

Paradoxes et opportunités de la recherche qualitative en santé mentale communautaire

Stéphane Grenier

INTRODUCTION

La recherche qualitative est relativement peu présente dans l'ensemble des recherches en santé mentale. Les recherches de nature quantitatives dominent largement. Par exemple, dans une des dernières revues de littérature que j'ai menée à terme, couvrant les années 1998 à 2003 inclusivement et portant sur les programmes de « *supported employment* »¹, seulement 10 études étaient qualitatives (Grenier & Piat, 2004). Même si mes travaux sont principalement réalisés dans une perspective sociologique, il en serait de même si je travaillais à partir des deux autres modèles théoriques dominants en santé mentale : le modèle biologique et le modèle psychologique (Sévigny, 1995).

Dans cette communication, je ne désire pas me cantonner dans une définition restrictive de la recherche qualitative. La recherche qualitative fait appel à plusieurs sources empiriques (entrevues, histoires de vies, observations et documentation secondaire) (Patton, 2002) et elle peut toucher de multiples problématiques de recherche (Fossey, Harvey, McDermott, & Davidson, 2002). Par recherche qualitative j'entendrai donc toutes les formes de recherche ne faisant pas seulement appelle à une quantification de l'empirie recueillie. Il va sans dire que les exemples que j'utiliserai seront majoritairement ceux issus des travaux réalisés à partir des propos des usagers des services de santé mentale, auxquels j'ai participé.

Dans cette communication, je compte tout d'abord m'arrêter sur le paradoxe de la recherche qualitative en santé mentale, car il n'est pas évident pour tout le monde que l'on puisse faire de la recherche à partir des propos des usagers des services de santé mentale. Après m'être brièvement penché sur ce paradoxe, j'aborderai les opportunités qu'offre les méthodes de recherche qualitative. Je montrerai d'abord comment la prise en compte de la voix de ces personnes considérées comme « insensées » peut nous amener à développer

une perspective critique. Je démontrerai que la recherche qualitative est aussi fort appropriée pour explorer des réalités méconnues et souvent difficiles d'accès. Finalement, j'expliquerai comment les recherches qualitatives sont en bonne position pour aider les chercheurs à développer une compréhension plus globale du rétablissement psychiatrique.

LE PARADOXE

«Des fois, je ne sais pas trop si on a le droit de dire qu'un homme est fou ou non. Des fois, je crois qu'il n'y a personne de complètement fou et personne de complètement sain tant que la majorité n'a pas décidé dans un sens ou dans l'autre. (...)» (W. Faulkner, dans Becker, 1985) Cette citation est évocatrice selon moi de la place que l'on réserve aux usagers des services de santé mentale dans la recherche et dans l'espace social en général. En effet, les personnes qui ont des problèmes de santé mentale sont souvent vues comme suspectes aux yeux de bien des gens. Elles provoquent le « faux fuyant » par leurs comportements étranges ou leurs drôles d'idées. C'est ce qu'on appelle la stigmatisation du malade mentale ; sa mise à l'écart de la communauté citoyenne comme si on lui apposait une marque au fer rouge pour bien signifier son écart par rapport à la norme sociale (Goffman, 1973). Encore aujourd'hui, il arrive périodiquement que les médias remettent en question l'intégration des personnes malades mentales en dénonçant la dangerosité qu'elles représentent pour le public, alors que les études démontrent hors de tout doute que ces personnes ne sont pas plus dangereuses que quiconque (Morin, Conseil québécois de la recherche sociale, & Université de Montréal. Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention, 1999).

Lorsque j'étais intervenant communautaire en santé mentale pour la Maison l'Échelon² à Montréal, j'ai eu la chance de fréquenter et même de vivre avec des jeunes adultes au prise avec des problèmes majeurs de santé mentale (majoritairement la schizophrénie). Mon travail m'amenait à avoir de longues discussions avec eux et à faire des activités de tous genres. Faulkner avait bien raison, ces jeunes adultes étaient loin d'être complètement « fous ». Mais à cette époque, j'étais relativement loin de toutes les préoccupations scientifiques par rapport à la rationalité et à l'objectivité. Je ne me doutais même pas que certaines personnes pourraient avoir des réticences à utiliser les propos et les idées de ces personnes pour construire une preuve scientifique solide aussi bien à l'interne qu'à l'externe (Gauthier, 2003).

Ce n'est que lors de la réalisation de mon projet de mémoire de maîtrise, un projet résolument inscrit dans la recherche action, que j'ai vu naître les premiers doutes sur le visage de mes pairs, quand je leur ai avoué que j'avais l'intention de faire analyser les résultats d'un questionnaire par des usagers d'un programme d'employabilité en santé mentale (Grenier, 2002a). Comment une personne « insensée » pourrait-elle arriver à analyser des résultats de

recherche de manière rationnelle? Comme Shiley Star le dit si bien (in Dorvil, Renaud, & Bouchard, 1995 : 717) :

La maladie mentale est une chose très menaçante et terrifiante et une idée qu'on n'entretient pas à la légère au sujet de quelqu'un. Émotivement, ça représente pour les gens la perte de la rationalité et de la volonté, qualités qu'ils considèrent comme spécifiquement humaines, et il y a là une sorte d'horreur, de déshumanisation. (...) La maladie mentale est une chose que les gens veulent garder le plus éloignée possible d'eux-mêmes.

