qu'on sent que ça ne va pas 100 % et que la personne manque beaucoup de travail, [ce qui arrive à un moment donné] tu sens qu'il y a un manque de compassion envers cette personne-là. Ou si la personne manque de stabilité au travail, [j'ai déjà vu] elle est plutôt jugée. Tu penserais que la compassion et la compréhension qu'on ressent envers nos clients seraient transférées envers nos collègues. Mais, quand ça vient à nos collègues, on a d'autres attentes, [...] qu'il faut être fort. Il y a un manque de compassion. C'est ce que j'ai vu, c'est ce que j'ai témoigné. »

Emma fait ressortir que, dans les petits centres, tous les intervenants se connaissent. Alors, cela peut provoquer des situations parfois gênantes lorsqu'elle irait à des rencontres professionnelles et arriverait face à face avec son conseiller. Elle se questionne aussi sur la confidentialité à l'intérieur du système de santé, à la compassion et à la compréhension qui, selon elle, n'est pas uniforme entre clients et collègues dans

certains milieux de travail. Pour Emma, ce qui importe dans l'expérience d'avoir à demander de l'aide serait l'anonymat dans l'échange de services.

De plus, Paul énonce :

« Souvent, on va penser se faire juger ou que l'anonymat n'est pas pris au sérieux. Même si qu'on sait que c'est confidentiel, la peur est quand même réelle. »

Pour lui, c'est la peur du jugement en général et du manque de confidentialité plus précisément dans son domaine de travail qui pourrait limiter sa démarche envers des services d'aide. Il est à noter qu'un participant a indiqué qu'en situation extrême d'hospitalisation, il irait à l'extérieur de la région à cause de ce malaise qu'il pourrait ressentir. Aussi, une crainte qui est ressortie fut le fait d'avoir un dossier contenant des informations personnelles reliées à la santé mentale.

Pour sa part, Carey indique son inconfort :

« Je ne suis pas confortable. J'ai parlé à mon médecin de famille et il m'a donné des médicaments, et il voulait que je vois un psychiatre. Je lui ai dit que je ne voulais pas voir un psychiatre [...] parce que je les connais tous et je travaille avec eux. Ce n'est pas que je ne leur fais pas confiance mais c'est plus personnel. »

Ici encore, Carey fait référence à la confidentialité et à la compassion dans le système de santé.

Enfin, Maryse mentionne que :

Dans le passé, quand je ne travaillais pas dans ce domaine, c'était difficile mais pas autant. Maintenant, c'est pire. Je pense que c'est l'idée que je devrais être capable de m'arranger seule. J'ai pris des médicaments et des

antidépresseurs et je me disais que ça devrait être assez. Je sais que la théorie dit que c'est mieux d'avoir les deux [counselling aussi].

Elle ajoute :

« Mais pour moi, je me dis que je devrais être capable de régler mes problèmes parce que je travaille dans le domaine. Ce n'est pas logique, mais on dirait que pour moi je n'ai pas le droit de consulter. J'ai l'impression que je devrais être capable de régler mes affaires toute seule. J'ai l'impression qu'il a un préjugé envers moi parce que je suis dans le domaine. La santé mentale est quelque chose de difficile de parler avec mon médecin de famille. Il ne connaît pas grand-chose en santé mentale. [...] Mais encore, on dit que ça n'arrive qu'aux autres, mais que ça ne devrait pas arriver à moi parce que je suis plus forte que ça. Tu t'abaisse et tu as l'impression que personne ne veut se penser faible. »

Pour elle, il est d'autant plus difficile pour un intervenant d'aller chercher de l'aide qu'un individu du grand public à cause du sentiment de culpabilité et d'incompétence. Sa formation dans le domaine de la santé mentale lui fait penser qu'elle devrait être capable de régler ses propres problèmes.

Souvent, cette auto stigmatisation peut relever d'une situation temporaire qui devient hors contrôle pour une personne qui est généralement bien outillée pour gérer son stress et voir à son bien-être. Paul précise :

« C'est un stigma interne qu'il faut que tu combattes, des croyances qui ne sont pas vraies et des inquiétudes qui ne sont pas réalistes. Le fait de savoir que ce n'est pas vrai, mais quand même le vivre, c'est mélangeant. »

Selon Paul, c'est un négativisme qu'il s'impose lui-même. Ainsi, il faut apprendre à vivre ses émotions, ses croyances et ses inquiétudes pour ne pas qu'elles deviennent des limites imposées.

Finalement, un participant a admis n'avoir jamais été cherché de l'aide, car il se sentirait inconfortable de le faire en raison du stigma rattaché à la santé mentale et à son besoin d'anonymat. Albert explique :

« Je devrais savoir. Je travaille dans un programme où les personnes devraient être joyeuses et en bonne santé. Alors, si j'ai des problèmes, je ne suis pas *healthy*. C'est juste que si tu connais tout le monde, tu ne peux pas aller parler comme si tu ne les connaissais pas. [...] Il y a des fois que c'est un petit village et tu n'as pas le choix.

Pour lui, l'inconfort d'aller chercher de l'aide viendrait du sentiment de culpabilité d'être malade dans un milieu d'aidants. De plus, il y a aussi la crainte du jugement de ses pairs. C'est pourquoi, l'anonymat serait au centre de ses inquiétudes.

#### **4.4 Rôle de l'entourage**

Les intervenants en santé mentale, comme tout autre groupe de la communauté doivent faire face à de la stigmatisation. Les divers genres de stigma qu'un professionnel de la santé mentale pourrait ressentir dans sa quête de services d'aide sont : au niveau social, avec les collègues, avec d'autres professionnels de la santé, avec les clients ou avec la famille et les amis.

Un participant considère le stigma social comme étant présent. Albert dit :

« La communauté semble approuver l'acceptation de stigma vis-à-vis les problèmes de santé mentale avec la mentalité de plusieurs personnes que si on ne le voit pas, on ne le connaît pas, c'est bon. Cependant, depuis 10-15 ans, elle commence à changer. »

Comme on peut le constater, la situation évolue mais, d'autres participants mentionnent toujours une certaine incompréhension générale envers la santé mentale provenant de la communauté.

De plus, quatre participants considèrent les collègues comme étant un agent de stigmatisation ressenti par un professionnel de la santé mentale dans sa quête de services. Ceci pourrait s'expliquer par la peur de leurs jugements, d'une faiblesse ou d'un manque de compétences professionnelles de l'individu en quête d'aide. Carey explique :

« C'est difficile pour moi d'accepter que j'ai une maladie qui m'affecte plus que les connaissances que j'ai reçues à l'école ou au travail. Des fois je me dis que je ne devrais plus souffrir de dépression. Je devrais connaître assez de choses pour combattre cette maladie. C'est difficile d'accepter que j'aurai peut-être la dépression toute ma vie. Je ne voulais pas l'accepter parce que je pensais que ce serait une phase qui terminerait. Alors, je me dis que si moi je pense comme ça, de quelle façon mes collègues pensent de moi ? »

Emma ajoute :

« Quand tu prends congé de ton travail et tu ne t'es pas une jambe cassé ou autres raisons physiques ou visibles, mais que tu as un désordre au niveau du cerveau, dès que ça ne se voit pas c'est plus jugé. Tu dois prouver ce que tu as pour te faire payer. Si c'est l'été et tu oses prendre *off* [congé], elle veut prolonger ses vacances. Qu'est-ce que les autres vont penser ? Quoi si j'ose poster quelque chose sur *Facebook*, et je suis en congé ? Quoi si ils me voient en kayak et je suis en congé ? Qu'est-ce qu'ils vont dire ? Ou si tu es au restaurant ? Il faut que tu te caches. Même-moi si je verrais ma collègue, et je dois m'occuper de ses clients qui sont en crise, et je vois son kayak sur son camion, veut ou veut pas, je vais penser les mêmes choses à cause que ce n'est pas visible. »

Pour Carey et Emma, puisque le problème de la santé mentale n'est pas tangible, l'observateur semble plus porté à interpréter de façon négative la raison de l'absence de la personne au lieu d'éviter de porter un jugement. Dans le cas d'Emma, elle a peur que la souffrance d'un individu ayant une maladie mentale soit banalisée ou incomprise par l'entourage.



Certains reconnaissent l'ouverture d'esprit de quelques collègues mais émettent des doutes sur le jugement des autres. Comme Emma l'explique :

« Quand je parle d'un manque de compassion, c'est à travers les années quand j'ai travaillé à différents endroits. »

Ce n'est pas dans tous les milieux de travail où l'atmosphère est saine. Carey confirme :

« Je ne peux pas le prouver, mais je pense qu'il y a des gens qui ont dit des choses quand je passais à travers de la dépression. Tu penserais que dans ce domaine-là, les gens seraient plus réceptifs à te parler face à face, mais des fois ils vont faire des choses derrière ton dos. [...] Les gens demanderaient si je peux faire ma *job* et cherchent les erreurs. Je trouve que ce n'est pas un lieu sécuritaire pour parler de ces types de problèmes. Quand j'ai passé à travers d'une dépression l'an dernier, il n'y avait pas de compréhension et pas beaucoup de support au travail ».

Dans ce cas, Carey soulève les difficultés que les intervenants peuvent rencontrer dans leurs interactions avec leurs collègues. Pour qu'un professionnel de la santé mentale puisse se sentir à l'aise et ne pas hésiter d'aller consulter, il doit avoir l'impression qu'il y aura une relation saine entre lui et le professionnel traitant. Cette relation devrait être aussi forte et valide que celle qu'il vit avec ses propres collègues et ses propres clients.

Malgré les perceptions négatives du rôle de l'entourage de l'intervenant en santé mentale comme agent de stigmatisation, la moitié des participants ont expliqué que leurs milieux professionnels furent encourageants, positifs et rassurants envers leurs problèmes de santé mentale. Michel dit :

« Les collègues qui savaient au sujet de mon « burnout » étaient soutenant. C'est un collègue qui l'a remarqué le premier. Il voyait que je n'avais pas de patience et il m'a dit d'aller voir mon docteur. Je ne voulais pas aller au début, mais après avoir parlé avec ce collègue, j'ai réalisé que j'avais besoin d'aide. J'ai été voir mon docteur et il m'a donné du temps de congé. Je pense que les collègues qui ne le savent pas directement le soupçonnent. Je pense qu'ils le savent que j'ai eu un *burnout*. *I think they would*

*acknowledge it.* Je ne pense pas qu'ils jugeraient, je n'espère pas. Ils ne devraient pas être ici si ce sont des juges. »

Ainsi, ses collègues lui ont donné leur appui. L'un d'eux lui a suggéré d'aller consulter quelqu'un et les autres ont respecté son cheminement.

Deux participants considèrent avoir ressenti un stigma, de façon directe ou indirecte, provenant d'une source autre que celles proposées, soit d'une conseillère et d'un médecin de famille. Carey mentionne :

« Le stigma de ma conseillère quand j'étudiais dans ce domaine. Elle ne croyait pas que je pouvais faire mon degré. Elle ne croyait pas que j'étais à l'université. Elle ne croyait pas qu'un jour je travaillerais dans ce domaine. »

Selon lui, sa conseillère avait un préjugé sur ses aptitudes et ses capacités à compléter ses études, et un jour, à pouvoir aider d'autres personnes dans le domaine de la santé mentale. De plus, Maryse mentionne qu'elle avait des inquiétudes envers le dévoilement de son problème de santé mentale à son médecin de famille puisqu'il avait des préjugés en raison de son rôle dans le domaine. Elle indique :

« C'est juste d'être capable la première fois d'en parler à mon médecin. Je me dis que si ça ne va vraiment pas bien, ça va prendre des médicaments. Tu parles et tu pleures. Tu as l'impression qu'il te pose quelques questions, et tu te demandes ce qu'il pense parce que tu travailles dans ce domaine-là. Va-t-il dire que je ne suis pas capable de faire ma *job* ? »

Maryse démontre que certains événements requièrent un regard nouveau sur la situation qui nécessite l'aide d'un autre professionnel de la santé pour l'aider à trouver des solutions.

De plus, trois participants considèrent que la stigmatisation pourrait aussi provenir des clients. Albert indique ce qui pourrait être un commentaire d'un client :

« Tu as besoin de l'aide, tu ne peux pas m'aider. »

Renée ajoute :

« On est là pour les aider. Alors, ils peuvent se questionner sur ça si tu vas chercher de l'aide. Mais, ça pourrait être positif aussi. Ça dépend des clients parce qu'ils pourraient dire que ça démontre que c'est normal de demander de l'aide. Ça peut être négatif ou positif, ça dépend des clients. »

Pour sa part, Carole mentionne :

« Je pense que ça serait plutôt un questionnement par rapport aux habiletés de l'intervenant. »

Ces exemples démontrent l'ambivalence dans la perception des intervenants quant au regard des clients envers eux. Cependant, selon la sévérité de la maladie mentale du client, celui-ci pourrait questionner les habiletés et les compétences de l'intervenant. Si certains croient que l'intervenant serait incompetent, d'autres pourraient dire que c'est profitable, car il se place dans la même position qu'eux.

