

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

ESSAI

PRÉSENTÉ À

JOSÉE CHÉNARD

&

AUDREY-ANNE DUMAIS MICHAUD

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU COURS

ESSAI (TSO6026)

PAR

JHUMY FRANÇOIS ([REDACTED])

LA STIGMATISATION STRUCTURELLE VÉCUE PAR LES PERSONNES AYANT UN
TROUBLE DE L'UTILISATION DE SUBSTANCES AU SEIN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS

6 NOVEMBRE 2023

RÉSUMÉ

À la suite de notre stage au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (CRDM), nous nous sommes intéressés à la stigmatisation structurelle qui existe dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et qui touche les personnes usagères ayant un trouble de l'utilisation de substances (TUS). Cette stigmatisation fait en sorte que ces personnes vivent de la discrimination dans le réseau de la santé en raison de leur trouble. Notre interrogation à la suite de notre stage était de savoir quelles sont les solutions existantes afin de diminuer la stigmatisation structurelle dans les institutions de santé et de services sociaux.

Nous avons débuté cet essai par une présentation des différents aspects associés au TUS. Plusieurs appellations existent pour ce trouble et font toutes références à une consommation inadaptée ou abusive d'une substance psychoactive qui conduit à des conséquences négatives sur la personne et son entourage. Les causes et conséquences du TUS sont diverses et sont énumérées. Après la présentation détaillée du trouble de la consommation, il y a la présentation des modalités et quelques faits découlant du stage. La suite de l'essai concerne la stigmatisation structurelle, ses origines et les concepts qui y sont associés.

Après avoir présenté les assises théoriques et conceptuelles de la stigmatisation structurelle, nous présentons les données empiriques liant ce phénomène dans les établissements de santé et les causes de ce phénomène. La dernière section de cet essai est consacrée à répondre à la question suivante : « Comment favoriser une diminution de la stigmatisation structurelle touchant les personnes usagères TUS dans les établissements de santé et de services sociaux ».

TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	2
TABLES DES MATIÈRES	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
REMERCIEMENTS	6
INTRODUCTION.....	7
1. Présentation de la problématique	8
1.1 Définitions de la toxicomanie	8
1.2 Prévalence du phénomène du TUS	13
1.3 Causes du TUS chez les adultes	14
1.4 Conséquences du TUS	16
1.5 Réponses sociales face au TUS	19
2. Expérience de stage : L'intervention de groupe en réinsertion sociale, domaine TUS	22
2.1 Objectifs de stage	22
2.2 Modalités du stage.....	24
2.3 Présentation de l'atteinte des objectifs des participants.es et l'utilité perçue du groupe	25
2.4 Constats à l'issue de l'expérience de stage	27
2.5 Question au cœur de l'essai et pertinence	29
3. La stigmatisation structurelle	31
3.1 Définition de la stigmatisation structurelle	31
3.2 Fondements théoriques et conceptuels de la stigmatisation structurelle.....	31
3.2.1 Théorie de l'étiquetage social	31
3.2.2 Vision médicale de l'étiquetage	33
3.2.3 Historique du concept de stigmatisation	34
3.2.4 Développement de la stigmatisation	35
3.2.5 Rôles des médias dans le phénomène de stigmatisation.	36
3.2.6 Autres types de stigmatisation.....	37
4. Examen de la littérature sur la présence de stigmatisation structurelle dans les établissements de santé.....	38
4.1 Méthode de recherche documentaire.....	38
4.2 Synthèses des écrits sur l'existence de la stigmatisation structurelle.....	39
5. Causes de la stigmatisation structurelle envers la population ayant un TUS.....	41

5.1 Éléments déclencheurs de la stigmatisation dans les établissements généraux de santé	42
5.2 Élément déclencheur principal de la stigmatisation au sein des établissements de réadaptation en dépendance	43
6. Solutions pour diminuer la stigmatisation structurelle.....	44
6.1 Stratégies à appliquer dans les établissements de santé	45
6.2 Stratégie principale à appliquer dans les établissements de réadaptation en dépendance : la pratique réflexive.....	46
7. Recommandations de l'Agence de la santé publique du Canada.....	48
CONCLUSION	49
RÉFÉRENCES.....	51
ANNEXE 1	61
Rapport de stage	61

LISTE DES ABRÉVIATIONS

SPA	Substance psychoactive
TUS	Trouble de l'utilisation de substances
CRDM	Centre de réadaptation en dépendance de Montréal
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
TACAE	Table d'action contre l'appauvrissement de l'Estrie
TLU	Trouble lié à l'usage de substances
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier les personnes qui ont contribué de près ou de loin à finaliser cet essai. D'abord, il y a eu mes deux professeures et directrices: Mme Josée Chénard (PhD) et Mme Audrey-Anne Dumais-Michaud (PhD). Elles m'ont accompagné tout au long de cette aventure et m'ont grandement aidé dans la réalisation de cet écrit.

Ensuite, j'aimerais remercier le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (CRDM), point de service Louvain. Cet établissement a été mon lieu de stage où j'ai eu la chance d'être conseillé par plusieurs professionnels, dont ma superviseuse de stage, Mme Bianca Tremblay (travailleuse sociale). Sans elle, mon projet de stage n'aurait pas pu fleurir.

Je voudrais également remercier ma famille et mes amis proches. Sans eux, je n'aurai pas eu le courage de continuer jusqu'à la fin de ce processus de rédaction.

Enfin, je tiens à témoigner toute ma reconnaissance envers les professeurs du Département de Travail social de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Ils ont contribué à enrichir ma formation.

INTRODUCTION

Lors de notre stage au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (CRDM), point de service Louvain, le but était d'animer des groupes de réinsertion sociale auprès de personnes usagères ayant un trouble de l'utilisation de substances (TUS) et qui vivent de l'exclusion sociale. L'exclusion sociale inclut l'exclusion du marché du travail, le manque d'accès au système éducatif, la difficulté d'accès à un logement, l'absence de réseau social et autres (Vega, 2015).

Selon l'approche structurelle, les structures de la société peuvent être elles-mêmes des sources d'iniquité et d'exclusion sociale, c'est-à-dire qu'elles favorisent plus certains groupes sociaux que d'autres (Lundy, 2004). Parmi les postulats de cette approche, il y a l'analyse critique de la société, l'intervention à différents niveaux de réalité sociale (individus, couples, communautés) et l'empowerment (Moreau, 1987 ; Lévesque et Panet-Raymond, 1987). L'approche structurelle est affiliée à des courants idéologiques critiques, comme le féminisme (critique des dimensions patriarcales de la société) et le mouvement socialiste-radical (dénonciation de la division du travail et du système capitaliste) (Bellemare et Gauthier, 2006).

Quand il est question de déterminants à l'exclusion sociale, l'approche structurelle fait référence aux classes sociales, au genre, à la race, à l'orientation sexuelle, à l'âge, à l'emploi et aux régions géographiques (Moreau, 1987 ; Mullan, 2007). Néanmoins, pour donner suite aux rétroactions des participants.es à notre groupe de réinsertion sociale et notre recherche dans la littérature, nous avons découvert que des personnes usagères ayant un TUS pouvaient être elles-mêmes victimes d'exclusion de la part des structures sociétales associées à la santé. Certaines de ces personnes usagères recevaient une qualité de service et un niveau de respect inférieurs à celles n'ayant pas de trouble de la consommation (des exemples venant de la littérature seront présentés dans la synthèse des écrits).

Cette injustice que vivent certaines personnes usagères ayant un TUS fait référence au concept de stigmatisation structurelle. Individuellement, la stigmatisation correspond à des stéréotypes négatifs envers une population dont une discrimination peut s'en suivre (Agence de la santé publique du Canada, 2019). Quand cette stigmatisation fait partie des modes de fonctionnement et structures d'une institution, elle se nomme stigmatisation structurelle (Livingston, 2020). Dans cet essai, nous nous sommes intéressés à la stigmatisation structurelle au

sein des établissements de santé (hôpitaux, centres de traitement de la dépendance, pharmacies, etc.) qui est vécue par les personnes usagères ayant un TUS.

Notre question d'essai était de savoir « Quelles sont les solutions face à ce type de stigmatisation qui touche ces personnes usagères côtoyant les institutions de santé et services sociaux ». Comme en a fait part le Gouvernement du Canada (s.d.), la stigmatisation structurelle peut entraîner différentes conséquences, comme encourager les individus ayant un TUS à éviter les institutions de santé. Alors, il est important de réfléchir aux stratégies pour répondre à ce phénomène.

Avant de discuter de la stigmatisation structurelle, la première section de cet essai définit le phénomène du TUS. Nous présentons ensuite différents aspects de ce trouble (définitions, prévalence, causes, etc.). Par la suite, différents constats en lien avec le stage seront exposés, dont un qui est relié au concept de stigmatisation structurelle. La deuxième partie de l'essai débutera par les origines théoriques et conceptuelles de cette stigmatisation. Ensuite, un examen succinct de la littérature en lien avec l'existence de cette dernière dans les établissements de santé et de services sociaux se fera. Suivra ensuite la présentation de causes et des éléments déclencheurs de la stigmatisation structurelle. La dernière section de l'essai concernera l'objectif principal de cet écrit qui est la recherche de solutions face à la stigmatisation structurelle vécue par la population ayant un TUS au sein des institutions de santé publique.

1. Présentation de la problématique

La présente partie vise à faire état de la problématique à l'origine de cet essai qui est le TUS chez les adultes. Des définitions, la prévalence et les causes de ce phénomène seront prochainement abordées.

1.1 Définitions de la toxicomanie

Un survol de la littérature permet d'identifier différentes appellations en référence au TUS. Dans certains cas, on réfère au trouble lié à l'usage de substances (TLU) ou à la toxicomanie pour faire part d'une problématique de la consommation de substances psychotropes. La première définition que nous avons trouvée est celle de Provost (2010) pour qui le trouble de la toxicomanie

est caractérisé par une dépendance¹ ou un abus² à une substance psychotrope. Une substance psychoactive (SPA) ou psychotrope est :

« Un produit naturel ou synthétique qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux. En altérant de la sorte les fonctions du cerveau, une SPA peut induire des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales » (Chauvet et al., 2015, p.6).

Les substances psychotropes peuvent être catégorisées selon qu'elles sont des drogues illicites (cocaïne, opiacés, hallucinogènes), des drogues légales (tabac, alcool, marijuana) (Landry, 2010) ou des médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques) (Le Moigne, 2008). Ces différentes substances peuvent avoir un effet stimulant (accélération des processus normaux du système nerveux), perturbateur (altération de la perception et du jugement) ou dépresseur (sensation de détente et perte d'inhibition). Tous ces effets peuvent être la raison pour laquelle certaines personnes les consomment. Les gens peuvent avoir envie d'en consommer pour se détendre et éprouver du plaisir (Service de prévention et de traitement des dépendances, 2015). La substance peut aussi être utilisée pour s'évader temporairement d'une situation difficile et malheureuse. Néanmoins, selon Provost (2010), il arrive que les individus développent une envie irrésistible de consommer, en lien avec certains effets désirés, et donc de consommer la substance de manière abusive.

Pour sa part, l'OMS « définit la toxicomanie comme étant une envie irrépressible de consommer une substance (alcool ou drogues) ainsi qu'une tendance à augmenter les doses, ce qui entraîne une dépendance psychologique et parfois physique » (Montfort Renaissance, s. d., p.1). Cette manière de définir la toxicomanie réfère notamment au concept de dépendance qui a été précédemment décrit, mais plus en détail. Pour faire simple, une personne qui a une dépendance psychologique vit un malaise et des préoccupations émotionnelles et mentales quand elle arrête de consommer la SPA (Montfort Renaissance, s.d. ; Toxquebec, s.d.). Les sensations ressenties peuvent même conduire à de la dépression. Alors, pour ne pas vivre ces impacts psychologiques

¹ Une dépendance à une substance psychotrope correspond à l'impossibilité de résister au besoin de consommer (Landry, 2010).

² Un abus de consommation est caractérisé par une utilisation excessive et répétée de la substance (Provost, 2010).

négatifs, la personne cherchera constamment à consommer et, avec le temps, deviendra dépendante du psychotrope qui lui procure un sentiment de bien-être psychologique. Quant à la dépendance physique, cela se produit quand le corps de la personne a besoin de la SPA pour fonctionner. Lorsque l'individu arrête la consommation, il se retrouve à vivre un état de manque (sevrage) qui peut se caractériser par de la douleur, des tremblements et autres effets (Toxquebec, s.d.). Que la dépendance soit psychologique ou physique, la consommation de la personne se retrouve à atteindre un niveau où l'arrêt de consommation a des impacts négatifs qu'elle cherchera à éviter.

Dans la littérature, certains auteurs ont détaillé de manière théorique le processus de la dépendance à des substances psychotropes. Robert Castel (1998), à travers différents travaux, a décrit une trajectoire de la dépendance divisée en six étapes. La première étape est l'initiation ou l'expérimentation, qui s'explique par l'essai d'une substance sans aucun problème associé. Vient ensuite une période d'escalade, car la consommation devient de plus en plus présente dans la vie quotidienne des utilisateurs. Par la suite, vient la phase de maintien qui représente une consommation régulière, mais qui n'entraîne toujours pas de conséquences graves pour la personne. Suivant cette phase, il y a la période dysfonctionnelle. À ce moment-là, la dépendance est devenue ancrée chez la personne et un certain nombre de problèmes en découle (par exemple financiers, relationnels, etc.). Il est possible qu'une phase d'arrêt s'en suive. C'est à cette phase que les consommateurs essaient d'arrêter de consommer en raison des conséquences négatives qu'ils en retirent (Castel, 1998). S'ils parviennent à arrêter leur consommation, la dernière étape est la phase d'ancien toxicomane qui représente l'arrêt de la consommation.

Peele (1982) a aussi abordé le processus de développement de la dépendance via son cycle de l'assuétude. Ici, la dépendance se développe de manière graduelle. Au tout début, la consommation est associée au plaisir, mais lentement, elle commence à occuper une grande place dans la vie de la personne. Lorsque l'individu vit un stress ou une tension, il cherchera une solution pour atténuer sa souffrance ou pour éviter les difficultés qu'il rencontre. C'est alors que les substances psychotropes peuvent apparaître dans le registre de solutions de la personne. Quand elle utilise de plus en plus souvent ce même moyen, une dépendance peut se développer malgré les conséquences négatives de la consommation (Peele, 1982).

Si nous revenons aux différentes définitions de la toxicomanie, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS, 2022) définit la toxicomanie comme un trouble

dont il est difficile de cesser l'usage de substances en raison des changements neurologiques qu'elles induisent. Le CCDUS précise néanmoins qu'il s'agit d'un problème de santé chronique diagnosticable et traitable, comme le diabète et le cancer, mettant de l'avant une perspective biomédicale. Dans une autre perspective, la psychiatrie considère la toxicomanie comme un trouble de santé mentale, car les substances, comme l'alcool et la drogue, affectent le système nerveux central et altèrent l'état de conscience (Houle et Lecours, 2016). En retour, la manière dont la personne pense, se sent et agit devient complètement altérée en raison de la substance (Houle et Lecours, 2006). D'ailleurs, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) parle du trouble lié à l'utilisation de substance (TUS), et en donne une définition accompagnée de diagnostics et de codes (American Psychiatric Association, 2013).

Le DSM-5 définit le TUS comme étant l'usage problématique d'une substance qui crée un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques négatifs qui incitent la personne à continuer de consommer ladite substance (American Psychiatric Association, 2013). Voici un résumé des 11 critères du TUS dans le DSM-5 :

1) consommation de la substance en une quantité plus importante ou sur une période plus longue que prévu ; 2) plusieurs efforts faits pour diminuer ou arrêter la consommation de la substance ; 3) plusieurs temps consacrés à obtenir la substance ; 4) désir impérieux de consommer la substance (craving) ; 5) incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile à cause de la consommation répétée ; 6) continuation de la consommation malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance ; 7) activités quotidiennes abandonnées ou réduites à cause de la consommation de la substance ; 8) consommation de la substance où cela est physiquement dangereux ; 9) continuation de la consommation malgré les problèmes psychologiques ou physiques persistants ou récurrents susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par la substance ; 10) tolérance³ et 11) sevrage⁴ (American Psychiatric Association, 2013).

³ La tolérance se produit lorsqu'une personne qui consomme des substances, comme des drogues, des médicaments ou de l'alcool, s'habitue à une dose particulière et a besoin de plus grandes quantités pour obtenir les mêmes effets (Gouvernement du Canada, 2014)

⁴ Le sevrage inclut l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brusque de consommation d'une drogue. Il varie selon les substances et les doses consommées (Landry, 2010)

La sévérité d'un TUS va dépendre du nombre de critères présents : léger oscille entre deux à trois critères, moyen entre quatre à cinq critères et grave, six critères et plus (American Psychiatric Association, 2013).

À noter qu'il existe deux termes absents du DSM-5, mais qui étaient présents dans une précédente version du DSM, le DSM-IV (1994). Ces termes sont la dépendance et l'abus et représentent deux modes d'utilisation de la substance. Le diagnostic du TUS dans le DSM-IV était séparé par ces modes d'utilisation et chacun avait leurs propres critères diagnostiques (Chauvet et al., 2015). Néanmoins, dans le DSM-5, ces deux modes d'utilisation et leurs critères ont été fusionnés pour ne laisser place qu'au TUS – terminologie que nous utiliserons dans les prochaines sections en référence à la dépendance ou à l'abus de substance.

On remarque que la plupart des définitions que nous venons de présenter situent le TUS dans un paradigme biomédical. Les problèmes de consommation sont vus avec un regard biologique. Autrement dit, c'est une maladie qui peut être guérie. Par ailleurs, les définitions présentées précédemment sur la toxicomanie abordent la problématique sous un angle individuel dans le sens où il est toujours question de l'individu ayant une problématique de consommation. Si nous utilisons un paradigme plus social, le TUS pourrait être considéré comme un problème sociétal, c'est-à-dire que les lois et les choix d'une société contribuent aux problématiques associées au TUS. Par exemple, le fait qu'un gouvernement interdise certaines drogues peut amener des individus consommateurs à vivre dans la marginalité, la déviance et l'exclusion sociale (Ogien, 2017). Dans un tel paradigme, on considère alors que les interdictions légales contribuent aux problèmes sociaux qu'engendre le TUS (Ogien, 2017). Comme en a fait aussi part l'auteur Bergeron (2009), ce sont les normes mises en place par une société qui dictent quel comportement est déviant ou non (Lepage, 2013). Quand un individu transgresse une norme (par exemple consommer une substance illégale), c'est là qu'il est considéré déviant.

Maintenant que le sujet de la toxicomanie a été défini sous différents angles, nous allons présenter la prévalence du phénomène. Néanmoins, pour la suite de l'essai, l'utilisation du terme de trouble lié à l'utilisation de substances (TUS) a été privilégiée, car il est surtout utilisé par le gouvernement québécois dans son récent Plan d'action de 2018. À nouveau, ces différents termes (toxicomanie, TUS, TLU) correspondent tous au même phénomène de la consommation dite inadaptée de substances psychotropes.

1.2 Prévalence du phénomène du TUS

Pour chacune des substances psychotropes, il existe certaines spécificités quant à la prévalence. En 2012, Statistique Canada a mené une Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) pour déterminer la prévalence de TUS de certaines substances dans la population canadienne. Au cours de l'année 2012, au Québec, il a été déterminé qu'environ 2,7 % des Québécois âgés de 15 ans et plus satisfaisaient aux critères de TUS-alcool sur une période de 12 mois (Statistique Canada, 2012). À travers ces données, il existait des différences entre les sexes. Durant cette même année, environ 4,7 % des Québécois et 1,7 % des Québécoises présentaient les critères associés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool. Au niveau mondial, cette différence entre les sexes est aussi présente. En 2004, sur une période de 12 mois, la prévalence de l'abus et la dépendance à l'alcool pour la population mondiale âgée de 15 à 64 ans était de 6,3 % chez les hommes contre 0,9 % seulement chez les femmes (Rehm et al., 2009)

En ce qui concerne les drogues illicites comme la cocaïne, les opiacés, les opioïdes et les hallucinogènes, environ 4,3 % des Québécois présentaient un TUS (excluant le cannabis) au cours de l'année 2012 (Statistique Canada, 2012). Encore une fois, il y a des différences entre les sexes avec 0,9% chez les hommes et 0,5% chez les femmes au cours des 12 derniers mois de 2012, sur l'ensemble du territoire canadien (absence de données spécifiques au Québec).

Si nous regardons spécifiquement les opioïdes, en 2018, parmi les 3,7 millions de Canadiens de 15 ans et plus ayant rapporté avoir consommé des médicaments antidouleur contenant des opioïdes, 9,6% ont dit avoir un usage problématique de ces médicaments (Statistique Canada, 2019). À la base, les opioïdes sont prescrits pour soulager la douleur, mais ils peuvent aussi avoir un effet psychoactif et euphorique (Statistique Canada, 2019). Un usage problématique de la substance serait le fait de prendre une dose supérieure que la dose prescrite ou de la consommer dans le but de se geler et aller mieux. En 2018, il y avait plus de probabilité que les hommes (11,3%) développent un usage inapproprié des opioïdes comparé aux femmes (8,2%) (Statistique Canada, 2019).