La personne malade mentale a longtemps été vue comme une personne échappant à toute logique ; une personne s'éloignant de l'idéal rationnel de l'homme et présentant son côté irrationnel (Foucault, 1972). Pourtant, il n'en est rien. Les gens ayant des problèmes de santé mentale sont souvent des informateurs clés qui sont souvent bien plus près de la réalité qu'on le pense. Un exemple me vient spontanément à l'esprit! Dans le livre de Watzlawick (1988), *L'invention de la réalité*, on retrouve aux pages 131 à 160 le résumé d'une étude de David L. Rosenhan : *Être sain dans un environnement malade*. Cette étude visait à observer comment se construisait le diagnostic psychiatrique d'une personne. Des personnes saines d'esprit se sont volontairement présentées à l'urgence psychiatrique en se faisant passer pour des personnes ayant besoin de soins psychiatriques et elles y ont été internées avec succès. L'élément que je retiens de cette étude est le fait qu'à aucun moment le personnel médical et professionnel des établissements n'a pu déceler les chercheurs, qui ont même poussé l'audace jusqu'à prendre des notes aux yeux de tous. Les seules personnes qui ont réellement montré des soupçons sont les patients. Ainsi, l'expérience de Rosenhan montre que si on donnait plus de crédit aux propos des personnes ayant des problèmes de santé mentale, on s'approcherait plus de leur réalité.

La crainte que l'on a des personnes malades mentales est souvent infondée de la même manière que la crainte que l'ensemble de leurs propos soit incohérent l'est aussi. On m'a souvent objecté qu'une preuve scientifique obtenue à partir des propos d'usagers des services de santé mentale ne tiendrait pas la route et qu'on n'obtiendrait que des résidus de délires psychotiques. Cet épisode psychotique, caractérisé par un état de crise, ne dure pas longtemps dans les faits et il est même possible d'en apprendre beaucoup sur la nature anthropologique et sociale de la maladie mentale par celui-ci (Corin & GIRAME, 1987). Les personnes malades mentales sont souvent plus sensibles aux réalités que les chercheurs peuvent l'être. Ils ont un point de vue intéressant sur les services qui leur sont offerts.

Par ailleurs, il n'existe pas de consensus sur la définition que l'on peut donner de la maladie mentale (Sévigny, 1995). Pour certaines personnes, la maladie mentale ne serait qu'une lourde pathologie qui nécessite une hospitalisation de longue durée. Pour d'autres, la maladie mentale est associée à un certain malaise psychologique. Finalement, certaines personnes croient

que la maladie mentale n'est que l'expression d'un certain mal de vivre ou d'une inadaptation à la vie sociale. La maladie mentale est donc une problématique multidimensionnelle où les principaux concernés, les patients, les clients, les usagers, ont leur mot à dire.

Nier que l'on peut faire de la recherche à partir de petits échantillons qualitatifs, c'est nier que de grandes théories sont issues de ce type de recherche (Kuzel, 2000). En effet, Freud a mené ces recherches sur l'inconscient humain à partir de quelques études de cas et cela ne l'a pas empêché d'être la source des approches psychanalytiques en psychologie (Kvale, 1996). Piaget lui-même s'est inspiré des entrevues avec ses propres enfants pour lancer ses recherches sur le développement cognitifs (Kvale, 1996). Ainsi, les cadres théoriques que nous utilisons dans les recherches en santé mentale sont souvent issus de recherches de nature qualitative.

En résumé, même s'il semble parfois paradoxal de faire de la recherche qualitative en santé mentale, surtout à partir des propos des personnes malades mentales, ces méthodes offrent aux chercheurs de nombreuses possibilités. Il est possible de développer des points de vues intéressants et critiques à partir de ces recherches. Il est possible d'explorer des milieux et des problématiques peu connus. Finalement, il est possible de créer des théories capables de nous faire progresser dans la compréhension de certaines problématiques spécifiques et d'expliquer certains résultats de recherche qui semblent incohérents à première vue. C'est maintenant sur ces opportunités que je vais poursuivre mon propos.

LES OPPORTUNITÉS

L'opportunité critique

Le premier domaine où la recherche qualitative a fait ses preuves est sans aucun doute le domaine critique. En effet, les recherches qualitatives sont généralement bien placées pour dénoncer des non-sens entretenus par les autorités et les structures historiquement construites (Fossey et al., 2002). La réalité sociale est souvent organisée de façon à ce qu'on nie une partie des forces ou du potentiel de certains individus comme c'est encore souvent le cas à mon avis.