Cependant, la clientèle peut aussi jouer un rôle dans le renforcement positif. Les clients sont un élément important de l'équation puisqu'ils sont la raison même de l'existence de ce service. Plusieurs participants ont considéré que la réaction de ces derniers serait définitivement positive en prenant connaissance de la possibilité que leur intervenant reçoive des services d'aide en santé mentale. Cependant, un participant considère que la réaction des clients serait incertaine selon la sévérité de la maladie des clients.

Par exemple, Paul dit :

« Je crois qu'ils seraient surpris et puis peut être rassurés que tout le monde sont susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale. Ça démontre une grande force d'aller chercher de l'aide. C'est comme un genre modèle pour eux. Je pense qu'ils seraient encouragés, surpris et probablement fiers. »

Il devient ainsi un modèle pour ses clients et peut promouvoir une certaine acceptabilité sociale de la santé mentale en laquelle ils doutent. Pour Maryse, elle mentionne :

« Je pense qu'ils seraient peut-être rassurés et ils diraient que je suis humaine aussi. Peut-être qu'ils penseraient que je connais plus de quoi je parle parce que j'ai passé à travers de ça. Je ne parle pas de choses personnelles, mais je ne pense pas que ce ne serait nécessairement pas une mauvaise chose. »

En reconnaissant qu'elle aussi a vécu des difficultés au niveau de sa santé mentale, Maryse confirme qu'elle croit que cela pourrait assurer une meilleure connexion entre le client et l'intervenant en transférant la thérapie d'un niveau théorique à un niveau concret.

Enfin, Emma ajoute :

« Ils ont de la compassion, surtout en santé mentale, parce qu'ils savent c'est quoi souffrir. Je pense que ces gens-là ont plus de compassion que n'importe qui d'autres. Ils s'informent toujours de toi parce qu'ils veulent du *common ground* ».

Elle explique que les clients s'informent parfois du bien-être du travailleur afin d'éviter que la relation thérapeutique ne soit unidirectionnelle vers lui.

Enfin, Emma, Maryse et Carey rapportent un niveau de stigmatisation ressenti par rapport à la famille et les amis. Il est à noter que ce sont surtout les parents qui éprouvent de la difficulté à accepter des problèmes au niveau de la santé mentale. Emma mentionne :

« Ils ne m'en parleraient pas parce qu'ils ne savent pas quelles questions poser. Je ne me sentirais pas appuyée. Ce n'est pas là que j'irais pour recevoir du confort, sauf mon père et ma sœur. Ils n'ont pas de concept de ce que c'est. On est toujours là pour les autres, pour relever le moral et penser positivement. C'est très difficile demander de l'aide et ça prend beaucoup de courage. »

Elle éprouve de la difficulté à discuter de santé mentale avec certains membres de sa famille en raison d'un manque de compréhension de sa situation.

Maryse dit :

« J'en ai parlé avec des amis en discutant des effets de médicaments. Par contre, ce n'est pas moi qui commence ouvertement la discussion à cause de la gêne et de la peur d'être jugée »

Carey dit :

« Ma famille aussi, surtout mes parents, ne comprennent pas. Ils pensent que je devrais penser plus positif. Des amis aussi pensent, *Just get over it.* C'est difficile de ne pas avoir quelqu'un pour te comprendre. »

Carey ajoute :

« Mon père n'en parle pas du tout. Ma mère aussi, mais je pense qu'elle le ressent des fois dans mon ton de voix. Elle ne veut pas parler que je prends des médicaments et d'aller voir des psychiatres et des médecins. J'accepte que mes parents ne comprennent pas, mais j'aimerais qu'ils comprennent plus. Ma sœur me soutient mais elle n'a jamais été déprimée et elle ne m'en parle pas. Elle ne me comprend pas non plus. Ma famille ne parle pas de

dépression. Ils vont changer de sujet. C'est difficile être entouré de gens qui ne comprennent pas. Mes amis ne comprennent pas du tout. Les hommes ne vont pas chercher de l'aide et utilisent plus l'alcool et la drogue. »

Pour lui, sa famille et ses amis ne l'appuient pas dans sa quête de services en santé mentale. Ils ne veulent pas en parler et, lorsque Carey aborde le sujet, ils font tout pour changer la discussion sous prétexte qu'ils ne comprennent pas. La mentalité de son groupe social est que les hommes ne vont pas chercher de l'aide, mais cachent plutôt leurs problèmes dans l'alcool et la drogue. La seule exception pour lui dans sa démarche d'aide est sa sœur, mais elle ne lui en parle pas. Finalement, ces trois participants nomment un ensemble d'idées fausses et d'incompréhension au sujet de la santé mentale, ainsi que des traitements disponibles, de la part de leur famille et leurs amis.

Par contre, l'entourage de l'intervenant peut être une source d'appui au moment de sa demande de services d'aide en santé mentale. Les participants à la recherche ont indiqué qu'ils retrouvent certaines réactions positives provenant de leur famille et leurs amis lors de ce processus. Cependant, des facteurs tels que le manque de connaissances de la maladie mentale et des faux préjugés par rapport à celle-ci font que certaines personnes ne reçoivent pas toujours tout l'appui qu'ils devraient avoir.

#### **4.5 Rôle des médias**

Les participants croient que la communauté possède une attitude générale plutôt nuancée envers la santé mentale en raison du rôle des médias face à celle-ci. Ainsi, cinq participants mentionnent comment, selon eux, les médias influencent parfois positivement ou négativement l'opinion publique, et que certaines communautés deviennent de plus en plus informées, ouvertes et tolérantes vis-à-vis la santé mentale suite à l'action de divers organismes et des médias. Carey dit :

« Je trouve aujourd'hui il y a plus de connaissances à propos de la santé mentale. [...] Avec le *Bell Let's Talk* et Clara Hughes, ils ont commencé la discussion de la santé mentale. »

Il existe encore beaucoup d'incompréhension de la maladie mentale dans la société, mais grâce à la publicité, le niveau de compassion envers les personnes aux prises avec celle-ci augmente. Ces médias jouent justement un rôle important dans l'orientation de la perception de la communauté envers la santé mentale. Un autre participant a nommé que le rôle des médias n'était que positif dans la réduction du stigma vis-à-vis la santé mentale. Il félicite les campagnes publicitaires, telles que celles de *Bell Cause pour la cause (Let's Talk)* et de Clara Hughes dans les médias, qui augmentent la visibilité dans la communauté. Il remercie aussi les médecins pour leur rôle et applaudit les efforts qui sont faits pour éduquer le public. Il indique que c'est pour ces raisons qu'il est maintenant socialement acceptable de parler ouvertement de la santé mentale. Finalement, les autres participants ont été plus ambivalents ou négatifs quant au rôle des médias dans la perception de la santé mentale. Souvent, celle-ci est utilisée comme image-choc pour susciter la crainte et attirer le spectateur. Selon Michel :

« Tu peux parler de la schizophrénie ou bipolaire et plusieurs gens connaissent juste ce qui vient des médias. Alors, ils vont penser que tous les schizophrènes sont des tueurs. Ils vont penser que tous les bipolaires sont des femmes qui dépensent leur argent. Ce sont des *preconceived notions* ».

Cet exemple démontre une mauvaise représentation de la santé mentale et renforce les tabous associés aux maladies mentales.

Trois de ces participants ont fait référence à l'incident de la décapitation d'un passager dans un autobus *Greyhound* en 2008 afin de démontrer l'exploitation négative de la santé mentale. Emma dit :

« Le monsieur qui s'est fait couper la tête en autobus, c'est un [cas] sur combien ? Peut-être que la personne souffrait de schizophrénie et que ses voix lui ont dit de faire ça, mais ça n'arrive pas souvent que les voix vont dire ça. »

Albert revient sur le même exemple :

« Une personne a coupé la tête d'une autre personne sur l'autobus. Ça fait quelques années, mais *it was everywhere* ».

Enfin, Carey décrit ce qu'il croit que les médias recherchent :

« On pense qu'ils ont besoin d'être punis. Dans les médias, tu n'entends pas beaucoup les histoires des gens qui ont des familles et vivent des vies productives. Je trouve que ce n'est pas bien représenté dans les médias. Par exemple, l'incident de l'homme qui était schizophrène sur le *Greyhound*. Les gens vont penser qu'ils sont tous comme ça. Ça ajoute au stigma. »

Comme démontré par ces trois exemples, il est vrai que l'individu sur l'autobus *Greyhound* était atteint de la schizophrénie. Malheureusement, c'est en raison de sa maladie que l'emphase fut mise sur cet incident et a marqué le public pour y ajouter une connotation négative.

#### **4.6 Conditions de travail**

Il existe certaines conditions dans les milieux de travail en santé mentale qui contribuent à l'état de santé mentale des intervenants dans ces milieux. Ceux-ci peuvent être soit positifs ou négatifs par rapport aux conditions d'emploi et à l'environnement de travail. D'un point de vue positif, les participants ont énuméré : les personnalités des intervenants et du superviseur, des heures de travail flexibles, le soutien des superviseurs et des collègues (*debriefing* et supervision), les bénéfices (massages), le programme d'aide aux employés et le soutien à la formation continue.



Emma souligne l'aspect bénéfique d'une bonne structure au travail :

« J'ai accès à de la bonne supervision au travail. Si tu peux parler à des gens et avoir de bonnes réflexions avec eux et tes collègues, et avoir de l'appui de tes collègues. Ces choses-là aident beaucoup. C'est fascinant de voir l'état de la santé mentale de l'agence. Il faut apprécier les petites choses. Une autre chose qui contribue à ma santé mentale est d'avoir des étudiants et des stagiaires parce que tu dois être un modèle pour eux. Tu dois redoubler tes concepts de *self-care* et d'avoir des bonnes frontières. Cela contribue au bien-être au travail. »

Ainsi, elle démontre qu'une bonne structure de travail comprend une bonne supervision et l'appui des collègues, ainsi que la responsabilité professionnelle face à la génération future des professionnels.

Paul dit :

« J'encourage tout le monde à faire du *debriefing* au moins une fois par jour. Je vais faire mes tournées et je leur demande ce qui va bien et moins bien dans la journée. »

Carole ajoute :

« On a un bon groupe. On est capable de se dire plus ou moins n'importe quoi, beaucoup de support, l'écoute et les commentaires des autres. On est une équipe qui s'entraide. Par exemple, aller dans le bureau d'un collègue pour jaser d'une situation d'un client et avoir des suggestions. »

Quant à Maryse, elle indique :

« Ici on est chanceux d'avoir une superviseure qui est très à l'écoute. Elle peut facilement voir une journée si on n'est pas dans notre assiette, ou si on dit qu'on est super débordé ou qu'on a des gros cas. Elle va s'organiser pour venir nous parler ou faire certain qu'on se rencontre ensemble et faire un *check-in*. »

Tous ces participants mettent en évidence l'importance d'un bon leadership et d'un travail d'équipe à l'intérieur du groupe. Un environnement sain et calme permet à tous de travailler dans une atmosphère plus détendue, ce qui est davantage approprié au bon fonctionnement et à une bonne santé mentale.

Les aspects négatifs identifiés par les participants incluent : le stress au travail, l'épuisement professionnel, la clientèle difficile, la documentation élevée, le manque de soutien (*debriefing*), le manque de ressources et le manque de formation professionnelle continue.

Paul déclare :

« Si le professionnel n'a pas de bonnes limites, il peut facilement se laisser emporter dans l'inquiétude et l'*overthinking* par rapport à ses clients et les problèmes de ses clients. Aussi, la demande de toujours performer, d'avoir un tel montant de sessions par semaine, le *caseload*, les *benchmarks*, ça peut être stressant. Aussi, il y a l'épuisement, le trauma, l'abus physique, l'abus verbal et émotionnel, et les clients suicidaires. »

Carey propose aussi :

« Je travaille depuis 10 ans et je commence à voir que le stress s'accumule. Tu penses que les vacances vont aider mais ça ne dure pas. Je trouve que c'est une profession qui a beaucoup de stress. Il y a beaucoup de demandes et les tâches accumulent. Tu pars du travail agité. Tu as besoin de prendre soin de soi-même. »

Ces deux participants soulignent les exigences de plus en plus grandes demandées de la part des intervenants afin de rencontrer un plus grand nombre de clients, de gérer des cas plus lourds et dans des conditions sociales parfois plus complexes.

Pour sa part, Renée identifie la difficulté de concilier la vie personnelle et la vie professionnelle.

« Je trouve pendant les fêtes c'est un peu stressant parce qu'il y a des personnes qui trouvent les fêtes vraiment difficiles. Je me rappelle que les premières années que j'ai commencé, j'étais stressée parce que je pensais à mes clients pendant les fêtes. Maintenant j'ai appris et je ne fais pas ça. C'est important de garder le travail au travail. »

Comme elle l'explique, il peut être difficile pour un intervenant d'éviter de penser à des situations se rapportant à des clients lorsqu'elle n'est plus au travail.