Pour ce qui est du cannabis, la prévalence sur une vie entière (non juste de 12 mois) chez le groupe de 25 à 64 ans était de 7,4 % au Canada et 6,7 % au Québec (Chauvet et al., 2015). Chez les jeunes de 15 à 24 ans, c'était 11 % au Canada et 12,2 % au Québec. Cela veut dire que sur la

période d'une vie entière, il y avait plus de jeunes de 15-24 ans qui risquaient de vivre une période de TUS-cannabis comparativement aux adultes 25-64 ans. Au cours de l'année 2012, environ 6 fois plus de jeunes Canadiens de 15 à 24 ans satisfaisaient aux critères pour un TUS-cannabis comparé aux personnes du groupe de 25 à 64 ans (5,1% vs 0,8%) (Statistique Canada, 2012).

Quant au TUS associé aux médicaments psychotropes, c'est depuis les années 60 que des chercheurs soupçonnent que certains médicaments, comme les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques, peuvent conduire à un TUS (Le Moigne, 2008 ; Lapeyre-Meneste, 2013). Habituellement, ces médicaments sont utilisés pour faire face à des problématiques de nervosité, de troubles du sommeil, d'anxiété, de dépression ou de psychose. Néanmoins, certaines personnes développent un TUS en lien avec ces médicaments. Les données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 révèlent que « les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux à avoir consommé des médicaments non prescrits. La proportion pour ce groupe d'âge s'élève à 2,3%, comparativement à 1,2% pour les 25- 44 ans, 0,9% pour les 45-64 ans et 0,5% pour les 65 ans et plus » (MSSS, 2018, p. 15).

Dans la section suivante, nous aborderons la présentation des causes et facteurs de risques au développement d'un TUS.

1.3 Causes du TUS chez les adultes

Selon Houle et Lecours (2006), certains facteurs individuels pourraient favoriser une consommation dite inadéquate de SPA, telle qu'une initiation trop hâtive à ces substances, des comportements antisociaux et des troubles de conduite. L'abus de substance est par exemple souvent vu chez les gens ayant une personnalité impulsive (Lepage, 2013). Les chercheurs Ersche et al. (2010) ont fait part dans leurs écrits de ce possible lien qui existe entre l'impulsivité, le besoin de sensations fortes et la dépendance aux drogues. En premier lieu, ils décrivent l'impulsivité comme étant une difficulté à contrôler les inhibitions, autant les stimuli positifs que négatifs, vécues par une personne (Ersche et al., 2010). Selon leur étude, il existerait un lien significatif entre ces traits de caractère (l'impulsivité et le besoin de sensations fortes) et la dépendance aux substances psychotropes. Cela signifie que la probabilité qu'une personne impulsive ou ayant besoin de sensations fortes développe une dépendance à des substances est plus élevée comparativement à

une personne qui ne présente pas ces traits. Pour d'autres auteurs, Leyton et Cox (2009), l'impulsivité serait la cause principale du développement d'un TUS.

Par rapport à l'intelligence émotionnelle, Kun et Demetrovics (2010) ont analysé le lien entre cet aspect et le TUS. En soi, l'intelligence émotionnelle représente la capacité à percevoir et comprendre ses propres émotions et celles des autres. Selon Kun et Demetrovics (2010), plus une personne a un niveau élevé d'intelligence émotionnelle plus elle sera en mesure de réfléchir et d'agir selon les émotions ressenties. Au contraire, plus l'intelligence émotionnelle est basse, plus la personne rencontrera des difficultés dans la compréhension des émotions. Par la suite, il semble y avoir un risque qu'elle développe une consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites (Kun et Demetrovics, 2010).

Selon le CCDUS (2022), le profil génétique, les antécédents familiaux et les traumatismes peuvent aussi influencer l'individu vers une consommation abusive de substances. En fait, 72 % des participants.es à des programmes de désintoxication mentionnent avoir vécu un trauma, et parmi eux 75 % mentionnent que cela a débuté durant l'enfance (Danielson et al., 2009). Selon d'autres auteurs (Liebschutz et al., 2002), les femmes qui ont vécu des abus dans l'enfance sont plus à risque de développer un TUS. Ce risque serait également présent chez les hommes, mais de manière moins élevée.

Pour ce qui est de la santé mentale, les personnes ayant un trouble comme la dépression et l'anxiété sont plus à risque de développer un TUS (Lepage, 2013). Selon Krausz (2009), 50% des Canadiens qui demandent de l'aide en lien avec le TUS auraient un trouble concomitant de santé mentale. Schütz et Young (2009) stipulent dans leur recherche que les individus ayant un trouble de dépression majeur seraient plus à risque de développer une consommation abusive d'alcool ou une dépendance aux drogues. En ce qui a trait à l'anxiété, les auteurs Kushner, Krueger, Frye et Peterson (2008) expliquent que les troubles anxieux, comme le trouble de panique, la phobie spécifique et sociale, l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique et le trouble obsessionnel-compulsif, augmentent les risques de développer un TUS.

Dans la sphère environnementale, la valorisation de la consommation par les pairs, les conditions de travail difficiles et les conflits familiaux peuvent mettre à risque la personne à développer une consommation inadaptée aux substances psychotropes (Houle et Lecours, 2006 ;

CCDUS, 2022). Selon Lee et al. (2010), quand un individu a un historique de consommation de SPA qui a débuté à un jeune âge et qu'il a des parents ayant eux-mêmes eu un TUS, cela augmente les probabilités de développer des problèmes de consommation en vieillissant. Les sociologues Brochu et Parent (2005) ont étudié la trajectoire des personnes usagères consommant de la cocaïne à l'adolescence. Ils stipulent que l'influence des pairs serait un élément significatif pour conduire les individus vers l'usage de drogues. Dans leur étude, la majorité des participants.es disaient que la première fois qu'ils avaient consommé de la cocaïne, c'était en compagnie de gens du même âge qu'eux. Ces « amis » leur ont fait découvrir les plaisirs de la consommation de substances psychotropes et ont partagé avec eux les différentes connaissances associées à l'acte de consommer (Brochu et Parent, 2005).

Par ailleurs, il est également possible que la pauvreté contribue au développement d'un TUS (Houle et Lecours, 2006 ; CCDUS, 2022). Comme il a été dit précédemment, les substances psychotropes peuvent avoir un effet stimulant, perturbateur ou déprimeur. Une personne peut avoir envie de consommer une SPA dans le but s'évader temporairement d'une situation difficile ou malheureuse. Il arrive alors que des gens vivant dans la pauvreté et l'itinérance utilisent des substances psychotropes pour s'éloigner de leur souffrance ou pour supporter leur stress (Table d'action contre l'appauvrissement de l'Estrie [TACAE], 2016). Selon une étude réalisée par Hwang et al. (2011) dans la ville de Toronto, les personnes vivant dans la rue souffrent aussi souvent de douleurs physiques chroniques. Comme c'est plus difficile pour elles d'avoir accès au système de santé, elles s'automédimentent avec les substances psychotropes (Hwang et al., 2011).

1.4 Conséquences du TUS

En soi, avoir un TUS peut conduire au développement de problèmes relationnels, financiers et de santé (Landry, 2010). En général, la consommation inadaptée de substances psychotropes entraîne des conséquences physiques, psychologiques et sociales (Lepage, 2013). Cependant, certaines conséquences peuvent être spécifiques à la substance.

L'usage de l'alcool altère la vigilance, peut provoquer des accidents et la perte de maîtrise de soi. Cela peut également résulter en des comportements violents ou suicidaires (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003). Physiquement, les effets de l'alcool sur l'organisme peuvent provoquer des troubles mentaux (anxiété, dépression), des troubles gastriques et des

maladies du foie et du pancréas (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003 ; Landry, 2010). La consommation d'alcool peut aussi conduire au développement de troubles cardiovasculaires et même conduire à la mort.

En 2002, au Canada, 4 258 personnes sont décédées dans des circonstances liées à la consommation d'alcool, soit 1,9% de tous les décès enregistrés dans la même année dans le pays. Parmi les décès liés à l'alcool, 1 246 personnes sont mortes à cause d'une cirrhose causée par l'alcool, 909 personnes sont mortes à cause d'une collision automobile due à la consommation et 603 personnes sont décédées dû à un suicide impliquant l'alcool (Rehm et al. 2002). En 2011, 47% des automobilistes décédés sur la route avaient un taux d'alcool dans le sang élevé (SAAQ, 2013).

Quant au cannabis, sa consommation peut causer des effets secondaires associés aux problèmes respiratoires, similairement au tabagisme. Il existe également chez les consommateurs de cannabis un syndrome d'amotivation (manque de motivation) qui s'explique par une diminution de la capacité de concentration et d'attention ainsi qu'une perte d'intérêt et d'ambition en raison de la consommation (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003). Une autre conséquence possible de la consommation abusive et inadaptée du cannabis est une altération cognitive pouvant entraîner des hallucinations. La substance peut aussi causer des étourdissements, des pertes de mémoire et des pertes d'équilibre (Landry, 2010).

D'autres substances psychoactives illicites comme la cocaïne, les opiacés, les opioïdes et les hallucinogènes peuvent aussi avoir des impacts spécifiques sur la personne. Prenons par exemple les amphétamines, ces stimulants du système nerveux central. Comme effets, elles suppriment la fatigue et font croire à la personne qu'elle est invincible, ce qui peut résulter à vivre beaucoup d'anxiété chez la personne et à de l'épuisement avec le temps (Lepage, 2013). L'amphétamine est aussi associée à des psychoses et à de la paranoïa. Des conséquences physiques peuvent également apparaître à cause de cette substance, comme l'acné ou encore une crispation de la mâchoire (Lepage, 2013). Selon une étude réalisée par Parks et Kennedy (2004), les utilisateurs de drogues de synthèse, telles que l'ecstasy et les amphétamines, vivent des conséquences physiques du TUS (perte de poids, palpitations cardiaques, perte d'énergie, tremblements), des conséquences psychologiques (hallucinations, anxiété, irritabilité, paranoïa, dépression) et des conséquences sociales (difficultés avec l'employeur, soucis financiers).

La mortalité est aussi un fait par rapport aux drogues illicites. En 2002, « on estime que 1 695 des Canadiens sont décédés des suites de la consommation de drogues illicites, soit 0,8 % de tous les décès pour la même année. Les surdoses ont été la principale cause de mortalité (958 personnes), suivies des suicides attribuables à la drogue (295 personnes), de l'hépatite C contractée à cause de la consommation (165 personnes) et du VIH (87 personnes). » (Rehm et al. 2002 dans Chauvet et al., 2015, p.34).

Environ vingt ans après, l'impact des drogues illicites sur la mortalité au Canada est resté significatif. De janvier à juin 2023, les opioïdes (ex, codéine, fentanyl, morphine) étaient responsables de 3 970 décès au Canada (Agence de la santé public du Canada, 2023). Ces décès étaient liés à une intoxication à ces substances. La majorité des gens qui sont décédés était des hommes (72%) et les victimes étaient en moyenne âgées entre 20 et 59 ans (Agence de la santé public du Canada, 2023). Les statistiques montrent que 80% des décès étaient attribués au fentanyl.

Les consommateurs de substances psychotropes (alcool, cannabis, cocaïne, etc.) sont également à risque de développer des déséquilibres sociaux (Houle et Lecours, 2006). Leur consommation peut les placer dans des conditions où ils n'arrivent plus à remplir adéquatement leurs rôles sociaux (employé, parent, etc.). L'acte de consommer de façon inappropriée peut résulter en une rupture des liens avec leurs proches, leur famille et la perte de la garde de leur enfant (Houle et Lecours, 2006). Ces pertes de liens peuvent contribuer à placer ces personnes dans des situations d'isolement social et de marginalité, allant même jusqu'à l'exclusion sociale. Définie par Dubar (1996) l'exclusion sociale se traduit comme un double processus de précarisation de l'emploi et de fragilisation du lien social. De cette exclusion peut naître la pauvreté chez ceux ayant un TUS et les raisons sont diverses, car l'exclusion sociale inclut l'exclusion du marché du travail, la non-éligibilité aux mesures de sécurité sociale, le manque d'accès au système éducatif, la difficulté d'accès à un logement, etc. (Vega, 2015). Ce sont plusieurs facteurs qui, à la fin, peuvent conduire la personne dans une situation de précarité.

Selon des personnes ayant un TUS rencontrées par des professionnels du CIUSSS de la Capitale-Nationale (Koninck et Lagrange, 2014), plusieurs d'entre elles disent se sentir exclues socialement. Dans certains environnements, comme le milieu familial, elles rapportent se sentir jugées par leurs proches à cause de leurs comportements et leurs styles de vie (Koninck et

Lagrange, 2014). Selon Koninck et Lagrange (2014), les personnes consommatrices de substances psychotropes sont souvent perçues comme une honte par leurs proches.

1.5 Réponses sociales face au TUS

Au cours des 25 dernières années, le gouvernement québécois a réagi de différentes manières pour répondre à la problématique du TUS vécue dans la population, dont la publication du *Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie* (2002). Ce document est important, car il s'agit du premier plan d'action spécifique à la toxicomanie. Ce cadre de référence a présenté les assises et piliers de l'élaboration d'un plan d'action national. Au début des années 2000, le gouvernement québécois a trouvé alarmant le phénomène du TUS à la suite de différents constats en lien notamment avec l'augmentation significative de la consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes, surtout chez les adolescents et adolescentes de moins de 15 ans (MSSS, 2002). Comme autre constat, la problématique de consommation s'est complexifiée, particulièrement en raison du développement rapide de multiples formes de polytoxicomanie, ainsi l'accroissement de la criminalité liée à l'usage et au trafic de substances illicites. Pour ces raisons, le gouvernement québécois a jugé nécessaire la mise en place d'un plan d'action.

Le contenu de ce cadre de référence de 2002, est basé sur un grand nombre d'études, de consultations et de démarches analogues menées au Québec, ainsi que dans d'autres pays occidentaux (MSSS, 2002). Après plusieurs analyses et consultations, le gouvernement québécois a décidé que l'élaboration d'un plan d'action national concernant la toxicomanie devait mettre l'accent sur six grands axes d'intervention: 1- la promotion de la santé et de saines habitudes de vie, 2- la prévention, 3- le développement et la consolidation des services, 4- l'intensification de la recherche, 5- l'harmonisation des politiques et des lois et 6-, la formation des intervenants (MSSS, 2002). Chacun de ces axes s'accompagnaient d'objectifs stratégiques précis. Par exemple, l'axe 1 avait comme objectif stratégique de proposer des actions intersectorielles concertées et coordonnées par l'éducation populaire dans le but d'agir sur les représentations sociales afin d'éviter une banalisation à l'égard de la toxicomanie. Un des objectifs stratégiques de document ministériel visait la réinsertion sociale (axe 5) (MSSS, 2002).

Découlant en partie du Cadre de référence de 2002, le premier plan d'action du gouvernement québécois pour faire face au trouble de la consommation : le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* a été publié en 2006. Ce plan d'action est interministériel, car sa création a nécessité la collaboration de différents ministères, dont ceux de l'Éducation et la Sécurité publique (MSSS, 2006). Il était nécessaire d'inclure les autres ministères, car la toxicomanie a des impacts dans toutes les sphères de la société québécoise (MSSS, 2006). Cinq principes étaient à la base de ce plan d'action : 1- une intervention adaptée, 2- une responsabilité individuelle, 3- une responsabilité collective, 4- des actions fondées sur la connaissance et l'expérience et 5-, la concertation, moteur de l'action. L'aspect d'adaptation abordé dans le premier principe fait allusion au fait que le TUS est un problème « complexe, car ses sources, ses manifestations et ses conséquences varient d'une personne à l'autre » (MSSS, 2006, p.24). De plus, la diversité existant au sein de la société québécoise nécessite des interventions utilisant une approche interculturelle. De ces principes découlent quatre axes d'intervention ayant chacun des objectifs précis : 1- la prévention de la toxicomanie, 2- l'intervention précoce, 3- le traitement et la réinsertion sociale et finalement, 4- la recherche.

En 2007, le gouvernement du Québec publie un autre cadre de référence qui vient décrire l'orientation des services : *Offre de service 2007-2012 - Programme-services Dépendances : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience* (MSSS, 2007). L'orientation privilégiée du gouvernement québécois consistait à intervenir, de façon précoce, intensive et continue, le plus près possible des milieux de vie des personnes afin de prévenir, réduire et contrer l'aggravation des problèmes de toxicomanie et de jeu pathologique (MSSS, 2007). Ce document décrit aussi la trajectoire des services pour la population (jeunes et adultes). Dans un premier temps, les individus éprouvant des difficultés liées à l'alcool, aux drogues ou au jeu pathologique s'adressent au CSSS de leur territoire pour obtenir de l'aide. Leur demande est par la suite évaluée au service d'Accueil, évaluation et orientation. Selon cette évaluation, la personne peut être dirigée vers différents services, dont des services spécifiques (suivi psychosocial et médical pour le maintien de la méthadone), des services spécialisés (désintoxication externe intensive) ou vers le milieu communautaire (MSSS, 2007).

Vers la fin des années 2010, le MSSS a diffusé un nouveau plan d'action intitulé le *Plan d'action interministériel en dépendance de 2018-2028*. Les fondements de ce plan sont 1- la

primauté de la personne, 2- des actions adaptées aux besoins des personnes, 3- la reconnaissance d'une responsabilité partagée, 4- des actions coordonnées et concertées et 5- des actions fondées sur la connaissance et l'expérience (MSSS, 2018). Dans ce plan d'action, la primauté de la personne se traduit lorsque la personne est « considérée comme le principal partenaire lors des interventions qui la concernent. Sa participation active ainsi que celle des membres de son entourage sont essentielles tant dans l'organisation et la planification que la prestation des soins et des services » (MSSS, 2018, p. 25). Il est alors important de tenir compte de l'entièreté de la personne et de sa participation si nous voulons l'aider avec ses problèmes de consommation.

De ces cinq fondements du plan d'action de 2018 ont découlé sept grandes orientations avec des objectifs généraux et spécifiques. Par exemple, dans l'orientation 4 du plan d'action (une offre de services accessibles, de qualité et continus aux jeunes et aux adultes), un des objectifs correspondait à l'élaboration et la mise en œuvre de trajectoires de services en matière de réinsertion sociale dans toutes les régions du Québec (MSSS, 2018). Pour définir la réinsertion sociale, le MSSS s'est servi de la définition de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (2012) :

« Les services de réinsertion sociale visent à soutenir spécifiquement les personnes qui répondent aux critères d'un TUS ou d'un TJHA (trouble lié au jeu de hasard et d'argent) dans le rétablissement de leurs liens avec leur communauté, autant en ce qui concerne la dimension sociale que professionnelle » (MSSS, 2018, p.110).

Néanmoins, le gouvernement québécois stipule qu'une complémentarité entre les services publics et communautaires est nécessaire pour soutenir la démarche de réinsertion des personnes usagères ayant un TUS.

Parmi les établissements publics qu'identifie le gouvernement québécois dans son plan d'action de 2018, on retrouve les CRD (Centre de réadaptation en dépendance) présents dans chacune des régions du Québec. C'est au sein même d'un CRD qu'a eu lieu notre expérience de stage de maîtrise.

2. Expérience de stage : L'intervention de groupe en réinsertion sociale, domaine TUS

Nous avons réalisé notre stage au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (CRDM), au point de services Louvain, du 27 octobre 2021 au 22 février 2022. Durant ce stage, nous avons côtoyé différents professionnels, dont des travailleurs sociaux, des criminologues, des éducateurs, des psychologues, des agents de relations humaines (ARH), des infirmières et plusieurs autres. En soi, le CRDM offre des services pour les personnes aux prises avec un problème de consommation de substances psychotropes et de jeux pathologiques. Un programme de réinsertion sociale individuel est aussi présent pour les gens vivants de l'exclusion sociale. Dans ce programme, l'établissement cherche à favoriser la réinsertion sociale des individus consommateurs en les aidant à développer les aptitudes nécessaires pour agir de manière autonome sur les sphères sociales, économiques et affectives (Marquis et Landry, 2013). Cependant, il n'y a pas de service de réinsertion sociale de groupe au CRDM. Étant donné que le stage de maîtrise en travail social consiste à mettre en place une pratique innovante dans un milieu, nous nous sommes alors intéressés à mettre en place un groupe de réinsertion sociale au CRDM. De plus, comme la réinsertion sociale fait partie d'une des orientations du plan d'action de 2018, nous considérons important de bonifier cette pratique dans les établissements et de varier les modalités d'intervention, d'où notre intérêt de mettre en place un groupe de réinsertion sociale au CRDM. Les détails et modalités de ce stage seront présentés dans les paragraphes suivants.

2.1 Objectifs de stage

La visée de ce stage était d'accompagner des adultes du CRDM ayant un TUS dans leur démarche de réinsertion sociale via des rencontres et activités de groupe. La démarche reposait sur la méthodologie de l'intervention de groupe de Turcotte et Lindsay (2019). En tant que stagiaire, nous cherchions dans ce stage à développer des attitudes et des habiletés d'intervention en contexte de réinsertion sociale, auprès d'une clientèle adulte aux prises avec un TUS. Le stage visait particulièrement des personnes bénéficiant d'un suivi individuel avec un intervenant pour leur consommation ou des personnes en attente de services de réinsertion sociale individuelle. Le tableau 1 permet de situer les objectifs généraux et spécifiques du stage. Au cours de notre expérience au CRDM, nous avons privilégié le terme « toxicomanie » pour décrire le trouble de

l'utilisation de substances (TUS). Pour une compréhension plus approfondie du stage, prière de vous référer au rapport de stage présenté en annexe.

