

De la désinstitutionnalisation au rejet social : point de vue de l'ex-patient psychiatrique

From deinstitutionalization to social rejection: The point of view of ex-psychiatric patients

Carole Poulin and Raymond Massé

Volume 19, Number 1, Spring 1994

Aspects de la réadaptation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032302ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032302ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Poulin, C. & Massé, R. (1994). De la désinstitutionnalisation au rejet social : point de vue de l'ex-patient psychiatrique. *Santé mentale au Québec*, 19(1), 175–194. <https://doi.org/10.7202/032302ar>

Article abstract

A series of in-depth interviews conducted with ex-psychiatric patients who use alternative resources in the area of mental health has revealed several manifestations of rejection, stigmatization and discrimination. These are experienced as significant and determining with respect to the social integration of patients, as well as harmful to their quality of life in the community. Data shows that this population suffers from social isolation due to lack of communication with community members and from various forms of rejection and disparaging attitudes on the part of entourage. Their fragile socio-economic conditions confine them to live in a sub-culture and at the fringe of society.



De la désinstitutionnalisation au rejet social: point de vue de l'ex-patient psychiatrique

Carole Poulin*

Raymond Massé*

Des entrevues en profondeur d'ex-patients psychiatriques fréquentant des ressources alternatives en santé mentale ont permis de faire ressortir les nombreuses manifestations de rejet, de stigmatisation ou de discrimination vécues et ressenties comme significantes et déterminantes pour leur intégration sociale et nuisibles à leur qualité de vie dans la communauté. Les données indiquent que cette population souffre d'isolement social par manque de communication avec les membres de la communauté et en raison de diverses formes de rejet et d'attitudes dénigrantes de la part de l'entourage. Leurs conditions socio-économiques précaires les confinent à vivre en sous-culture en marge de la société.

La réorganisation des services en santé mentale s'est accompagnée d'un important mouvement de *désinstitutionnalisation* des patients. Ce terme désigne non seulement l'évacuation des personnes souffrant de problèmes de santé mentale des institutions traditionnelles, mais aussi l'éviction hospitalière des personnes susceptibles d'être candidates à l'institutionnalisation. Il sous-entend une expansion des services de santé mentale dans la communauté (Wallot, 1985). En mettant la population en contact direct avec ces «porteurs de la folie» traditionnellement mis à l'écart, ce mouvement a passablement modifié le paysage social et la dynamique communautaire. (Nous appellerons ex-patients psychiatriques les personnes suivies en psychiatrie mais vivant à l'extérieur de l'hôpital.)

Ce processus de réinsertion sociale des ex-psychiatisés ne se fait pas sans heurts. La réduction de la distance sociale et géographique soulève de fortes résistances dans la communauté. De nombreux

* Les auteurs sont agents de recherche à l'Unité de santé publique de Verdun. Cette étude a été réalisée grâce à une subvention accordée par la Régie régionale du Montréal Métropolitain.

ses manifestations d'intolérance et de rejet chez la population sont rapportées à l'occasion des tentatives d'implantation de ressources alternatives en santé mentale (Morin, 1988; Baillargeon et al., 1991). Les nombreux préjugés à l'égard de la maladie sont alors prétexte à l'exclusion des individus qui en sont atteints (Dorvil, 1987; Green et al., 1987; Lefebvre, 1987). Les rares rapports sociaux établis entre les membres de ces «deux solitudes» s'inscrivent de plus dans une relation de type «dominant-dominé», «normal-pathologique», «fous-normaux». Ces difficultés d'insertion dans le milieu ont amené les ex-patients à vivre en marge de la société et à se sentir stigmatisés. Un grand nombre, faute de soutien dans leurs efforts d'intégration, réintègrent les murs de l'hôpital psychiatrique à intervalles réguliers (Guberman et al., 1987; Page et Day, 1990; Dorvil, 1988).

Les promoteurs de la désinstitutionnalisation reconnaissent a posteriori l'existence de nombreuses lacunes dans la planification et la coordination de cet important volet de la réforme en santé mentale. L'une des plus déterminantes est l'absence de préparation de la population face au rôle intégrateur qu'on lui octroyait; d'évidence, on a surévalué son seuil de tolérance à la déviance et son potentiel de soutien à l'égard de la clientèle psychiatisée (Melançon-Ouellet, 1980; Dorvil, 1987; Dorvil, 1988; Guberman et al., 1987; Lefebvre, 1987; Morin, 1988; Côté et al., 1990). La longue tradition d'exclusion des malades mentaux dans la communauté a laissé des stigmates qui ne semblent pas près de disparaître (Anctil, 1986). Comme le soutient Scheper-Hughes (1987a), la fermeture des hôpitaux psychiatriques ne peut s'actualiser sans une ouverture des communautés à cette nouvelle réalité. Le principal défi consistera donc à combattre les superstitions et les préjugés tenaces qu'entretient la population à l'égard de la maladie (hérédité, incurabilité, etc) et des malades (dangereux, incontrôlables, imprévisibles, etc).