De plus, cinq participants ont déclaré que la source majeure de stress relié au travail est la clientèle. Certains ont tenu des propos plus généraux pour décrire cette source, tels que les clients qui sont en situation de crise ou suicidaires. D'autres participants ont été plus précis dans leur description. Emma raconte :

« Tu dois avoir des bons nerfs. Par exemple, il y a l'automutilation. Je trouve que c'est stressant. Je trouve que les travailleuses sociales sont témoins de beaucoup de traumatismes. Il y a aussi le manque de ressources, les listes d'attentes et les gens qui ne qualifient pas pour des services. Il faut trouver des ressources pour eux ou quelque chose en attendant. Des fois, c'est la prévention et d'autres fois les travailleurs éteignent des feux. Même les personnes qui savent qu'est-ce que je fais mais que je ne sens pas leur appui, ils me disent toujours qu'ils ne feraient pas ce que je fais. Je pense qu'il y a du stress dans tous les domaines de travail. »

Maryse soutient aussi ces propos dans ce qu'elle raconte :

« Tu entends les histoires des gens et il y a des gens qui veulent se suicider à chaque jour. Ils sont chroniquement suicidaires. C'est difficile « dealer » avec ça. Tu retournes chez toi et tu penses à ça. À un moment donné, on textait souvent nos clients pour faire les rendez-vous et leur rappeler leurs rendez-vous parce que les jeunes aiment ça texter. Mais après ça, tu te faisais texter chez vous à n'importe quelle heure de la journée et la fin de semaine. Ça contribue beaucoup au *burnout*. On travaille avec des jeunes

qui ont des problèmes de psychoses, qui prennent des drogues, et qui ne sont pas stables et ne veulent pas prendre leurs médicaments. La clientèle est vraiment difficile. Rarement qu'ils sont tous stables. La nature du travail est vraiment stressante. Souvent les clients sont suicidaires et n'ont pas de place à rester. Aussi, *dealer* avec les familles qui ne sont pas contentes. Je trouve ça épuisant. »

Emma et Maryse témoignent que, pour elles, l'automutilation ou les pensées suicidaires d'un client sont une des plus grandes sources de stress dans le domaine de travail en santé mentale. Ces deux concepts peuvent être en contradiction avec certaines valeurs qui animent un conflit chez l'intervenant.

De plus, trois participants rapportent avoir vécu des périodes successives de stress élevé relié à la documentation. Paul mentionne :

« Les échéances très serrées surtout en fait de documentation. C'est probablement ma plus grande source de stress ça. »

Michel indique :

« C'était relié au *time management*. J'avais de la difficulté à bien organiser mon temps. Je négligeais certaines choses et ça s'accumulait, comme des évaluations et des notes. Je prenais du retard et c'était épouvantable. C'était vraiment difficile à surmonter. Ça me stressait encore plus. »

Emma explique :

« Mais à un moment donné, on est des êtres humains. J'étais stressée. Je faisais de la documentation à 4h00 le matin au bureau parce qu'il y avait assez de choses à faire. »

Malgré que la documentation représente un compte-rendu de la consultation avec le client, celle-ci devient lourde et épuisante par rapport au temps alloué à chaque dossier. On y retrouve l'ouverture et la fermeture des dossiers, les évaluations initiales, le plan de traitement, les notes de suivi et les plans de sécurité.

Paul ajoute aussi qu'il y a un manque de formation en début de carrière et en préparation à la carrière. Il explique :

« Au début de ma carrière, je n'étais pas bien équipé pour travailler avec des cas d'abus physique. La première année était l'année la plus stressante pour moi parce que c'était nouveau. Le domaine de la santé mentale est tellement grand et vaste, et il y a beaucoup d'apprentissage à faire. »

Il est à noter qu'il déplore le fait que l'éducation en santé mentale est très limitée. Il est ainsi difficile d'obtenir la formation nécessaire pour être adéquatement en mesure d'aider ce type de clientèle ayant des besoins complexes.

Maryse fait aussi référence au manque de ressources pour venir en appui aux clients.

« Lors d'un emploi précédent, c'était stressant parce qu'il n'y avait pas beaucoup de ressources. On référerait aux médecins de famille, mais ce ne sont pas des psychiatres et ne savent pas quoi faire. De ne pas avoir les moyens (ressources) est une grosse raison pour laquelle j'ai changé d'emploi. »

Ainsi, lorsqu'elle croit qu'un client a besoin de soins médicaux, parfois le seul professionnel à qui elle peut référer à court terme est le médecin de famille, malgré que des services en psychiatrie soient plus appropriés.

Toutes ces conditions de travail nous amènent donc à discuter de l'importance de la responsabilité de l'organisme de s'assurer du bien-être de ses employés. Emma mentionne :

« Si ton employeur et ton milieu de travail [...] savent que nous prenons soin de nos clients et qu'ils doivent prendre soin de nous ».

#### **4.7 Enjeux liés au contexte de travail**

Un professionnel en santé mentale est un fournisseur de services. Il est redevable envers le public, ses collègues et à l'administration de son organisme. On s'attend de lui qu'il rencontre ses clients et qu'il travaille à un certain niveau de production afin d'être rentable pour la société. Les gens acceptent généralement que les individus aient à s'absenter du travail pour des raisons de maladie. Cependant, cette perception change lorsque la raison n'est pas tangible comme une maladie physique ; c'est le cas de la santé mentale.

Trois des participants ne croient pas qu'un professionnel dans ce domaine aurait à craindre pour la stabilité de son emploi pour cause de problèmes de santé mentale. Renée dit :

« Non, ils ne devraient pas, mais peut-être qu'eux-mêmes vont se sentir comme ça. C'est peut-être une des choses qui arrêteraient la personne d'aller chercher de l'aide ou d'être ouverte. Je trouve qu'on a besoin en santé mentale d'aller chercher de l'aide au besoin parce qu'on est humain. On travaille avec des situations qui des fois ne sont pas normales. J'ai suivi un « training » et je me rappelle que la femme disait qu'il faut parler et aller chercher de l'aide. »

Pour elle, malgré qu'elle perçoive une crainte à aller chercher de l'aide, cela ne devrait pas devenir une limite à sa démarche. Il est simplement humain que de vivre, de temps à autre, des moments et situations difficiles.

Michel aborde aussi le même thème :

« Je crois que tous les gens passent au travers de temps difficiles dans la vie que tu ne peux pas éviter. »

Pour lui, ces moments font partie du cycle de la vie et c'est pour cette raison qu'il faut être compréhensif envers ceux qui les traversent.

Par contre, cinq participants croient qu'un professionnel de ce domaine aurait à craindre pour la stabilité de son emploi en raison d'un problème de santé mentale. Par exemple, Emma mentionne :

« Ça me rendrait nerveuse. Je garde note de tous mes congés de maladie. À travers les années, si tu manques X jours de travail, tu tombes sur un programme et ils te surveillent. Le fait que tu tombes dans ces programmes-là, moi ça me rend très nerveuse. Je n'ai pas aimé ça et c'était pour des raisons physiques et concrètes. Peux-tu imaginer dire que tu as le goût de pleurer tout le temps, que tu ne dors pas le soir, que tu as le goût de vomir et que tu ne manges plus parce que tu as tellement d'anxiété ? Ou si tu n'es pas capable d'arrêter de pleurer ou tu as pensé à quelque chose toute la soirée, et tu te questionne comme intervenante ? Qui va t'appuyer ? Ces programmes-là ne sont pas chaleureux et ils te téléphonent à la maison pour savoir la raison. Ils ne veulent plus t'avoir parce que tu n'es plus productif. Quand tu es au travail, tu dois produire et voir X nombre de clients pour obtenir le financement du ministère. La façon que ça fonctionne aujourd'hui, c'est la production à tout prix. Aujourd'hui la façon que ça fonctionne, les agences n'ont pas beaucoup d'argent. Ils ne veulent pas être dans le rouge et être dans les médias. J'ai entendu des entrevues au sujet des gens qui prenaient du « *sick time* », du temps de congé, et ils sont sous la loupe. C'est difficile avec nos employeurs. On est redevable à la société, on est redevable à nos collègues, on est redevable à tous les niveaux. »

De son côté, Paul confirme que selon lui :

« Disons qu'une personne qui vit une dépression et qui manque beaucoup de travail pourrait perdre son travail s'il n'a pas avisé son superviseur ou n'a pas établi un plan. [...] Donc, il y a différents troubles de santé mentale qui peuvent apporter certaines actions qui pourraient être punies. »

Ainsi, pour Emma et Paul, ce sont les méthodes de gestion du personnel axées sur la recherche de performance envers la livraison de services qui pourraient engendrer un stress supplémentaire chez le professionnel. Celui-ci pourrait lui faire croire que son poste est en jeu à cause de ses problèmes de santé mentale. De plus, Maryse dit :

« Ça me stresse parce que je me dis que si je suis beaucoup déprimée, et que je montrerais que ça ne va pas bien, mon employeur trouverait-il une façon de me congédier ou d'abolir mon poste ? Avec toutes les coupures qui se font, on est un peu paranoïaque aussi. Il y a beaucoup de « *burnout* » et je connais des collègues qui ont pris un *stress leave* et ont encore leur emploi. Je ne pense pas qu'un employeur peut congédier quelqu'un pour ça, mais c'est quand même définitivement une peur. Les employeurs veulent couper des postes et peuvent faire ce qu'ils veulent. »

Maryse ajoute :

« Il y avait beaucoup de coupures qui devaient se faire. On ne savait pas si on perdait notre *job* ou non. On ne savait pas qui partait et qui restait. Les gens avaient de l'anxiété et ne dormaient plus parce qu'on ne savait rien au sujet des coupures. Ce n'était pas humain. Ça n'a pas été bien fait du tout. Ce sont des affaires traumatisantes. Tu ne t'attends pas à ça. »

Pour elle, il existe une inquiétude sur la précarité des emplois. Les travailleurs sont parfois dépendants du financement de leur organisation. Ce n'est pas leur performance au travail ou la demande pour leurs services qui sont considérées. En plus de souligner les exigences reliées directement à la livraison de services au client, elle met en évidence un sous-financement des services en santé mentale. Elle déplore le fait que les postes ne sont pas toujours assurés, malgré les besoins des clients.

Carey présente aussi un autre aspect qui peut entrer en jeu dans la stabilité de l'emploi. Il indique :



« Ma superviseuse ne me l'a pas dit, mais je pouvais ressentir qu'elle me disait que si je ne contrôle pas ma dépression, que je vais partir. Je sais que si ça recommence pour une longue période de temps, il y a une possibilité que je perde ma *job* ou que quelque chose va arriver. »

Dans ce cas, c'est le processus d'intimidation employé par son superviseur pour s'assurer d'une assiduité au travail et d'une plus grande production.

Enfin, deux participants ont mentionné qu'ils craignent la réaction du département des ressources humaines si ce dernier serait au courant que quelqu'un avait un problème de santé mentale. Carole explique :

« On ne sait pas comment le département des ressources humaines pense et plus haut, mais j'aimerais croire et dire non, mais je ne sais pas vraiment. J'aimerais dire non, mais je ne sais pas si c'est écrit sur ton dossier. Ils vont rapporter des choses du passé, comme des petits fions, même s'ils connaissent la raison de l'absence. J'aimerais penser qu'ils seraient professionnels parce que ce serait une grosse chose s'ils amèneraient ça sur le dos à quelqu'un qui n'est pas capable de faire sa *job* à cause de dépression ou n'importe quoi. J'ai des doutes qu'ils le feraient peut-être. Évidemment, ils ne le diraient pas directement que c'est à cause de ça. »

Emma ajoute :

« Les gens qui téléphonent à la maison, comme l'administration, pour connaître la raison que tu n'es pas au travail. Ce sont les rendez-vous au bureau de ressources humaines à cause de plusieurs journées de congé. C'est ça qui me rend nerveuse. Ton travail fait partie de qui tu es. »

Ainsi, ces questionnements apportent une autre source de stress pour l'employé. Ce dernier, qui est redevable à son employeur, doit faire des efforts supplémentaires pour prouver une maladie invisible.

Cependant, il est parfois nécessaire qu'une personne soit obligée d'arrêter de travailler pour une certaine période de temps afin de retrouver la santé ; que ce soit pour raison de santé physique ou mentale. Quatre participants ont déclaré avoir pris un tel congé allant de quelques semaines consécutives jusqu'à sept mois avec billet médical.

Il est à noter que les raisons de ces congés sont diverses. Si pour un participant le congé est lié à des raisons personnelles, pour un autre, celles-ci sont le résultat des facteurs contextuels au travail. Michel explique :

« Mon médecin de famille m'avait donné un billet médical. J'essayais de me relever en allant prendre des marches, faire de l'exercice, prendre mes médicaments, avoir une bonne diète, ne pas boire d'alcool. Quand tu bois de l'alcool, tu deviens stressé parce que ton stress revient après que tu as fini de boire. J'évitais de boire de l'alcool. »

Ces périodes de congé permettent à l'individu de se reposer pleinement et ainsi d'évacuer le stress excessif accumulé. Ayant retrouvé un équilibre mental sain, l'intervenant peut retourner à ses tâches quotidiennes de façon productive.