Tableau 1 : Les objectifs du stage

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
1. Développer une analyse critique de la toxicomanie et l'exclusion sociale	1.1. Parfaire mes connaissances sur la problématique de la toxicomanie et de l'exclusion sociale 1.2 Développer une fine connaissance des services offerts au CRDM aux personnes qui vivent avec un problème de dépendance 1.3 Analyser les méthodes d'intervention privilégiées dans le milieu de stage et leurs effets sur les personnes et leur réinsertion
2. Consolider mes connaissances de la méthodologie d'intervention de groupe	2. 1 Maîtriser le processus d'intervention de groupe 2.2. Consolider mes habiletés d'intervention sociale de groupe 2.3 Procéder à l'évaluation du groupe (processus et satisfaction)
3. Soutenir l'insertion sociale des personnes qui vivent une problématique de dépendance aux drogues et d'exclusion sociale	3.1 Comprendre le concept d'empowerment et l'intégrer dans mes interventions 3.2 Intégrer l'approche systémique dans mes interventions individuelles et de groupe 3.2 Prendre conscience de ma posture professionnelle (valeurs, croyances, préjugés) et ses effets sur mes interventions

2.2 Modalités du stage

Le groupe fermé représentait la modalité d'intervention privilégiée pendant toute la durée du stage. Nous avons réussi à recruter six participants.es volontaires. Au total, nous avons organisé dix séances de groupe. Chaque séance était séparée en deux parties. La première partie consistait en une discussion autour d'une thématique comme l'isolement, l'emploi, le loisir, le réseau de soutien, le budget et le logement – des thématiques en lien avec la réinsertion sociale. La seconde partie prévoyait une activité à caractère récréative (ex, jeux de cartes) ou thérapeutique (ex, activités s'inspirant de la pleine conscience) que nous avons préparée pour les participants.es. Néanmoins, il arrivait que ces activités soient mises de côté et que nous demandions aux participants.es de choisir une activité qu'ils désiraient faire. Ceci était dans le but d'encourager leur empowerment.

De manière générale, nos activités mettaient l'accent sur la socialisation et la discussion. Par exemple, lors des activités de dessin et collage ou de jeu de Uno, nous cherchions à démarrer des conversations sur des sujets touchant la réinsertion sociale, comme le réseau de soutien. Quand nous parlions du réseau de soutien, la conversation pouvait débuter en demandant aux participants.es de quelle manière la consommation affecte leurs relations sociales. Il leur était aussi demandé qu'ils nomment une personne significative dans leur vie et qu'ils disent quelques caractéristiques de cette personne. Le but était d'amener les participants.es à réfléchir aux composantes de leur vie interpersonnelle. En résumé, que cela soit dans la première ou deuxième partie de la séance, l'accent était mis sur le thème de la réinsertion, et ce, même par des activités ludiques, comme jouer aux cartes.

En complémentarité, notre groupe faisait aussi office de services de référence et d'informations. Durant certaines séances, nous donnions aux participants.es des dépliants sur des services dans la communauté. Quand ils avaient besoin d'informations spécifiques en matière de réinsertion, nous effectuions quelques recherches et rapportions des informations ou des documents à leur offrir lors de la séance suivante.

2.3 Présentation de l'atteinte des objectifs des participants.es et l'utilité perçue du groupe

Parmi les six participants.es que nous avons recrutés au début du groupe, cinq ont assisté à l'ensemble des séances. L'âge moyen de ces cinq participants.es était 57 ans. Au total, il y avait trois femmes et deux hommes. Lors des premières séances de groupe, l'accent était mis sur la recherche de thèmes de réinsertion qui intéressaient les participants.es. À la moitié du nombre de séances, nous avons rencontré individuellement chacun des participants.es pour savoir quels étaient leurs objectifs dans ce groupe. Normalement en intervention de groupe, les participants.es sont rencontrés au tout début d'un groupe pour déterminer leurs objectifs individuels (Turcotte et Lindsay, 2019). Dans mon stage, cela s'est fait en milieu de parcours, car ce groupe était une première au CRDM et nous voulions au tout début définir en groupe ce qui intéressait les participants.es avant de les rencontrer individuellement. Lorsqu'il ne restait que quelques séances au groupe, nous avons rencontré à nouveau individuellement les participants.es pour discuter de l'atteinte de leurs objectifs et de l'utilité perçue du groupe. Ci-dessous sont présentées les informations récoltées lors de ces rencontres.

Anna

Son premier objectif était de trouver des activités et loisirs dans son quartier. Cet objectif a été atteint, car elle disait faire maintenant des activités dans un organisme proche de chez-elle. Le deuxième objectif était d'essayer de nouvelles activités. Cet objectif a été atteint, car Mme dit avoir découvert de nouvelles activités grâce aux partages des autres participants.es lors des séances. L'objectif suivant de Mme était de rencontrer des gens et faire de nouvelles connaissances. Cet objectif a pu être atteint, car Mme a spécialement eu plusieurs échanges avec un participant. Elle a pu aussi rencontrer d'autres personnes vivant comme elle ce manque de loisirs et vivant de l'isolement. Pour finir, le dernier objectif de l'usagère était de trouver comment occuper son temps. Encore une fois, un objectif atteint grâce aux listes d'activités récréatives et dépliants qu'elle a reçu et les idées des autres participants.es.

En termes d'utilité, Mme a apprécié le groupe, car cela lui permettait de sortir de chez-elle, de faire des activités et de socialiser avec des gens. Elle appréciait aussi le fait que le groupe ne mette pas toujours l'accent sur la consommation. Elle avait déjà effectué plusieurs suivis en lien avec sa consommation durant sa semaine et faisait aussi partie d'un groupe axé sur les difficultés

liées à la consommation. Alors, venir à ce groupe de réinsertion lui faisait du bien et l'aidait à se concentrer sur des aspects de sa vie autres que la substance.

Gertrude

Ses objectifs dans ce groupe étaient l'intégration sociale et l'épanouissement. Pour l'intégration sociale, Gertrude disait qu'elle a pu découvrir plusieurs endroits pour faire des activités grâce au groupe. Elle a aussi effectué des recherches en dehors des séances. Pour l'épanouissement, elle disait être en ce moment dans des processus pour faire des formations à l'ordinateur et elle pensait aussi faire une formation pré-emploi.

Par rapport à l'utilité que Mme a trouvé à ce groupe, elle disait avoir apprécié les séances, car elle et tous les participants.es avaient des buts en commun (par exemple, la recherche d'affinité). Mme disait que leurs besoins en réinsertion sociale étaient quasi-similaires et que cela les aidait à se comprendre entre eux. Mme avait aussi apprécié le partage d'idées entre les participants.es. En soi, le groupe l'a aidé à briser son isolement.

Joséphine

Par rapport à ses objectifs, Mme disait participer à nos séances pour pouvoir partager et discuter avec des gens en lien avec des sujets, comme les sorties ludiques, les recettes et les problèmes quotidiens, bref pour combler un besoin de socialiser. Lors de la dernière rencontre individuelle avec nous, Mme considérait avoir atteint son objectif de socialiser et de discuter avec des gens. En tant qu'animateur, nous considérons également que Mme a atteint cet objectif parce que nous voyons qu'elle était constamment en train d'échanger avec les autres participants.es du groupe.

En ce qui concerne l'utilité que Mme ait vu dans ce groupe, elle disait que venir aux séances lui a permis de briser l'isolement, de partager des sujets de vie avec des gens, d'obtenir de ressource, de faire l'analyse de la pyramide de Maslow, concept qu'elle a adoré, et aussi de discuter de plusieurs sujets avec des gens sur autre chose que la consommation. Un participant du groupe lui a également permis de découvrir un nouveau restaurant où Mme est allée avec toute sa famille. Mme a passé un bon moment là-bas et était très contente d'avoir pu découvrir cet endroit grâce au groupe.

Ramzi

Les objectifs de Monsieur dans ce groupe de réinsertion étaient de parler avec des gens et de sortir de l'isolement. Selon nous et M. Ramzi, ses objectifs ont pu être atteints, car M. était constamment en train d'échanger avec les autres participants.es. Il disait avoir enfin une autre chose à faire de ses journées que de rester à la maison seul.

En termes d'utilité, M. nous a dit que le groupe de réinsertion l'a aidé à nettoyer son esprit en pensant à autre chose que ses difficultés quotidiennes en plus de partager ses problèmes avec des gens et de recevoir des numéros et adresses pour des ressources. M. aurait aimé qu'on fasse plus d'activités sportives et de sorties extérieures. Néanmoins, il comprend que la condition physique de d'autres participants.es fait que cela n'était pas possible.

Serge

Ses objectifs dans ce groupe étaient de briser l'isolement et de faire des sorties. En rencontre individuelle à la fin du groupe, M. a dit que le groupe lui avait permis de briser son isolement, mais à cause des limitations physiques de certains membres, il était un peu déçu que le groupe n'ait jamais fait de sorties.

En termes d'utilité, M. dit que le groupe lui a été utile pour pouvoir discuter avec des gens, échanger sur différents sujets et sortir de chez lui.

2.4 Constats à l'issue de l'expérience de stage

Plusieurs observations et constats ont émergé de cette expérience de stage et nous les présentons dans cette section.

Le premier constat vise l'isolement et l'exclusion sociale. Tous les participants.es du groupe disaient vivre de l'isolement social en raison de leur consommation. Premièrement, nous avons observé durant le stage à quel point le TUS affectait leur fonctionnement social. Chacun disait n'avoir aucun emploi et certains disaient l'avoir perdu en raison de leur consommation. La pauvreté pouvait s'en suivre et faire augmenter leur sentiment d'isolement. Plusieurs participants.es ont aussi abordé l'effritement de leurs liens sociaux et la perte de leur réseau social à cause de la consommation. Leurs habitudes de consommation pouvaient faire en sorte que leurs proches

cherchent constamment à s'éloigner d'eux et à les considérer comme une honte (De Koninck & Lagrange, 2014). Finalement, concernant les loisirs, un des participants.es du groupe disait parfois vouloir rester seul dans son logement pour pouvoir consommer et qu'en retour, cela diminuait ses envies de sortir et de participer à des activités dans la communauté. Le plaisir de consommer la substance psychotrope réduisait alors sa motivation pour s'activer socialement.

Le second constat concerne l'appréciation du groupe par les participants.es. Si à travers les rétroactions les personnes usagères disaient apprécier ce groupe de réinsertion sociale, c'est parce que cela leur offrait des solutions face à leur problématique d'exclusion sociale. Prenons par exemple le fait que les participants.es aient rapporté que le groupe leur permettait d'avoir un lieu pour faire des activités, socialiser avec des gens et recevoir des références pour un possible retour en emploi. De plus, comme indiqué dans la littérature (Falkowski, 1996), la participation d'individus consommateurs à un groupe est positive, car certains d'entre eux ont tendance à être isolés. S'ils cherchent à diminuer ou arrêter leur consommation, ils voudront construire un nouveau réseau social, parce que leur ancien réseau est souvent associé à la consommation de substances. En attendant de construire ce nouveau réseau social, ils vivront dans l'isolement (Falkowski, 1996).

Dans les rencontres individuelles de fin de groupe, les personnes usagères ont également mentionné que ce groupe leur permettait d'être dans un environnement où elles ne sentaient pas étiquetées comme des consommateurs, mais comme des personnes vivant de l'exclusion sociale. Pour plusieurs des participants.es, ils recevaient durant leur semaine des services pour la consommation. Leur réalité à titre de consommateurs leur était alors constamment rappelée. Cela a fait en sorte que leur participation au groupe de réinsertion sociale leur permettait d'apporter un changement dans leur quotidien, de se changer les idées et d'oublier leur étiquette de consommateurs.

Cet aspect d'étiquette correspond au troisième constat. Venir au groupe permettait aux participants.es de se sentir autres qu'un être avec une étiquette de TUS. À la suite de notre stage, ce concept d'étiquette et notre recherche dans la littérature nous a mené à vouloir travailler sur le phénomène de la stigmatisation structurelle.

À la base, la stigmatisation réfère à des gens vivant des préjugés et de la discrimination à cause de l'identifiant (ou étiquette) qu'ils ont – réel ou perçu. Quand il est question de

stigmatisation structurelle, cela veut dire que les préjugés et la discrimination envers ceux ayant un TUS se manifestent à l'intérieur d'une institution et au sein de son mode de fonctionnement (Livingston, 2020). La stigmatisation structurelle dans des établissements de santé sera le cœur de cet essai. Le concept de stigmatisation structurelle sera détaillé avec l'aide de la littérature dans les prochaines pages.

2.5 Question au cœur de l'essai et pertinence

C'est au terme de notre expérience de stage et de notre recherche dans la littérature que cette question a émergé : Comment diminuer le phénomène de la stigmatisation structurelle vécue au sein du réseau de la santé et des services sociaux par les personnes ayant un trouble de l'usage de substance ?

Cette question est pertinente socialement, car selon l'Agence de la santé publique du Canada (2019), la stigmatisation structurelle a un coût significatif pour la société. Les populations stigmatisées peuvent se retrouver à éviter le réseau de la santé pour ne plus subir les effets de la stigmatisation. En retour, en cas de problématiques physiques, aucun suivi n'est alors fait par un professionnel. Cela peut conduire à une aggravation de l'état de santé de ces individus et à des taux élevés d'hospitalisation et de visites à l'urgence. Les coûts associés aux soins de santé augmenteront par la suite à cause du taux élevé d'hospitalisations de ces personnes usagères. La stigmatisation et l'évitement de la population ayant un TUS représentent au bout du compte un coût supplémentaire pour le système de santé. De plus, la stigmatisation dans toutes ses formes s'accompagne d'un stress qui peut avoir un impact sur la longévité et le bien-être des gens (Agence de la santé publique du Canada, 2019). Ce stress peut amener la personne à avoir des problèmes de santé et à nouveau, augmenter le coût des soins de santé pour le gouvernement.

Au début de la rédaction de cet essai à l'été 2022, il semblait aussi socialement pertinent de travailler sur cette question compte tenu du contexte médiatique. Environ deux ans avant, il y avait eu le décès de Mme Joyce Echaquan, membre de la communauté atikamekw de Manawan, à l'hôpital de Joliette (Radio-Canada, 2020). Mme s'est retrouvée à l'hôpital et dans une vidéo, il était possible d'entendre des propos racistes et discriminatoires de la part des professionnels de l'hôpital à l'égard de Madame.

Il nous est donc paru intéressant de réfléchir à cette question de la stigmatisation des usagers ayant un TUS au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour ce qui est de la pertinence disciplinaire, il faut se rappeler que le travailleur social prône la justice sociale et les droits de la personne (OTSTCFQ, 2012). Découlant de la stigmatisation structurelle, certaines personnes voient leurs droits bafoués : des individus se retrouvent à vivre des difficultés dans l'accès à des services de santé de qualité et dans le respect. En retour, cela crée chez-eux un détachement par rapport à la société et une diminution du désir de recevoir des services de santé tellement qu'ils sont témoins de comportements discriminatoires à leur égard (Muncan et al., 2020). Le rôle du travailleur social vise alors à combattre ce phénomène et à favoriser l'éducation de la population face à la stigmatisation structurelle. Cette éducation ne doit pas juste se faire selon un modèle d'éducation populaire, mais aussi à l'intérieur des institutions de santé publique. Comme le recommande l'approche structurelle, l'intervenant social doit être capable de remettre en question les ressources institutionnelles et communautaires (Van de Sande, Beauvolsk et Renault, 2011).

En ce qui concerne la pertinence scientifique, comme il sera présenté dans la section de la méthodologie, nous avons trouvé moins d'écrits sur la population ayant un TUS comparée à la population ayant un trouble de la santé mentale quand il est question de stigmatisation structurelle. Cette question au cœur de l'essai permettra alors de mettre davantage l'accent sur cette population par rapport à la stigmatisation structurelle en plus de réfléchir à des solutions pour y faire face.

Un lien est à faire entre la stigmatisation structurelle et la problématique au cœur de notre stage : l'exclusion sociale. L'exclusion sociale serait en fait une des conséquences de la stigmatisation structurelle. La présence de stigmatisation au sein des institutions de santé fait en sorte que certaines personnes se sentent exclues et différentes des autres (Agence de la santé publique du Canada, 2019). Le non-respect et la discrimination de la part des employés du réseau public font en sorte que ces individus se sentent marginalisés.

Maintenant que la pertinence de la question a été démontrée, il sera question de la définition complète de la stigmatisation structurelle et des différents théories et concepts qui y sont associés.

3. La stigmatisation structurelle

Cette partie de l'essai va débiter avec une définition plus détaillée de la stigmatisation structurelle. Par la suite, nous allons cibler les origines théoriques à la base de ce concept. D'autres concepts liés à la stigmatisation structurelle seront aussi présentés.

3.1 Définition de la stigmatisation structurelle

La stigmatisation structurelle dans cet essai fait référence à la présence de stigmates dans les structures du réseau de la santé et des services sociaux envers une population, comme celle ayant un TUS (Livingston, 2020). Cette stigmatisation se retrouve dans les règles, les politiques et les modes de fonctionnement d'une institution (Livingston, 2013 ; Corrigan, Markowitz et Watson, 2004). Ainsi, certaines personnes se retrouvent à subir du mépris et des préjugés dans le réseau public de la santé et des services sociaux à cause de leur trouble de la consommation. Par conséquent, il se peut qu'elles n'arrivent plus à obtenir des services de qualité et dans le respect, car elles sont connues comme des personnes ayant un trouble (Livingston, 2020).

3.2 Fondements théoriques et conceptuels de la stigmatisation structurelle

Aux origines théoriques de la stigmatisation structurelle, nous retrouvons des auteurs comme Howard Saul Becker et Erving Goffman. Premièrement, Becker a donné une description d'un concept précédant la stigmatisation : l'étiquetage social (Becker, 1963). À noter que le concept d'étiquette de Becker est plus complexe qu'une simple appellation donnée à quelqu'un. Du côté de Goffman, il présente sa propre représentation du concept de stigmatisation. Dans les prochaines sections, les travaux de ces deux auteurs seront détaillés.

3.2.1 Théorie de l'étiquetage social

L'étiquetage social présenté par Becker consiste à mettre une étiquette négative sur des différences de nature sociale (Becker, 1963). Différents traits sociaux sont alors regroupés sous une seule étiquette. Certains traits peuvent être considérés déviants par une société, selon l'époque ou le lieu. Comme le fait qu'aux États-Unis, dans les années 40, les personnes de couleurs noires étaient considérées comme des gens dangereux. Le trait de la couleur de peau était alors étiqueté déviant. La théorie de l'étiquetage stipule que le concept d'étiquette peut conduire à un autre

phénomène qui est la stigmatisation (Becker, 1963). La stigmatisation est le fait qu'une personne se retrouve discriminée et exclue socialement à cause d'une étiquette de déviance. Par exemple, le propriétaire d'un logement qui refuserait de louer un appartement à un individu parce qu'il a un trouble de l'utilisation de substances et que ce propriétaire en question considère cette population paresseuse. L'étiquette négative appliquée conduit alors à de la discrimination. En complémentarité, selon les auteurs Link et Phelan (2001), la stigmatisation commence lorsqu'on étiquette les différences et qu'on impose des stéréotypes négatifs à des personnes, créant ainsi une distinction entre « eux » et « nous ». Les gens stigmatisés sont ensuite dévalués et victimes de discrimination.

Selon Becker (1963), la déviance serait considérée comme une construction sociale, car les groupes sociaux la créent en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance. Chaque personne qui ne respecte pas la norme se voit étiqueter de déviante :

« De fait, l'étiquetage est une mise en représentation et en discours ordonnant le monde social, à partir de valeurs prises comme normes à un moment donné. L'étiquetage social de certains groupes de personnes a pour conséquence de leur voir attribuer une image négative par le reste des acteurs du système. » (Becker, 1963, dans Doutrelant, 2020, p.30).

L'étiquette qu'un groupe social appose sur un autre peut entraîner des répercussions négatives sur l'interaction du groupe stigmatisé avec son environnement. Par exemple, si dans une société, consommer une certaine substance psychotrope est mal vu et que les médias disent que les individus consommant cette substance sont toujours en retard au travail, cela peut donner moins envie à des employeurs de les engager.

Selon Becker (1985), la première fois qu'une personne commet un acte déviant, cela ne se produit pas de manière intentionnelle : la personne ne connaissait pas l'existence d'une norme ou en ignorait son application. Cela peut être par exemple le fait qu'un immigrant commette un geste accepté dans sa culture, mais interdit dans son pays hôte. En fait, selon Becker (1985), chaque personne dans la société a une tendance à produire des comportements déviants. L'auteur est contre certaines théories psychologiques et sociologiques qui stipulent que seuls ceux qui ont déjà commis des actes déviants sont portés à manifester ce type de comportement. Selon Becker (1985), c'est

cette croyance en ces théories qui influence les forces de l'ordre lorsqu'elles cherchent le coupable d'un acte criminel : elles vont se concentrer sur les individus ayant des casiers criminels. Néanmoins, selon l'auteur, traiter une personne qui est déviante sous un aspect comme si elle l'était sous tous les aspects, c'est énoncer une prophétie qui contribue à sa propre réalisation. Ainsi, réprimer un individu n'ayant commis qu'un seul acte semble le conduire à en commettre d'autres.