En travaillant sur les indicateurs de l'employabilité en santé mentale en 2001 pour un groupe d'économie sociale nommé Accès-Cible (S.M.T.), j'ai été amené à utiliser une méthodologie de recherche-action (Grenier, 2002a). La demande initiale concernant ce projet de recherche avait été formulée par les intervenants de l'organisme et elle visait explicitement à déterminer quels seraient les meilleurs indicateurs pour permettre de déterminer l'employabilité d'une personne ayant des problèmes de santé mentale. Objectif louable puisque de nombreux auteurs se sont arrêtés sur la même question (Becker et al.,

1998 ; Casper & Fishbein, 2002 ; Cunningham, Wolbert, & Brockmeier, 2000 ; Jones, Perkins, & Born, 2001 ; McGurk, Mueser, Harvey, LaPuglia, & Marder, 2003 ; Mechanic, Bilder, & McAlpine, 2002 ; Peckham & Muller, 1999 ; Regenold, Sherman, & Fenzel, 1999) Cependant, il a bien fallu se rendre à l'évidence que nous avons beaucoup de mal à saisir ce que l'on entendait par employabilité. Les indicateurs que l'on tentait de vérifier ne ressemblaient en rien à ceux d'autres chercheurs. En cherchant un peu plus loin et en intégrant les usagers à notre démarche, il est rapidement apparu que l'employabilité traduisait une réalité multidimensionnelle. Cette réalité était traduite en de nombreuses dimensions reflétant les attentes et intérêts des groupes qui posaient ces définitions. Ainsi, les intervenants d'Accès-Cible (S.M.T.) utilisaient d'avantage une définition de l'employabilité en terme médico-social, c'est-à-dire en terme d'écart relatif entre les capacités d'une personne et les caractéristiques d'un emploi donné³, alors que les employeurs que rencontraient les usagers utilisaient d'avantage une définition de l'employabilité en terme de performance escomptée sur le marché du travail. Les agents de l'aide sociale quant à eux semblaient utiliser une définition en terme de temps passé à l'extérieur du marché du travail qui ne comprenait ni correspondance avec la formation, ni avec l'expérience de la personne ayant des problèmes de santé mentale. L'employabilité traduit donc souvent un certain projet politique. Elle sert bien plus souvent à mettre des gens à l'écart du marché de l'emploi qu'à les y inclure.

Par conséquent, nous en sommes venus à la conclusion qu'il fallait rester très critique par rapport à toute tentative de chercheurs ou de planificateurs tentant de définir des indicateurs de l'employabilité. En réalité, les personnes malades mentales ont toujours travaillé. Longin (1992) a d'ailleurs fait la démonstration dans une thèse impressionnante que le travail des patients psychiatriques a été nécessaire au bon fonctionnement des asiles. Longin va même jusqu'à affirmer que Pinel n'était pas tant animé par un grand sentiment humaniste en libérant les « fous » de leurs chaînes, mais bien plus par le fait de trouver une main-d'œuvre bon marché pour agrandir et améliorer les bâtiments des asiles qui était devenus vétustes et désuets. Ainsi, cette recherche action nous aura permis d'avancer d'avantage vers un point de vue plus critique par rapport à la notion d'indicateurs de l'employabilité qui ont cours un peu partout chez les gestionnaires de services et chez certains intervenants. J'ai d'ailleurs été heureux de retrouver la même position exprimée par Diana Capponi, présidente de l'Ontario Council of alternative businesses, lors d'un colloque à Toronto (Capponi, 2003).

Cette utilisation abusive des patients psychiatriques dans les asiles dont Longin a fait mention a d'ailleurs été mise à jour dans le cadre de deux autres ouvrages encore incontournables aujourd'hui issus de recherches de nature qualitative. Le premier qui me vient à l'esprit n'est pas à proprement parlé une recherche, mais une étude de cas unique. Je parle ici du livre publié par Jean-Charles Pagé, *Les fous crient au secours*, qui a amené à la première vague de

désinstitutionalisation au Québec (Pagé, 1961). Ce livre est avant toute chose un témoignage, c'est le témoignage d'un ex-patient psychiatrique. Comme étude de cas ethnographique, il ne se fait pas mieux. La description que Pagé donne de la vie asilaire y est implacable. Il décrit minutieusement le climat religieux et moralisateur qui règne dans ces lieux. Il décrit très bien le rythme des journées et leur succession infinie. Ce livre a ouvert le chemin à la désinstitutionalisation par la force critique qui s'y trouvait. En relisant certains passages de ce texte en vue de cette présentation, j'ai pu voir comment Pagé était non seulement critique dans sa charge contre les « traitements » asilaires, mais aussi constructif et visionnaire dans sa vision de la désinstitutionalisation. Pagé avait déjà prévu en 1961 qu'il faudrait des ressources résidentielles et des moyens pour aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale à réintégrer la société. Il faut croire qu'on a encore beaucoup de difficulté à considérer la parole des personnes malades mentales lorsqu'on voit le sort qui est réservé à certains d'entre eux, quarante ans plus tard, pris dans des résidences d'accueil inadéquates (Quirion, 2003).