Pour ce faire, il faudrait d'abord identifier et mieux connaître les formes et manifestations de rejet vécues par les ex-patients et ressenties par eux comme étant les principales barrières à leur réinsertion sociale. Diverses recherches ont tenté de mesurer leur qualité de vie en tant que facteur contributif de leur maintien dans la communauté (Mercier et al., 1990; Bouchard et Dumont, 1988; Lehman, 1988; Baker et Intagliata, 1982). Lorsqu'on les consulte sur leurs principales préoccupations, les ex-patients souhaitent avant tout une amélioration de leur situation économique et de leur état de santé. Viennent ensuite la recherche d'un logement plus adéquat, le désir de conserver leur liberté, le jugement de leur entourage, l'utilisation de

leur temps libre (activité principale et loisirs) ou encore le souhait de vivre une relation amoureuse (Baker et Intagliata, 1982; Bouchard et Dumont, 1988; Mercier et al., 1990). Leur plus ardent désir est de réintégrer le marché du travail en vue d'améliorer leurs conditions sociales.

Les auteurs cependant constatent qu'une amélioration des conditions objectives de vie pour ces ex-patients n'engendre ni une vie sociale plus active ni une perception plus positive de leur qualité de la vie. Une réflexion intéressante émerge de ces recherches sur la centralité de la «réinsertion sociale» comme difficulté majeure vécue par la population psychiatrique. Bien que cette dernière ne participe d'évidence que rarement à des activités sociales et n'entretient que peu de contacts sociaux avec des amis extérieurs, elle se dit somme toute satisfaite de sa vie sociale. Elle ne semble pas préoccupée outre mesure par une intégration sociale minimale, si ce n'est qu'elle souhaiterait recevoir plus de soutien des membres de la famille (Bouchard et Dumont, 1988; Baker et Intagliata, 1982).

Une étude auprès d'ex-patients schizophrènes apporte un nouvel éclairage sur le caractère «problématique» du retrait social (Corin, 1990). Son entreprise anthropologique de «reconstruction du sens» de l'isolement social montre que, si cette population est d'emblée considérée comme très isolée socialement selon les critères généralement retenus (taille du réseau de relation, participation sociale, etc), la réalité est beaucoup plus nuancée. Les ex-patients ont su développer une forme de «sociabilité générale» caractérisée par des déplacements rituels vers les mêmes lieux (parcs, tavernes, dépanneurs) aux mêmes heures, chaque jour, et des contacts superficiels avec des aidants virtuels rencontrés dans ces lieux. La conception professionnelle prévalante fait de l'intégration dans un milieu de travail, du développement de liens familiaux, de l'implication émotive envers des amis et de liens avec des aidants potentiels, les fondements du soutien social. Or, cette conception ne cadre aucunement avec le besoin ressenti par les ex-patients de maintenir une saine distance avec l'entourage et de se retirer d'un monde envahissant.

Ce sous-groupe social reconstruit en fait une forme d'intégration sociale dans le respect d'un rapport acceptable de proximité-distance avec l'entourage, de désinvestissement dans les relations interpersonnelles et sociales. Plus révélateurs encore du caractère moins problématique qu'anticipé du phénomène d'isolement social, les symptômes négatifs associés par la psychiatrie aux schizophrènes,

tels le retrait émotif ou la pauvreté des rapports sociaux, apparaissent ici en opposition aux théories prévalantes sur la «désinstitutionnalisation sociale», comme un facteur facilitant le maintien dans la communauté. Cette étude met en évidence que la traduction du phénomène de l'isolement social en «problème» ressenti par les ex-patients et en «barrières» nuisant à leur réinsertion est le fruit d'un processus de construction professionnelle et culturelle davantage qu'une composante de leur vécu.

La mesure du rejet social

Afin de mieux caractériser les facteurs influençant l'accueil réservé aux ex-patients par la communauté, diverses études ont porté sur la mesure du niveau de promiscuité toléré par la population. La majorité des instruments de mesure utilisés dans ces recherches ont été développés au début des années 50 dans un contexte de pré-désinstitutionnalisation et étaient destinés à une clientèle de professionnels œuvrant en milieu psychiatrique. L'échelle la plus fréquemment utilisée est la mesure de distance sociale développée par Bogardus (1933) et reprise avec des modifications mineures par plusieurs autres (Cumming et Cumming, 1957; Wahtley, 1959 dans Dear et Taylor, 1982; Phillips, 1963 dans Kirk, 1974; Bentz et Edgerton, 1971; D'Arcy et Brockman, 1977; Melançon-Ouellet, 1980; Smith, 1981; Neff et al., 1985). Globalement, ces outils ne mesurent qu'une des facettes du rejet social, soit la distance sociale exprimée en termes d'attitudes ou de comportement d'évitement. La pertinence des situations décrites par certains items s'avère discutable puisqu'ils réfèrent à des situations qui sont très loin des préoccupations concrètes des personnes désinstitutionnalisées. Ils semblent davantage dériver des valeurs véhiculées par le concepteur de l'échelle (ou la population) que du vécu des patients et de la représentation qu'ils se font de leur propre marginalisation.