En somme, quatre participants n'ont pas pris de congé pour différentes raisons. Pour sa part, Paul dit qu'il n'a pas pris de congé à cause de la perception de faiblesse.

« Je crois personnellement que oui j'aurais dû à un point, mais non je ne l'ai jamais pris. C'était ma première année, j'étais épuisé et c'était nouveau pour moi. J'aurais dû prendre une semaine au lieu de venir à la *job* fatigué, brûlé et stressé. Mon docteur me l'a poussé mais j'ai toujours refusé. Il m'a poussé pendant des mois pour que je prenne du temps *off* et je ne l'ai jamais pris. Je pense que c'est à cause [...], la peur d'être jugé au travail par les autres collègues et la peur d'être vu comme faible. »

Malgré qu'il n'a jamais pris de congé, Paul explique qu'il aurait été bénéfique pour lui de prendre une pause afin de retrouver son équilibre mental et physique. Il regrette de ne pas avoir écouté son médecin qui lui avait suggéré.

Quant à Emma, elle voit la possibilité de demander un congé dans le futur.

« Non, mais je pense que ça va venir un jour. À un moment donné, tu as besoin d'un recul. Je crois beaucoup dans *occupational therapy*. Si je reste à la maison, j'ai hâte de retourner travailler. C'est pour ça que je demande de l'aide. »

Emma mentionne qu'elle commence à reconnaître les symptômes de l'épuisement professionnel. C'est pour cette raison qu'elle demande des services en santé mentale au besoin.

#### **4.8 Recours aux services d'aide**

Six participants ont déclaré avoir reçu divers types de services dans le passé. Ceux-ci ont reçu des services de counselling provenant autant du secteur public que privé, allant de quelques sessions jusqu'à 3 ans. Parmi ceux qui ont reçu des services, quatre participants affirment avoir reçu ce service de santé mentale de leur médecin de famille. De plus, deux des participants ont reçu des services en psychiatrie. Par ailleurs, un participant a mentionné avoir reçu des services de son médecin de famille, mais a refusé sa suggestion d'accéder à des services de counselling et de psychiatrie. Il est aussi important de noter qu'un participant a mentionné qu'il aurait voulu, mais qu'il n'a jamais accédé dans le passé à des services d'appui. Au moment de l'entrevue, un des participants a indiqué qu'il continue de recevoir des services en santé mentale par son médecin de famille. Aussi, deux participants indiquent être en attente de services de counselling et l'un d'eux pour les services d'un psychiatre.

De ces participants, quatre ont mentionné avoir cessé de recevoir des services en santé mentale parce qu'ils ont atteint des résultats positifs. Parmi les raisons énumérées par les participants, notons entre autres les facteurs personnels et organisationnels liés au travail. Ainsi, Michel mentionne :

« Mon attitude a changée. J'ai tendance à être négatif et pessimiste, mais j'ai commencé à être positif et ma perception des choses a changé. Je ne suis pas aussi négatif que j'étais avant. Aussi, j'avais arrêté les médicaments pour environ 1 mois, mais j'ai recommencé à les prendre. Je n'ai pas trouvé rien de différent. Je prends les médicaments mais je ne sais pas pourquoi. »

Selon lui, grâce à un changement de perception de la vie, celui-ci a contribué à engendrer une attitude positive.

#### **4.9 Accessibilité de services en santé mentale en français**

Six participants considèrent que la région de Nipissing Ouest est bien desservie en fait de services en santé mentale en français. De nombreux médecins de familles qui sont francophones pratiquent dans la communauté et des psychiatres bilingues viennent aussi consulter dans la région. En effet, Emma mentionne :

« Dans le Nipissing Ouest, c'est fameux. C'est affiché en français avant d'afficher en anglais. Ils ont plus de services en français. »

Le fait d'avoir du personnel à prédominance francophone encourage plus souvent l'utilisation du français dans les agences.

Pour la région de Sudbury, la présence du français est aussi notée par trois participants. Emma indique :

« À Sudbury, ils ont plus une richesse aussi au niveau des services en français. Tu le ressens quand tu vas là. »

Pour elle, il est possible de retrouver des professionnels francophones dans tous les domaines de la santé. Par contre, Carey donne un côté négatif pour la région de Sudbury :

« À Sudbury, il y a seulement un psychiatre francophone et il est très occupé avec sa pratique privée. Les autres ne parlent pas français. Les gens qui travaillent à l'hôpital à Sudbury sont plutôt anglophones. Les groupes ne sont pas en français et les services sont presque tous en anglais. Il n'y a pas vraiment de services en français à travers l'hôpital. Il y a quelques travailleurs qui parlent français. »

Ce qui semble différencier la région de Sudbury de Nipissing Ouest peut s'expliquer par le fait qu'à Sudbury, la masse de la population est suffisante pour assurer un double service ; privé et public. Cependant, il peut être difficile d'obtenir un service complètement en français en santé mentale à l'hôpital (institution publique).

En ce qui concerne North Bay, trois participants déclarent que l'obtention de services en santé mentale en français est très difficile. Emma explique :

« Non pour l'hôpital de North Bay. À North Bay, les gens parlent français. C'était leur première langue à un moment donné. Ils ont étudié en français, mais tout à coup, ils ne parlent plus le français rendu au travail. C'est comme leur deuxième langue. Ils se disent bilingues mais ils ne parlent pas à leurs clients totalement en français. Même les jeunes qu'on a [comme client] qui sont bilingues préfèrent parler en anglais. »

Selon elle, il est très difficile d'accéder à des services en français en santé mentale à North Bay du fait de l'attitude même des travailleurs dans le milieu de la santé. Ceux-ci privilégient la langue anglaise même s'ils sont d'origine francophone.

Lors de la recherche de services en santé mentale, l'obtention de services en français peut représenter un grand défi. Cinq participants ont exprimé avoir rencontré un tel défi. Ils mentionnent le manque de médecins, de psychiatres et de ressources francophones en général dans les centres de North Bay et de Sudbury comme étant le défi le plus important. Maryse explique :

« Je ne sais pas si c'est parce qu'il n'y en a pas. Je ne me rappelle pas si j'ai demandé spécifiquement pour des services en français dans les services publics et privés. Je n'ai pas l'impression qu'il y en a. S'il y en a, il n'y en a pas beaucoup. Si j'ai le choix, je vais prendre les services en français. C'est toujours ça, les francophones doivent s'accommoder. Les francophones, on s'accommode parce qu'on n'aime pas ça faire des vagues. »

Les services en santé mentale, comme d'autres services en français dans le domaine de la santé, sont moins disponibles ou plus compliqués à recevoir dans plusieurs centres même lorsqu'ils sont annoncés. Ceci amène le client à hésiter de revendiquer son droit. Celui-ci accepte le service qui lui est offert dans la première langue qui lui est présentée. Il y a donc une fausse image qui est créée que le service n'est pas requis.

Dans certaines régions désignées, les services en santé mentale sont offerts en français mais certains intervenants considèrent que ceux-ci pourraient être améliorés. Carey indique :

« Je trouve que si tu vocalises le manque de services en français, les travailleurs pensent que tu veux faire du trouble. Par exemple, dire que les groupes devraient être en français, ce n'est pas accepté. Ils sont jaloux, mais ils ne veulent pas prendre des cours pour apprendre le français, même gratuitement. »

En fait, Carey se fait activiste des droits de la minorité linguistique francophone en Ontario. Il revendique des services auxquels la population francophone a droit.

Cette accessibilité à des services en santé mentale en français peut aussi jouer un rôle déterminant pour l'intervenant qui désire recevoir de l'aide dans sa langue maternelle. Trois des participants ont indiqué qu'ils préféreraient accéder à des services de santé mentale en français. Paul dit :

« C'est ma langue natale et je m'exprime mieux. Je peux aussi mieux vivre mes émotions en discutant. C'est une question de confort. Habituellement, je me présente toujours en français. »

Maryse ajoute :

« Ma première langue est le français et j'ai plus de facilité avec le français. Surtout si tu parles de tes émotions, je pense que c'est juste plus facile. »

Ainsi, pour Paul et Maryse, le français est au-delà d'être simplement une première langue apprise ; c'est le moyen par lequel ils expriment le plus clairement leurs émotions.

Par contre, trois participants ont indiqué qu'ils n'auraient pas de préférence par rapport à la langue parlée du professionnel en santé mentale. Un critère tel que la compétence serait plus important à considérer que la langue pour le choix du professionnel. Carole mentionne :

« Pour moi ça ne fait pas rien, mais autant que possible je vais essayer d'aller avec des services francophones. Des fois c'est plus facile à s'exprimer en français avec nos expressions. »

Elle préférerait parler en français, mais désire obtenir le meilleur traitement possible. Finalement, deux participants préféreraient recevoir leurs services en santé mentale en anglais parce qu'ils se sentent plus à l'aise de communiquer dans cette langue.

Cependant, deux participants indiquent ne pas avoir rencontré de défi à obtenir des services en santé mentale en français en raison de la région où ils habitent ; soit d'un milieu avec une forte prédominance francophone.

#### **4.10 Expériences positives et recommandations des intervenants**

Les participants ont aussi partagé des expériences positives lors de leur quête d'aide en santé mentale ainsi que des recommandations pour des intervenants en santé mentale qui considèreraient accéder à de tels services. Comme Emma l'explique :

« C'est comme l'analogie d'un avion qui fait défaut et tu dois prendre de l'oxygène. Prends ton masque en premier, assure-toi qu'il est bien mis, et après tu peux prendre soin des gens autour de toi et les aider à mettre leur masque. Ne vas pas mettre leur masque avant de mettre ton propre masque. »

Elle ajoute :

« J'ai trouvé que c'était bénéfique pour moi [...]. Tu n'as pas besoin de résoudre tous les problèmes ou te sentir comme tu dois tout faire. C'est pour remettre les choses en perspective. Ça rejoint aussi la raison pourquoi tu as choisi ce domaine pour aider les gens. Alors quand ta clientèle ne va pas bien, des fois ça peut jouer sur l'estime de soi de certains intervenants. Mais ce n'est pas à propos de toi, c'est à propos d'eux autres. Donc, ce sont ces concepts-là, et de mettre ses propres pensées et croyances au défi. »

Carey indique :

« C'est bon aussi d'aller parler à quelqu'un qui n'est pas impliqué dans la situation et n'est pas attaché à toi. Des fois, tu as besoin de parler à quelqu'un d'autre pour comprendre et te supporter. Je trouve que c'est vraiment important. Ils aident avec des techniques pour gérer le stress et la dépression. Les médecins peuvent aussi donner des médicaments pour aider à dormir. »

Renée mentionne :

« Ça m'a démontré que c'est normal et qu'on est humain. On ne pourrait pas faire notre « job », une bonne « job », si on n'est pas affecté un peu par les histoires des autres. »



Finalement, Paul dit :

« Mon expérience, en gros, m'a permis de me questionner sur la réalité du stigma et m'a fait grandir par rapport à la façon dont je peux accueillir mes propres clients, les recevoir et comprendre leur hésitation. Même s'il y avait des défis, il y avait quand même de l'aide. [...] Ça m'a aidé avec mon cheminement comme intervenant, professionnel et personnel. »

Tous ces participants abordent le côté positif des services en santé mentale qu'ils ont reçus. Ils ont apprécié de pouvoir jaser avec quelqu'un qui était détaché de la situation, qui a confirmé leurs propres jugements d'aller chercher de l'aide et a clarifié des techniques de thérapie qu'ils peuvent utiliser eux-mêmes. Ceci peut par la suite apporter un changement d'attitude chez l'individu qui pourra ainsi mieux gérer son stress.

De plus, tous les participants rencontrés étaient prêts à recommander à d'autres intervenants en santé mentale d'accéder à des services de soutien au besoin. Ils partageaient tous cette idée : Si tu as besoin d'aide, n'hésite pas ! Ainsi, Emma mentionne :

« À un moment donné, tu as besoin d'entendre quelqu'un valider tes pensées. C'est bon d'entendre que tu as entièrement raison de penser d'une telle façon, mais aussi de recevoir de l'aide avec la prochaine étape. Le *self-care* est important. À un moment donné, c'est normal de demander de l'aide. »

Michel dit :

« Ne pas avoir peur de demander pour de l'aide. On ne le dit pas toujours aux autres. On aide toujours nos clients mais on ne pense pas à nous-mêmes. On sait quoi faire pour différentes situations mais on ne l'applique pas pour nous-mêmes. »

Paul ajoute :

« Définitivement, si l'aide est là, pourquoi ne pas l'utiliser. La confidentialité c'est très important dans toutes les agences. C'est important de ne pas souffrir en silence. »

Renée indique :

« Dans ce domaine, on prend soin des autres et des fois on oublie de prendre soin de nous-mêmes. Ça devrait faire partie de notre « *job* » qu'une fois par mois, il faut aller parler avec quelqu'un. »

Enfin, Carole dit :

« On a tous besoin de quelqu'un qui est neutre avec qui parler et qui va nous rappeler certaines choses. On le sait mais on ne le fait pas toujours et on a besoin de rappels. »

Les participants s'assurent de faire passer le message que chacun a le droit de consulter au besoin.