Le deuxième ouvrage qui me vient à l'esprit est celui de Goffman (1968) : *Asiles : étude sur la condition des malade mentaux et autre reclus*. Avec ce livre, Goffman a réalisé une des études interactionnistes des plus critiques qui soit. Ayant résidé pendant un an dans l'aile d'un hôpital psychiatrique (Goffman & Winkin, 1988), Goffman a pu retransmettre une partie de ce qu'il a vu et ainsi communiquer le cadre de l'expérience asilaire. Ce livre sert encore beaucoup aujourd'hui comme cadre théorique de référence, car Goffman y a décrit le processus de déconstruction de la personnalité du malade. Le manque d'intimité pour se retrouver, le rythme imposé et l'imposition de règlements de toutes sortes ont été décriés par Goffman qui était probablement touché plus que tout autre chercheur par le sort qu'on réservait aux malades mentaux⁴. Ce que Goffman a mis à jour c'est l'institution totalitaire (Amourous, Blanc, & Peuchlestrade, 2001). L'institution dont parlait Foucault (1972) en terme historique et anthropologique. L'étude ethnologique conduite par ce chercheur important dans la sociologie américaine est encore un plaidoyer de plus pour la recherche qualitative en santé mentale.

Sans le travail des auteurs que je viens de présenter, les pratiques en santé mentale seraient bien différentes aujourd'hui. Il y a fort à parier que les personnes malades mentales subiraient un sort beaucoup moins humain. La recherche qualitative en santé mentale offre donc un potentiel critique inestimable. Elle permet souvent de révéler des aspects méconnus et des réalités fort différentes que ne le laissent entendre les responsables d'organismes publics ou privés. La recherche qualitative permet aussi de redonner une voix aux usagers des services de santé mentale. Parfois, cela permet même un certain « empowerment ».

L'opportunité exploratoire

Le deuxième domaine où la recherche qualitative en santé mentale a fait ses preuves est sans aucun doute le champ exploratoire. On a souvent l'impression que toutes les composantes du système de santé mentale sont connues pourtant, il n'en est rien. Il reste beaucoup de choses et de composantes organisationnelles qu'on ne connaît que peu. Les méthodes de recherche qualitatives sont particulièrement intéressantes pour dresser un portrait de ces milieux ou même de ces modes d'interventions. Pour illustrer cela, deux exemples sont particulièrement intéressants à considérer : Les maisons de chambres et les modèles d'interventions utilisés dans les programmes de « supported employment ».

Durant les années 2001-2002, j'ai eu la chance de travailler avec Paul Morin et Henri Dorvil sur un projet de recherche exploratoire visant à décrire une composante importante, mais méconnue du système de soins en santé mentale (Morin, Dorvil, Grenier, & L'Abbée, 2003). En effet, la maison de chambres est une composante qui est méconnue, car elle n'est pas une composante publique comme les résidences d'accueil. Il n'existe pas de liste reconnue de maison de chambres. Pour avoir accès à ces lieux, il faut souvent passer par des organismes communautaires qui réfèrent ou desservent des personnes qui habitent dans ces chambres. La maison de chambre est un habitat qui a toujours servi de rempart contre l'itinérance. Les populations habitant ces lieux ont souvent changé au travers des époques. Les propriétaires de maison de chambres que nous avons rencontrés ont d'ailleurs vécu et vivent encore ces changements de clientèles. Une propriétaire nous racontait comment les premiers ex-psychiatisés sont arrivés en maison de chambres remplaçant ainsi les anciens locataires qui étaient bien plus souvent des alcooliques.

Comme la maison de chambres est un endroit où plusieurs personnes malades mentales se retrouvent, surtout en milieu urbain, après leur hospitalisation (Morin et al., 2003 :35), il semblait nécessaire d'explorer ces lieux à nos yeux :

Alors que les politiques de logement en matière de santé mentale cherchent à favoriser le logement ordinaire et valorisant socialement pour les personnes atteintes de troubles mentaux, la maison de chambres semble représenter une alternative autant du côté des services sociaux qui y réfèrent des personnes que du côté des usagers qui préfèrent ce type de logements à cause de l'autonomie qu'il permet. Pourtant les maisons de chambres sont reconnues comme des logements n'offrant généralement aucun support et n'étant pas orientées vers la réhabilitation.

Pour mener à bien notre recherche, les entrevues et la théorisation ancrée s'imposaient comme seule méthodologie valable. Cette méthode de recherche qualitative est toute indiquée pour l'étude des phénomènes encore peu connus, car elle s'inscrit dans une perspective d'innovation. De plus, en

restant ouverte à toute nouvelle piste de recherche significative suggérée par le terrain, elle permet l'élaboration d'une connaissance théorique et empirique du sujet à l'étude.