Dans la littérature, il existe une autre vision du concept de l'étiquetage et qui sera présentée dans la prochaine section.

3.2.2 Vision médicale de l'étiquetage

Dans le troisième constat que nous avons fait à la suite de notre stage, la notion d'étiquette n'était pas à la base en lien à celle de Becker, mais à celle d'une vision plus médicale (recevoir un diagnostic/étiquette d'un trouble). Dans le dictionnaire Larousse, le diagnostic médical est une pratique qui vise à « identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint » (Larousse en ligne, s.d.). Quand vient le temps de diagnostiquer un trouble de la consommation, le DSM-5 est l'outil de référence. Selon le DSM-5, le diagnostic a pour fonction de guider les professionnels dans le choix des traitements à dispenser, d'étudier les taux de prévalence des troubles afin de planifier l'organisation des services, d'identifier des groupes de patients pour les inviter à participer à des études cliniques ou fondamentales, et de documenter les informations liées à la santé publique (American Psychiatric Association, 2013, p. 5).

Néanmoins, selon St-Armand (2000), être diagnostiqué d'un trouble de santé mentale ou de consommation semble être très mal vu dans nos sociétés occidentales. Quand une personne se fait diagnostiquer ou étiqueter un trouble, elle devient une forme de déviance. La réaction sociale peut devenir très négative par rapport à son diagnostic et plusieurs traits déviants peuvent y être attribués : dangereux, paresseux, fou, etc. (St-Armand, 2000). D'une certaine manière, cette autre vision de l'étiquette revient à celle de Becker. Ces traits s'éloignant de la norme étaient beaucoup abordés dans sa théorie de l'étiquetage. St-Armand (2000) considère aussi que diagnostiquer quelqu'un est réductionniste. Il stipule qu'après qu'un usager ait reçu un diagnostic (ex, de santé mentale), on ne parle plus de lui dans le réseau de la santé comme d'une personne ayant une histoire vécue, des expériences, des valeurs, un héritage culturel et des contributions politiques, mais tout

simplement d'une étiquette qui soi-disant regroupe tout ce que l'utilisateur vit (St-Amand, 2000). Le trouble associé devient alors le résumé de ce qu'est la personne.

Sur le plan identitaire, l'individu peut lui-même finir par s'identifier au diagnostic qui lui a été donné (Carrier, 2020). Il peut se retrouver à reproduire des comportements correspondant à son diagnostic. Par exemple, si l'individu est diagnostiqué trouble anxieux, il est possible qu'il cherche à reproduire inconsciemment des comportements en lien avec son diagnostic. Lors de notre stage au CRDM, le groupe de réinsertion permettait aux personnes usagères de s'identifier à autre chose que leur diagnostic de TUS. Elles étaient considérées comme des personnes vivant de la solitude ou à la recherche d'emploi. Selon Carrier (2020), une autre problématique avec le concept de diagnostic est que le regard de l'entourage peut devenir différent après que la personne ait reçu un diagnostic. Que ce soit un diagnostic de santé mentale ou de TUS, il y a la possibilité que les attitudes et comportements des proches et familles changent. Tout cela peut conduire au phénomène de stigmatisation, si l'entourage considère déviant le diagnostic de la personne (Jacques, 2020).

Dans les prochaines sections, nous allons détailler les origines du concept de stigmatisation.

3.2.3 Historique du concept de stigmatisation

À la base, le concept de stigmatisation tient ses origines de la linguistique grecque : « À l'origine, le mot *stigma* provient du grec et se traduit comme une marque sur le corps qui apporte une honte et un discrédit à la personne » (Doutrelant, 2020, p.20). Le mot *stigma* référait au statut social faible ou de moindre valeur dans la société (Giordana, 2010). Quant au mot *stizein*, cela signifiait tatouer en grec ancien. Certaines personnes étaient alors tatouées (*stizein*) du mot *stigma* pour rappeler à tout le monde leur infériorité (*stigma* + *stizein* = stigmatisation). Au Moyen Âge, le concept a pris un rôle de diffamation publique (Giordana, 2010). Les criminels étaient marqués au fer rouge pour les rendre reconnaissables par tous. Avoir ce type de marque était un insigne de honte, de disgrâce et de désapprobation sociale. Quand le concept de stigma est entré dans le domaine de la santé, cela référait aux marques durables et non effaçables laissées sur le corps par une maladie. Par exemple, les cicatrices ou les plaies (Giordana, 2010). De nos jours, le terme de la stigmatisation réfère aux attitudes négatives et à de la discrimination par rapport à certains groupes sociaux. Par exemple, une personne qui est diagnostiquée d'une maladie et qui se retrouve

à vivre de la discrimination par son entourage. Cette discrimination peut en retour diminuer les possibilités de cette personne de s'intégrer dans les différentes couches de la société (Giordana, 2010).

Selon le sociologue Erving Goffman (1975), la stigmatisation fait référence à un caractère défavorable qui empêche une personne d'être pleinement acceptée par la société. L'auteur stipule qu'il existe des catégories et réalités sociales qui sont déjà étiquetées comme déviantes dans la société, telles que la délinquance, l'homosexualité, certaines opinions politiques, la maladie mentale et le comportement suicidaire. Selon lui, ces étiquettes sont très propices à la stigmatisation. Il explique également qu'il existe trois types de stigmas : le stigma qui porte sur une déformation du corps (handicap), le stigma sur une imperfection de caractère individuel ou « moral » (comme le TUS), et le stigma que Goffman définit comme « tribal » (race, religion, homosexualité) (Goffman, 1963).

La théorie de Goffman s'appuie à la base sur le postulat que chaque individu possède deux représentations de son Soi social : 1) une identité sociale virtuelle, qui correspond à la façon dont l'entourage perçoit l'individu, et 2) une identité sociale réelle, qui correspond à la façon dont l'individu se perçoit (Goffman, 1975). Selon Goffman, la stigmatisation varie selon le contexte social dans lequel la personne gravite, et elle se produit quand il y a un décalage entre le Soi social virtuel et le Soi social réel comme dans les situations où un individu a des comportements que les autres considèrent comme déviantes, mais que l'individu en soi considère normaux. Il y a alors un décalage entre le Soi perçu par l'entourage et le Soi perçu par la personne.

Dans la prochaine section, nous allons expliquer comment peut se développer la stigmatisation.

3.2.4 Développement de la stigmatisation

Selon la Commission de la santé mentale du Canada (2013), la stigmatisation débute par des attitudes négatives et défavorables qui sont sources de peur et de désinformation. Ces attitudes en question se nomment des préjugés. Un préjugé est un jugement et une opinion préconçue envers un groupe social ou un groupe de personnes (Légal et Delouée, 2015). Dans le domaine de la psychologie, le terme a souvent une connotation négative (Légal et Delouée, 2015) et est associé

à une attitude négative ou à une prédisposition à adopter un comportement négatif envers une catégorie de la population, tout cela basé sur une exagération erronée et rigide (Centre for Addiction and Mental Health, s.d.). Prenons par exemple le fait qu'une personne voyant un individu fumer du cannabis et pensant que cet individu n'a pas d'emploi. La personne a alors une idée préconçue en voyant quelqu'un produire un comportement. En raison des préjugés, cela peut représenter un défi pour la population ayant un TUS de se faire accepter par leurs proches et la collectivité, de nouer des liens d'amitié et d'autres relations à long terme et de participer à des activités sociales (Centre for Addiction and Mental Health, s.d.).

Ces préjugés peuvent aussi représenter une difficulté pour les gens ayant un TUS de décrocher ou conserver un emploi à cause de l'attitude d'autres personnes, et ce, surtout si les préjugés résultent en des stéréotypes. Si plusieurs personnes ont la même attitude, les individus ayant un TUS peuvent se retrouver catégorisés par une partie de la population. Ce stéréotype peut à la fin conduire à de la discrimination qui est un comportement négatif envers une population. En raison d'un problème de consommation, une personne se retrouve alors à subir des traitements négatifs de la part d'autres personnes. Ces traitements et discriminations peuvent être directs, comme le fait qu'un professionnel de santé refuse de recevoir tel usager dans son bureau à cause de son trouble (Commission ontarienne des droits de la personne, s.d.). Cela peut également être plus subtil, comme le fait de nier les intérêts de ces personnes et de fournir des services à d'autres catégories de la population.

Comme il a été dit dans l'introduction de cet essai, la stigmatisation correspond à un ou des stéréotypes négatifs qui peuvent résulter en de la discrimination.

3.2.5 Rôles des médias dans le phénomène de stigmatisation.

Selon Whitley et Berry (2013), les médias jouent un rôle clé dans la stigmatisation des personnes qui vivent des problématiques psychosociales en lien avec la santé mentale ou la toxicomanie. Les auteurs ont examiné plusieurs études qui démontrent que les médias jouent un rôle important dans la construction, la consolidation et le maintien des stéréotypes. À titre d'exemple, les auteurs soutiennent que lorsque les médias associent les troubles de santé mentale aux concepts de danger ou d'imprévisibilité, les images des personnes atteintes de ces troubles sont façonnées en fonction de ces attributs (Whitley et Berry, 2013). De telles représentations du trouble

de la santé mentale dans les médias ont tendance à générer de la peur et du rejet, conduisant à la discrimination et à la marginalisation des personnes atteintes de ce trouble.

3.2.6 Autres types de stigmatisation

Au tout début de cette section, nous avons parlé de la stigmatisation structurelle. Néanmoins, il existe d'autres formes de stigmatisation. La première qui sera présentée est la stigmatisation sociale (Livingston, 2020). Elle se produit lorsque la population perpétue des stéréotypes négatifs et adopte des comportements préjudiciables et discriminatoires à l'encontre de certaines populations, comme celle ayant un TUS (Pescosolido, 2013). La reproduction généralisée de ces stéréotypes (par exemple, la croyance que les personnes atteintes d'une maladie mentale sont dangereuses) conduit à des réformes régressives et à des politiques punitives, telles que la réduction du financement des services en santé mentale et à des interventions coercitives accrues (Watson, Corrigan et Angell, 2005 ; Angermeyer et al., 2010). Comme il a été dit précédemment, les médias peuvent contribuer à faire véhiculer ces stéréotypes en apposant une image négative sur certaines populations (Castañeda, 2018). La stigmatisation sociale prend alors des proportions plus sociétales et macro.

Avec le temps, les personnes vivant avec un problème de consommation peuvent finir par intérioriser les critiques négatives faites à leur égard et à anticiper la réaction des intervenants et des intervenantes, ce qui peut diminuer leur envie d'aller chercher de l'aide dans le système de santé (Fortin, 2020). Selon Goffman (1975), cette intériorisation des préjugés apparaît lorsque la personne considère son Soi virtuel comme son Soi réel. La personne finit par croire que la manière dont elle est perçue par son entourage définit ce qu'elle est réellement. Tout cela est relié au phénomène de l'auto-stigmatisation. Selon Fortin (2020), l'auto-stigmatisation réfère à l'intériorisation par la personne de stéréotypes négatifs par rapport à son trouble et que cela entraîne des conséquences négatives sur ses stratégies d'adaptation. Par exemple, une personne pourrait s'empêcher de consulter par crainte d'être discriminée ou d'être dévalorisée, ce qui ultimement aggrave sa situation. Un autre exemple serait le fait qu'une personne puisse penser détenir moins de compétences professionnelles, car elle considère que ses capacités intellectuelles sont diminuées en raison de son TUS (Gouvernement Canada, s.d.). L'auto-stigmatisation favorise l'exclusion sociale de la personne, car cela peut diminuer son envie d'essayer de s'intégrer dans certaines sphères de la société.

4. Examen de la littérature sur la présence de stigmatisation structurelle dans les établissements de santé

Dans la précédente section de l'essai, nous avons donné plusieurs définitions et explications par rapport à la stigmatisation structurelle. Dans la présente partie, nous allons intégrer la littérature pour démontrer l'existence de cette stigmatisation dans les institutions de santé. Notre méthode de recherche sera préalablement présentée.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, notre intérêt pour la question de la stigmatisation structurelle a émergé suite à notre stage et était pertinent compte tenu l'actualité entourant l'histoire de Joyce Echaquan. Bien que nous n'avons pas observé d'enjeux entourant la stigmatisation structurelle pendant notre stage, il nous est tout de même apparu important d'y réfléchir et de faire une synthèse de la littérature sur le sujet.

4.1 Méthode de recherche documentaire

Pour trouver des études et des données abordant la présence de stigmatisation structurelle dans les institutions de santé, nous avons entamé une recherche documentaire à travers différentes plateformes de recherche, dont Érudit, Cairn, Social services abstracts, Oxford bibliographies, PsyArticles et SocIndex. Nous avons aussi utilisé le site Papyrus de l'Université de Montréal dans le but de trouver des mémoires en lien avec notre sujet. Nous avons également utilisé le moteur de recherche de Google Scholar pour trouver des écrits universitaires sur la stigmatisation structurelle. À travers notre recherche documentaire, nous n'avons pas restreint l'année de publication. Néanmoins, nous cherchions toujours à mettre l'accent sur les publications datant de 2015 et plus. Au début de notre recherche d'articles, nous avons commencé par utiliser des mots clés en français, comme stigmatisation structurelle + TUS et stigmatisation structurelle + drogue.

L'un des éléments que nous avons remarqués au début de notre exploration dans la littérature, est le peu de recherches en français qui font part de la stigmatisation structurelle vécue par les individus ayant un TUS dans les institutions de santé. Le peu d'écrits en français que nous avons trouvés incluait la traduction en français de l'analyse documentaire de JD Livingston (2020). Encore là, la majorité des articles de ce document concernaient plus la stigmatisation structurelle touchant la population ayant un trouble de la santé mentale que la population ayant un TUS. Nous

avons néanmoins pu trouver sur la plateforme nommée *Social services abstracts* quelques articles concernant la recherche sur la stigmatisation structurelle vécue par les personnes usagères TUS dans les établissements de santé. Cependant, cela concerne des études réalisées dans des institutions ailleurs qu'au Québec. Sur cette plateforme, nous avons utilisé des mots clés comme Stigma + drugs + healthcare, Stigmatisation + addiction, Structural stigma + drug et, comme derniers mots clés, Stigma + addiction.

Avec les recherches additionnelles que nous avons trouvées sur Google Scholar, nous avons trouvé un total de huit articles abordant des études et recherches sur la stigmatisation structurelle touchant les personnes usagères ayant TUS dans les services de santé et services sociaux.

4.2 Synthèses des écrits sur l'existence de la stigmatisation structurelle

Notre synthèse commence avec les auteurs Mora-Ríos, Ortega-Ortega et Medina-Mora (2017). Ces auteurs ont mené une étude dans la ville de Mexico où ils ont interrogé 30 personnes sur la présence de stigmatisation dans les centres de traitement pour les SPA (Mora-Rios et al. 2017). Leur échantillon a été recruté dans les centres de traitements pour les PSA et était composé de 9 consommateurs de substances psychotropes, 10 membres de familles de consommateurs et 16 professionnels de la santé. Premièrement, tous ces professionnels de la santé disaient qu'il y avait présence de stigmatisation dans leur milieu de travail (centre de traitement). Néanmoins, cette stigmatisation n'était pas juste présente dans les centres de traitement pour les SPA (Mora-Rios et al., 2017). Un des interviewés, un professionnel de la santé, disait avoir été témoin d'employés d'hôpitaux prononçant des phrases, comme « Cela leur apprendra à ne plus jamais boire » à des patients souffrant de douleurs en raison du sevrage. Selon 12 de ces professionnels interviewés, le manque de formation sur le trouble de l'utilisation de substance est une des raisons de la présence de stigmas dans les établissements de premiers soins, comme les hôpitaux (Mora-Rios et al., 2017).

Toujours dans la même étude, la présence de stigmatisation n'a pas juste été rapportée par les professionnels (Mora-Rios et al., 2017). Des personnes usagères eux-mêmes disaient avoir vécu de la stigmatisation dans les hôpitaux et les centres de traitement pour les SPA (Mora-Rios et al., 2017). De manière générale, ils disaient que la stigmatisation pouvait venir des différentes sphères sociales de leur vie : famille, amis, voisins, collègues et professionnels de la santé. Dans l'étude de Earnshaw, Smith et Copenhaver (2013), 12 personnes usagères d'un centre de traitement de la

consommation par la méthadone ont été interrogés par rapport aux différentes sources de stigmatisation dans leur entourage. Parmi ces individus, 30% ont rapporté avoir vécu de la stigmatisation dans des établissements de santé, 20% de la part de collègues de travail et 30% de la part d'amis et de membres de la famille (Earnshaw et al., 2013).

Dans une étude réalisée dans la ville de New York par Muncan et al. (2020), les chercheurs ont interrogé 32 personnes s'injectant des drogues (opioïdes ou amphétamines) sur la présence de stigmatisation dans les centres hospitaliers. Parmi ces personnes usagères, 25 rapportaient avoir vécu au moins une fois de la stigmatisation dans les infrastructures hospitalières et 19 d'entre elles disaient toujours anticiper ce type de stigmatisation dans ces établissements (Muncan et al., 2020). Un homme usager de 48 ans dénommé Francisco a donné une explication quant à sa constante anticipation de stigmatisation dans les établissements de santé. Une fois, il avait l'impression d'avoir attrapé la gale (une maladie de la peau) après être allé dans un abri. Il est par la suite allé voir un médecin et selon ce professionnel, les marques sur sa peau n'étaient qu'une conséquence de sa consommation de cocaïne. Néanmoins, Francisco l'expliqua que cela faisait des années qu'il consommait de la cocaïne et que cela n'avait jamais causée ces effets. C'était que depuis qu'il était allé dans cet abri que les symptômes de la gale avaient apparus. Cependant, le médecin continuait à dire que ce n'est pas la gale et que tout cela n'est une conséquence de sa consommation de cocaïne. Francisco s'est senti non écouté par le médecin, car il ramenait toujours tout à sa consommation de SPA. Depuis ce temps, Francisco se méfie des médecins et des établissements de santé.

Dans une autre étude, celle de Bearnot et al. (2019), ils se sont intéressés à l'expérience de consommateurs d'opioïdes qui côtoyaient l'Hôpital Général du Massachusetts (USA). Les chercheurs se sont également intéressés au point de vue des professionnels de cet établissement par rapport aux personnes usagères consommateurs de SPA visitant régulièrement l'établissement. Le nombre total de participants à l'étude était de 23 (11 usagères et 12 professionnels). Parmi ces personnes usagères, certaines mentionnaient vivre de la stigmatisation de la part des employés de l'hôpital, car leurs chirurgies étaient toujours repoussées comparativement à celles de personnes usagères n'ayant pas de TUS (Bearnot et al, 2019). Un homme usager de 58 ans rapportait même s'être fait dire par une infirmière de l'hôpital qu'il était responsable de sa situation de consommation et qu'il n'y avait pas d'espoir pour qu'il puisse un jour changer de vie. Un travailleur

social participant à l'étude rapporte que ses personnes usagères ayant un TUS se sentent souvent stigmatisés dans cet Hôpital en raison de leur consommation d'opioïdes (Bearnot et al., 2019).

Quand il est question d'établissements de santé, la stigmatisation structurelle ne se trouve pas que dans les hôpitaux et les centres de traitement pour le TUS. Dans une étude qualitative aux États-Unis, 64 consommateurs de drogues faisant un traitement à la méthadone mentionnaient avoir vécu de la stigmatisation de la part de pharmaciens qui prescrivaient la méthadone (Anstice, Strike et Brands, 2009). La stigmatisation structurelle peut alors être aussi vécue dans les pharmacies.

Selon Livingston (2020), de manière générale, un point de vue répandu dans le réseau de la santé est que les individus ayant des problèmes de consommation abusent du système, ne prennent pas au sérieux leurs problèmes de santé et sont des êtres irresponsables. Ce sont des conceptions qui s'inscrivent dans les préjugés négatifs envers cette population. En raison de ces préjugés, certains professionnels de la santé peuvent avoir des attentes moindres par rapport aux capacités des personnes usagères ayant un TUS (Livingston, 2020).

La littérature précise que la présence de stigmatisation peut conduire les individus ayant un TUS à éviter les centres hospitaliers (Muncan et al., 2020) et les centres de traitement pour la consommation (Ahern et al., 2007). Selon Ahern et al. (2007), cet évitement du réseau de santé peut résulter chez cette population à un développement de problèmes de santé, car elle ne reçoit plus de suivis médicaux. Surtout que selon Ahern et al. (2007), si une personne de cette population vit de la stigmatisation au quotidien et dans différentes sphères de sa vie, cela peut l'amener à un état de stress chronique et aggraver sa santé physique et psychologique. Comme en avait fait part l'Agence de la santé publique du Canada (2019), ce stress au quotidien chez les personnes stigmatisées ayant un TUS peut avoir un impact sur leur état de santé physique et leur longévité. Cela peut en retour conduire à une augmentation des visites à l'urgence et des décès évitables.

Maintenant que nous avons démontré la présence de stigmatisation dans les établissements de santé, il est maintenant temps de discuter des possibles causes de ce phénomène.