La production d'une série de situations traduisant les préoccupations réelles et quotidiennes des ex-patients semble une étape préliminaire à l'élaboration de toute échelle de mesure du rejet social, en misant sur une bonne connaissance de l'importance et de la gravité attribuées aux manifestations de rejet par ceux qui en sont les victimes. Les divers domaines dans lesquels les ex-patients rapportent expérimenter des manifestations de rejet devront aussi être couverts. Comme le souligne Corin (1988), ces échelles devront tenir compte d'une variabilité dans les modes de sociabilité, variabilité qui est

fonction de l'évolution de leur problème de santé mentale et du contexte social dans lequel s'opère leur réinsertion.

Objectif et cadre de l'étude

L'objectif de la présente étude est d'identifier les manifestations de rejet, de stigmatisation ou de discrimination les plus fréquemment vécues par un échantillon d'ex-patients psychiatriques et perçues par eux comme nuisibles à la qualité de leur vie sociale. La caractérisation de ces situations servira de canevas à l'élaboration d'un outil de mesure des attitudes de la population face à l'intégration sociale des ex-patients, attitudes associées à des situations représentatives de leurs problèmes de réinsertion sociale. Cette étude est la première phase d'un projet visant à mesurer, à l'aide de ce nouvel outil, la prévalence des attitudes d'acceptation et de rejet de la population à l'égard de la réinsertion sociale des ex-patients et à identifier les facteurs qui les influencent. Sera alors analysé le rôle des déterminants socio-culturels (valeurs, croyances) dans le conditionnement des attitudes de la communauté en tenant compte de la spécificité culturelle des Montréalais dans le contexte de la désinstitutionnalisation (Poulin et Lévesque, 1994, à venir).

Axée sur la représentation que les ex-patients se font eux-mêmes des barrières à leur réinsertion sociale, l'étude s'inscrit dans le cadre d'une épidémiologie anthropologique de la santé mentale centrée sur l'analyse des «faisceaux de significations» et des «modèles explicatifs» inhérents au savoir populaire (Kleinman, 1980; Good et Good, 1981). Cette approche plus «émique» (fondée sur la conception que s'en fait lui-même le sujet) que «étique» (fondée sur l'analyse qu'en font les intervenants de l'extérieur, citoyens ou professionnels de la santé) de la marginalisation évitera de porter des jugements de valeurs sur les moyens à privilégier pour favoriser l'intégration des ex-patients dans la communauté. Préjuger d'un contexte social favorisant leur réinsertion serait en effet arbitraire car il est important d'analyser l'ouverture de l'environnement social et culturel, tel que les ex-patients le perçoivent, le vivent et l'expriment à travers leur propre discours (Corin, 1988). L'analyse de ces données permettra de relativiser l'importance que revêtent pour ce groupe la sociabilité avec la communauté en général, la sociabilité avec des personnes fréquentant les ressources alternatives en santé mentale ainsi que la sociabilité avec le milieu familial et les amis. De même, l'identification des liens sociaux tenus pour les plus significatifs permettra de mieux saisir la portée des rapports avec l'entourage.

Méthodes et population de l'enquête

Les données ont été recueillies auprès de personnes ayant des antécédents psychiatriques et fréquentant les ressources communautaires en santé mentale, principalement du sud-ouest de Montréal, sans considération pour la nature du diagnostic. Bien que nous ne puissions prétendre à la représentativité de notre échantillon par rapport à l'ensemble des ex-patients psychiatriques, plus précisément ceux qui ne fréquentent pas de ressource alternative, les données recueillies devraient refléter un portrait réaliste des principales difficultés d'insertion que vivent les individus aux prises avec des problèmes de santé mentale. La majorité des répondants furent référés par les intervenants de ces ressources afin d'éviter d'interférer dans la relation d'aide lorsqu'ils sont en situation de crise. Ils devaient être francophones ou avoir une facilité d'expression dans cette langue. Sachant que l'âge et le sexe sont des facteurs influençant la prévalence des situations de rejet vécues par les gens désinstitutionnalisés, nous avons opté pour un échantillonnage par quotas stratifié selon ces deux critères (≤ 35 ans, > 35 ans).

Trente-neuf personnes (17 femmes et 22 hommes) ont accepté de participer à notre enquête. Les femmes se démarquent des hommes par un âge moyen plus élevé (44,3 ans et 38,6 ans); elles sont moins nombreuses à vivre seules (41 % comparativement à 68 %), et plus nombreuses à avoir au moins un enfant (65 % des femmes et 27 % des hommes) et à détenir un diplôme d'études secondaires (77 % comparativement à 63 %). Douze pour cent des répondants n'ont pas dépassé leur primaire alors que 15 % ont fait leurs études collégiales. La presque totalité reçoit des prestations d'aide sociale (87 %). Notons que la majorité des répondants ont été hospitalisés en psychiatrie au moins une fois (92 %) et parmi ceux-ci, un tiers l'ont été plus de cinq fois au cours de leur vie (36 %). Les hommes ont connu une première hospitalisation avant l'âge de 25 ans dans une plus forte proportion (75 %) que les femmes (57 %).