#### **4.11 Résumé**

Ce chapitre a permis de présenter les divers regroupements communs quant aux perceptions des intervenants francophones en santé mentale en quête de services pour eux-mêmes. Après avoir présenté un profil sociodémographique qui délimitait la population à l'étude pour l'observation de type qualitatif, neuf catégories furent ressorties. Les perceptions des intervenants en santé mentale furent concentrées au niveau de leur image professionnelle, d'auto stigmatisation et du rôle de leur entourage ainsi que du public comme agents de stigmatisation. L'auto stigmatisation à dénouer pour se donner le droit de consulter fut l'idée clé. Les conditions et le contexte de travail des intervenants en santé mentale furent aussi explorés. Dans ce regroupement, l'inquiétude face à la confidentialité et les enjeux liés aux pressions de l'employeur

furent ressortis comme les liens principaux. Le recours aux services d'aide ainsi que les expériences positives et l'accessibilité aux services en français furent abordés. Les défis rencontrés en tant que Francophone lors d'une démarche d'aide furent l'objet central de cette section. Finalement, des recommandations pour encourager d'autres intervenants en santé mentale à accéder à des services en cas de besoins furent proposées.

Avant de procéder à l'interprétation et la discussion des résultats, nous pouvons déjà anticiper certaines conclusions. Nos regroupements des différents thèmes de l'entrevue mettent en évidence l'importance que les intervenants en santé mentale attachent à la confidentialité, surtout dans les petites communautés. Les participants mentionnent vouloir régler leurs problèmes de santé mentale de façon autonome. Pourtant, dans certains cas, ceci semble être un défi pour eux. Certains déclarent aussi que les conditions et le contexte de travail engendrent un stress qu'ils éprouvent des difficultés à gérer. Enfin, l'obtention des services en français devient secondaire car il y a aussi le facteur de la compétence qui est privilégiée.

## **CHAPITRE V**

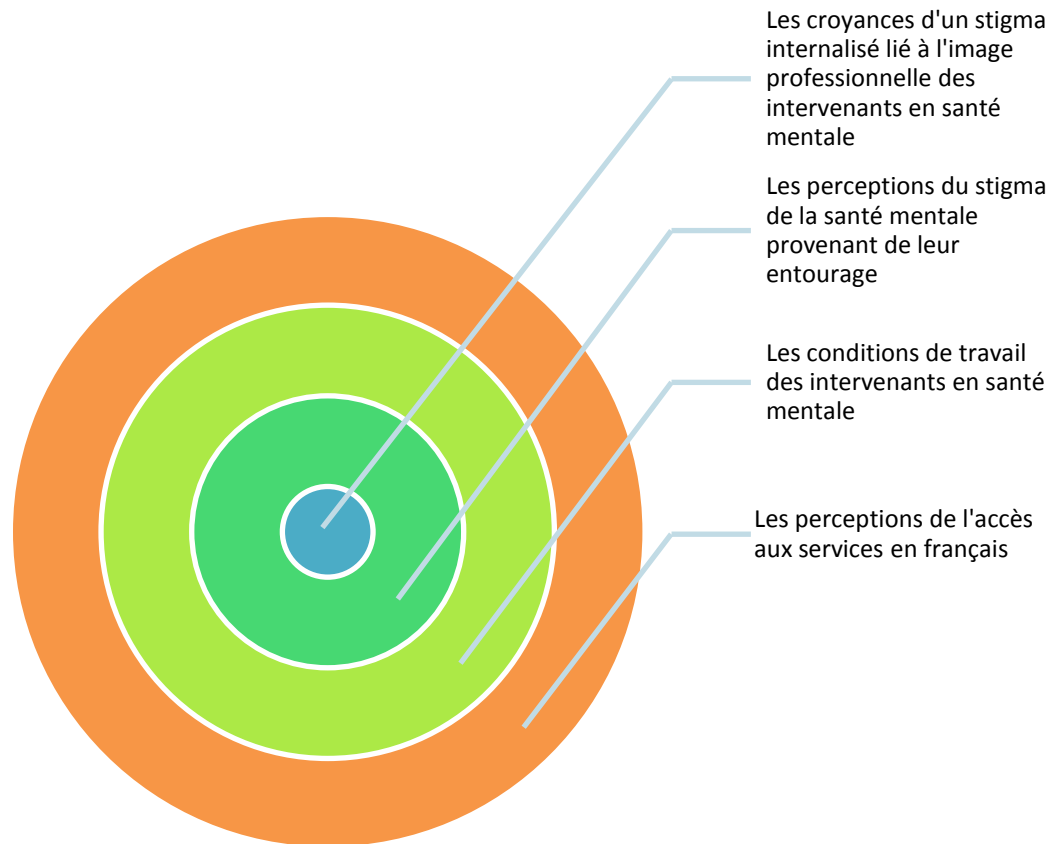
### **INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS**

L'objectif de ce chapitre est de permettre une synthèse et d'articuler des liens entre les éléments importants déjà présentés. Grâce à une lecture approfondie des résultats des entrevues de huit professionnels en santé mentale des régions de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay, il fut possible d'identifier des éléments communs entre les thématiques émergent de ce premier regroupement des thèmes. De plus, nous avons tenu compte des notions présentées dans la problématique et le cadre théorique pour en faire la codification. Par la suite, les catégories furent regroupées selon des axes représentant des obstacles pouvant limiter de services d'aide en santé mentale.

Cette démarche a permis la construction d'un schéma représentant divers axes pouvant limiter l'accès de services d'aide en santé mentale pour les intervenants en ce domaine.

Le schéma suivant présente les regroupements de quatre axes émergents des données recueillies au sein des entrevues de recherche. Chaque anneau représente une thématique abordée durant cette recherche. Ce schéma permet aussi de situer et de visualiser le rapport de l'importance ou l'intensité de chacun des thèmes pour les participants. Partant du centre vers l'extérieur, les thématiques sont présentées en ordre d'importance décroissante. L'obstacle le plus important, tel que présenté par les participants se situe au centre du schéma. Les explications des axes suivront la présentation du schéma.

## Schéma 2 Analyse systématique des axes influençant l'accès de services d'aide en santé mentale pour les intervenants



### 5.1 Stigma internalisé lié à l'image professionnelle

La croyance d'un stigma internalisé lié à l'image professionnelle est l'aspect qui est ressorti le plus intensément lors des entrevues auprès des participants. L'image professionnelle d'une personne est démontrée par son sentiment de fierté et d'appartenance à un groupe donné. Celle-ci peut donner à l'individu une certaine crédibilité qui lui apporte du respect au sein de sa communauté. Pour l'intervenant formé en santé mentale, la société lui accorde l'expertise d'évaluer le fonctionnement social des individus et de trouver des solutions en accompagnant les gens vulnérables. Par contre, lorsque ce dernier souffre lui-même d'un problème de santé mentale, il est

possible que cet individu rencontre des difficultés personnelles et professionnelles lors de démarches d'accès aux services de soutien afin de répondre à ses besoins personnels. Ainsi, en se référant à la théorie de la stigmatisation de Goffman, si les problèmes de santé mentale de l'intervenant viennent à être connus, celui-ci risque de compromettre une partie de son image professionnelle auprès de la société qui lui confère un statut. Dans cette instance, le dilemme que vit l'intervenant est à savoir s'il doit partager ses difficultés avec son entourage ou les garder privées et secrètes afin d'éviter le jugement du soi et des autres face à ses capacités.

Ce phénomène peut expliquer pourquoi de nombreux intervenants en santé mentale ont déclaré avoir hésité avant d'aller chercher de l'aide. L'état de santé mentale de l'intervenant n'est pas nécessairement la cause de l'hésitation pour aller chercher de l'aide mais devient plutôt un élément du problème. En réalité, c'est la crainte de la perception et la réaction de son entourage envers son besoin d'aide qui semble poser problème. « Given that stigmas arise from social relationships, the theory places emphasis, not on the existence of deviant traits, but on the perception and marking of certain traits as deviant by a second party » (Boundless, 2014). Plusieurs d'entre eux ont mentionné vivre ce problème à deux niveaux ; soit au plan personnel et professionnel. Ces participants ont expliqué que ce stigma internalisé s'extériorisait comme un sentiment de honte dirigé directement ou indirectement vers leur image professionnelle.

Un intervenant doit se montrer compétent à gérer des difficultés d'ordre personnel et professionnel, sinon il est porté à se juger et créer un phénomène d'auto stigmatisation qui lui fait vivre plusieurs tensions. C'est pourquoi les participants ont exprimé douter de leurs propres compétences professionnelles, à ressentir de la honte pour la faiblesse qu'ils perçoivent envers eux-mêmes et à éprouver une peur du jugement d'autrui lorsqu'ils sont en quête de services de soutien. Selon eux, la conséquence sociale de leur problème pourrait être qu'ils ne seront plus acceptés au sein de leur entourage primaire, personnel et professionnel. La théorie des systèmes nous aide donc à compléter cette

analyse des stigmas par une compréhension de l'impact des influences externes qui se juxtaposent et des comportements de l'intervenant qui doivent tenir compte du contexte avant de considérer aller chercher de l'aide.

## **5.2 Perceptions du stigma provenant de l'entourage**

Malgré des progrès indéniables en médecine, en psychologie et en travail social au cours des dernières décennies, la santé mentale est encore aujourd'hui mal comprise dans notre société. Par exemple, les participants notent les croyances internalisées des intervenants en santé mentale, ainsi que la perception du stigma de la santé mentale de leur entourage. Les stigmas sociaux qui entourent la santé mentale provoquent toujours une certaine hésitation pour demander de l'aide pour ceux qui en ont besoin. Les participants expriment la croyance d'une perception omniprésente de stigmas externes provenant de leur entourage ; leur famille et leurs amis, leurs collègues, leurs clients et la société en général. Lorsqu'il n'existe pas de différence connue ou perceptible, les individus ne ressentent pas d'obstacles à se regrouper. Goffman (1963) a décrit ceci comme l'identité sociale de la personne. Par contre, lorsqu'un individu cache certaines caractéristiques de lui-même à son entourage par crainte d'une réaction négative, cela devient son identité virtuelle. Si cette identité virtuelle est dévoilée ou devient connue, l'individu devient alors discréditable par les autres membres du groupe, dépendamment de leurs jugements. Ainsi, ces derniers doivent déterminer si le comportement de l'individu discréditable a une plus grande valeur pour eux ou si son attribut secret le rend maintenant indésirable au sein du groupe.

Ces composantes de l'environnement forment des obstacles majeurs qui amplifient le sentiment d'un stigma internalisé lié à l'image professionnelle. En raison de l'incompréhension de leur entourage envers la santé mentale, certains participants ont mentionné avoir l'impression que leurs problèmes de santé mentale n'intéressent pas les autres. Ces derniers ont mentionné que lorsqu'ils veulent aborder leur situation spécifique, celle-ci n'est pas prise au sérieux et est même minimisée par l'entourage.

Selon eux, cet aspect peut s'expliquer par le fait que leurs problèmes de santé mentale peuvent être difficiles à démontrer en raison de l'invisibilité de ceux-ci. Les participants de la recherche font une comparaison importante des problèmes de santé mentale avec la visibilité des problèmes de santé physique. Pourtant, pour que l'individu se sente bien, il doit posséder un équilibre total tant au niveau physique que mental et social.

Quant au milieu de travail professionnel, les participants ont mentionné avoir éprouvé un manque de compassion et de compréhension de certains de leurs collègues. Cet aspect fut pour eux marquant parce que cela attaquait leur perception d'image professionnelle. En raison de ce sentiment, les participants ont exprimé une peur d'être perçu comme étant des êtres faibles par ces derniers. Ils ont même mentionné craindre les répercussions de l'administration et de leurs collègues en raison d'absences liées à la condition de leur santé mentale. Les participants ont aussi exprimé être conscients de la surcharge de travail qu'ils peuvent imposer à leurs collègues à cause de leurs absences. Ils ont aussi avoué que cette perception alimentait un cercle vicieux dans lequel ils craignaient le jugement d'autrui et ainsi de perdre leur crédibilité au travail. De plus, les participants ont exprimé le stress émotionnel accru relié aux appels provenant de leur employeur pour connaître la raison de leurs absences. Enfin, ils ont souligné l'inquiétude que toutes indications de problèmes de santé mentale connues par leur employeur pourrait nuire à la stabilité de leur emploi. Paradoxalement, les participants ont fait remarquer que même si dans leur propre cas ils hésitent à aller consulter, ils encourageraient d'autres intervenants en santé mentale à accéder à des services au besoin. Voilà une juxtaposition qui serait intéressante d'approfondir dans une analyse ultérieure.

Les participants ont aussi mentionné que la réaction de leurs clients ou des proches de ces derniers, advenant que ceux-ci prennent connaissance de leur condition de santé mentale, pourrait être autant positive que négative. Du côté positif, l'intervenant en santé mentale pourrait éprouver plus de compassion envers ses clients puisqu'ils auraient vécu



des expériences similaires. Par contre, non seulement ces intervenants en santé mentale doivent-ils faire face au stigma social, ils craignent aussi d'être perçus comme étant incapables d'assumer adéquatement leurs fonctions professionnelles.