5. Causes de la stigmatisation structurelle envers la population ayant un TUS

Dans la synthèse des écrits, il a été indiqué qu'il existait de la stigmatisation structurelle dans les établissements généraux de santé, comme les hôpitaux et pharmacies, mais aussi dans des

établissements de traitement de la dépendance similaire au CRDM. Selon ces deux types de milieux, la stigmatisation peut avoir des causes différentes. Ces causes en question seront présentées dans les prochains paragraphes.

5.1 Éléments déclencheurs de la stigmatisation dans les établissements généraux de santé

Comme en font part les professionnels interviewés dans l'étude de Mora-Rios, Ortega-Ortega et Medina-Mora (2017), le manque de formation sur le TUS peut être une cause de la présence de stigmatisation chez les professionnels travaillant dans les établissements de premiers soins (ex., hôpitaux). Que cela soit en termes de formations ou de connaissances, si le professionnel n'est pas préparé à interagir avec la clientèle ayant un TUS, cela peut résulter en de la stigmatisation. Cette réalité existe aussi dans le domaine de la santé mentale. Quand un professionnel de la santé détient moins de connaissances sur le trouble de la santé mentale, cela peut favoriser le développement de préjugés envers les personnes usagères ayant ce trouble (Ross et Goldner, 2009). Comme il a été présenté dans la section sur le développement de la stigmatisation, les préjugés peuvent conduire par la suite à de la discrimination.

Le contact prolongé avec les personnes usagères ayant un TUS apparaît comme une autre cause de la stigmatisation structurelle. Néanmoins, cela varie selon les auteurs. Pour Lloyd (2013), plus une personne côtoie la population ayant un TUS, plus elle risque de faire preuve de stigmatisation envers elle. Il existe néanmoins différents facteurs qui contribuent à l'apparition de comportements stigmatisants à la suite d'un contact continu avec la population ayant un TUS (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). Nous pouvons cibler par exemple le degré de sévérité du trouble de la consommation d'un usager ou tout simplement la qualité de la formation qu'a reçu le professionnel pour interagir avec ce type de clientèle (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016).

Dans une autre perspective, des auteurs démontrent que le contact continu avec les personnes usagères ayant un trouble de la consommation peut faire diminuer les attitudes et comportements stigmatisants. Dans une étude de Silins et al. (2007), les auteurs remarquent que des étudiants en médecine avaient une attitude plus positive envers la population ayant un TUS après des rencontres en petits groupes. Dans un contexte de contact de longue durée, l'auteur Lloyd (2013) explique qu'il est aussi possible que des professionnels de santé voient leurs attitudes

stigmatisantes diminuer après plusieurs interactions avec les individus ayant un trouble de l'utilisation de substances (TUS). Selon cet auteur les deux scénarios sont possibles (Lloyd, 2013).

Dans la prochaine section, nous ciblons une cause que nous jugeons principale dans l'existence de stigmatisation structurelle dans les établissements de réadaptation en dépendance : l'épuisement professionnel. Compte tenu que nous sommes dans le domaine du travail social et qu'il y a des travailleurs sociaux au CRDM, cette cause de la stigmatisation sera initialement présentée sous un angle psychosocial.

5.2 Élément déclencheur principal de la stigmatisation au sein des établissements de réadaptation en dépendance

Premièrement, selon Fumeaux (2018), le contexte de travail des professionnels psychosociaux est très exigeant, que cela soit au CRDM ou ailleurs. Cette exigence peut conduire à de l'épuisement professionnel. Mais qu'est-ce que l'épuisement professionnel ? Les auteurs Maslach et Jackson (1981) donnent une définition davantage centrée sur les émotions :

« Un épuisement émotionnel se produit fréquemment chez les personnes qui travaillent de quelque manière que ce soit. Un aspect clé du syndrome de l'épuisement professionnel est l'augmentation des sentiments d'épuisement émotionnel et de fatigue. [...] Un autre aspect est le développement d'attitudes et de sentiments négatifs et cyniques à l'égard de ses clients. Ces réactions négatives à l'égard des clients peuvent être liées à l'expérience de l'épuisement émotionnel. »
(Maslach et Jackson, 1981, dans Lessard, 2019, p.18).

En résumé, une personne dans le domaine psychosocial vivant de l'épuisement émotionnel/professionnel peut voir sa patience diminuer vis-à-vis la personne qu'elle cherche à aider (Lessard, 2019). Selon Grenier, Bourque et St-Amour (2016), la nouvelle gestion publique (NGP) impose beaucoup de pression aux professionnels psychosociaux. Chez certains, cela peut conduire à un haut niveau d'anxiété et à un besoin de s'absenter au travail (Grenier, Bourque et St-Amour, 2016). Selon Fumeaux (2018), ce contexte de productivité et de pression peut faire en sorte qu'un professionnel psychosocial soit constamment en contact avec les charges émotionnelles venant des personnes usagères, car il doit rester productif et rencontrer des personnes (Fumeaux, 2018). Si le professionnel n'arrive plus à cadrer cet apport émotionnel venant des personnes

usagères, il peut se retrouver à vivre lui-même un excès d'émotion, au point à un point où il n'arrive plus à supporter les valeurs et les comportements des personnes usagères qu'il côtoie (Fumeaux, 2018). Bien évidemment, ces moments d'épuisement peuvent contribuer à l'émergence de comportements stigmatisants.

Au CRDM, il existe également des professionnels en soins infirmiers. Selon Margot (2007), l'angoisse et la souffrance que vivent les professionnels infirmiers peut faire naître le phénomène de dépersonnalisation correspondant à un « véritable phénomène de fermeture aux autres, d'incapacité d'empathie pour le malade dont le soulagement et les soins sont pourtant l'objet ultime de son existence professionnelle. Le cynisme et les attitudes asociales deviennent alors ses moyens de défense » (Margot, 2007, p. 3). En résumé, pour se défendre dans sa situation de souffrance, le personnel de soins devient méprisant et non empathique avec l'utilisateur allant jusqu'à provoquer de la stigmatisation de la part de ces professionnels. Toujours selon Margot (2007), la surcharge de travail peut être une cause de l'épuisement professionnel.

En résumé, que cela soit chez les travailleurs sociaux ou chez les professionnels en soins infirmiers, l'épuisement professionnel est une réalité qui peut conduire à l'adoption d'attitudes et de comportements s'apparentant à la stigmatisation.

6. Solutions pour diminuer la stigmatisation structurelle

Un bref examen de la littérature permet d'identifier quelques solutions pour diminuer la stigmatisation structurelle envers les personnes ayant un TUS. Pour les professionnels n'ayant jamais eu de contact avec les personnes consommant des substances, il y a la possibilité de participer à un groupe d'échange. Il existe aussi des programmes d'éducation. Ces deux stratégies seront détaillées prochainement. Néanmoins, dans un milieu comme le CRDM, les professionnels sont déjà en contact avec les personnes usagères TUS et ont reçu une formation sur leur trouble. D'après nous, une stratégie pertinente pour réduire la stigmatisation dans les établissements serait de favoriser la pratique réflexive. Cette stratégie sera également détaillée dans les prochaines sections.

6.1 Stratégies à appliquer dans les établissements de santé

Pour diminuer la stigmatisation structurelle dans un milieu offrant des services globaux de santé, comme dans un hôpital, il y aurait la possibilité de créer un lieu d'échanges entre les personnes usagères TUS et les professionnels de la santé. Il existe des programmes d'intervention basés sur ces lieux d'échanges où le but est de regrouper des personnes ayant vécu de la stigmatisation dans les établissements de santé (ex, TUS) et des professionnels de la santé qui ont eu peu de contacts avec ces populations stigmatisées (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). Ce type d'intervention est pertinent, car il permet d'offrir une formation spécialisée aux professionnels sur la réalité de ces populations et de les conscientiser aux impacts et conséquences de la stigmatisation. Ces échanges permettent également aux professionnels de la santé de développer une attitude positive par rapport à ces populations qu'ils ne côtoyaient jamais ou peu auparavant (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). Du côté des personnes usagères, il s'agit d'une occasion pour eux de faire part des difficultés auxquelles elles font face lorsqu'elles côtoient les institutions de santé. Néanmoins, dans la littérature, l'efficacité de ce programme d'intervention avec la clientèle TUS est moins documentée (Stuart, 2019). La littérature est beaucoup plus en lien avec des personnes usagères ayant un trouble de santé mentale. Cependant, l'efficacité de ce programme d'intervention avec la clientèle en santé mentale nous pousse à poser l'hypothèse qu'il pourrait s'agir d'une pratique prometteuse avec la clientèle TUS pour diminuer la stigmatisation structurelle.

Dans notre recherche de stratégies pour diminuer la stigmatisation dans les institutions de santé envers la population ayant un TUS, nous nous sommes aussi intéressés à l'approche de l'éducation (Corrigan et al., 2012). Cette approche utilise des messages d'intérêt public, films, balados et vidéos dans le but d'éduquer un groupe cible (ex, professionnels de la santé) sur un enjeu ou la réalité d'une autre population. Néanmoins, l'efficacité de cette approche dans la littérature est assez faible (Corrigan et al., 2012). Il est conseillé de la fusionner à une autre approche pour plus d'efficacité en matière de réduction de la stigmatisation.

6.2 Stratégie principale à appliquer dans les établissements de réadaptation en dépendance : la pratique réflexive

Une manière de diminuer les comportements stigmatisants serait l'application de la pratique réflexive par les professionnels. Selon Rege-Colet et Rovero (2014), la pratique réflexive représente la capacité d'une personne à réfléchir à sa pratique professionnelle en devenant l'objet de sa propre réflexion. Cette réflexion peut par la suite aider le professionnel à prendre des décisions sur les actions prises ou celles à entreprendre (Etherington, 2007).

Schön (1983) est un pionnier de la pratique réflexive. Il a créé un processus qui comprend deux processus mentaux : 1) la réflexion dans l'action et 2) la réflexion sur l'action. La réflexion dans l'action correspond à une réflexion faite sur le moment. En y réfléchissant un peu plus, il est possible de faire quelques comparaisons entre ce type de réflexion et notre stage au CRDM. Par exemple, avec la réflexion dans l'action, cela correspondrait à celle que nous avons lors des séances d'animation de groupe. Il y avait certaines situations qui se produisaient pendant les séances qui nous demandaient de réfléchir et de déterminer quelles actions entreprendre face certaines situations. Par exemple, quand quelqu'un avait un comportement qui dérangeait les autres, nous devions sur le coup décider quoi faire et comment agir pour continuer à jouer notre rôle d'animateur.

Pour ce qui est de la réflexion sur l'action, elle se déroule après un événement et concerne la situation qui vient d'être vécue (Schön, 1983). Un autre exemple serait les moments de réflexion que nous avons après les séances d'animations de groupe. Nous réfléchissions à ce que s'est passé pendant la séance. Cela nous permettait de préparer un plan de match pour les prochaines séances. Tout cela correspond à de la pratique réflexive où nous devenions l'objet de notre propre réflexion.

Il existe dans la littérature d'autres types de réflexion abordé par Schön (Mejerdirk, 2016). Une d'entre elle serait la réflexion avec l'action. Dans celle-ci, la réflexion se réalise avec l'aide d'une tierce personne. Durant notre stage, nous avons souvent eu des rencontres avec notre superviseure où nous réfléchissions ensemble sur les événements que nous avons vécus lorsque nous animions des groupes.

Une autre figure importante de la pratique réflexive est John Dewey (1933). Selon lui, les apprentissages peuvent se faire dans l'action au moyen d'un processus réflexif méthodique. Il affirme que les gens ont la capacité de prendre conscience et de réfléchir à leurs actions, et suite à cela, de les transformer pour mieux faire à certaines situations (Dewey, 1933). Dewey a pu prouver à travers ses écrits que les gens ont une réelle capacité à apprendre de leurs expériences vécues (Paré, 2018), ce qui est central dans la pratique réflexive.

Lafortune et Deaudelin (2001) qui mentionne qu'un individu qui met en place cette pratique est une « personne qui se montre capable, d'une part, de décrire et d'analyser sa pratique ainsi que d'en examiner l'efficacité et, d'autre part, de créer ou d'adapter ses propres modèles de pratique en tirant profit des modèles existants (modèles d'intervention ou d'accompagnement) afin de rendre sa pratique plus efficace » (Lafortune et Deaudelin, 2001, p. 43). En continuité, Lison (2013) explique que la pratique réflexive est similaire à de l'auto-supervision pour un professionnel, car cela lui permet de remarquer des attitudes et pratiques de sa part dont il n'est pas conscient.

Dans le domaine psychosocial, il est d'autant plus important que les professionnels prêtent attention à certains de leurs comportements (ex, stigmatisants) et cherchent à en trouver la cause. Comme mentionné précédemment, la surcharge de travail dans le domaine psychosocial peut conduire à la manifestation de comportements et attitudes méprisantes et stigmatisantes vis-à-vis les personnes recherchant de l'aide. Cet aspect de surcharge est alors à prendre en considération afin de viser une diminution de la stigmatisation structurelle. Une réflexion par rapport à cet enjeu peut conduire à l'émergence de solutions, comme le fait d'encourager les organisations à réduire la charge de cas des professionnels psychosociaux. Néanmoins, selon nous, une solution de la sorte n'est pas toujours facile à mettre en place, surtout dans le contexte organisationnel de la nouvelle gestion publique qui met beaucoup l'accent sur l'efficacité.

La pratique réflexive concerne également le langage utilisé par les professionnels psychosociaux lors de leurs interactions avec les personnes usagères (Kelly et Westernhoff, 2010). Que cela soit dans la population générale (Kelly, Saitz et Wakeman, 2016) ou chez les professionnels de la santé (Kelly et Westernhoff, 2010), l'utilisation de termes et d'expressions stigmatisantes pour parler des gens ayant un TUS semble être présente. Comme par exemple, de les appeler « drogués », « abuseurs de drogue » ou même « toxicomanes ». Lors de notre stage au CRDM, notre objectif n'était pas d'observer ce genre de langage. Alors, nous ne pouvons pas

statuer sur l'existence ou non de ce type de langage utilisé par les professionnels au CRDM. Cependant, dans littérature, il est fait mention de l'utilisation de ces mots par les professionnels psychosociaux pour décrire les usagers TUS.

Dans le but de diminuer la stigmatisation structurelle, il serait alors essentiel que les professionnels mettent fin au jargon stigmatisant et aux expressions nuisibles qui sont encore utilisées dans les institutions de santé publique (Centre canadien sur les dépendances et l'usager des substances, 2019). Il faudrait à la place adopter un langage centré sur les personnes. Ce type de langage se concentre d'abord sur l'individu, puis sur ses caractéristiques ou ses problèmes de santé. Il ne considère pas la personne comme le problème en soi. Un meilleur langage dans le réseau de la santé serait de dire « personnes qui consomment » plutôt que « drogués » (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019). À la place de dire « toxicomanes », il serait aussi plus respectueux de dire « personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation de substances ».

Des liens peuvent être faits entre ces suggestions de langage et l'approche narrative. Dans cette approche, les personnes usagères sont encouragés à séparer leur problème de leur identité (Grégoire, 2010). Ce processus complexe se nomme l'externalisation et le but est d'amener l'individu à se voir à part du problème et à chercher les solutions pour y faire face au lieu de se considérer comme le problème (Grégoire, 2010). En adoptant un langage non stigmatisant, les intervenants.es peuvent aider les personnes usagères dans la perception d'eux-mêmes en leur permettant de se considérer comme des individus à part entière vivant des difficultés.

Avant de conclure cet essai, nous allons présenter quelques recommandations du gouvernement canadien.

7. Recommandations de l'Agence de la santé publique du Canada

L'Agence de la santé publique du Canada (2020) suggère une intervention au niveau sociétal pour permettre une diminution de la stigmatisation structurelle dans les établissements de santé. Cela débiterait par des campagnes de médiatisation ayant pour but de diminuer les stéréotypes et les préjugés, la mise en place de lignes directrices visant à réduire la stigmatisation dans les comptes rendus des médias et la création de lois et politiques de protection pour les populations stigmatisées (Agence de la santé publique du Canada, 2020).

Ce sont des recommandations qui font beaucoup référence à la stigmatisation sociale. Il semble que l'intervention pour réduire la stigmatisation sociale soit centrale pour permettre une diminution de la stigmatisation structurelle dans les institutions de santé.

CONCLUSION

En résumé, cet essai concernait une question découlant de notre stage de maîtrise en travail social au CRDM. Cette question ciblait la stigmatisation structurelle que vivent les personnes usagères ayant un TUS dans les institutions publiques de santé et de services sociaux. Nous avons débuté cet essai par définir et présenter les différents aspects en lien avec la problématique du TUS. Après quelques détails sur notre stage au CRDM, nous avons présenté les origines du concept de la stigmatisation structurelle. Nous avons terminé cet essai avec les causes et stratégies pour faire face à cette stigmatisation, selon le type d'établissement.

Durant notre exploration dans la littérature, nous avons remarqué qu'il y avait peu d'écrits sur la stigmatisation touchant les personnes usagères ayant un trouble de la consommation de SPA lorsqu'elles sont en contact avec le réseau de la santé. Nous espérons que cet essai pourra contribuer à des recherches futures pour bonifier la littérature sur le sujet. Prenons par exemple le fait que cet écrit concernait surtout le réseau public de la santé et des services sociaux. Le milieu communautaire et le milieu privé n'ont pas été explorés. Il serait alors pertinent de déterminer l'impact de la stigmatisation structurelle dans ces environnements.

Une autre avenue de recherche serait les institutions québécoises. Dans la synthèse des écrits, nous avons pu prouver de manière générale que la stigmatisation structurelle existe dans les institutions de santé. Néanmoins, cela s'est fait principalement via des recherches réalisées au Mexique et aux États-Unis. Le réseau de la santé québécois est très vaste. Il pourrait être alors intéressant que plus des chercheurs se concentrent sur le sujet. L'impact de la stigmatisation structurelle pourrait aussi être étudié par rapport à d'autres populations.

Malgré la pertinence que nous trouvons face aux solutions proposées pour contrer la stigmatisation structurelle, nous sommes conscients que dans la pratique, cela peut représenter un défi de les mettre en place.

Prenons par exemple notre propre pratique. Nous sommes actuellement un Agent de relations humaines (ARH) dans un Guichet d'Accès en santé mentale Adulte (GASMA). C'est un environnement où nous devons traiter le plus rapidement possible les demandes de service qu'on reçoit. Il y a toujours du travail à faire et tout va très vite. Quand nous sommes seuls, nous avons tellement de tâches à accomplir que nous n'avons pas le temps de réfléchir à notre propre pratique. Le rythme est trop élevé. Le seul moment que nous avons réellement le temps de réfléchir à notre propre pratique, c'est lors des interactions avec nos collègues du guichet ou avec notre coordonnatrice clinique. Ces instants nous permettent de prendre le temps de réfléchir sur les situations que nous avons vécues. Avec l'aide d'une autre personne, nous portons un regard analytique sur les événements vécus et nous cherchons des solutions pour faire face à ces certains défis.

Selon les types de réflexions de Schön, ces discussions avec nos collègues correspondraient à de la réflexion avec l'action, car les réflexions sont réalisées avec l'aide une tierce personne. C'est à travers ce type de réflexion que nous trouvons plus réalisable la pratique réflexive dans notre pratique professionnelle. La réflexion dans l'action et sur l'action peuvent aussi être réalisées, mais compte tenu du rythme élevé dans un guichet, nous trouvons plus abordable la réflexion avec l'action, surtout que cela donne la chance de ventiler et de discuter avec une autre personne.