Nous avons privilégié l'entrevue semi-structurée de 60 à 90 minutes afin de favoriser un climat propice à l'échange et obtenir une meilleure collaboration des répondants. Les thèmes abordés, essentiellement reliés à leur vécu et aux manifestations d'intolérance de la communauté, furent présentés aux responsables des ressources en santé mentale ainsi qu'à divers intervenants afin de vérifier s'ils couvraient les principales difficultés auxquelles est confrontée leur clientèle.

Trois volets ont particulièrement retenu notre intérêt. D'abord, on demandait au répondant: «Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre vie quotidienne en tant que personne ayant déjà eu des problèmes de santé mentale?». Puis, parmi l'ensemble des manifestations de rejet décrites, le répondant était amené à identifier les plus fréquentes et les plus difficiles à assumer. Enfin, il était invité à décrire dans quelles circonstances ces manifestations ont été vécues. C'est par le biais d'une série de questions portant sur les rapports avec les principaux lieux physiques où se manifeste la résistance (magasins, banques, transport en commun, restaurants) de même que sur les rapports interpersonnels entretenus avec l'entourage immédiat (famille, amis, conjoint, belle-famille, voisins) qu'ont été recueillies ces données.

Une minutieuse analyse de contenu du matériel a permis de faire ressortir les principaux énoncés du discours des répondants traitant des difficultés de réinsertion dans le milieu. Ces difficultés, correspondant à des unités de classification de base, furent ensuite regroupées en catégories plus larges traduisant les diverses dimensions du rejet social.

Résultats

Difficultés dans la vie quotidienne

Le problème le plus fréquemment rapporté (39 % des répondants) est le *manque de communication* avec l'entourage. Les ex-patients ont manifestement peu d'occasion pour socialiser si ce n'est avec les usagers de la ressource qu'ils fréquentent. Que ce soit dans les restaurants, les parcs ou autres lieux publics, les gens de la communauté sont peu enclins à «faire un brin de jasette» avec eux. Au niveau des relations existantes, les ex-patients constatent qu'ils dérangent, voire même qu'ils sont un poids pour leur entourage. Ils sont conscients que le retrait social imposé par les hospitalisations a favorisé une rupture avec le monde extérieur et que par conséquent il limite les champs d'intérêt commun avec l'entourage immédiat. Un homme de 37 ans avait une vie sociale très active avant sa maladie. Ses séjours à l'hôpital lui ont fait perdre la majorité de ses amis et de ses confrères de travail. Lors de rares rencontres, il constate que son entourage adopte une attitude protectrice à son égard et lui renvoie l'image d'une personne aliénée. Comme il n'arrive pas à rétablir leurs perceptions de la maladie mentale, il préfère espacer les rencontres. Il qualifie ses rapports avec les usagers de la ressource comme superficiels et nettement insuffisants.

Une personne sur trois rapporte des difficultés d'*adaptation à son problème de santé mentale*. Elle doit lutter quotidiennement contre les manifestations physiques de son problème et les effets secondaires des médicaments. Les personnes de plus de 35 ans se plaignent davantage de ce handicap (35,0 %) comparativement aux plus jeunes (25,0 %). Deux fois plus de femmes (43,7 %) que d'hommes (20,0 %) l'identifient comme difficulté quotidienne. Dans l'ensemble, les répondants reconnaissent investir beaucoup d'énergie pour réprimer les symptômes apparents de leur maladie, plus particulièrement lorsqu'ils interagissent avec la population en général. Les principaux signes relevés sont des pertes de mémoire, des difficultés de concentration, des tremblements des mains, une déshydratation des muqueuses de la bouche et une instabilité émotionnelle. Un jeune homme de 28 ans éprouve beaucoup d'embarras lorsqu'il tente de contrôler ses gestes obsessionnels en présence d'amis ou de personnes étrangères. Cela crée chez lui beaucoup d'anxiété et diminue sa capacité de concentration. Il a délibérément choisi de se retirer de son cercle d'amis à l'exception des usagers de la ressource communautaire. Il avoue se sentir en confiance avec des personnes qui ont vécu des problèmes similaires aux siens car il ne craint pas d'être jugé par elles. Il envisage pouvoir réintégrer pleinement la société lorsqu'il aura atteint un certain niveau de contrôle sur son état de santé.