Il est à noter que certains participants mentionnent que l'image de la santé mentale s'est beaucoup améliorée dans les médias durant les dernières années. Ils ont souligné l'apport positif et émancipatif des campagnes publicitaires et autres événements. Par ailleurs, malgré ces progrès, d'autres participants déplorent encore l'existence de stéréotypes de la santé mentale dans certains genres d'oeuvres cinématographiques actuelles.

### **5.3 Conditions de travail**

Cet axe comprend les attentes élevées et les pressions qui amplifient l'ambivalence des intervenants à demander de l'aide et possiblement démontrer son manque d'efficacité et de productivité en raison de la stigmatisation. La société d'aujourd'hui met beaucoup d'emphase, d'une part, sur les valeurs d'efficacité, d'excellence et de résultat. D'autre part, le milieu de travail doit faire face aux conséquences de l'absentéisme, du « burnout », de la démotivation, de l'émotivité, de la fatigue, de la maladie, et du stress (Burnonville, 1985).

Au sein de notre étude, les participants ont discuté de leur expérience à devoir faire face à une surcharge de travail qui leur occasionnait un stress émotionnel. De plus, ce stress est accentué par le besoin de rencontrer les cibles stratégiques de l'organisation, en maintenant une charge de travail élevée de situations cliniques très complexes et des difficultés à rencontrer des échéanciers serrés. Finalement, certains participants ont fait référence à la documentation volumineuse requise pour compléter certains dossiers. Ce stress généré par l'emploi peut nuire dans la flexibilité des occasions où l'intervenant se sentirait apte à aller chercher de l'aide.

Avec toutes ces exigences, les participants déplorent le manque de temps et de *debriefing* pour les intervenants en santé mentale. Ils ont indiqué l'importance de s'assurer de respecter des frontières et de mettre en pratique des stratégies de gestion pour évacuer le stress. Aussi, ils ont mentionné le besoin de pratiquer des activités de bien-être et de relaxation. Au travail, les participants ont exprimé l'importance d'avoir un encadrement adéquat (supervision) qui leur permettrait d'avoir des séances de *debriefing*. Finalement, ils ont mis l'emphase sur le fait qu'ils doivent surtout se souvenir qu'ils sont humains et qu'il est acceptable d'avoir recours à l'aide d'autrui afin de répondre à leurs propres besoins. Ainsi, ils arrivent à la conclusion que l'acte professionnel est déshumanisé ; c'est la production à tout prix. L'argent prédomine sur le bien-être des intervenants en santé mentale. Ce manque d'espace d'humanité contribue à faire taire ses propres besoins.

En réalité, ce que les participants ont exprimé ressentir est que « la santé optimale est un équilibre physique, mental et social fragile qui se trouve en nous et se nourrit des riches relations que nous avons dans nos familles et dans nos communautés» (Picard, et collab., 1999, p. 19). Ainsi, les problèmes de santé mentale peuvent être influencés par un déséquilibre dans leurs conditions de travail. L'expérience des participants présente clairement comment les problèmes de santé mentale peuvent aussi être influencés par les conditions du milieu de travail professionnel. En conséquence, le stigma de devoir performer dans ce système de services, malgré de grandes lacunes présentes, nuit à l'intervenant en santé mentale en quête de services d'aide.

#### **5.4 Accès aux services en français**

En ce qui a trait aux services de santé mentale en français, les participants ont fait la remarque que, malgré la *Loi 8 sur les services en français*, l'accès aux services de santé mentale dans cette langue est très limité dans deux des trois régions étudiées. Ainsi, les participants rapportent que les régions de North Bay et de Sudbury ne possèdent que peu de ressources francophones disponibles. Ceux-ci déplorent les coupures de budget

comme étant la raison principale du manque de services de santé mentale en français à North Bay. Dans le cas de Sudbury, les participants mentionnent une certaine résistance de la part des employés au niveau de l'offre active de services de santé mentale en français. À l'inverse, les participants ont mentionné une impression d'offre adéquate de services de santé mentale en français au Nipissing Ouest. Ces derniers expliquent que l'accessibilité de ces services est due à la présence d'un grand nombre d'intervenants francophones. Ils ont aussi mentionné que la promotion de ces services offerts en français les rends plus visibles.

Malgré que l'accès aux services de santé mentale en français soit important pour les participants, ceux-ci ont indiqué que ces services ne sont pas toujours présents. Par ailleurs, ils ont mentionné qu'ils recherchaient surtout la compétence et l'anonymat dans le service d'aide. En raison des petites communautés, certains participants ont confié qu'ils se sentiraient mal à l'aise d'aller consulter une connaissance. Donc, la langue ne représente pas l'obstacle le plus important dans l'hésitation à aller consulter.

## **5.5 Résumé**

Dans ce chapitre, nous avons fait une synthèse et des liens entre les éléments importants déjà présentés entre la problématique, le cadre théorique et les entrevues du chapitre précédant. Grâce à une analyse thématique, quatre axes majeurs représentant des obstacles pouvant limiter l'accès de services d'aide en santé mentale pour les intervenants en ce domaine sont clairement ressortis.

Ainsi, le stigma peut être relié avec la perception de soi. Lorsque l'intervenant en santé mentale possède une bonne estime de soi ou qu'il peut retrouver suffisamment d'appui dans son entourage, il sera moins porté à percevoir négativement les réactions d'autrui lors de sa quête de services d'aide. Par contre, l'entourage peut représenter un obstacle à la consultation s'il perçoit peu d'intérêt envers la difficulté vécue par l'intervenant ou s'il projette une opinion négative de la démarche de demande de soutien. Par ailleurs,

afin d'optimiser une bonne santé mentale, l'intervenant doit avoir accès à un équilibre sain dans son milieu et ses conditions de travail. Il doit pouvoir évoluer dans un milieu où il se sent appuyé par son superviseur et ses collègues, ainsi que d'avoir de bonnes conditions de travail. Finalement, cette étude a permis d'observer que la disponibilité des services en français ne se fait pas de façon uniforme dans différentes régions. Si dans une de ces régions la réaction face à la livraison des services en santé mentale en français semble adéquate, cela ne semble pas être entièrement le cas dans les deux autres régions.

Le premier axe a fait ressortir le déséquilibre émotif auquel l'intervenant en santé mentale doit faire face au niveau de sa crédibilité. D'une part, la société lui confère un titre d'expert pour accompagner les gens vulnérables. D'autre part, il éprouve un sentiment de honte et craint les réactions de son entourage si sa recherche de soutien venait à être connue.

Le second axe a mis en évidence un paradoxe entre les actions et les propos des intervenants en santé mentale. Premièrement, ceux-ci hésiteraient à consulter et même de discuter ouvertement de leur santé mentale puisque ceci est une notion abstraite ou invisible. Par contre, ils n'hésiteraient pas à recommander à quelqu'un d'accéder à des services d'aide en santé mentale puisqu'ils reconnaissent les avantages de ceux-ci.

Le troisième axe a mis en opposition les questions de rendement de l'organisme basées sur le financement et les mesures de bien-être au travail pour les intervenants en santé mentale. En veillant à atteindre un équilibre entre ces deux oppositions, l'organisme obtiendrait de meilleurs résultats de ses employés tout en réduisant l'épuisement professionnel.

Le quatrième axe a fait référence à la question des services en français dans les régions de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay. Seul le Nipissing Ouest fut identifié comme étant une région offrant suffisamment de services en français. Cependant, les participants ont soulevé les questions de l'importance de l'anonymat et de la compétence des intervenants comme pouvant être des obstacles à leur quête de services dans ces endroits.

## CONCLUSION

La société contemporaine fait encore preuve de stigmatisation par rapport à la santé mentale. Malgré une plus grande éducation du public envers la santé mentale, il continue d'exister un certains tabous qui rendent difficile d'aborder directement le sujet, même avec ses proches. Tout au long de ce mémoire, il a été question du stigma que pouvait ressentir des intervenants francophones de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay œuvrant dans le domaine de la santé mentale, lors de leur quête de services d'aide pour leurs propres besoins personnels. Cette étude avait ciblé trois objectifs. Premièrement, nous avons voulu comprendre comment les intervenants vivent leurs propres besoins de services en santé mentale dans la réalité du milieu. Dans un deuxième temps, cette étude a voulu explorer l'existence de tabous vis-à-vis la santé mentale dans la société contemporaine. Enfin, nous avons voulu sensibiliser la population au sujet des besoins aux services de santé mentale en français dans les régions désignées.

Pour un intervenant œuvrant dans le domaine de la santé mentale, ce sujet relève d'une grande importance. En général, la société se préoccupe beaucoup de sa santé physique. Les statistiques (Bouchard, L., et collab., 2012) par rapport aux visites médicales démontrent l'attention portée à cet aspect de la santé. Cependant, notre recherche a nommé l'inconfort et l'hésitation de certains intervenants à discuter de leur santé mentale avec les gens de leur entourage ou de consulter un professionnel en santé mentale. De plus, notre recherche a abordé l'importance de l'offre des services de santé mentale offerts en français pour les intervenants francophones qui font demandes de services de soutien.

Ainsi, une recension des écrits et des entrevues qualitatives semi-dirigées auprès de huit professionnels francophones en santé mentale de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay nous ont permis d'explorer leurs perceptions sur ce sujet. La théorie des

systèmes nous a permis d'organiser les données recueillies en quatre axes présentant des obstacles pouvant limiter l'accès à des services d'aide en santé mentale : la croyance d'un stigma internalisé lié à l'image professionnelle, l'existence d'un stigma externe qui ajoute un obstacle pour l'intervenant de consulter, les conditions de travail des intervenants en santé mentale et finalement, la connaissance de la disponibilité des services de santé mentale en français dans ces différentes régions.

Le premier axe a dégagé que pour certains intervenants en santé mentale, ce stigma internalisé a comme conséquence de s'exprimer comme un sentiment de honte qui influence directement ou indirectement à leur image professionnelle. Lors des entrevues, plusieurs participants ont exprimé une incapacité à prendre un recul nécessaire pour trouver des solutions alternatives à leurs propres problèmes. Cela avait comme conséquence de s'amener à douter de leurs propres compétences professionnelles, à ressentir une honte au niveau social et à éprouver une peur du jugement d'autrui, tant au plan personnel que professionnel.

Dans le second axe, les participants ont exprimé la croyance d'une perception omniprésente de stigmas externes provenant de leur environnement. D'abord, une partie leur entourage a une incompréhension envers la santé mentale. Certains participants ont mentionné avoir l'impression que leurs problèmes de santé mentale n'intéressent pas certains membres de leur famille ou leurs amis. Ces derniers ont mentionné que lorsqu'ils veulent aborder leur situation spécifique, celle-ci n'est pas prise au sérieux et est même minimisée. Selon eux, cet aspect peut s'expliquer par le fait que leurs problèmes de santé mentale peuvent être difficiles à démontrer en raison de l'invisibilité de la santé mentale.

Par ailleurs, au niveau professionnel (au sein des agences dans lesquelles ils et elles œuvrent), plusieurs participants ont mentionné craindre des répercussions de l'administration et de leurs collègues en raisons d'absences reliées à la condition de leur

santé mentale. Ils ont exprimé être conscients de la surcharge de travail qu'ils imposaient à leurs collègues à cause de leurs absences. Ils ont aussi avoué que cette perception alimentait un cercle vicieux dans lequel ils craignaient le jugement d'autrui et ainsi de perdre leur crédibilité au travail. De plus, les participants ont exprimé le stress émotionnel accru relié aux appels provenant de leur employeur pour connaître la raison de leurs absences. Enfin, ils ont souligné l'inquiétude que toutes indications de problèmes de santé mentale connues par leur employeur pourraient nuire à la stabilité de leur emploi. Cependant, lors de l'entrevue, les participants ont fait remarquer que même si dans leur propre cas ils hésitent à aller consulter, ils encourageraient d'autres intervenants en santé mentale à accéder à des services au besoin.

Advenant que leurs clients ou leurs proches prennent connaissance de leur condition de santé mentale, les participants ont mentionné que leur réaction pourrait être ambiguë. D'une part, ceux-ci pourraient conclure que l'intervenant en santé mentale éprouve plus de compassion envers ses clients puisqu'il aurait vécu des expériences similaires. D'autre part, l'intervenant en santé mentale pourrait aussi faire face au stigma social et craindre d'être perçu comme incapable d'accomplir ses fonctions professionnelles adéquatement.

Le troisième axe dégagé lors des entrevues aborde les conditions de travail proprement dites de l'intervenant en santé mentale. Celui-ci fait régulièrement face à une surcharge de travail et doit rencontrer les cibles de l'organisation. Il y a d'abord le nombre et la complexité de la situation de la clientèle. Ensuite, il y a la documentation de plus en plus volumineuse requise pour certains dossiers et associée à un besoin de rencontrer des échéanciers serrés. Tous ces éléments entraînent un stress émotionnel important pour certains intervenants. Plusieurs d'entre eux déplorent aussi le manque de temps, d'encadrement adéquat et de *debriefing*. Ces trois points sont d'ailleurs d'excellentes stratégies de gestion pour évacuer le stress lorsque combinés à des activités de bien-être.