Pour conclure, en plus de contribuer aux recherches futures, cet essai cherchait à présenter un idéal de comportements à avoir chez les intervenants.es pour permettre aux personnes demandant de l'aide au réseau de la santé d'être dans un environnement respectueux et équitable. Selon le type d'environnement, la mise en pratique de la pratique réflexive variera.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2019). *Lutte contre la stigmatisation : Vers un système de santé plus inclusif* [Éducation et sensibilisation]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
- Agence de santé publique du Canada. (2020). *Un guide d'introduction pour réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé canadien*. (p. 31) [Monographie]. <https://publications.gc.ca/site/fra/9.882817/publication.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2023). *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*. Ottawa : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/>
- Ahern, J., Stuber, J., et Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5e édition (DSM-5)
- Angermeyer, M. C., H. Matschinger, B. G. Link et G. Schomerus. (2010). « Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin? », *Social Science and Medicine*, vol. 103, p. 60-66. <https://doi:10.1016/j.socscimed.2013.11.014>
- Anstice, S., Strike, C., et Brands, B. (2009). Supervised methadone consumption: client issues and stigma. *Substance Use et Misuse*, 44(6), 794–808.
- Bearnot, B., J. A. Mitton, M. Hayden et E. R. Park. (2019). « Experiences of care among individuals with opioid use disorder-associated endocarditis and their healthcare providers: Results from a qualitative study », *Journal of Substance Abuse Treatment* vol. 102, p. 16-22. doi:10.1016/j.jsat.2019.04.008
- Becker, H.S. (1963). *Outsiders : Studies in the Sociology of Deviance*, New York, Free Press (trad. fr., *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985).
- Becker, H.S. (1985). *Outsiders*. Editions A.-M. Métailié, 250 p.
- Bellemare, A. M. et Gauthier, S. (2006). Application de l'approche structurelle auprès des personnes détenues au Centre de prévention de l'immigration de Laval, *Intervention*, n. 125, 109-117
- Bergeron, H. (2009). *Sociologie de la drogue*. Paris : Édition La Découverte.
- Boivin, M.-D., et De Montigny, M.-J. (2002). *La réinsertion sociale en toxicomanie : Une voie à découvrir ?* Comité permanent de lutte à la toxicomanie. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/reinsertion0302.pdf>

- Brisson, P. (2000). *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume III*. Montréal, Québec : Gaétan Morin Éditeur ltée.
- Brochu, S. et Parent, I. (2005). *Trajectoire d'usagers de cocaïne*. Ottawa, Ontario: Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Carrier, F. (2020). Réduction diagnostique en psychiatrie : enjeux éthiques et implications pour la clinique. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 3(2), 63–71. <https://doi.org/10.7202/1073548ar>
- Castañeda, M. (2018). « The Power of (Mis)Representation: Why Racial and Ethnic Stereotypes in the Media Matter ». *Challenging Inequalities: Readings in Race, Ethnicity, and Immigration*. 60.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*,(22), 11–27. <https://doi.org/10.7202/1002206ar>
- Castel, R. (1998). *Les sorties de la toxicomanie*. Suisse, Éditions Universitaires de Fribourg
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2019). *Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction*, Ottawa (Ont.). Consulté sur le site : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Language-and-Stigma-in-Substance-Use-Addiction-Guide-2019-fr.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2022). *Comprendre l'usage de substances : un guide pour les éducateurs*, Ottawa (Ont.). Consulter sur le site : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-09/Understanding-Substance-Use-Educators-Guide-fr.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2022). *Comprendre l'usage de substances : un guide pour les éducateurs*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur
- Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (s. d.). *Les Préjugés—Comprendre les effets des opinions préconçues et de la discrimination sur les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie*. Consulté 11 juin 2022, à l'adresse <https://www.camh.ca/fr/info-sante/guides-et-publications/les-prejuges>
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, A. N., et Fleury, M.-J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/300/crdm_iu/troubles/RapportTUS_CRDM-IU-vf.pdf
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (2003). *Drogues : Savoir plus, risquer moins*. Montréal, Québec : Stanké
- Commission ontarienne des droits de la personne. (s. d.). *Discrimination fondée sur les troubles mentaux et les dépendances—Information à l'intention des fournisseurs de services (fiche) /*. Consulté 11 juin 2022, à l'adresse <https://www.ohrc.on.ca/fr/discrimination->

[fond%C3%A9-sur-les-troubles-mentaux-et-les-d%C3%A9pendances-information-%C3%A0-l'E2%80%99intention-des](#)

- Corrigan, P. W., F. E. Markowitz et A. C. Watson. (2004). «Structural levels of mental illness stigma and discrimination », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, p. 481-491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D., et Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63(10), 963–973.
- Danielson, C.K., Amstadter, A.B., Dangelmaier, R.E., Resnick, H.S., Saunders B.E. et Kilpatrick, D.G. (2009). "Trauma-related risk factors for substance abuse among male versus female young adults." *Addictive Behaviors* 34(4): 395-399
- Dewey, J. (1933). *How We Think : A Restatement of The Relation of Reflective Thinking to the Educative Process*. D.C. Heath.
- De Koninck, M., et Lagrange, V. (2014). Rapport sur la situation de la consommation de drogue par injection à Québec et sur la pertinence d’offrir des services d’injection supervisée. *CISSS de la Vieille-Capitale*, 73.
- Doutrelant, S. (2020). *Étude discursive de la stigmatisation de la maladie mentale : L’expérience des étudiantes et étudiants universitaires québécois* [Mémoire, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/24160>
- Dubar, C. (1996). « Chapitre 9 :Socialisation et processus », pp.111-119 dans Paugam, Serge (dir). 1996. *L’exclusion : l’État des savoirs*. Paris, Éditions La Découverte.
- Earnshaw, V., Smith, L., et Copenhaver, M. (2013). Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy : An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *International journal of mental health and addiction*, 11(1), 110-122. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9402-5>
- Ersche, K.D., Turton, A.J., Pradhan, S., Bullmore, E.T. et Robbins, T. W. (2010). «Drug addiction endophenotypes: Impulsive versus sensation-seeking personality traits». *Biological Psychiatry* 68(8): 770-773.
- Etherington, K. (2007). Ethical research in reflexive relationships. *Qualitative Inquiry*, 13(5), 599-616.
- Falkowski, W. (1996). Group therapy and the addictions. Dans: Edwards, G., and Dare, C., eds. *Psychotherapy, Psychological Treatments and the Addictions*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 206–219.
- Fortin, G. (2020). *Les relations entre l’auto-stigmatisation, l’estime de soi, l’auto-efficacité et le rétablissement chez les personnes ayant des troubles mentaux : une étude corrélacionnelle*.

- Mémoire (maîtrise en travail social). Chicoutimi, Québec, Université du Québec à Chicoutimi.
- Fumeaux, M. (2018). *L'épuisement professionnel chez le travailleur social* [Haute École de Travail Social – HES·SO//Valais - Wallis]. <https://sonar.ch/global/documents/316330>
- Giordana, J.-Y. (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Elsevier-Masson; WorldCat.org. <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb422255859>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of a spoiled identity*. Harmondsworth (New York): Penguin
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Les éditions de minuit.
- Gouvernement du Canada. (2014). *À propos de la consommation problématique de substances [Éducation et sensibilisation]*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/usage-problematique-substances.html>
- Gouvernement du Canada. (s.d.). *Stigmatisation de la consommation de drogues*. Santé : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/stigmatisation.html>
- Grégoire, A. (2010). *Introduction à l'approche narrative. Cahier du participant*. Formation en approche narrative. Montréal : Centre de psychothérapie stratégique.
- Grenier, J., Bourque, M. et St-Amour, N. (2016). La souffrance psychique au travail : une affaire de gestion ?. *Intervention*
- Hatzenbuehler, M. L., J. C. Phelan et B. G. Link. (2013). « Stigma as a fundamental cause of population health inequalities », *American Journal of Public Health*, vol. 103, p. 813-821. <https://doi:10.2105/AJPH.2012.301069>
- Houle, M., et Lecours, M. (2006). *Prévenir l'abus d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent : C'est rentable pour tous*. Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Hwang et al. (2011). *Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment, and barriers to management*. *BMC Family Practice*, 12:73
- Kelly, J.F., Dow, S.J., et Westerhoff, C. (2010). Does our choice of substance-related terms influence perceptions of treatment need? An empirical investigation with two commonly used terms. *Journal of Drug Issues*, 40(4), 805–818.
- Kelly, J.F., Saitz, R., et Wakeman, S. (2016). Language, substance use disorders, and policy: the need to reach consensus on an “addiction-ary”. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34(1), 116–123.

- Krausz, R.M. (2009). La toxicomanie et le problème de santé mentale : Une introduction aux troubles concomitants. Dans Centre canadien de lutte contre l'alcool et les toxicomanies (dir.) *Troubles concomitants : Toxicomanie au Canada*. (pp.6-11)
- Kun, B. et Demetrovics, Z. (2010). «Emotional Intelligence and Addiction: A systematic Review». *Substance Use et Misuse* 45: 1131-1160.
- Kushner, M.G., Krueger, R., Frye, B., et Peterson, J. (2008). Epidemiological Perspectives on Co-Occurring Anxiety Disorder and Substance Use Disorder. Dans Stewart, S.H. et Conrod, P.J. (dir.) *Anxiety and Substance Use Disorders: The Vicious Cycle of Comorbidity*. (pp. 3-17) New-York, New-York : Springer.
- Jacques, I. (2020). *Figures de l'appropriation du diagnostic psychiatrique : Entre problème et maladie* [Mémoire accepté, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/13755/>
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatisante » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5, 183-199. <https://doi.org/10.3917/nrp.005.0183>
- Lafortune, L. et Deaudelin, C. (2001). *Accompagnement socioconstructiviste, pour s'approprier une réforme en éducation*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Landry, G. (2010). *Les drogues*. Lettres en main. Santé et Services sociaux, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. Montréal, Québec
- Lapeyre-Mestre, M. (2013). Addiction médicamenteuse : quelles données pour évaluer et prévenir ?. *Psychotropes*, 19, 65-80. <https://doi.org/10.3917/psyt.191.0065>
- Lee, C.-Y. S., Winters, K.C. et Wall, M.M. (2010). «Trajectories of Substance Use Disorders in Youth: Identifying and Predicting Group Memberships». *Journal of Child et Adolescent Substance Abuse* 19(2): 135-157.
- Lepage, M. (2013). «Comment je suis devenu toxicomane» : Le point de vue d'hommes ayant une dépendance aux drogues. Université de Montréal. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10742>
- Lessard, N. (2019). *Comprendre la réalité de l'épuisement professionnel chez les intervenants sociaux œuvrant dans la région de l'Outaouais* [uOttawa]. <http://ruor.uottawa.ca/handle/10393/39753>
- Lévesque, J. & Panet-Raymond, J. (1994). L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel. *Service social*, 43(3), 23-39. <https://doi.org/10.7202/706666ar>
- Leyton, M. et Cox, S.M.L. (2009). L'impulsivité et les troubles de toxicomanie. Dans Centre canadien de lutte contre l'alcool et les toxicomanies (dir.) *Troubles concomitants : Toxicomanie au Canada*. (pp.30-37)

- Liebschutz, J., Savetsky, J.B., Saitz, R., Horton, N.J., Lloyd-Travaglini, C. et Samet, J.H. (2002). "The Relationship between Sexual and Physical Abuse and Substance Abuse Consequences." *Journal of Substance Abuse Treatment* 22(3): 121-128.
- Link, B. G. et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol.* 27, 363-385
- Lison, C. (2013). La pratique réflexive en enseignement supérieur : d'une approche théorique à une perspective de développement professionnel. *Phronesis*, 2(1), 15–27. <https://doi.org/10.7202/1015636ar>
- Livingston, J. D. (2013). *Mental illness-related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion* (en ligne). Sur Internet : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_OpeningMinds_MentalIllnessRelatedStructuralStigmaReport_ENG_0_0.pdf
- Livingston, J. D., A. Nijdam-Jones, S. Lapsley, C. Calderwood et J. Brink. (2013). « Supporting recovery by improving patient engagement in a forensic mental health hospital: Results from a demonstration project », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 19, p. 132-145. <https://doi/10.1177/1078390313489730>
- Livingston, J. D. (2020). *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : Analyse documentaire Ottawa*, Commission de la santé mentale du Canada
- Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 20(2), 85-95.
- Lundy, C. (2004). *Social work and social justice: a structural approach to practice*, Peterborough, Ontario, Broadview Press.
- Le Moigne, P. (2008). La dépendance aux médicaments psychotropes. De la psychopharmacologie aux usages. *Drogues, santé et société*, 7(1), 57–88. <https://doi.org/10.7202/019619ar>
- Ogien, A. (2017). L'usage de drogues, un « problème social » : Quelque chose a-t-il changé depuis vingt ans ?. *Après-demain*, 44,NF, 5-7. <https://doi.org/10.3917/apdem.044.0005>
- Marquis, A., et Landry, É. (2013). *Programme-services dépendances : Modalités régionales de mise en œuvre de l'offre de services 2007-2015*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2331840>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* (p. 74). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000887/>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2007). *Offre de service 2007-2012—Programme-services Dépendances : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience* (p. 58). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000885/>

- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002078/>
- Meierdirk, C. (2016). Reflective practice in teacher education. Dans W.Sims-Schouten et S.Horton (dir.), *Rethinking Social Issues in Education for the 21st Century : UK Perspectives on International Concerns* (p.220-235).Cambridge Scholars Publishing.
- Montfort Renaissance. (s. d.). *Définition de la toxicomanie*. Montfort Renaissance. Consulté 26 janvier 2023, à l'adresse <https://montfortrenaissance.ca/programmes-et-services/services-en-toxicomanie/definition-de-la-toxicomanie/>
- Mora-Ríos, J., Ortega-Ortega, M., et Medina-Mora, M. E. (2017). Addiction-Related Stigma and Discrimination : A Qualitative Study in Treatment Centers in Mexico City. *Substance Use et Misuse*, 52(5), 594-603. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1245744>
- Moreau, M. (1987). L'approche structurelle en travail social : implications pratiques d'une approche intégrée conflictuelle. *Service social*, 36(2-3), 227-247. <https://doi.org/10.7202/706361ar>
- Mullay, R.P. (2007). *The New structural Social Work*. (3e éd), Don Mills: Oxford University Press
- Muncan, B., Walters, S. M., Ezell, J., et Ompad, D. C. (2020). "They look at us like junkies" : Influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23442>.
- OTSTCFQ. (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal, QC : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.
- Paré, J.-F. (2018). *L'accompagnement de la pratique réflexive dans la relation mentorale* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Parks, K.A. et Kennedy, C. L. (2004). «Club drugs: Reasons for and consequences of use ». *Journal of psychoactive drugs*, 36(3): 295-302.
- Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal
- Pescosolido, B. A. (2013). « The public stigma of mental illness: What do we think; What do we know; What can we prove? », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 54, p. 1-27. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Phaneuf, M. (2007). L'épuisement professionnel : Perdre son âme pour gagner sa vie. *Révision février 2013*. <http://www.prendresoin.org/?p=2488>

- Provost, M. (2010). *La trajectoire de jeunes adultes qui ont un vécu de problèmes de toxicomanie et de santé mentale : Un récit de leur expérience*. (Accepted: 2018-04-17T21:02:41Z). Repéré à <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/21990>
- Radio-Canada. (2020). *Une femme autochtone meurt à l'hôpital de Joliette dans des circonstances troubles | Le décès de Joyce Echaquan*. Radio-Canada; Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1737180/femme-atikamekw-hopital-joliette-video-facebook>
- Rege-Colet, N. et Rovero, P. R. (2014). *Explorer les apports de la pratique réflexive (chapitre 6)* dans Rege-Colet, N., et Berthiaume, D. (dir.). *La pédagogie de l'enseignement supérieur: Repères théoriques et applications pratiques: tome 2: se développer au titre d'enseignant*.
- Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, et Patra J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* ; 373(9682): 2223-33.
- Richer, E (2022). *L'inclusion sociale par l'emploi des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sévère et persistant* [Mémoire]. Université du Québec en Outaouais
- Ross, C.A., and Goldner, E.M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567.
- Roy, I. (2012). *Le loisir en milieu rural : un germe pour la mobilisation du capital social ?* Mémoire. Rimouski, Québec, Université du Québec à Rimouski, 211 p.
- Salomon, K. (2015). *Inégalités en santé et vie de quartier : Le sentiment d'appartenance comme déterminant de la santé chez des femmes vivant dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve* [Mémoire, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11457>
- Samson, E. (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec* (Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale) [Cadre de référence]. Association québécoise pour la réadaptation psychosocial.
- Service de prévention et de traitement des dépendances. (2015). *Parlons franchement de la drogue*. Nouvelle-Écosse, Promotion et protection de la santé : <https://novascotia.ca/dhw/addictions/documents/StraightTalk-fr.pdf>
- Schön, D.A.(1983).*The Reflective Practitioner : How Professionals Think in Action*.Maurice Temple Smith.
- Schütz, C.G. et Young, A.H. (2009). Les troubles de l'humeur et les troubles de toxicomanie. Dans Centre canadien de lutte contre l'alcool et les toxicomanies (dir.) *Troubles concomitants : Toxicomanie au Canada*. (pp.38-47)

- Silins, E., Silins, E., Conigrave, K.M., Silins, E., Conigrave, K.M., Rakvin, C., Silins, E., Conigrave, K.M., Rakvin, C., and Dobbins, T. (2007). The influence of structured education and clinical experience on the attitudes of medical students towards substance misusers. *Drug and Alcohol Review*, 26(2), 191-200.
- Statistique Canada. (2012). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Santé mentale*. Profil de la santé mentale, selon le groupe d'âge et le sexe. Canada et provinces. Tableau 105-1101.
- Statistique Canada. (2019). *Médicaments antidouleur contenant des opioïdes, 2018*. Feuilles d'information de la santé, Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00008-fra.htm>
- Stuart, H. (2019). Managing the stigma of opioid use. In *Healthcare management forum* (Vol. 32, No. 2, pp. 78–83). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications. (En anglais)
- St-Amand, N. (2000). Des noms qui en disent long.... *Reflets*, 6(1), 36–63. <https://doi.org/10.7202/026294ar>
- Table d'action contre l'appauvrissement de l'Estrie [TACAE]. (2016). *LA PAUVRETÉ, L'EXCLUSION SOCIALE ET SES PRÉJUGÉS*. Table d'action contre l'appauvrissement de l'Estrie, Sherbrook (Québec)
- Tardif, M., Borgès, C. et Malo, A. (2012). Introduction. Dans M. Tardif, C. Borgès et A. Malo (dir.), *Le virage réflexif en éducation : où en sommes-nous 30 ans après Schön ?* (p.7-17). De Boeck Supérieur.
- Toxquébec. (s. d.). *La dépendance aux drogues*. La dépendance aux drogues. Consulté 11 août 2023, à l'adresse <https://toxquebec.com/la-dependance-aux-substances-psychoactives/>
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2019). *L'intervention sociale auprès des groupes*. Chenelière éducation, 4e édition, 246 p.
- Watson, A. C., P. W. Corrigan et B. Angell. (2005). « What motivates public support for legally mandated mental health treatment? », *Social Work Research*, vol. 29, p. 87-94. <https://doi.org/10.1093/swr/29.2.87>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. et Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. <https://doi:10.1093/schbul/sbl076>
- Whitley, R. et Berry, S. (2013). Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. *Canadian journal of psychiatry*, 58(2), 107.
- Whitley, R. et Henwood, B.F. (2014). Life, Liberty, and the Pursuit of Happiness: Reframing Inequities Experienced by People With Severe Mental Illness. *Psychiatry Rehabilitation Journal*, 37(1), 68-70.

Van De Sande, A., Beauvolks, M. A. et Renault, G. (2011). *Le travail social : Théories et pratiques*, (2^e éd.), Montréal, Gaétan Morin.

Vega, R. V. (2015). *Le rôle de l'action communautaire dans l'insertion sociale à Montréal : Le cas du Centre N A Rive dans la collectivité haïtienne* [Thèse ou essai doctoral accepté, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/8470/>

ANNEXE 1

Rapport de stage

Introduction

Dans le réseau public de santé et services sociaux, les établissements chargés d'offrir des services en dépendances sont les Centres en réadaptation (CRD). À Montréal, c'est le Centre en réadaptation de Montréal (CRDM) qui est chargé d'accompagner des usagers ayant des problèmes de consommation. Mon stage de maîtrise en travail social a eu lieu au CRDM, plus précisément le point de service Louvain (service externe). Ce stage consistait à instaurer une pratique innovante et différente de ce qui se fait dans le milieu professionnel. Le thème du stage correspondait à la réinsertion sociale et la méthode d'intervention appliquée était celle du groupe. Un document de projet de stage a été réalisé préalablement à l'entrer en stage pour permettre une documentation du thème de la réinsertion sociale et aussi préparer la mise en place de groupe auprès d'une clientèle en dépendance. Le stage a débuté le 27 octobre 2021 et s'est finalisé le 22 février 2022. Maintenant qu'il a été accompli, il sera question de présenter le stage à travers un rapport écrit. Ce rapport de stage débutera par une présentation du milieu de stage pour par la suite présenter une description des activités de stage, une évaluation de l'atteinte des objectifs et un regard réflexif sur les apprentissages réalisés. Les dernières sections correspondront à la présentation des facteurs contribuant ou ayant fait obstacle à l'atteinte des objectifs et la présentation de quelques pistes pour mon développement professionnel. Dans la conclusion, des questions critiques seront présentées et détaillées par la suite dans un essai.

1-Description du milieu de stage

Le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (CRDM), point de service Louvain, se donne la mission d'offrir des services à toute personne ayant des problèmes de dépendance ou d'abus à la drogue et à l'alcool et d'offrir des services à leurs proches (Marquis & Landry, 2013). L'établissement vient également en aide à des personnes aux prises avec des problèmes de jeux pathologiques. De façon générale, le milieu réalise des évaluations, offre des services de désintoxication, du soutien à l'entourage et offre plusieurs autres services (Marquis & Landry, 2013).

Le CRDM (Louvain) cherche à favoriser la réinsertion sociale conjointement avec la personne en l'aidant à développer les aptitudes nécessaires pour agir de manière autonome sur les sphères sociales, économiques et affectives (Marquis & Landry, 2013). Les objectifs de CRDM incluent également la consolidation des acquis lors de la phase de réadaptation aux substances, c'est-à-dire les apprentissages faits pour faire face à la consommation. L'accent est aussi mis sur le renforcement du réseau d'appartenance de la personne et du lien avec son entourage. Pour pouvoir atteindre ces objectifs, le milieu offre des services comme l'établissement d'un plan d'intervention individualisé conjointement avec l'utilisateur (Marquis & Landry, 2013). Après sa mise en place, les professionnelles travaillent avec la personne à l'application du plan d'intervention via des suivis continus (Marquis & Landry, 2013). Le CRDM réfère aussi les usagers vers d'autres ressources susceptibles de les aider à développer leur autonomie.