Plus de 30 % des répondants reconnaissent avoir des difficultés à *se prendre en charge* dans leur quotidien. Ils se définissent comme peu autonomes et très vulnérables aux aléas de la vie. Ce problème semble plus fréquent chez les personnes de 35 ans et plus (35 %) et les hommes (35 %) que chez les plus jeunes (25 %) et les femmes (25 %). Près de 14 % des ex-patients s'estiment inaptes à accomplir des tâches quotidiennes si minimes soient-elles, comme faire le ménage, l'épicerie ou la préparation des repas, ce qui contribue à les maintenir dans un état de dépendance envers leur entourage. Plusieurs aimeraient bénéficier d'une aide extérieure pour les stimuler à accomplir ces activités. Même si ce soutien ne peut être que temporaire, il contribuerait à faciliter leur adaptation à une vie normale. Une jeune femme de 28 ans, délaissée par son conjoint, attribue la cause de leur rupture au fait qu'elle s'en remettait entièrement à lui pour les tâches de la maison. Ce dernier, bien que très compréhensif face aux problèmes vécus par sa conjointe, s'est vite senti submergé par les responsabilités qui lui incombaient. Maintenant seule, cette femme s'estime dépourvue et inapte à assurer son bien-être. Elle

panique et souffre d'angoisse devant l'ampleur des tâches à accomplir.

Plus d'un répondant sur quatre souffre de se voir *dénigré* par son entourage quant à ses capacités intellectuelles et à ses habiletés sociales (28 %). Ce pourcentage est plus élevé chez les personnes de plus de 35 ans (35 %). Selon ces sujets, une forte proportion d'individus nourrissent encore aujourd'hui des préjugés à leur égard et entretiennent de nombreuses croyances erronées telles la dangerosité des personnes souffrant d'un problème de santé mentale ou encore la perte des capacités intellectuelles associée à la maladie. Certains se voient même accusés de méfaits sociaux sans qu'il y ait pour autant matière à soupçon. Ils se font fréquemment étiqueter de «malade mental, de fou ou de dangereux» lorsque les gens prennent connaissance de leur passé psychiatrique. Un jeune homme de 32 ans rapporte avoir été confronté à de nombreux préjugés de la part de son entourage à sa sortie de l'hôpital. Porteur de cicatrices aux poignets suite à plusieurs tentatives suicidaires, il s'est vu ridiculiser et traiter de «maniaque et de fou dangereux». Afin de parer ces remarques, il cache du mieux qu'il peut ses stigmates. Une femme de 40 ans constate que son potentiel est sous-estimé par sa famille à cause de ses antécédents psychiatriques. Elle rapporte que lors de certaines discussions animées, elle se fait fréquemment traiter de «folle» ou ayant des «facultés affaiblies» lorsqu'elle tente d'émettre son point de vue. De peur de subir d'autres sarcasmes, elle préfère s'abstenir d'intervenir.

Près de 20 % des répondants déplorent vivre dans des *conditions socio-économiques* difficiles. Les hommes en souffrent davantage (30,0 %) que les femmes (6,2 %). Bénéficiaires de l'aide sociale pour la plupart, un faible revenu les amène à restreindre leurs dépenses de nourriture, de logement ainsi que de loisirs. Leur passé constitue une entrave à leur intégration au marché du travail et ils conservent peu d'espoir de retrouver un statut de travailleur à court ou long terme. Ils sont donc conscients que ces privations sont là pour durer. Un jeune homme de 37 ans détenait un poste d'ouvrier spécialisé. Il s'intéresse beaucoup à la musique, à la lecture et aux voyages. Son problème de santé mentale l'a forcé à quitter son emploi et il vit depuis un an des prestations d'aide sociale. Cette baisse de revenu ne lui permet plus d'évoluer au même rythme que ses amis sur le plan culturel et contribue à accentuer le fossé qui les sépare. De plus, son statut d'assisté social le consacre aux yeux des autres comme un être improductif dans la société.

Enfin, plusieurs personnes se voient dépréciées et *rejetées par leur entourage* immédiat (16,7 %). Elles se sentent incomprises autant par leur famille que leurs amis et déplorent le peu de soutien matériel et moral reçu. Aux dires des sujets, la famille éprouve beaucoup de honte à accepter qu'un des siens soit atteint d'une maladie mentale. Les difficultés au sein du couple deviennent inévitables devant la lourdeur du soutien moral et la dépendance de la personne atteinte. Le couple est voué à plus ou moins brève échéance à un divorce. Ces mêmes formes de rejet se manifestent avec les amis. Par exemple, un homme de 24 ans constate qu'il n'a plus de crédibilité aux yeux de ses amis. Ils évitent tout sujet de discussion de peur qu'il ne s'emporte ou qu'une altercation ne vienne aggraver son état psychique. Parce qu'il ne se sent plus le droit de s'affirmer, il s'est désintéressé progressivement de son cercle d'amis.

Certaines mères interviewées font état de relations conflictuelles avec leurs enfants attribuables à leur problème de santé mentale. Prétextant qu'elles sont démunies intellectuellement à cause de leur maladie, leurs enfants contestent avec véhémence l'autorité parentale. Il s'ensuit une détérioration de leurs rapports pouvant aller jusqu'à la perte de la garde des enfants. Une mère de 34 ans affirme qu'elle a perdu beaucoup de crédibilité auprès de sa fille de 15 ans depuis que cette dernière l'a vue en état de crise et hospitalisée en psychiatrie. Il lui est difficile d'exercer une quelconque autorité sans que sa fille ne lui rappelle son problème de santé mentale. Plusieurs mères déplorent le peu de soutien reçu lorsqu'une hospitalisation est nécessaire. Comme le réseau auquel elles peuvent recourir est relativement restreint, le soutien ne peut s'offrir sur une longue période. D'autres doivent se battre pour conserver la garde de leurs enfants suite aux pressions de leur famille bien qu'elles estiment qu'avec un soutien social approprié, elles pourraient remplir adéquatement les rôles sociaux attendus.

