

Pour une prise de conscience du poids des mots dans les pratiques en santé mentale¹

Marie-Hélène Morin, Ph. D. ^a, Michèle Clément, Ph. D. ^b, en collaboration avec Christiane Bergeron-Leclerc ^c, Bernadette Dallaire ^d, et Cécile Cormier ^e

^a Département de psychosociologie et de travail social, Université du Québec à Rimouski

^b Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval

^c Université du Québec à Chicoutimi

^d Université Laval

^e Université du Québec à Rimouski

La diversité des mots et de leur sens dans les pratiques en santé mentale

Le domaine de la santé mentale est foisonnant sur le plan des notions s'y côtoyant. *Maladie mentale, Problème de santé mentale, Trouble mental, Patient, Usager, Utilisateur de services* sont autant de mots pour désigner les difficultés ou les personnes vivant avec ces réalités et auxquels sont rattachées des significations différentes. Devant cette diversité d'appellations, il y a un risque réel de s'y perdre. C'est sans doute ce qui explique que le recours à certaines notions plutôt qu'à d'autres peut créer de la confusion et être une source de débats. Pourquoi? Essentiellement, parce que ces notions renvoient à des courants explicatifs différents, pouvant parfois aller jusqu'à opposer des disciplines entre elles. Par exemple, le recours à la notion de *maladie mentale* est souvent le reflet d'une posture médicale qui renvoie plus particulièrement aux causes biologiques, alors que l'utilisation de la notion de *trouble mental* est plus large et renvoie à l'ensemble des facteurs biopsychosociaux (Pereira et Edward, 2006). Des écrits mettent d'ailleurs en évidence la pluralité de ces significations et contribuent à développer une prise de conscience liée aux conséquences que ces notions peuvent entraîner dans la pratique (De Almeida-Filho, 2006; Doré et Caron, 2017). Les réflexions conceptuelles au sujet de la notion de santé mentale (Keyes, 2002) amènent également à considérer la dimension positive de celle-ci, en proposant une définition holistique permettant de considérer l'état mental global et à en rappeler le caractère universel, que l'on vive avec un trouble mental diagnostiqué ou non.

Il faut donc être conscient que les mots utilisés en intervention pour désigner la personne, puis ceux utilisés pour désigner le problème vécu (par exemple : une personne *atteinte* de schizophrénie plutôt qu'un *schizophrène*) auront une influence directe sur ceux utilisés pour désigner la finalité de l'intervention. Les mots sont interdépendants, comme l'illustre la figure à la page suivante (tirée de Morin et Clément, 2019, p. 55-56).

Le choix des mots et leur influence sur la stigmatisation des personnes atteintes et des membres de leur entourage

Comme le choix des mots influence le rapport à soi et aux autres, il a inévitablement une influence sur la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes atteintes de troubles mentaux et des membres de leur entourage. Les mots utilisés pour nommer la personne l'enchaînent forcément dans un système particulier d'attentes, de possibilités d'action et aussi d'obligations (Lézé, 2013, cité dans Morin et Clément, 2019, p. 49). Si le *malade* est pris en charge et qu'il se doit d'être un « *bon malade* » en faisant ce qu'on lui demande, l'*usager* est perçu comme un partenaire devant s'impliquer dans sa guérison. L'évolution des mots utilisés à travers le temps démontre une participation publique accrue, avec pour effet que les expertises des personnes et de leurs familles sont de plus en plus considérées et valorisées (Clément, 2015; Morin et Clément, 2019). Un des enjeux rencontrés dans la pratique est de mettre la personne au cœur du choix des mots pour la désigner en intervention (Morin et Clément, 2019, p. 50). Une façon simple de le faire est de valider les



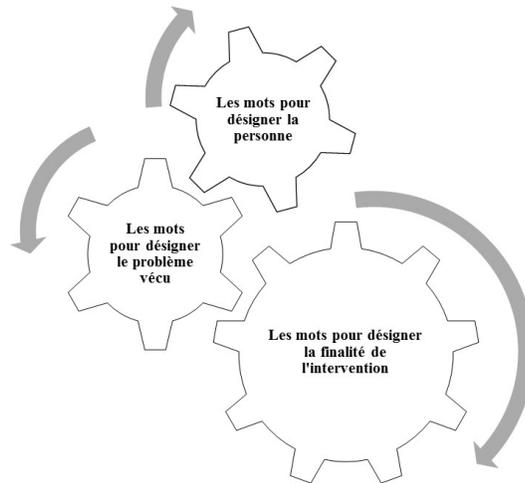
Il faut donc être conscient que les mots utilisés en intervention pour désigner la personne, puis ceux utilisés pour désigner le problème vécu (...) auront une influence directe sur ceux utilisés pour désigner la finalité de l'intervention.