Le quatrième axe se concentre sur les services de santé mentale en français. Dans ce domaine, les participants de cette recherche ont nommé que malgré la *Loi 8* touchant les services en français, l'accès des francophones à des services de santé mentale dans leur langue est très limité dans deux des trois régions étudiées. Ainsi, ils rapportent que les régions de North Bay et de Sudbury n'ont que peu de ressources francophones facilement disponibles. Ceux-ci déplorent les coupures de budget comme étant la raison principale du manque de services de santé mentale en français à North Bay. Dans le cas de Sudbury, les participants mentionnent une certaine résistance de la part des employés au niveau de l'offre de services de santé mentale en français. Seul le Nipissing Ouest était bien noté par les participants des différentes régions.

En termes de nouvelles pistes de recherche et d'intervention, il serait intéressant de connaître l'influence de la participation à la recherche chez les participants par rapport à leur perception du stigma envers la santé mentale. Y a-t-il eu une évolution des perceptions depuis leur entrevue ? Ensuite, il serait bon de déterminer s'il y a des facteurs internes ou externes qui influencent la quête de services entre les participants hommes et les femmes. De plus, il faudrait explorer davantage le rôle que l'intervenant en santé mentale a lui-même à jouer dans la lutte pour vaincre la stigmatisation sociale contre la santé mentale. Pour ce faire, l'intervenant pourrait commencer par utiliser toutes situations médiatiques pour susciter une réflexion au sujet de la santé mentale auprès de son entourage.

En guise de conclusion, ce mémoire nous a permis de mieux comprendre les diverses perceptions de la stigmatisation chez les intervenants en santé mentale. L'importance d'utiliser des stratégies de bien-être est centrale afin d'assurer un équilibre sain au niveau de la vie personnelle et professionnelle. Nous espérons qu'il servira d'outil éducatif pour réduire les différents stigmas ainsi que pour encourager d'autres intervenants en santé mentale à accéder à des services en santé mentale au besoin.

## BIBLIOGRAPHIE

- Amiguet, Olivier et Claude Julier. 1996. *L'intervention systémique dans le travail social*, Genève, Les éditions I.E.S et les Éditions EESP.
- Association française des municipalités de l'Ontario. 2015. *Statistiques : La Loi sur les services en français en bref*, [En ligne]. [http : //www.afmo.on.ca/statistiques/la-loi-sur-les-services-en-français-en-bref/](http://www.afmo.on.ca/statistiques/la-loi-sur-les-services-en-français-en-bref/)
- Bélangier, Jean-Marc et Michel-André Beauvolsk. 2001. « Santé mentale et les défis de l'an 2001 : Le paradoxe des choix personnels et professionnels ou l'obsession de l'efficacité ». *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 7, no 1, p. 10-16.
- Bibeau, Gilles. 1991. « Le sens de la folie » . *Ciel variable*, no 15, p. 12-16. Blanchet, Louis. 1981. « La santé mentale, des facteurs sociaux et des coûts » . *Santé mentale au Québec*, vol. 6, no 2, p. 48-54.
- Bilodeau, Guy. 2005. *Traité de travail social*. Politiques et interventions sociales, Rennes : Éditions ENSP.
- Bouchard, Louise, Malek Batal, Pascal Imbeault, Isabelle Gagnon-Arpin, Ewa Makandi et Golnaz Sedigh. Rapport, 2012. *La santé des francophones de l'Ontario - Un portrait régional tiré des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*. RRASFO, Ottawa.
- Boundless. 2014. *Deviance and Social Stigma*, [En ligne]. [https : //www.boundless.com/sociology/textbooks/boundless-sociology-textbook/deviance-social-control-and-crime-7/deviance-59/deviance-and-social-stigma-364-2083/](https://www.boundless.com/sociology/textbooks/boundless-sociology-textbook/deviance-social-control-and-crime-7/deviance-59/deviance-and-social-stigma-364-2083/)
- Burnonville, Francine. 1985. « Parler de santé mentale : quelle maladie ? » *Santé mentale au Québec*, vol. 10, no 2, p. 126-130.
- Caron, Jean, Michel Tousignant, Duncan Pedersen, Marie-Josée Fleury, Margaret Cargo, Mark Daniel, Yan Kestin, Anne Crocker, Michel Perreault, Alain Brunet, Jacques Tremblay, Gustavo Turecky et Serge Beaulieu. 2007. « La création d'une nouvelle génération d'études épidémiologiques en santé mentale ». *Santé mentale au Québec*, vol. 32, no 2, p. 225-238.

- Commissariat aux services en français. 2012. *La nouvelle définition francophone : analyse et demande de mise à jour 11 janvier 2012*, [En ligne].  
<http://csfontario.ca/wp-content/uploads/2012/01/Ontario-DIF-demande-de-mise-a-jour.pdf>
- Commissariat aux services en français. 2014. *Les francophones en Ontario*, [En ligne].  
<http://csfontario.ca/fr/articles/5117>
- Dion-Hubert, Colette. 1985. « L'ergonomie et la santé mentale au travail ». *Santé mentale au Québec*, vol. 10, no 2, p. 8-12.
- Gagné, Jean. 1996. « L'approche alternative en santé mentale ». *Nouvelle pratiques sociales*, vol. 9, no 2, p. 137-146.
- Gevry, Monique. Mémoire, 1987. *L'épuisement professionnel dans le secteur des services humains*. Psychologie, Trois-Rivières : UQTR.
- Goffman, Erving. 1975. *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Alain Kihm, Paris : Les éditions de minuit.
- Grisel, Mariette et Colette Lechenne. 1992. *Essai de modélisation d'une formation pour travailleurs sociaux avec l'approche systémique comme référence*, [En ligne].  
<http://www.grisel.ch/Mariette/articles/art-modelisation.pdf>
- Kates, Nick. 2002. « Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale ». *Santé mentale au Québec*, vol. 27, no 2, p. 93-108.
- Laviolette, Isabelle. Mémoire, 1994. *L'épuisement professionnel et l'actualisation de soi dans le secteur des services sociaux*. Psychologie, Trois-Rivières : UQTR.
- Leblanc, Stéphanie. 2015. *La gouvernance communautaire dans la fourniture de services de santé en milieu minoritaire francophone en Ontario : Le cas du Centre de santé communautaire de Kapuskasing et région*. Ottawa, Université d'Ottawa : École d'études politiques.
- Leclerc, Guylaine. S.d. *La santé des femmes francophones de l'Ontario*. Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, Toronto : York University/NNEWH.
- Millet, Olivier. 2016. *Idées clé sur l'intervention systémique en entreprise*, [En ligne].  
<http://www.institut-repere.com/ANALYSE-SYSTEMIQUE/intervention-systemique-en-entreprise.html>

- Mongeau, Pierre. 2011. *Réaliser son mémoire ou sa thèse : Côté Jeans & Côté Tenue de soirée*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Ouahdi, Youcef, Alain Lesage, Jean Rodrigue, et Marie-Josée Fleury. 2009. « Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens ? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives ». *Santé mentale au Québec*, vol. 34, no 1, p. 161-172.
- Parent, Karen, Malcolm Anderson, Barbara Neuwelt, Jacki Smith, Susan Farrell, Russell Sheridan, Moyra Buchan et Elaine Butt. 2000. *Soins et services à domicile et personnes aux prises avec la maladie mentale : Besoins et enjeux*. Toronto : Association canadienne pour la santé mentale.
- Perrault, Chantal. 1989. « L'enquête Santé Québec et la santé mentale des québécois : cadre conceptuel et méthodologie ». *Santé mentale au Québec*, vol. 14, no 1, p. 132-143.
- Picard, Louise, Gratien Allaire, et collab. 2005. *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. REDSP et IFO, Sudbury.
- Picard, Louise, et Denise Hébert. 1999. « L'état de santé de la population francophone de l'Ontario ». *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, no 2, p. 64-102.
- Picard, Louise, Richard Carrière et Denise Hébert. 1999. « La santé des francophones à l'aube de l'an 2000 ». *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, no 2, p. 11-19.
- Poirier, Mario, Jean Gagné et Henri Dorvil. 1989. « De l'État-providence à l'État-limite : la nouvelle politique de santé mentale du Québec ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 2, no 1, p. 165-175.
- Réseau du mieux-être. 2006. *Préparer le terrain : Soins de santé primaires en français en Ontario - Rapport provincial*. [En ligne]. [http://www.reseaudumieuxetre.ca/wp-content/uploads/2014/11/PLT\\_P\\_fr.pdf](http://www.reseaudumieuxetre.ca/wp-content/uploads/2014/11/PLT_P_fr.pdf)
- Rhéaume, Jacques et Robert Sévigny. 1988. « Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale ». *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 1, p. 95-104.
- Sévigny, Robert. 1985. « Santé mentale et processus sociaux ». *Sociologie et sociétés*, vol. 17, no 1, p. 5-14.
- Standard Life. 2012. *Savoir reconnaître et prévenir l'épuisement professionnel : Bulletin santé et mieux-être*, [En ligne]. <https://www.standardlife.ca/pdf/gf11724.pdf>

- Tremblay, Marc-Adélar. 1990. « L'anthropologie de la clinique dans le domaine de la santé mentale au Québec. Quelques repères historiques et leurs cadres institutionnels, 1950-1990 » *Anthropologie et Sociétés*, vol. 14, no 1, p. 125-146.
- Trépanier, Sarah-Geneviève et Annie Foucreault. 2015. « L'épuisement professionnel et la récupération des ressources entre les périodes de travail ». *Psychologie Québec*, vol. 32, no 4, p. 17-20.
- van de Sande, Adje, Michel-André Beauvolsk et Gilles Renault. 2002. *Le travail social : Théories et pratiques*. Gaëtan Morin éditeur, Montréal : Chenelière éducation.

**APPENDICE A**  
**AFFICHE PUBLICITAIRE**

**ATTENTION : PARTICIPANT(E)S RECHERCHÉ(E)S**

**Êtes-vous** : Intervenant(e) francophone en santé mentale dans les centres urbains de Sudbury, Nipissing Ouest ou North Bay ?

- Avez-vous déjà utilisé des services en santé mentale ?
- Recevez-vous présentement des services en santé mentale ?
- Avez-vous déjà considéré demander des services en santé mentale pour vous-mêmes, en raison d'épuisement professionnel, de dépression, d'anxiété ou autres ?

Je suis à la recherche de participant(e)s volontaires pour une étude qualitative qui vise à compléter un mémoire de maîtrise en service social. Cette étude s'intitule : ***Analyse des perceptions des intervenant(e)s en santé mentale en contexte de recherche de services pour eux-mêmes : étude chez les francophones des régions de Sudbury, Nipissing Ouest et North Bay.***

Votre participation à cette étude permettra de mieux comprendre les besoins des intervenants (e)s francophones qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale dans notre région. Vous devrez participer à une (1) entrevue d'une durée d'environ une heure et demie (1h30).

Soyez assuré(e)s que la confidentialité et l'anonymat de tous les participant(e)s seront respectés ! De plus, vous êtes libres de vous retirer en tout temps.

Pour de plus amples informations ou pour donner votre nom à cette recherche, veuillez communiquer avec :

**Josée Chèvrefils, étudiante à la Maîtrise en service social**  
[jm chevrefils@laurentienne.ca](mailto:jm chevrefils@laurentienne.ca)

**Vous pouvez aussi communiquer avec Dominique Mercure, Ph. D. (poste 5061) et Sylvie Rivard, MSS (poste 5062) à l'Université Laurentienne au (705) 675-1151 ou 1-800-461-4030 (sans frais).**

Merci de votre collaboration !

*Cette recherche a obtenu l'approbation éthique de l'Université Laurentienne en janvier 2016.*

**APPENDICE B**  
**CANEVAS D'ENTREVUE**



**Profil sociodémographique** (Caron, et collab., 2007)

Numéro de participant(e) :

Nom :

Sexe : Femme          Homme

Âge :                  moins de 30 ans ;      30-39 ans ;      40-49 ans ;      50 ans et plus

Éducation :      Collégiale          Universitaire

Domaine d'étude :

Grade obtenu :

Années d'expérience dans le domaine de la santé mentale :

Type de centre de services (public ou privé) :

Lieu de travail (nom de l'agence) :

Région :

Poste occupé :

Langue parlée au travail :

Langue parlée à la maison :

Avez-vous un médecin de famille :                  Oui      Non

Si oui, dans quelle(s) langue(s) communiquez-vous avec votre médecin :

**Canevas d'entrevue**

**Numéro de participant(e) :** \_\_\_\_\_

**Notion de confidentialité**

Il est attendu que les données de cette entrevue seront gardées confidentielles entre le

(la) participant(e) et la chercheuse, sauf dans les conditions énumérées ci-dessous :

- que le (la) participant(e) divulgue un plan suicidaire ou d'homicide ;
- que le (la) participant(e) divulgue des faits par rapport à la sécurité et/ou au bien-être d'un enfant ;
- que la chercheuse reçoit une demande officielle d'informations précises provenant de la cour au sujet du (de la) participant(e).