Difficultés les plus fréquentes et les plus difficiles à vivre

À la question: «Parmi les problèmes que vous venez d'identifier, lesquels sont les plus fréquents et les plus difficiles à vivre?», plus de 43 % des personnes interrogées affirment être très affectées par le rejet de leur entourage immédiat et le peu de contacts avec leur famille et leurs amis. Les conséquences de cet isolement sur leur capacité d'adaptation dans la communauté leur sont très néfastes. Seulement 17 % en avaient fait mention comme difficulté quotidienne. Il semble que dans la vie de tous les jours, les ex-patients

livrent un combat perpétuel au niveau de leur intégration. Or, le retrait social imposé par leurs proches perdure pour la plupart depuis bon nombre d'années. Lorsqu'ils sont amenés à commenter de façon plus globale leur sortie des murs de l'hôpital psychiatrique, cet abandon est dénoncé avec un sentiment d'amertume et de profonde détresse.

Le deuxième problème en importance a trait à leur faible revenu (40,5 %). Comme leur statut d'assisté social ne leur permet aucune forme d'évasion, tels week-end à la campagne, sorties au restaurant ou au cinéma, ils sont confinés à demeurer dans leur petit appartement ou encore à participer aux activités offertes par la ressource en santé mentale. La chronicité de leur maladie leur confirme qu'il n'y a aucun espoir d'améliorer à moyen ou long terme leurs conditions de vie. Moins de 20 % rapportaient cette difficulté au niveau du quotidien. Une des explications réside, à notre avis, dans le fait que les ex-patients ont appris à vivre au jour le jour avec des moyens financiers réduits. Toutefois, lorsqu'ils dressent un bilan des difficultés liées à leur problème de santé mentale, leur situation financière précaire ressort comme étant un des problèmes majeurs.

Près du tiers des personnes rapportent souffrir d'un problème de communication avec l'entourage. Les hommes ainsi que les personnes de plus de 35 ans l'ont exprimé dans une plus grande proportion. Soulignons que près de 40 % des répondants l'avaient mentionné au niveau des difficultés quotidiennes. Enfin, se voir dénigrer par l'entourage (16,2 %), avoir des difficultés d'adaptation à leur maladie (13,5 %) et de prise en charge (10,8 %) ressortent à un niveau moindre.

On constate à l'analyse de ces données que les ex-patients psychiatriques souffrent assurément de leur isolement. Les contacts établis avec d'autres ex-patients ne suffisent pas à combler leurs attentes au niveau des relations interpersonnelles et sociales. Bien qu'ils apprécient participer aux activités sociales offertes par la ressource, ils souhaitent s'intégrer davantage dans la communauté. La perte de statut social, conjuguée à un faible revenu, restreint d'autant plus leur capacité de se rapprocher du milieu.

Manifestations de rejet dans les lieux publics et les relations interpersonnelles

Un répondant sur deux reconnaît vivre des difficultés attribuables à son problème de santé mentale dans les établissements com-

merciaux tels les magasins, les banques, les restaurants ou encore le transport en commun. Les mesures discriminatoires à cet égard ont trait à la qualité du service offert ainsi qu'à l'accessibilité à ces services. Les répondants dénoncent l'attitude abusive des employés allant jusqu'au refus de les servir et à maintes remarques désobligeantes sur leur comportement ou leur habillement. La clientèle, elle, se montre méfiante et évite la promiscuité. Il est ainsi fréquent que des individus changent de place à leur arrivée dans les restaurants, dans l'autobus, dans un parc public ou encore dans la file d'attente d'un service. Les sujets attribuent ce comportement d'évitement à une crainte de l'entourage pour sa sécurité personnelle.

L'importance que revêt la fréquentation de ces établissements est primordiale pour leur réinsertion. Plusieurs personnes interrogées éprouvent le sentiment de redevenir des citoyens à part entière lorsqu'elles se retrouvent dans des lieux publics. Certaines en arrivent même à considérer le personnel de ces établissements comme faisant partie de leur réseau social. Une dame de 53 ans originaire de la Nouvelle-Écosse est hospitalisée en psychiatrie à maintes reprises. Ses activités sociales quotidiennes consistent essentiellement à fréquenter la ressource en santé mentale du quartier ainsi qu'à consommer un café au snack-bar tout près. Elle y retrouve une serveuse empathique qui lui offre à l'occasion une cigarette tout en s'entretenant avec elle. Ce snack-bar représente pour cette femme un lieu sécurisant, car elle y retrouve une petite clientèle assidue. À l'opposé, certains ex-patients ont dit préférer les restaurants à grande surface tels les McDonald's ou les Harvey's puisqu'ils s'y sentent moins observés et jugés et peuvent y passer à loisir le temps qu'ils désirent.