Grâce à cette approche, nous avons pu faire un portrait plus complet de l'univers des maisons de chambres, un univers, qui loin d'être fermé comme l'asile, est ouvert sur la communauté. Nous avons pu dresser un portrait des différentes personnes habitant ces lieux et de la dynamique qui s'y vit tous les jours. Les travailleurs sociaux oeuvrant en psychiatrie ont maintenant une idée du lieu dans lequel ils réfèrent certains usagers. Ils ont une idée pour évaluer la justesse de leur référence.

Le deuxième exemple que j'adorderai est une étude conduite par Secker, Membrey, Grove et Seebohm (2002) en Angleterre. Comme partout dans le monde, l'intervention en santé mentale incorpore de plus en plus une pratique favorisant le retour au travail. Les programmes de « supported employment » se développent donc rapidement (Latimer & Lecomte, 2002). Cependant, si on a une idée assez claire de ce qu'est un programme de « supported employment », on ne sait pas grand-chose des approches d'interventions utilisées à l'intérieur de ceux-ci. Secker et ses collègues se sont posés les questions suivantes : Est-ce que tous les groupes utilisant ces programmes utilise la même approche d'intervention? S'il y avait différentes approches, quelle serait l'approche la plus performante?

Cette étude qualitative réalisée à partir d'entrevues faites auprès d'usagers, de gestionnaires et d'intervenants dans sept programmes a permis de mettre à jour deux approches d'interventions particulièrement distinctes. La première approche utilisée s'apparentait à un modèle de « recovery » clinique. Les intervenants dans ces groupes se montraient beaucoup plus distant par rapport aux usagers des programmes et se montraient beaucoup plus suspects par rapport aux bienfaits que le travail pouvait apporter. La deuxième approche utilisée était quant à elle plus près d'un modèle du « recovery » social. Les intervenants dans ces groupes faisaient la promotion du travail et étaient proactifs dans la publicisation du travail dans les autres équipes cliniques. Sur un plan plus pratique, ils encourageaient les usagers à aller de l'avant avec leur projet de retour en emploi et ils n'hésitaient pas à négocier avec des employeurs pour offrir des accommodations aux usagers le désirant. En bout de ligne, il s'est avéré que l'approche plus sociale découverte par Secker et al. (2002) est plus performante que l'approche clinique en terme de placement sur le marché de l'emploi.

Encore une fois, la recherche qualitative a été d'un grand secours pour éclaircir des éléments qui demeurent incompris encore aujourd'hui. À partir des éléments mis à jour dans ces deux recherches, il sera possible d'améliorer les interventions en santé mentale. Dans les deux cas, une approche quantitative n'aurait pas pu en arriver aux mêmes résultats. Les approches qualitatives sont donc particulièrement importantes en santé mentale pour explorer des points où il existe peu d'informations.

L'opportunité théorique

Le troisième domaine où la recherche qualitative offre plusieurs opportunités est celui de la théorisation. J'ai déjà parlé précédemment de la théorisation ancrée qui constitue en soi une opportunité théorique incontestable. Il y a aussi plusieurs autres preuves et exemples qui nous permettent de dire que la recherche qualitative en santé mentale peut être un outil intéressant pour développer de nouvelles théories capables d'expliquer des données ou des phénomènes étranges. D'ailleurs, l'utilisation imposante des méthodes statistiques donne lieu selon moi en ce moment à une accumulation d'un ensemble de données fragmentaires auxquelles ils manquent une interprétation d'ensemble « qui en dégageraient la signification sociale profonde » (Deslauriers & Mayer, 2000 :136).

Par exemple, dans une recherche que j'ai menée au groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) sur la réadaptation sociale des ex-patients psychiatriques à l'intérieur du continuum résidentiel (Dorvil, Morin, Grenier, & Carle, 2003), nous avons regardé l'idée de plus en plus décriée du continuum résidentiel. Normalement, le réseau de logement et d'hébergement en santé mentale devrait permettre à un usager de passer graduellement d'un milieu où il est fortement encadré, un foyer d'accueil, à un milieu où il y a une plus grande possibilité d'autonomie au fur et à mesure que son désir et son besoin d'être indépendant augmente. En réalisant la revue de littérature, toutes les études convergeaient vers le même point, c'est-à-dire que l'idée d'un continuum était fautive, car les personnes ne transigeaient pas d'un milieu de vie à l'autre (Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999). Certaines études montraient même que les personnes vivant en résidence d'accueil avaient une meilleure opinion de leur condition de vie que ceux vivant en appartement autonome. Comment expliquer cette situation paradoxale?