## 1. Services d'aide

- a) Avez-vous déjà ressenti le besoin d'accéder à des services d'aide en santé mentale ?
- b) Comment vivriez-vous l'expérience d'avoir à demander de l'aide pour un problème de santé mentale ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- c) Comment expliqueriez-vous votre confort ou inconfort à le faire ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?

## 2. Expériences et perceptions au sujet de la santé mentale

- a) Comment percevez-vous l'attitude générale de la part de la communauté envers la santé mentale ? Selon vous, est-ce que la communauté en général possède une attitude positive ou négative envers la santé mentale ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- b) Selon vous, est-ce que les médias jouent un rôle dans la perception de la communauté envers la santé mentale ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- c) Selon vous, existe-t-il un stigma quelconque rattaché à demander des services de soutien en santé mentale pour les professionnels qui travaillent dans le domaine ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- d) S'il existait divers genres de stigma qu'un professionnel de la santé pourrait ressentir dans sa quête de services de santé mentale pour lui ou elle-même, selon vous, quels genres de stigma seraient plus présents et/ou importants : au niveau social, du travail, des clients, de la famille ou de soi-même. Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- e) Dans votre propre expérience personnelle, quels genres de stigma avez-vous ressenti lorsque vous avez demandé des services de santé mentale ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- f) Vous êtes-vous auto-imposé un stigma quand vous avez cherché le soutien nécessaire pour votre santé mentale ? Comment ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?

- g) Comment percevez-vous l'opinion de vos collègues par rapport à la possibilité de demander des services en santé mentale pour vous-mêmes ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- h) Selon vous, est-ce qu'un professionnel de la santé mentale aurait à craindre pour la stabilité de son emploi s'il souffrirait d'un problème de santé mentale ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- i) Selon vous, quelle serait la réaction et la perception de vos clients, s'ils apprenaient que vous recevez ou avez reçu des services en santé mentale ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- j) Parlez-moi des réactions de votre entourage (famille, amis, proches) au fait d'avoir à demander de l'aide pour vous-même. Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?

### 3. Perceptions des services en français

- a) Comment percevez-vous les ressources disponibles pour vous venir en aide ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- b) Est-ce que des services en santé mentale en français sont facilement disponibles dans votre localité ? Préférez-vous accéder à des services de santé et de santé mentale en français ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- c) À titre de francophone, avez-vous rencontré des défis à trouver ou obtenir des services de santé et de santé mentale en français ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?

### 4. Besoins en services d'aide

- a) Quel(s) type(s) de service(s) avez-vous reçu(s) ou nécessiteriez-vous ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- b) Si vous avez reçu des services : Vous avez eu recours à ces services en santé mentale pendant combien de temps ?

- c) Si vous n'avez plus recours présentement à ces services, quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'obtenez plus de services de soutien en santé mentale ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?

## 5. Conditions de travail

- a) Selon vous, existe-il certaines conditions dans les milieux de travail en santé mentale qui contribuent à l'état de santé mentale des intervenant(e)s dans ces milieux ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- b) Croyez-vous que, de manière générale, le domaine de travail en santé mentale est un type de travail propice à occasionner des périodes successives de stress élevé pour les intervenants (e)s qui y œuvrent ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- c) Au sein de votre travail dans le domaine en santé mentale, avez-vous déjà vécu des périodes successives de stress élevé ? Si oui, pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- d) Avez-vous eu besoin d'arrêter de travailler pour une période de temps en raison de votre santé mentale ? Si oui, pour combien de temps était la durée du congé ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- e) Comment les services en santé mentale vous ont-ils aidés à surmonter ce(ces) moment(s) dans votre vie ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- f) D'après votre expérience, recommanderiez-vous à d'autres intervenant(e)s en santé mentale d'accéder à des services de soutien au besoin ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?

## 6. Conclusion

- a) Plus tôt dans cette entrevue, je vous ai posé des questions au sujet de la stigmatisation qu'un(e) intervenant(e) peut ressentir en faisant demande pour soi-même pour des services de santé mentale. Selon vous, quel genre de stigmatisation (sociale, travail, clients, famille, soi-même) est la plus difficile à vivre pour les intervenant(e)s en santé mentale ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?
- b) Si vous avez ressenti une quelconque stigmatisation dans votre propre quête pour des services de soutien en santé mentale, quel genre de stigmatisation fut le plus

difficile pour vous ? Pouvez-vous expliquer et donner des exemples pour illustrer votre réponse ?

- c) Si vous aviez à faire une suggestion à d'autres intervenants (e)s qui ont besoin de services de soutien en santé mentale, quelle serait-elle ?
- d) Si vous aviez à faire une suggestion à des intervenant(e)s qui peuvent côtoyer d'autres intervenant(e)s ayant des besoins de services de soutien en santé mentale, quelle serait-elle ?
- e) Pourriez-vous partager une expérience positive qui encouragerait les intervenant(e)s en santé mentale à faire une demande de services, au besoin ?

7. Auriez-vous autres choses à ajouter ?

#### Remerciements

Je vous remercie d'avoir participé à cette recherche qui m'aidera à mieux comprendre les perceptions des intervenant(e)s en santé mentale en contexte de recherche de services pour eux-mêmes. Cette étude apportera une meilleure connaissance du double défi que rencontrent les francophones des régions de Sudbury, Nipissing Ouest et North Bay. Une copie du mémoire complété sera disponible à la bibliothèque J. N. Desmarais de l'Université Laurentienne. Un résumé des résultats de la recherche vous sera aussi remis lors de la complétion de la recherche. En guise d'appréciation, je vous remets cette carte-cadeau.

**APPENDICE C**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

*Analyse des perceptions des intervenant(e)s en santé mentale  
en contexte de recherche de services pour eux-mêmes :*

*étude chez les francophones des régions de Sudbury, Nipissing Ouest et North Bay.*

Le but de cette recherche vise à mieux comprendre les besoins de consultation des intervenant(e)s francophones en milieu minoritaire en santé mentale, dans les centres urbains de Sudbury, Nipissing Ouest et North Bay. L'obtention du consentement volontaire et éclairé sera obtenu et le formulaire de consentement de participation à la recherche sera revu et signé par chaque participant(e). Ceux-ci recevront à ce moment un numéro d'identification anonyme qui assurera la confidentialité des données et l'anonymat des participant(e)s lors de l'analyse des résultats. En aucun cas, la participation de ces derniers et les informations transmises par ceux-ci ne seront communiquées à leurs employeurs.

Il est aussi attendu que les données de cette entrevue seront gardées confidentielles entre le (la) participant(e) et la chercheuse, sauf dans les conditions énumérées ci-dessous : à

1. Que le (la) participant(e) divulgue un plan suicidaire ou d'homicide ;
2. Que le (la) participant(e) divulgue des faits par rapport à la sécurité et/ou au bien-être d'un enfant ;
3. Que la chercheuse reçoit une demande officielle d'informations précises provenant de la cour au sujet du (de la) participant(e).

La première étape de l'entrevue sera de remplir une fiche de questions démographiques (profil), et par la suite de procéder à poser les questions ouvertes, telles que détaillées dans le canevas d'entrevue. L'entrevue sera d'une durée d'environ une heure et demie (1h30) dans un endroit privé et insonorisé mutuellement acceptable aux deux parties. Les thèmes de cette entrevue seront les services d'aide, les expériences et les perceptions au sujet de la santé mentale, les perceptions des services en français, les besoins en services d'aide et les conditions de travail.

Cette étude comporte quatre objectifs :

1. évaluer la perception du stigma relié à la maladie mentale chez les intervenant(e)s ;
2. faire l'appréciation des ressources francophones en santé mentale ;
3. déterminer les besoins des intervenant(e)s en santé mentale selon les régions ciblées ;
4. sensibiliser la population envers les besoins de services de santé mentale des intervenant(e)s en santé mentale.

En choisissant de participer à cette recherche, il sera possible d'aider à l'ensemble des intervenant(e)s en santé mentale à mieux comprendre les conséquences de la stigmatisation sur le bien-être psychologique de ceux-ci. Ainsi, les intervenant(e)s seront capables de mieux relever le défi auquel ils (elles) font face et améliorer leur bien-être et leur estime de soi. Alors, ils (elles) pourront travailler ensemble à éduquer leurs collègues, leurs clients et la société.

Dans cette présente recherche, il est possible que le questionnaire éveille des émotions ou des sentiments d'inconfort liés aux expériences antérieures des participant(e)s. Afin d'assurer le bien-être psychologique de ceux-ci, une liste de ressources disponibles dans leur région leur sera offerte. Celle-ci comprendra les coordonnées de divers professionnel(le)s. Les participant(e)s pourront se retirer de cette recherche à tout moment sans conséquence pour eux (elles).

Les données de cette recherche seront entreposées à la résidence de la chercheuse sur une clé USB nécessitant un mot de passe (encodée). La bande audio (enregistrement des entrevues) et la clé USB seront rangées dans un cabinet fermé à clé. L'ordinateur de la chercheuse comprend aussi un mot de passe. À noter que les renseignements personnels et les données de cette étude seront conservés jusqu'à la complétion des exigences du grade universitaire de la Maîtrise en service social, soit l'acceptation du mémoire par le comité de direction des membres de l'École de service social. Par la suite, ceux-ci seront détruits électroniquement et les copies-papier seront déchiquetées. Une copie du mémoire complété sera disponible à la bibliothèque J. N. Desmarais de l'Université Laurentienne. Un résumé des résultats de la recherche sera aussi remis à chaque participant(e).

Les participant(e)s peuvent communiquer en tout temps avec les personnes ci-dessous mentionnées pour toute question concernant la présente recherche.

Josée Chèvrefils, BSS, TSI, (chercheuse, étudiante à la Maîtrise en service social), (705) 495-9089, jm chevrefils@laurentienne.ca, Dominique Mercure, Ph. D., (première lectrice), (705) 675-1151 x. 5061, dmercure@laurentienne.ca, Sylvie Rivard, MSS. (seconde lectrice), (705) 675-1151 x. 5062, srivard@laurentienne.ca.



Les participant(e)s peuvent aussi communiquer avec le Bureau de la recherche de l'Université Laurentienne, 705-675-1151, poste 3213 ou 2436, ou au 1-800-461-4030 (sans frais).

**J'accepte de participer à la recherche qualitative « *Analyse des perceptions des intervenant(e)s en santé mentale en contexte de recherche de services pour eux-mêmes : étude chez les francophones des régions de Sudbury, Nipissing Ouest et North Bay* ». Cette participation inclue une entrevue d'une durée d'environ une heure et demie (1h30).**

***J'accepte que mon entrevue soit enregistrée.***

Nom du (de la) participant(e) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Une copie du formulaire de consentement signé est remise au (à la) participant(e).

### **Liste de ressources disponibles et coordonnées**

- ❖ Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) - Filiale Nipissing  
156, rue McIntyre ouest  
North Bay, ON  
(705) 474-1299 ou 1-888-474-1299 (gratuit)
- ❖ Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) - Filiale Sudbury-Manitoulin  
111, rue Elm, bureau 100  
Sudbury, ON  
(705) 675-7252 ou 1-866-285-2642 (gratuit)
- ❖ Centre Alliance  
172, rue Ethel, Unité 3  
Sturgeon Falls, ON  
(705) 753-2271
- ❖ Centre régional de santé de North Bay  
*Intervention en cas de crise*  
50, promenade College  
North Bay, ON  
(705) 474-8600 postes 3292 et 3293 ou 1-800-352-1141 (gratuit)
- ❖ Centre régional de santé de North Bay (campus rue King)  
*Clinique de santé mentale*  
120, rue King Ouest  
North Bay, ON  
(705) 494-3050
- ❖ Centre régional de santé de North Bay (campus rue King)  
*Intervention en cas de crise*  
120, rue King Ouest  
North Bay, ON  
(705) 476-6240 poste 641
- ❖ Hôpital général de Nipissing Ouest (Centre Alliance)  
*Intervention en cas de crise*  
725, rue Coursol  
Sturgeon Falls, ON  
(705) 753-3110 poste 288

- ❖ Horizon Santé-Nord  
*Intervention en cas de crise*  
41, rue Ramsey Lake  
Sudbury, ON  
(705) 523-7100 ou 1-866-469-0822 (gratuit)
  
- ❖ Horizon Santé-Nord (campus rue Cedar)  
*Intervention en cas de crise*  
127, rue Cedar  
Sudbury, ON  
(705) 675-4760 ou 1-877-841-1101 (gratuit)
  
- ❖ Horizon Santé-Nord (campus rue Cedar)  
*Centre de santé mentale et de toxicomanie*  
127, rue Cedar  
Sudbury, ON  
(705) 523-4988
  
- ❖ Ligne d'aide sur la santé mentale  
1-866-531-2600 (gratuit)