Ne pouvant s'offrir beaucoup de loisirs, les ex-patients psychiatriques fréquentent assidûment les lieux publics comme les parcs, les rues commerciales de leur quartier ou encore les centres d'achats. Plus de la moitié des répondants s'y sentent stigmatisés par l'entourage. Le pourcentage d'individus vivant ces difficultés est deux fois plus élevé chez les hommes. Plusieurs hommes interrogés n'osent s'adresser aux enfants dans les terrains de jeux de peur d'être identifié comme un pédophile. Certains sont mêmes victimes d'inquisitions de la part de la police s'ils errent trop longtemps dans les parcs. Comme le soulignent Dear et Taylor (1982), les hommes souffrant de problèmes de santé mentale génèrent généralement davantage que les femmes des attitudes négatives de la part de l'entourage. Certains sujets évitent maintenant ces lieux de peur de subir des sarcasmes ou encore d'en être évincés.

Bien que la majorité des répondants soient sans travail, un certain nombre sont en recherche active d'emploi ou prévoient l'être à court terme. Près de 90 % des répondants dénoncent l'attitude peu compréhensive qu'ont eu les employeurs à leur égard. À la moindre erreur, baisse de productivité ou absence prolongée pour cause de maladie, certains furent mis à pied ou harcelés jusqu'à devoir démissionner; d'autres furent assignés à des tâches ingrates. Leur seule alternative consiste à cacher leur problème de santé mentale à tout employeur éventuel. Les contacts avec les anciens confrères de travail sont quasi inexistants. Ils ne partagent plus les mêmes intérêts et leur statut social ne leur permet plus d'avoir accès aux mêmes activités.

De même, plus de 40 % des répondants rapportent avoir vécu des expériences discriminatoires attribuables à leurs antécédents psychiatriques au niveau de leurs conditions d'habitation. Le montant demandé pour le loyer dépasse les normes, ou la salubrité des lieux laisse à désirer, ou l'attitude du propriétaire ou des locataires est désobligeante. Plusieurs relatent qu'ils se sont fait évincer sans préavis suite à une hospitalisation en psychiatrie. Afin de pallier les préjugés des propriétaires à l'égard des ex-psychiatrisés, une dame de 53 ans a recours à une de ses sœurs lors de la signature d'un nouveau bail. Ce subterfuge lui permet d'accéder à un logement plus agréable et à un prix plus décent. Afin de contrer les mesures discriminatoires de propriétaires peu scrupuleux, un grand nombre d'ex-patients font appel au programme offert par les ressources en santé mentale qui vise à faire respecter les droits des ex-patients et à faciliter l'accès à un logement adéquat.

Le discours des répondants sur la qualité des échanges avec l'entourage immédiat n'est guère plus positif. Les trois quarts des répondants, dont une plus forte proportion de femmes, rapportent que les relations avec leur famille se sont détériorées suite à la chronicité de leur maladie. On les écarte volontairement des décisions familiales importantes, prétextant que leur vulnérabilité psychologique les rend inaptes à poser un jugement. Peu d'ex-patients peuvent compter sur les membres de leur famille pour obtenir du soutien affectif ou instrumental dans le combat de leur problème de santé mentale. Malgré les efforts investis pour exprimer leur souffrance morale, les répondants se butent à une incompréhension totale de leur famille. Il s'ensuit un détachement progressif se manifestant par une indifférence aux problèmes que vit l'ex-psychiatrisé dans son quotidien.

Près de 50 % des personnes interrogées estiment avoir perdu la majorité de leurs amis depuis qu'elles souffrent d'un problème de santé mentale. Elles dénotent un certain détachement de leur part et beaucoup de froideur au niveau des échanges. En évitant les discussions qui pourraient déraiper sur le problème de santé mentale et causer de l'embarras, les relations deviennent superficielles et s'estompent avec le temps. Certains choisissent alors de se retrancher de la vie sociale et essaient d'adapter leur mode de vie en conséquence.

Le problème de santé mentale amène de nombreuses difficultés au sein du couple ainsi qu'avec la belle-famille (71,8 %). Les nouvelles relations sont également mises en péril lorsque le conjoint prend conscience du problème. Une femme dans la jeune quarantaine avoue cacher son vécu psychiatrique aux hommes qu'elle fréquente. Toutefois, ces derniers dénotent tôt ou tard certains écarts comportementaux ou encore découvrent qu'elle prend des médicaments psychotropes. La relation prend fin rapidement, car aucun ne veut s'impliquer avec une femme au passé psychiatrique si lourd. Elle n'envisage aucune relation possible avec des ex-patients, car ils lui rappellent trop toutes les souffrances qu'elle a elle-même vécues. Une réelle réinsertion sociale ne peut, pour cette femme, s'actualiser par la seule fréquentation des personnes aux prises avec des problèmes similaires aux siens. Elle préfère s'évader des milieux thérapeutiques en fréquentant assidûment les bars et en se donnant l'illusion qu'elle est une personne «normale».