Nous avons mis sur pied un protocole de recherche visant à mettre à jour les différentes expériences d'habiter chez les usagers dans différents types de milieux de vie réservés ou non à des gens ayant des problèmes de santé mentale pour voir s'il n'y aurait pas des éléments nous permettant de faire un lien entre toutes les contradictions observées dans la littérature. Nous avons donc réalisé des entrevues avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale vivant en résidence d'accueil, en logement social avec support communautaire et dans leur famille naturelle et cela dans quatre régions du Québec. L'analyse du discours des personnes que nous avons interrogées nous a permis de découvrir que l'expérience d'habiter structurait grandement les logiques et clientèles des lieux que nous avons visités. Par exemple, les personnes en résidence d'accueil évaluaient la qualité de leur logement et de leur expérience en terme de soins reçus comme si leurs besoins n'étaient que reliés à leur corps. Dans la plupart des cas, ils étaient satisfaits de cette

expérience. Cependant, il y avait un fort sentiment de dépendance par rapport au responsable de la résidence d'accueil qui se dégageait de leurs propos comme si la seule personne responsable de leur bien-être était ce dernier. De l'autre côté, les gens en logement avec support communautaire évaluaient leur expérience d'habiter en terme de liberté et d'autonomie. Ils étaient généralement assez critiques par rapport aux contraintes imposées par l'environnement dans lequel ils vivaient. Ce que nous avons mis à jour avec cette recherche, c'est le conditionnement environnemental produit par l'expérience d'habiter. Il apparaît maintenant évident que l'idée d'un continuum ne tient pas la route, non pas parce qu'il n'y a pas de passerelle entre les différentes formes de logement comme on l'a longtemps cru, mais bien parce que toutes ces structures résidentielles génèrent leurs propres logiques qui finissent par imprégner les gens y vivant.

Dernièrement, en parlant avec des intervenants oeuvrant dans le domaine de l'employabilité en santé mentale avec qui je travaille en ce moment pour l'élaboration d'un nouveau projet de recherche, j'ai pu constater comment la théorie des logiques résidentielles tenait bien la route. Ces intervenants m'ont expliqué un phénomène qui se répétait constamment et pour lequel il n'y avait pas d'explication de disponible. Ces intervenants ont remarqué que les usagers vivant en résidence d'accueil ne peuvent soutenir très longtemps de vivre dans ces lieux après un retour au travail. Les usagers expriment rapidement un sentiment de contradiction entre la dépendance envers un responsable de ressource résidentielle et l'autonomisation générée par le retour au travail. Le seul moyen pour ces personnes de mettre fin à la contradiction était soit d'abandonner le travail, soit de quitter leur résidence pour aller vers un logement permettant plus d'autonomie. La logique résidentielle est donc un élément que la recherche qualitative a permis de mettre à jour et de théoriser.

Cet exemple que je viens de donner n'est pas un cas unique. J'aurais aussi pu vous parler de la recherche d'Henri Dorvil (1988), qui m'a dirigé en recherche durant plusieurs années, qui a regardé dans quatre milieux socioculturels différents comment les malades mentaux étaient réintégrés dans la communauté suite à la désinstitutionalisation. Cette dernière recherche était aussi fort intéressante pour compléter et systématiser les données issues d'autres enquêtes sur les attitudes et croyances des québécois à l'égard de la maladie mentale (Deslauriers & Mayer, 2000). La recherche qualitative a donc donné plusieurs exemples où elle a permis de restituer le sens profond de l'expérience sociale en faisant sens des fragments d'informations laissés par la recherche quantitative. Elle offre donc aussi dans ce domaine de multiples possibilités.

EN CONCLUSION

En conclusion, la recherche qualitative, même si elle reste minoritaire pour le moment dans la masse de recherches qui se produit en santé mentale, est incontournable. Dans cette présentation, j'espère ne pas vous avoir donné l'impression que la recherche qualitative pouvait avoir réponse à tout. Pour moi, la recherche qualitative a ses propres possibilités. Jamais la méthodologie ne devrait précéder la question de recherche, car la réponse scientifique à une question spécifique demande une preuve spécifique. Ainsi, les techniques de recherche qualitative ne sont pas toujours les plus appropriées.

Cependant, même si je me montre prudent quant à l'utilisation de la recherche qualitative à tout azimut, je considère qu'elle offre de nombreuses possibilités qui sont sous utilisées selon moi. La recherche qualitative permet de développer une perspective critique. Cette perspective critique est souvent perdue dans les expérimentations quantitatives quasi-expérimentales. Si on regarde l'évolution des soins en santé mentale, surtout au niveau social et communautaire, on se rend rapidement compte du poids que la recherche qualitative a eu dans la balance. Se priver d'une telle opportunité est contraire à l'esprit scientifique qui vise l'amélioration du devenir humain.