2-Description des activités de stage

Comme il a été précédemment dit, ce stage correspondait à mettre en place des groupes de réinsertion sociale auprès d'une clientèle en dépendance. Pour débiter, le recrutement des participants s'est fait au hasard parmi la clientèle du CRDM. Des affiches ont été installées un peu partout dans le Centre et les participants intéressés pouvaient me contacter par téléphone ou par adresse courriel (voir Annexe, Affiche groupe, p.21).

Le recrutement s'est également produit au sein des groupes en dépendance animés par des éducateurs. Le groupe a été présenté aux usagers comme un groupe de réinsertion sociale intégrant des activités. Le but de l'ajout de la composante activité était pour créer un incitatif pour motiver les personnes à venir au groupe. Le recrutement n'a pas été initialement fait dans le programme de réinsertion du CRDM, car à mon arrivée en stage, c'était un jeune programme en construction et n'ayant pas un grand bassin de participant. Comme mon recrutement a été fait dans l'ensemble du CRDM (Louvain), il a fallu que mon groupe puisse répondre à différents besoins, dont celui de pouvoir faire des activités sociales en pleine pandémie de Covid-19.

Au total, six personnes disaient être intéressées à participer au groupe de réinsertion. Pour commencer, il y avait Anna⁵ (43 ans, besoins en contact sociaux et en loisir), Serge (59 ans, besoins en logement et étude), Gertrude (62 ans, besoins en loisir), Ramzi (55 ans, besoins en logement et

⁵ Dans le cadre de ce rapport de stage, les participants ont reçu des prénoms fictifs, mais leur âge a été conservé.

en emploi), Joséphine (54 ans, besoins en alimentation et en condition économique) et finalement, Myriam (66 ans, besoins en loisir).

Il y avait initialement deux plages horaires pour mes groupes. Néanmoins, compte tenu de certaines limites (le temps investi au groupe et les disponibilités des salles), j'ai finalement conservé un groupe: les mardis 13h30 à 15h00/15h30. La première séance de groupe a eu lieu le 30 novembre et la dernière, le 15 février. Il est important de préciser qu'une des participantes a arrêté de venir au groupe en début de janvier à cause de la situation de pandémie. Madame était immunodépressive et avait peur d'être dans un contexte de groupe.

Par rapport à la programmation des séances, les premières rencontres étaient basées sur un thème choisi par les participants et une activité associée à ce thème. Rendus à la 4^e séance, mes groupes offraient plusieurs services en lien avec différents besoins en réinsertion. En première partie, les gens pouvaient recevoir des listes de ressources sur l'emploi, l'alimentation et le logement. Par la suite, ils pouvaient se retrouver à faire une activité sur la pleine conscience ou discuter de l'isolement. Depuis la 4^e séance, chaque rencontre cherchait à répondre plusieurs besoins des participants sur les sphères de réinsertion.

Avant chaque rencontre, je décorais toujours ma salle de groupe (voir Annexe, Image 4^e séance, p.25). Je mettais des images sur les murs et je mettais des nappes en plastique sur les tables. Les images que je mettais sur les murs étaient des images qui rejoignaient la clientèle. À pratiquement toutes les séances, il y avait deux images que je mettais sur les murs (voir Annexe, Image 1-2, p.22). Elles ont fait fis d'ancrage.

Comme il est possible de le voir dans le Tableau des séances en Annexe (p.19), chaque séance avait plusieurs composantes. Cela débutait par un maximum de 30 min où les participants pouvaient dire comme ils vont et partager leur semaine avec les autres. Cela permettait de créer des échanges et de se donner entre eux des conseils sur les problèmes de réinsertion qu'ils vivaient chacun. Par la suite, à partir de la 4^e séance, les participants recevaient des listes de références pour des besoins en réinsertion nommés lors de la précédente séance. Rendu à la deuxième partie de la rencontre, c'est là qu'avait lieu une activité. Cela pouvait être une activité de discussion sur un sujet spécifique (ex, grilles réseau, isolement), une activité d'intervention (pleine conscience, modèle écologique, dessin et collage) ou une activité ludique (jeux de cartes Uno). Ces différents types d'activités vont être présentés dans les paragraphes suivants.

-Dessin et collage

Cette activité a eu lieu à la 2^e et 3^e séance. Les participants devaient se représenter visuellement dans le futur à travers des dessins et du collage. Pour le dessin, il leur a été aussi possible d'utiliser des images à colorier en lien avec des thèmes sociaux: la famille, la ville, les restaurants, la solitude et le sport. Pour le collage, ils pouvaient prendre des magazines et mettre des images sur un papier carton les représentant dans l'avenir. Il est noté que les images représentant la solitude étaient souvent pigées par les participants. En plus d'être très participatif à l'activité, il y avait beaucoup d'échanges entre les participants sur différents sujets (les voyages, la famille, la pandémie, la politique, la nourriture, les animaux de compagnie, etc. La socialisation était une part importante de la 2-3^e séance).

- Discussion sur sujet spécifique: Grille Réseau

Cette activité a eu lieu à la 4^e séance. Chacun des participants devait discuter des besoins en réinsertion qu'ils avaient notés dans une grille remplie durant les vacances de Noël. Le premier thème discuté entre les participants a été l'alimentation. Certains disaient prendre qu'un repas par jour et d'autres étaient inquiets pour leur poids. Lors de ces partages, les participants se donnaient également entre eux des conseils par rapport à l'alimentation. Quand il était question des besoins en réinsertion pour le loisir, le logement et l'emploi/étude, je donnais une liste de références pour chacun de ces sujets. Cette liste avait été trouvée sur le site du 211 Grand Montréal et contenait le nom des établissements, leur descriptif, leur numéro de téléphone et plusieurs autres informations. Les participants ont aussi fait part aux autres des références eux-mêmes qu'ils connaissent sur ces trois sujets.

-Pleine conscience (5^e séance) :

Le but de cette activité était de permettre aux participants de développer une pratique méditative et voir quelles sont les manières de les appliquer dans leur vie quotidienne. J'ai débuté par la remise d'une feuille descriptive de la pratique méditative de la pleine conscience. En parallèle, j'expliquais verbalement le contenu de cette feuille. Par la suite, une vidéo sur YouTube a été mise et pendant environ 18 minutes, le groupe devait fermer les yeux et écouter les consignes de l'animateur de la vidéo. Après l'activité, les participants devaient dire comment ils percevaient

la pratique de la pleine conscience et de quelle manière cela pourrait les aider dans la vie de tous les jours.

À l'unanimité, ils ont apprécié l'activité et ont gardé leurs yeux fermés pendant toute la vidéo. Certains ont même dit qu'ils en font ou qu'ils pratiquaient la méditation pleine conscience. Il y a également eu un participant qui a présenté d'autres techniques de méditation/respiration. À la fin, le groupe a discuté des manières autres qu'assises de faire la pleine conscience.

-Jeux de cartes Uno (7^e-8^e séance) :

Cette activité a eu lieu à chaque 2^e partie de la 7^e et 8^e séance. Le but était de permettre aux participants de s'amuser suite au contenu complexe de réinsertion qu'il y avait eu lieu à la 1^{re} partie de ces séances. C'était aussi de faire découvrir à certains ce jeu social.

Compte tenu des règles sanitaires, chacun des participants avait leur propre paquet de cartes. Une chaise était installée au milieu de la salle en office de table et les participants devaient se lever pour aller mettre leur carte sur la pile de carte. Après l'explication des règles, le jeu a pu débuter. De manière générale, les participants ont apprécié l'activité. Il y a eu beaucoup de rire et de comédie entre eux. Certains pouvaient parfois avoir de la difficulté à comprendre les règles, mais globalement, tout le monde a eu du plaisir.

- Pyramide Maslow (8^e séance)

L'objectif de cette activité était d'aider les usagers à identifier leurs besoins actuels se retrouvant sur la Pyramide de Maslow. Au tout début de l'activité, les participants ont reçu une feuille contenant la Pyramide. Chacun des trois participants présents à cette séance devait nommer quels sont leurs besoins actuels selon ce modèle de Maslow. En général, les besoins de ces participants se retrouvaient dans le niveau d'appartenance et de sécurité.

-Modèle écologique (9^e séance)

Avant le début de l'activité, les participants ont reçu une explication de tous les systèmes du modèle écologique de Bronfenbrenner (St-Louis, 2016). Ensuite, ils devaient dire quels sont les éléments les plus importants pour eux dans leur microsystème. Lors de la présentation du modèle

écologique, l'accent avait beaucoup été mis sur le macrosystème (valeurs, normes de la société). Alors, suite à l'identification des éléments de leur microsystème, les participants devaient maintenant dire quelles sont leurs propres valeurs (lien ontosystème-macrosystème). Sur une feuille, ils ont mis leurs valeurs dans une catégorie macrosystemique (Voir Annexe, Modèle écolo 1, p.24). Le but de cette activité était d'amener les participants à faire une introspection sur leur entourage proche et d'identifier quelles sont leurs propres valeurs. L'un des défis de cette activité a été l'explication. Cela a été un peu difficile pour certains participants de comprendre le modèle écologique.

Discussion sur sujet spécifique : Isolement

Cette activité a eu lieu à la 9^e séance. Le but était de savoir l'impact de la consommation sur leur isolement. Il fallait qu'ils expliquent de quelle manière la consommation menait à l'isolement. Néanmoins, après que la question leur a été posée, les participants ont surtout fait part d'un cercle vicieux entre la consommation et l'isolement (solitude). Par exemple, un d'entre eux a expliqué qu'il peut avoir envie de rester seul chez lui juste pour pouvoir consommer. En retour, cela l'amène à vivre de la solitude et encore plus consommer. Pour un autre participant, le cercle vicieux était plus entre la consommation et l'isolement professionnel. Cela commence par le fait qu'il consomme tellement que cela lui met dans une mauvaise condition pour pouvoir avoir un emploi. Ensuite, quand il explique aux gens qu'il ne travaille pas, il a honte de lui. Pour avoir diminué cette émotion, il retourne vers la consommation et, à la fin, cela dégrade encore plus sa condition pour pouvoir être sur le marché du travail.

3-Évaluation de l'atteinte des objectifs de stage

Objectif général 1: Développer une analyse critique de la toxicomanie et l'exclusion sociale

Objectif spécifique 1.1: Parfaire mes connaissances de la problématique de la toxicomanie et de l'exclusion sociale.

Ce stage au CRDM m'a permis d'élargir considérablement ma compréhension de l'exclusion sociale. Premièrement, j'ai pu comprendre que l'exclusion sociale est un phénomène vécu par une bonne majorité des personnes en dépendance. La plupart du temps, une personne ayant des problèmes de consommation va se retrouver à avoir des problèmes de réinsertion et

d'exclusion. Cela peut être par exemple l'abandon du réseau de soutien, des difficultés à garder leur emploi, de vivre l'isolement, etc. L'exclusion sociale est alors un phénomène beaucoup plus large que je le pensais. Avant le début stage, j'avais l'idée que c'était une partie de la population en dépendance qui était affectée par cette problématique quand c'est en fait la majorité d'entre eux que leur consommation les conduits vers différentes formes d'exclusion sociale.

Ce stage m'a aussi permis de découvrir des établissements à Montréal offrant des services de réinsertion auprès de la clientèle en dépendance. J'ai pu découvrir l'utilité du site de 211 Grand Montréal pour trouver rapidement des services de type réinsertion. Être au courant de cette banque de données est important, car en réinsertion, selon ton acte professionnel, tu dois parfois faire des références vers d'autres services. Par exemple, au CRDM, les professionnels qui interviennent sur la réinsertion n'aident pas les usagers à faire des CV. Ce genre de besoin de la clientèle est répondu dans d'autres établissements et organismes.

Objectif spécifique 1.2: Développer une fine connaissance des services offerts au CRDM aux personnes qui vivent avec un problème de dépendance.

Au CRDM, il existe une multitude de services, dont celui de l'interne et celui de l'externe. Dans le service externe (secteur où a eu lieu mon stage), le milieu offre des suivis individuels en réadaptation, des groupes en dépendance et des services individuels en réinsertion à des usagers venant de l'extérieur du Centre. Il y a deux types de professionnels qui offrent ces services dans ce département : les intervenants pivots et les éducateurs. Au CRDM, c'est l'intervenant pivot qui est chargé de répondre à la demande de service en consommation et de faire des suivis avec les usagers (rapport d'évaluation, plan d'intervention, etc.). Parmi les intervenants pivots, on retrouve les travailleurs sociaux, psychoéducateurs, psychologues et plusieurs autres professionnels. La seule exception de ce groupe de professionnel est les éducateurs. Au CRDM, les éducateurs sont ceux chargés d'animer des groupes sur la consommation (dépendance, abus, *craving*, etc.). Comparer aux pivots, ils ne sont pas chargés d'offrir des services individuels en consommation.

Dans le service interne, les usagers ont la possibilité d'être enfermés et coupés du monde pendant un certain temps pour recevoir de l'aide pour la dépendance. Comme à l'externe, ce service a différentes composantes. En premier, il y a la désintox où le séjour est de 10 jours. Ensuite, il y a la réadaptation interne qui correspond à un séjour de 21 jours. Dans ces deux services internes,

les usagers ont la possibilité de recevoir des suivis en réadaptation et participer à des groupes de dépendance. Durant leur passage en interne, ils sont aussi arrimés à un intervenant pivot en externe qui les suivra après la fin de leur séjour.

Il faut préciser qu'il y a d'autres paramètres spécifiques aux services externes et internes, mais qui ne se retrouvent écrits nulle part. En faite, à cause des changements constants qu'il y a au CRDM, il n'y a pas décrit récente qui résume tous leurs services. Ce résumé de leurs services externes et internes n'est basé que sur la présentation d'une coordonnatrice de ce milieu professionnel. Encore là, 1 mois environ après sa présentation, des changements ont encore apparu dans les services du CRDM.

Objectif spécifique 1.3: Analyser les méthodes d'intervention privilégiées dans le milieu de stage et leurs effets sur les personnes et leur réinsertion.

L'approche d'intervention en réinsertion du CRDM est englobée par une collaboration entre les intervenants pivots et les éducateurs du service externe. Le processus débute avec l'intervenant pivot. À travers les suivis individuels, le pivot repère les difficultés de réinsertion de l'utilisateur et l'offre de l'aide de différentes manières. Par exemple, en faisant des recherches avec lui pour trouver un logement ou en le référant vers un programme d'emploi. En plus de contenir des objectifs sur la consommation, le plan d'intervention de l'utilisateur au CRDM peut aussi contenir des objectifs de réinsertion. À nouveau, tout cela est travailler dessus à travers des suivis individuels. Néanmoins quand le problème de réinsertion devient trop complexe ou demande du temps supplémentaire, c'est là que l'intervenant pivot réfère la personne vers un éducateur. Par exemple, en faisant la démarche avec un parent pour inscrire son enfant dans une école ou aller chez un usager pour l'aider dans l'aménagement physique de son logement. La méthode d'intervention des éducateurs correspond à des suivis en un à un. Comme cela été indiquer dans l'exemple précédent, l'intervention des éducateurs peut aussi se dérouler à l'extérieur du centre.

Dans un contexte de réinsertion, l'intervenant pivot et l'éducateur se consultent souvent pour pouvoir aider de la meilleure manière possible l'utilisateur pour sa consommation et sa réinsertion. De travailler en binôme est très important, car parfois, c'est la lourdeur des problèmes de réinsertion d'un usager qui l'amène vers la consommation. Selon mon observation sur le terrain, les usagers apprécient être encadrés par ces deux professionnels et de recevoir plusieurs services

au même endroit. Même si l'éducateur réfère parfois l'utilisateur vers des services extérieurs du CRDM, la recherche initiale de ces services est faite avec l'éducateur, ce qui favorise à créer un lien de confiance entre l'utilisateur et le milieu.

Objectif général 2: Consolider mes connaissances de la méthodologie d'intervention de groupe

Objectif spécifique 2.1: Maîtriser le processus d'intervention de groupe

Durant ce stage, j'ai mis en place un groupe suivant les phases d'instauration de groupe de Turcotte & Lindsay (2019). En premier lieu, la phase de planification a duré quatre semaines. Cela a débuté le 27 octobre et a fini le 26 novembre. Comparé à ce qui avait été prévu dans le projet de stage, il n'y a pas eu de rencontre individuelle ou phase pré-groupe. Ces quatre semaines ont été concentrées sur la préparation et le recrutement. Il n'y a pas eu de phase pré-groupe à cause du peu de motivation qu'aurai eu cette clientèle en dépendance de venir à une séance pour décider de thèmes et d'activités. Ce constat a été réalisé suite à ma conversation avec ma superviseuse et de mes interactions avec cette clientèle. Le 30 novembre a alors eu lieu la première séance (phase de début) et c'est là que les usagers ont choisi les thèmes et activités qui les intéresseraient. Bien évidemment, il y a eu la présentation de quelques thèmes déjà préparés initialement. Pour les 2 prochaines séances, les usagers choisissaient le thème et l'activité qu'ils voulaient faire la séance suivante.

À partir de la 4^e séance, les usagers ne nommaient plus un thème ou une activité en particulier à faire. Chaque rencontre était concentrée sur plusieurs sujets et besoins en réinsertion (besoin de socialisation, besoin de références, besoin d'activité, etc.) nommés la séance précédente. Parfois, ils nommaient une activité en particulier qu'ils voulaient faire, mais si ce n'était pas le cas, je m'occupais à préparer une activité pour eux. À la 8^e séance (1^{er} févr.), les usagers ont été alertés de la fin du groupe dans deux semaines. À la 10^e séance (15 févr.), il y a eu la phase de dissolution. Il y a eu ensuite des rencontres individuelles post-groupe avec chacun des participants pour faire un bilan et avoir une rétroaction sur le groupe. Bien évidemment, à chaque fin de séance, il leur était demandé une rétroaction sur la rencontre.

Objectif spécifique 2.2: Consolider mes habiletés d'intervention sociale de groupe

Parmi mes techniques d'intervention de groupe, j'amenais les usagers à participer aux conversations en faisais rebondir les conversations et sujets. Je recadrais aussi les sujets de conversation pour permettre à chacun d'avoir la chance de s'exprimer.

En tant qu'animateur, j'avais une attitude accueillante, ouverte et sans jugement, ce qui m'a permis d'instaurer un climat de confiance avec les participants. J'établissais également un regard visuel avec chacun des membres (Turcotte & Lindsay, 2019). Cela aidait à établir un lien avec eux, mais aussi à décoder les messages non verbaux. En continuité, j'avais une écoute active envers chacun des membres.

En plus de créer une atmosphère accueillante avec mes décorations, j'utilisais aussi l'humour pour créer une atmosphère plaisant dans le groupe. J'étais aussi flexible aux demandes des participants et faisais des modifications en pleine séance selon leurs besoins. J'étais aussi très authentique en parlant de certaines de mes préférences personnelles (ex., le beurre d'arachide) et aussi de mes habitudes de vie (ex., faire l'épicerie chez Maxi au lieu que chez IGA). En retour, les participants devenaient plus ouverts avec moi sur leur propre vie personnelle.

Objectif spécifique 2.3: Procéder à l'évaluation du groupe (processus et satisfaction)

En premier lieu, à la fin de chacune des séances, je demandais une rétroaction aux participants sur le déroulement de la rencontre. Cela m'aidait à savoir quoi améliorer dans le groupe. En mi-stage, ils ont aussi écrit quel était leur objectif dans ce groupe de réinsertion et ce que les apportent venir à ces séances (Voir Annexe, Objectif et rétroaction, p.23). Finalement, j'ai eu une rencontre individuel post-groupe avec les participants pour discuter de leur bilan dans le groupe et aussi de leur avis sur le déroulement de tout le processus de groupe.

Objectif général 3 : Soutenir l'insertion sociale des personnes qui vivent une problématique de dépendance aux drogues et d'exclusion sociale

Objectif spécifique 3.1: Comprendre le concept d'empowerment et l'intégrer dans mes interventions

La pratique d'empowerment en réinsertion sociale vise à accompagner les usagers à se réintégrer socialement et à leur donner les outils afin de participer à la vie sociale (Brien, 2004).

Par exemple, en leur permettant d'intégrer le marché de l'emploi, la personne pourra acquérir plus de pouvoir et de contrôle sur sa vie, car cela lui permettra de pouvoir s'acheter et se payer ce qu'elle veut sans dépendre des autres. Lors de mes groupes, ceux qui avaient des difficultés en emploi pouvaient en parler avec les membres du groupe et entre eux, ils se partageaient des ressources pour recevoir de l'aide. En tant qu'animateur, j'apportais aussi des listes de ressources en employabilité. En réinsertion sociale, cela consiste également à aider les individus à trouver un logement : le simple fait d'avoir un lieu fixe d'habitation les permet de moins sentir un sentiment d'impuissance sur quel sera l'endroit où ils dormiront le soir (Boivin & De Montigny, 2002). Encore là, les participants avaient un lieu d'échange sur le sujet du logement et autres. Ils recevaient aussi des listes d'idée d'activité à faire individuellement ou en compagnie de gens

Ibarrat (2015) a indiqué que le sentiment de compétence, l'estime de soi sont des composantes importantes dans le processus du pouvoir d'agir (Ibarrat, 2015). Il faut que la personne ait confiance en soi pour qu'un changement puisse être possible. Durant mes séances, je valorisais individuellement les participants, les encourageait à participer et je leur donnais aussi le choix sur ce qu'ils voulaient la séance suivante.