¹ Le contenu de cette Quintessence est largement inspiré du chapitre de Morin et Clément « Le poids des mots dans le domaine de la santé mentale, des repères pour une pratique réflexive en travail social » paru dans l'ouvrage de Bergeron-Leclerc, Morin, Dallaire et Cormier (2019).



termes à utiliser avec la personne concernée en lui demandant ce qui lui convient et ce qui fait du sens pour elle. Co-construire un vocabulaire commun témoigne alors d'un réel souci à l'endroit de l'humain.

Figure – L'illustration de l'interdépendance du choix des mots



La contribution spécifique des travailleurs sociaux au domaine de la santé mentale

[La] contribution [des travailleurs sociaux] sera celle d'être les « gardiens du social » en s'attardant particulièrement à la signification du trouble et de ses manifestations.

Analyser les aspects sociaux des troubles mentaux renvoie à la spécificité du travail social. Le regard posé par les travailleurs sociaux sur les contextes sociaux, familiaux et environnementaux dans lesquels la personne atteinte d'un trouble mental évolue est ce qui les distingue des autres professionnels, notamment dans des équipes interdisciplinaires en santé mentale. Leur contribution sera celle d'être les « gardiens du social » en s'attardant particulièrement à la *signification* du trouble et de ses manifestations. L'objet d'intervention du travail social n'est donc pas l'action sur le trouble lui-même ou ses causes, mais plutôt sur « ce qui est en cause » (Cormier, 2014), dont les déterminants sociaux et le contexte relationnel. La stigmatisation, engendrée par les croyances, les préjugés et les mots utilisés, constitue l'une des cibles d'actions des travailleurs sociaux (Morin et Clément, 2019). Ceux-ci doivent se garder d'entretenir des préjugés à l'endroit des personnes avec un trouble mental. Pour ce faire, l'utilisation de mots non-stigmatisants, autant dans la forme écrite (rapports d'évaluation, notes évolutives, etc.) que verbale (rencontres d'équipe, échanges informels entre collègues, etc.) est essentielle. Mieux faire connaître et comprendre ces réalités complexes et ainsi, diminuer les peurs et les craintes qui peuvent être entretenues à l'endroit des personnes atteintes, contribue à la lutte contre la stigmatisation. Les travailleurs sociaux sont donc des acteurs de premier plan pour sensibiliser, prévenir et dénouer les fausses croyances et les préjugés (Morin et Clément, 2019, p. 52). En agissant de la sorte, ils servent de modèle aux autres professionnels et témoignent de leur croyance en faveur du rétablissement.

Bibliographie

Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B. et Cormier, C. (2019). *La pratique du travail social en santé mentale, Apprendre, comprendre, s'engager*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Clément, M. (2015). *Espace pluriel : santé mentale et participation publique*. Montréal : Collection à l'affût.

Cormier, C. (2014). *La complexité des problèmes de santé mentale*, tiré de la présentation de Christine Archambault (2013) au Symposium en santé mentale. Montréal : OTSTCFQ.

De Almeida-Filho, N. (2006). Modèles de la santé et de la maladie : remarques préliminaires pour une théorie générale de la santé. *Ruptures*, 11(1), 122-146.

Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145.

Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum : from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43(2), 207-222.

Lézé, S. (2013). L'attribution des identités morales. Perspectives anthropologiques sur les catégorisations de la personne. *Psychiatrie française*, 43(4), 95-100.

Pereira, M.G. et Edward, T. (2006). Evolution of the biopsychosocial model in the practice of family therapy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 455-467.