La recherche qualitative est aussi particulièrement intéressante pour l'exploration de milieux et de phénomènes inexpliqués. J'aurais aimé aborder cet aspect, car s'il en est un que la recherche qualitative maîtrise, c'est celui là. La souplesse des méthodes qualitatives permet au chercheur d'aller en profondeur et de tenter de restituer la plus grande partie possible de l'expérience humaine. Si j'avais eu plus de temps, je vous aurais parlé d'une autre recherche en santé mentale qu'il faut lire absolument, celle de Knowles (2000), faite à partir d'une approche ethnographique, qui parle de l'itinérance urbaine des personnes de communautés ethniques minoritaires ayant des problèmes de santé mentale. En lisant des recherches comme cette dernière, on comprend tout le potentiel qu'elle cache.

Il y a aussi les opportunités théoriques que la recherche qualitative offre. En début de présentation, j'ai osé rappeler que les grands psychologues à la base des plus grandes théories psychologiques avaient travaillé à partir de petits échantillons qualitatifs. Ceci dit, aujourd'hui il y a encore un besoin immense de théorisations intermédiaires. On ne peut faire de la recherche sans expliciter nos résultats par des cadres théoriques bien articulés. Les grandes théories sont parfois d'un grand secours, mais bien souvent c'est à des résultats de recherches qualitatives bien présentées que l'on fait référence. La recherche qualitative permet selon moi une sensibilité aux réalités de l'intervention sociale qui est particulièrement intéressante pour la théorisation. Lors d'une présentation que j'ai faite dans les Laurentides (Grenier, 2002b), j'ai pu constater comment les intervenants arrivaient à s'approprier la théorie issue de mon mémoire de maîtrise facilement. La recherche qualitative a cette

particularité que les gens arrivent à se reconnaître. Pour certains chercheurs comme Becker (1985), cela est primordial.

Ainsi, même s'il est paradoxal de laisser la parole à des gens qu'on a considérés longtemps comme irrationnels, je considère qu'il faut continuer dans ce sens. La recherche ne peut se priver de ce point de vue privilégié. Les méthodes de recherche qualitative sont en bonne posture pour extraire le plus important dans cet ensemble de données.

NOTES

¹ Le « *supported employment* » est une forme d'intervention en santé mentale visant le retour en emploi des personnes malades mentales. Pour plus d'information sur le sujet : (Becker & Drake, 2003 ; Piat, Trotter, & Dominique, 2003)

² Maison l'Échelon est un organisme sans but lucratif oeuvrant depuis le début des années 80 dans le domaine du logement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Cet organisme offre une variété de formes résidentielles adaptées aux problèmes vécus par ces gens (Maisons de chambres, foyers de groupes, appartements satellites et appartements supervisés).

³ Ne pas être capable de se lever le matin ou ne pas être capable de supporter les responsabilités.

⁴ La femme de Goffman était atteinte d'un problème de santé mentale. (Goffman & Winkin, 1988).

RÉFÉRENCES

- Amourous, C., Blanc, A., & Peuchlestrade, G. (2001). *Erving Goffman et les institutions totales*. Paris : L'Harmattan.
- Becker, D. & Drake, R. (2003). *A Working Life for people with severe mentale illness*. New York : Oxford university press.
- Becker, D., Drake, R., Bond, G., Xie, H., Dain, B., & Harrison, K. (1998). Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Ment Health J*, 34(1), 71-82.
- Becker, H. (1985). *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris : Éd. A.-M. Métailié.
- Capponi, D. (2003). *Ontario Council of alternative businesses*. Work in progress, Toronto.
- Casper, E., & Fishbein, S. (2002). Job satisfaction and job success as moderators of the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J*, 26(1), 33-42.
- Corin, E., & GIRAME. (1987). *Regards anthropologiques en psychiatrie = Anthropological perspectives in psychiatry*. Montréal : Éditions du Girame groupe de recherche interuniversitaire en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie.

- Cunningham, K., Wolbert, R., & Brockmeier, M. (2000). Moving beyond the illness : Factors contributing to gaining and maintaining employment. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 481-494.
- Deslauriers, J.-P., & Mayer, R. (2000). L'observation directe. Dans D. Turcotte (Ed.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 135-157). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dorvil, H. (1988). *L'Histoire de la folie dans la communauté : (1962-1987) : de l'Annociation à Montréal*. Montréal : Édition Émile-Nelligan.
- Dorvil, H., Morin, P., Grenier, S., & Carle, M.-È. (2003). *La réadaptation psychosociale des patients psychiatriques désinstitutionnalisés dans leurs familles naturelles, les résidences d'accueil et les logements sociaux avec support communautaire*. Montréal : GRASP\Université de Montréal.
- Dorvil, H., Renaud, M., & Bouchard, L. (1995). L'exclusion des personnes handicapées. Dans Y. Martin (Ed.), *Traité des problèmes sociaux* (pp. 711-738). Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F., & Davidson, L. (2002). Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 717-732.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.
- Gauthier, B. (2003). La structure de la preuve. Dans B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données* (4e éd.), (pp. 129-158). Saint-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Goffman, E. (1968). *Asiles ; études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Editions de Minuit.
- Goffman, E. (1973). *Stigmate, L'usage sociaux des handicaps*. Paris : Les éditions de minuit.
- Goffman, E., & Winkin, Y. (1988). *Les moments et leurs hommes*. Paris : Seuil Minuit.
- Grenier, S. (2002a). *Les indicateurs de l'employabilité chez les personnes ayant des troubles mentaux : Une recherche action pour l'amélioration des services aux usagers d'Accès-Cible (S.M.T.)*. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Grenier, S. (2002b, 24 mars 2002). *Travail, emploi, employabilité : redécouvrir un monde qui peut nous sembler familier*. Le travail en santé mentale : le stimuler, en créer, le soutenir, Mont-Tremblant.
- Grenier, S., & Piat, M. (2004). *Individual placement and support = evidence-based practice? Une revue de littérature au cœur des contradictions et potentialités des programmes du « supported employment »* [Présentation Power Points]. Montréal : Centre Wellington/Hôpital Douglas.