Objectif spécifique 3.2: Intégrer l'approche systémique dans mes interventions individuelles et de groupe

Comme indiqué dans le projet de stage, l'approche systémique contribue également, via le soutien social, à la diminution de la consommation : « Selon l'approche multisystémique, le soutien social pourrait faciliter le changement de conduite liée à la dépendance en diminuant le stress, en encourageant la motivation, en diminuant la disponibilité de la substance et par l'influence sociale de pairs non-consommateurs » (Desrosiers, Ferland, & Blanchette-Martin, 2012, p.13). Ce soutien social peut-être obtenu à travers la réinsertion sociale.

Comme cela a été indiqué lors de la 8^e séance, les participants disaient que le groupe diminuait leur consommation. Cela les permettait de sortir de leur isolement, de partager avec des personnes et faire des activités (voir Annexe, Objectif et rétroaction, p.23). L'isolement est un concept important, car, comme cela a été discuté à la 9^e séance, l'isolement conduit souvent la clientèle en dépendance à la consommation.

En plus de permettre aux participants de partager avec le groupe leur réalité dans leurs différents systèmes, le groupe en soi était aussi un système avec de nombreuses interactions (Trebmlay, 2015). Il y avait également de la réaction (exrant) sur chaque élément qui entrait dans le système (inrant). Par exemple, lors de la 5^e séance, ma superviseuse de stage, Bianca Tremblay, est venue m'observer et le système a eu une réaction un peu négative au tout début de la séance par rapport à cet inrant : ils étaient tous très silencieux et, comparés aux précédentes séances, ils étaient un peu moins participatifs. Du fait de la présence d'une nouvelle personne dans le groupe (exrant), de la timidité se dégageait chez les participants. Néanmoins, graduellement, le système a fini par s'habituer à cette nouvelle présence. Rendu au milieu de la séance, chacun des participants s'exprimait librement comme lors des précédentes rencontres : des participants semblaient apprécier leurs interactions avec ce nouvel élément dans le système.

Objectif spécifique 3.3: Prendre conscience de ma posture professionnelle (valeurs, croyances, préjugés) et ses effets sur mes interventions.

Au tout début du stage, j'avais certaines valeurs et croyances par rapport au domaine de la dépendance. La première croyance est du fait que je considérais les individus ayant des problèmes de dépendance comme des personnes énergiques, violentes et qui n'ont pas de travail. J'ai développé cette croyance suite à l'emploi que j'occupais avant le stage. À cause de cela, j'étais un peu réticent à travailler avec une clientèle en dépendance. Lors de mes premières séances de groupe, j'avais alors un peu de mal à lancer des sujets de conversation avec les usagers. À travers les séances, cette croyance a évolué et j'ai réalisé que les usagers en dépendances peuvent être des personnes ayant un travail, une famille et même allant à l'église.

Ma deuxième valeur/croyance qui a évolué est une que j'ai développée deux semaines après le début de mon stage. Je commençais à considérer que les intervenants pivots travaillaient juste sur la consommation et le *craving* de la clientèle. Ce stage m'a permis de réaliser que ces professionnels travaillent également sur la réinsertion et les thèmes sociaux de la personne. Un plan d'intervention a souvent un objectif de réinsertion, par exemple, trouver un logement.

Finalement, je croyais qu'en dépendance on retrouvait surtout des personnes caucasiennes. À nouveau, c'est en lien avec mon précédent emploi que j'ai développé cette croyance. Ce stage m'a fait réaliser qu'il y a un nombre considérable de personnes de minorité ethnique qui font appel à des services comme le CRDM.

Je me suis aussi retrouvé à intervenir auprès d'une personne qui disait quelque chose à l'encontre d'une de mes valeurs. Pendant la 5^e séance, j'ai eu un certain désaccord avec un participant abordant des propos en lien avec l'itinérance. Dans mon parcours professionnel, j'ai travaillé avec des personnes itinérantes et j'ai remarqué que peu importe la profession ou trajet de vie, n'importe qui peut tomber dans l'itinérance. Selon le point de vue de ce participant, ceux vivant dans l'itinérance méritent cette condition, car ils sont paresseux et incompetents. C'est complètement leur faute si elles se retrouvent à vivre dans cette condition. Cela m'a dérangé de l'entendre dire ces propos et les autres participants n'appréciaient également pas ses paroles. J'ai alors pris quelques secondes auprès de ce participant pour lui transmettre de l'information sur la réalité et parcours des itinérants. Les autres participants ont par la suite commencé à aussi donner leur point de vue sur le sujet. Ce moment a été bénéfique pour le participant en question puisqu'il commençait à nuancer ces propos sur l'itinérance. Il n'était pas fermé à qu'on fasse un peu d'éducation auprès de lui. Ce moment a également permis à un autre participant d'avouer d'avoir vécu pendant quelques mois dans la rue.

4-Regard réflexif sur les apprentissages réalisés

A-Mettre en place son propre groupe

Ce stage m'a permis d'apprendre à préparer un groupe de manière précise. Je n'avais jamais eu à faire autant de préparation pour un groupe dans le passé. Plusieurs tâches devaient être réalisées : développer les objectifs du groupe, faire une affiche et de la publicité auprès de la clientèle, rencontrer des professionnels de l'établissement pour avoir leurs accords sur le contenu du groupe, etc. La liste est longue de ce que j'ai dû faire pour démarrer un groupe. Cela m'a pris un mois, mais au cours des séances, je devais continuellement m'adapter.

B-Gérer des situations émotionnelles avec usagers

Quand je devais annuler mon deuxième groupe de la semaine, j'ai dû appeler une usagère pour lui dire qu'elle n'aura pas de place dans mon groupe. Madame a failli pleurer au téléphone quand je lui ai annoncé qu'elle ne pouvait plus venir à mes groupes. Elle était très en colère. Cela m'a beaucoup affecté. Il a fallu que j'aie parlé avec des professionnels du milieu. Suite à mes conversations avec eux, j'ai compris qu'il ne fallait pas que je laisse cette situation trop m'affecter et que quand je serai prêt, de recontacter cette usagère pour voir s'il n'y a pas une solution pour elle. Cela faisait très longtemps que je n'avais pas été affecté autant par une situation dans un milieu

d'intervention. J'ai toujours fait attention pour rester émotionnellement professionnel dans mes réactions auprès des usagers. Comme un employé du CRDM m'a dit, quand on est intervenant, nous sommes notre propre outil de travail et il faut faire attention pour ne pas se laisser trop atteindre émotionnellement par la clientèle. En d'autres mots, face aux émotions des usagers, il faut rester dans l'empathie et non dans la sympathie (prendre sur nos épaules leurs douleurs).

5-Facteurs contribuant ou ayant fait obstacle à l'atteinte des objectifs de stage

Obstacles à l'atteinte des objectifs:

A-Obtenir une salle de groupe est très difficile au CRDM.

J'ai vécu deux conflits d'horaire pour un local de groupe durant mon stage. La première fois, j'ai réservé un local et j'avais averti tout le monde que j'allais prendre ce local. Néanmoins, quelqu'un l'a quand même réservé. Lors du deuxième conflit, on m'avait donné un local de groupe, mais qui était déjà réservé par quelqu'un d'autre. Au CRDM, il peut avoir un manque de communication pour la réservation des locaux de groupe. Il y a aussi le fait qu'il ait qu'un seul gros local de groupe. Les autres locaux sont petits et très restreints en nombre de place. Cette situation de salle peut entraver l'offre de service de groupe et diminuer la motivation pour certains professionnels d'animer des groupes.

B- Contexte de pandémie

Rendu au mi-stage (fin décembre-début janvier), le stage s'est beaucoup compliqué à cause du variant Omicron de la Covid-19. C'était à nouveau difficile de trouver un local, mais aussi de rassurer les participants à venir au groupe. J'avais à un moment envie de faire des séances vidéo-conférence, mais compte tenu de la clientèle et de l'âge de mes participants, cela n'a pas été possible. Bien évidemment, le contexte de pandémie m'obligeait à constamment nettoyer les tables et cela m'a aussi empêché d'organiser des partages de nourriture faite maison entre les participants.

Facteur contribuant à l'atteinte des objectifs

C- La collaboration des professionnels du milieu

L'ouverture des intervenants et professionnels du milieu m'a été une grande d'aide. Chacun d'entre eux me donnait des conseils et me soutenait lors de mes moments de difficulté. Ils étaient aussi très ouverts pour que je les observe lors de l'application des méthodes d'intervention du CRDM. Cette aide ne provenait pas que du secteur où j'ai fait mon stage, le service externe. Il y a également eu plusieurs professionnels qui m'ont aidé dans le service interne. Par exemple, en me permettant de présenter mon groupe à leurs usagers pour qu'ils puissent y participer après leur séjour dans le Centre. Le service interne m'a aussi donné accès à certains matériaux d'animations pour certaines séances.

6-Pistes pour son développement professionnel

Durant le stage, l'accent était surtout mis sur le fait de mettre en place des groupes de réinsertion sociale. Je n'étais pas chargé de faire des suivis en réadaptation pour la consommation. Je n'ai également eu à remplir aucun document d'évaluation de la consommation utilisé par les professionnels du CRDM. Il serait alors intéressant, dans ma carrière professionnelle future, que j'apprenne à faire de l'intervention axée sur la consommation. Néanmoins, les problèmes de dépendance de cette clientèle sont parfois très reliés à des problèmes de réinsertion. Alors, ce stage m'a permis d'acquérir des connaissances et compétences sur cet aspect.

Un autre aspect qui serait important à mettre en pratique dans ma carrière professionnelle serait de faire des suivis individuels en réinsertion. Pendant mon stage, j'ai pu observer des professionnels dans des suivis en réinsertion sociale, mais je n'ai jamais eu à faire moi-même ce type d'intervention. Mon application en réinsertion était plus basée sur le volet de groupe. Alors, tout ce qui consistait à m'asseoir avec un usager et à l'aider à faire des recherches pour trouver un logement ou un emploi n'a pas été appliqué dans mon stage. J'ai néanmoins pu apprendre à faire des recherches pour trouver les ressources pouvant accompagner des usagers ayant des difficultés en réinsertion.

Conclusion

Pour conclure, ce stage au CRDM m'a permis de mettre en place un groupe axé sur le thème de la réinsertion et auprès d'une clientèle en dépendance. Plusieurs apprentissages ont pu être faits sur l'intervention de groupe et sur la réinsertion/exclusion sociale. Suite aux rencontres individuels

post-groupes avec les usagers, il y a une rétroaction qui est souvent revenue : aimer le fait d'être dans un environnement du CRDM où ils ne sont plus considérés comme consommateurs et peuvent avoir la chance de parler d'autres choses que la consommation. Dans un certain sens, ils appréciaient être dans un contexte d'un milieu de la santé où l'accent et les sujets de conversations n'étaient pas dirigés vers leur trouble de consommation et leur statut de consommateur, mais sur d'autres aspects de leur vie. Ce même statut de consommateur peut facilement devenir une étiquette pour cette clientèle et les suivre partout dans le réseau de la santé. Selon St-Armand (2000), cette étiquette peut également avoir un impact sur le dossier professionnel de la personne et rendre difficile pour elle d'avoir un emploi. Les étiquettes de trouble psychologique et psychosocial qui sont données aux gens sont réductionnistes, car elles réduisent la personne à son diagnostic, officiel ou pas (St-Armand, 2000). Après que l'utilisateur ait reçu un diagnostic, on ne parle plus de lui comme une personne ayant une histoire, un vécu, des valeurs, un héritage culturel, une contribution politique, mais tout simplement comme une personne ayant un trouble qui soi disant englobe tout ce qu'elle vit. La solution pour aider la personne est aussi réductionniste. Les problèmes sociaux dans le réseau de la santé sont de plus en plus considérés comme des maladies et les traitements deviennent très médicalisés (Suissa, 1999 ; 2007). Suite aux propos de ces auteurs, deux questions me sont venues en tête et qui seront détaillées dans mon essai critique. En premier, quel est l'impact sur les usagers psychosociaux du fait de recevoir une étiquette (un trouble) au sein des services de santé publique ? Ensuite, quelles sont les conséquences sur eux quand cette étiquette est considérée comme une maladie dans le réseau ? À nouveau, tout cela part de la rétroaction des participants à mon groupe. Dans mon essai, les propos d'autres auteurs abordant ces réalités seront présentés.

Annexe (Rapport de stage)

Tableau des séances

Séance	Contenue	Participants
1 ^{re} séance	<ul style="list-style-type: none"> -Accueil -Présentation de l'animateur -Jeux brise-glace : dire 3 choses que vous aimez dans la vie -Définition de la réinsertion sociale -Présentation globale des participants de leurs besoins en réinsertion : l'isolement, la perte d'emploi, les problèmes physiques causés par la consommation et l'absence de loisir (en partie à cause de la pandémie). -Choix de thème et d'activité pour la prochaine séance -Établissement des règles 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Myriam 2- Anna 3- Ramzi 4- Gertrude 5- Serge
2 ^e séance	<ul style="list-style-type: none"> -Debut de séance par un « Comment ça va ? » -Thème : Projection dans le futur. Activité : Dessin et collage -De manière verbale, nommer votre vision de vous-même dans futur -Représenter votre vision à travers une activité de dessin et de collage -Socialisation et discussion tout au long de l'activité 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Myriam 2- Joséphine 3- Ramzi 4- Gertrude 5- Serge
3 ^e séance	<ul style="list-style-type: none"> -Debut de séance par un « Comment ça va ? » -Discussion des activités de Noël -Thème : Projection dans le futur. Activité : Dessin et collage -Socialisation et discussion sur différents sujets 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Joséphine 2- Ramzi 3- Anna 4- Gertrude 5- Myriam
4 ^e séance	<ul style="list-style-type: none"> -Discussion de comment ils vont suite aux deux semaines sans le groupe (contexte covid) -Discussion de leur grille réseau remplie durant les vacances de Noël -Distribution de documents de référence sur différents besoins en réinsertion 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Joséphine 2- Ramzi 3- Anna 4- Gertrude 5- Serge

5 ^e séance	<ul style="list-style-type: none"> -Debut de séance par un « Comment ça va ? » -Activité de pleine conscience -Discussion sur différents sujets, comme l'itinérance -Planification sur une feuille de leurs objectifs dans ce groupe de réinsertion et indication des apports à date dans ce groupe dans leur démarche de réinsertion -Sujet de fin de séance : la nourriture 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Serge 2- Ramzi 3- Anna
6 ^e séance	<ul style="list-style-type: none"> -Debut de séance par un « Comment ça va ? » -Distribution de liste de ressource -Distribution d'évènement prochain à Montréal et d'un site pour trouver des recettes de nourriture -Présentation informatique sur comment se rendre sur le site de 211 Grand Montréal -Discussion sur des sujets plus intimes, comme l'amour 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Ramzi 2- Anna
7 ^e séance	<ul style="list-style-type: none"> -Debut de séance par un « Comment ça va ? » -Les participants absents aux deux dernières séances devaient donner un devoir sur leurs objectifs dans ce groupe et aussi des apports dans leur vie de ce groupe -Activité de Uno 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Serge 2- Gertrude 3- Joséphine
8 ^e séance	<ul style="list-style-type: none"> -Debut de séance par un « Comment ça va ? » -Distribution d'une liste de ressource pour faire du bénévolat et d'un numéro d'aide en dépendance -Dire rétroaction de ce groupe sur votre niveau de consommation -Pyramide de Maslow -Activité de Uno 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Joséphine 2- Anna 3- Ramzi
9 ^e séance	<ul style="list-style-type: none"> -Debut de séance par un « Comment ça va ? » -Vérification avec les participants de leurs démarches personnelles face aux listes de ressource données lors des dernières séances -Activité en lien avec l'isolement -Activité en lien avec le modèle écologique 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Joséphine 2- Ramzi 3- Anna 4- Gertrude 5- Serge

10 ^e séance	<ul style="list-style-type: none"> -Debut de séance par un «comment ça va ?» -Discussion libre sur différents sujets -Rétroaction sur le groupe de réinsertion -Vérification de la situation des usagers sur trois sphères de la réinsertion -Vérification des projets de chacun des participants après le groupe 	<ul style="list-style-type: none"> 1- Anna 2- Serge
------------------------	--	---

Affiche groupe

Avez-vous envie de participer à des activités les mardis ou les mercredis ?

↓ ↓ ↓

- Du 30 novembre 2021 au 2 février 2022, il va avoir des groupes d'activités et de discussion au CRDM Louvain, au local E-118. Il y aura la possibilité de faire des sorties en groupe
- But: favoriser la réinsertion sociale
- Différents thèmes seront abordés: **réseau social, loisir, emploi, sphère de vie, budget, isolement**
- Il sera possible de rejoindre en tout temps les groupes
- Horaire: Mardi 13h30 à 15h00 ou Mercredi 18h00 à 19h30
- Nombre de participants: maximum 6 par groupe
- Clientèle: usager adulte étant inscrit au CRDM
- Comment s'inscrire: contacter l'animateur Jhomy François au 514-385-1232, poste 1168 ou à l'adresse courriel suivant: jhomy.francois.ccsmit@sss.gouv.qc.ca



Image 1 (ancrage)



Image 2 (ancrage)



Objectif et rétroaction

Mes objectifs du groupe de réinsertion

- Me trouver des activités, loisirs dans mon quartier
- essayer des nouvelles choses
- Rencontrer des gens, faire de nouvelles connaissances
- Comment occuper mon temps
- trouver des choses à faire, peut-être que je n'ai pas encore essayé

Ce que le groupe m'a apporté

- Brise l'isolement
- me pousse à sortir^{de} chez moi
- Brise la routine
- me change les idées et me fait oublier mon parcours d'alcoolique, il n'y a pas de étiquette, le sujet est ailleurs que sur la dépendance
- Groupe d'appartenance, bon groupe

8 Feb 2022

Microsystème

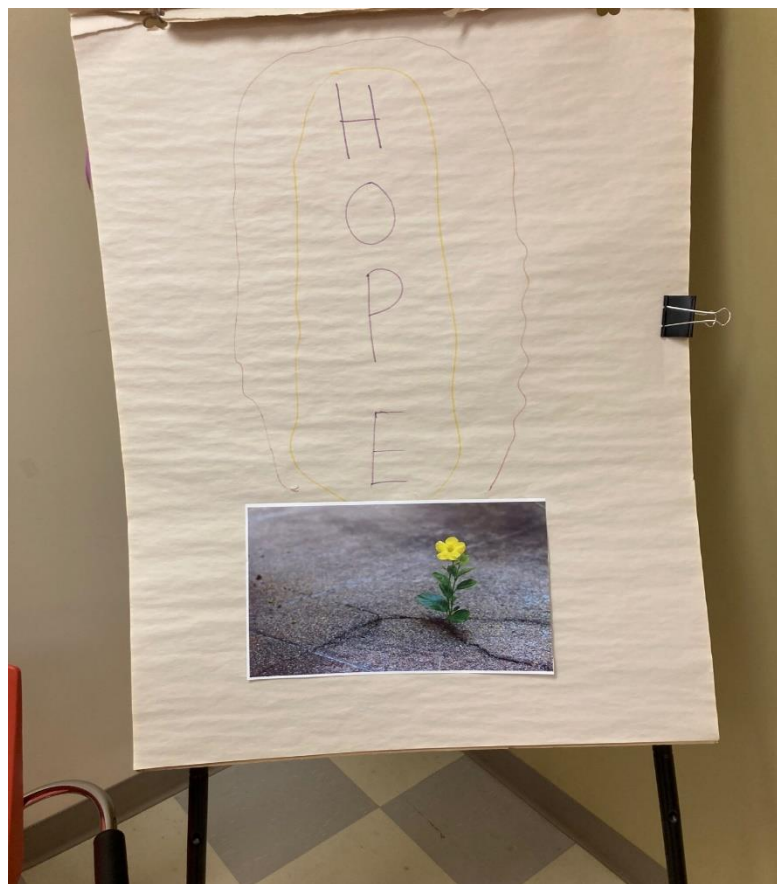
- Famille
 - enfants
 - mari
 - parents
- Travail

Macrosystème: ~~1~~

- Honnêteté
- Justice
- Loyauté
- partage
- Bonté
- Amabilité
- fidélité
- perfectionnisme
- Empathie
- Joie
- Bienfaisance
- Persevérance

Images 4^e séance





Références (Rapport de stage)

- Marquis, A., & Landry, É. (2013). *Programme-services dépendances : Modalités régionales de mise en œuvre de l'offre de services 2007-2015*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2331840>
- St-Amand, N. (2000). Des noms qui en disent long.... *Reflets*, 6(1), 36–63. <https://doi.org/10.7202/026294ar>
- St-Louis, M. (2016). *Parentalité : Présentation et analyse comparative de deux modèles théoriques* [PhD Thesis, Université du Québec à Trois-Rivières]. <http://depot-e.uqtr.ca/7862/>
- Suissa, A. J. (1999). La maladie de l'alcoolisme en Amérique du Nord : une analyse critique des fondements scientifiques et des enjeux sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 12(2), 65–88. <https://doi.org/10.7202/000054ar>
- Suissa, A. J. (2007). Dépendances et médicalisation : repères et enjeux psychosociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 92–110. <https://doi.org/10.7202/016053ar>
- Tremblay, G. (2015). *Fondements sociopolitiques du service social*. Québec, Québec : Presses de l'Université Laval.