- Jones, C., Perkins, D., & Born, D. (2001). Predicting work outcomes and service use in supported employment services for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*, 25(1), 53-59.
- Knowles, C. (2000). *Bedlam on the streets*. London . New York : Routledge.
- Kuzel, A. (2000). Sampling in qualitative inquiry. Dans W. L. Miller (Ed.), *Doing Qualitative Research* (2e éd.) (pp. 33-45). London : Sage Publications.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif. : Sage Publications.
- Latimer, E., & Lecomte, T. (2002). Un soutien à l'emploi de type IPS pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir au Québec? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 241-265.
- Longin, Y. (1992). *Le travail des malades mentaux hospitalisés de la révolution à la libération (1789-1945)*. Document inédit. Doctorat d'État, Université Paris 7, Paris.
- McGurk, S., Mueser, K., Harvey, P., LaPuglia, R., & Marder, J. (2003). Cognitive and symptom predictors of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment. *Psychiatr Serv*, 54(8), 1129-1135.
- Mechanic, D., Bilder, S., & McAlpine, D. (2002). Employing persons with serious mental illness. *Health Affairs*, 21(5), 242-253.
- Morin, P., Conseil québécois de la recherche sociale, & Université de Montréal. Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention. (1999). *L'Opérationnalisation de la notion de dangerosité civile lors des audiences pour ordonnance d'examen clinique psychiatrique et d'hospitalisation psychiatrique obligatoire*. Montréal : Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention Université de Montréal.
- Morin, P., Dorvil, H., Grenier, S., & L'Abbée, C. (2003). *Le pouvoir d'agir des personnes ayant des problèmes de santé mentale logeant en maison de chambres*. Montréal : GRASP\Université de Montréal.
- Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours* (2e éd.). Montréal : Editions du Jour.
- Parkinson, S., Nelson, G., & Horgan, S. (1999). From housing to homes : a review of the litterature on housing approaches for psychiatric consumers/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18(1), 145-164.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3e éd.). Thousand Oaks, Calif. : Sage Publications.
- Peckham, J., & Muller, J. (1999). Employment and schizophrenia : Recommendations to improve employability for individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 399-402.

- Piat, M., Trottier, S., & Dominique, T. (2003). *Le modèle de soutien à l'emploi "individual placement and support" : processus et résultats d'une intervention destinée à aider des personnes avec des troubles mentaux graves à trouver et maintenir un emploi régulier*. Montréal : Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- Quirion, R. (2003, 30 décembre). Des malades qui dérangent. *Le Devoir*, A1.
- Regenold, M., Sherman, M., & Fenzel, M. (1999). Getting back to work : Self-efficacy as a predictor of employment outcome. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 361-367.
- Secker, J., Membrey, H., Grove, B., & Seebohm, P. (2002). Recovering from illness or recovering your life? Implications of clinical versus social models of recovery from mental health problems for employment support services. *Disability & Society*, 17(4), 403-418.
- Séigny, R. (1995). La maladie mentale. Dans Y. Martin (Ed.), *Traité des problèmes sociaux* (pp. 165-178). Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Watzlawick, P. (1988). *L'Invention de la réalité : comment savons-nous ce que nous croyons savoir? Contributions au constructivisme*. Paris : Éditions du Seuil.

Stéphane Grenier (TS, MA) poursuit des études doctorales dans le programme de Sciences humaines appliquées de l'Université de Montréal en s'intéressant aux liens entre citoyenneté et emploi. Son mémoire abordait la question de l'employabilité pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ses intérêts de recherche portent principalement sur les pratiques communautaires en santé mentale (logement/travail). Redonner la parole aux usagers des services de santé mentale est au cœur de ses préoccupations de recherche. Il est présentement agent de recherche au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas à Montréal où il termine l'évaluation d'un programme d'employabilité en santé mentale. Il est récipiendaire d'une bourse du Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).