Discussion

Le discours de nos répondants confirme l'impact négatif de l'étiquette d'ex-patients psychiatriques de même que l'existence de multiples barrières à leur pleine réinsertion sociale. En tant que clients de services publics ou d'établissements commerciaux, ils doivent faire face à de multiples mesures discriminatoires et se plaignent de la difficulté qu'éprouve le personnel à établir des rapports conviviaux avec eux. Les rapports sociaux établis avec les proches ou les membres de la communauté en général sont jugés nettement insuffisants. Affublés de l'étiquette de personne souffrant de problèmes de santé mentale, ils ne se sentent plus considérés comme des individus à part entière et perdent beaucoup de crédibilité aux yeux de leur entourage. Que ce soit au sein de la famille ou dans des lieux neutres tels les parcs, le métro, ils se perçoivent comme marginalisés et stigmatisés. À cet effet, Sheper-Hughes (1988) constate que la société actuelle s'approprie souvent impunément des lieux publics en

y évinçant les gens désinstitutionnalisés un peu comme si ces derniers s'ingéraient dans leurs espaces privés. Enfin, les efforts déployés pour réintégrer le marché du travail restent vains, car de nombreux préjugés subsistent chez les employeurs quant au niveau de productivité des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Gibson et Groeneweg (1986) rapportent que, bien que la majorité des employeurs se montrent ouverts à l'intégration de ces personnes, l'acceptation de principe se traduit rarement par une volonté d'action.

L'apport des ressources alternatives pour les ex-patients est déterminant pour leur réinsertion sociale puisqu'elles constituent pour bon nombre d'entre eux le seul et unique lieu où ils peuvent trouver réconfort et bien-être, tout au moins sur une base transitoire. Ce lieu de socialisation leur permet de recréer artificiellement une cellule familiale tout en conservant l'espoir de renouer avec leurs proches ou du moins d'établir de nouvelles relations avec des gens autres que des ex-patients psychiatriques. Plusieurs nous ont d'ailleurs rapporté que le fait de côtoyer exclusivement les usagers de ces ressources contribue à les marginaliser de la société et à renforcer leur sentiment de dépendance à l'égard du système de soins. Lors des sorties de groupe, ils sont conscients d'être identifiés comme des ex-patients psychiatriques et plusieurs les évitent de peur d'éprouver un sentiment de honte lorsqu'un des leurs démontre une perte de contrôle ou un comportement excessif.

Il n'est pas surprenant que les manifestations de rejet les plus sévères et les plus discriminatoires aient été dénoncées principalement par les individus pour lesquels le problème de santé mentale s'avère très visible, que ce soit par une apparence négligée ou par des gestuelles et un comportement laissant entrevoir un lourd vécu psychiatrique. Toutefois, plusieurs répondants en bonne voie de réhabilitation et ne présentant aucun signe visible de leur problème psychiatrique se sont montrés, au cours de l'entrevue, très sensibles aux diverses formes de rejet dirigées contre d'autres usagers. Ils sont conscients de la précarité de leur état de santé mentale et de leur vulnérabilité aux rechutes et reconnaissent, par conséquent, n'être aucunement à l'abri de futures manifestations de rejet à leur égard. Vécu quotidien ou menace permanente, le rejet social est donc une réalité pour tous les ex-patients.

Une relecture de la réinsertion sociale

Les répondants de notre enquête souffrent clairement d'isolement social. Ce thème réapparaît avec insistance lorsqu'ils abordent

les diverses manifestations de rejet: rejet de la part de l'entourage, problème de dénigrement, manque de communication avec les membres de la communauté, etc. Pour cette population en phase de réinsertion, le faible niveau d'intégration sociale n'a pourtant pas été identifié comme central dans les enquêtes québécoises précédentes (Bouchard et Dumont, 1988; Mercier et al., 1990; Corin, 1990). Il est possible que cette négation soit attribuable au fait que les ex-patients psychiatriques soient moins enclins aux revendications et qu'ils aient depuis longtemps accepté les conditions de vie découlant de leur état de santé, tout en s'estimant redevables au système de soins de pouvoir vivre à l'extérieur de l'hôpital (Bouchard et Dumont, 1988; Baker et Intagliata, 1982). De même, comme le souligne Bouchard (1988), il leur est difficile d'exprimer leur niveau d'insatisfaction faute de point de comparaison ou encore par crainte de se montrer trop exigeants ou de perdre ce qu'ils ont acquis. Le recours à des entrevues semi-structurées plutôt qu'à des échelles ou des outils standardisés a permis de sonder davantage le degré de satisfaction des ex-patients au sujet de l'accueil de l'entourage et par conséquent de mettre à jour les principaux facteurs restreignant leur intégration dans la communauté. Dans bon nombre de recherches, l'utilisation d'échelles ou d'outils standardisés s'avère plus contraignante puisqu'elle laisse difficilement place à l'épanchement ainsi qu'à l'expression libre des sentiments des personnes interrogées et qu'elle saisit plus difficilement les dimensions affectives du vécu d'isolement.

Tout en souhaitant une meilleure intégration dans la communauté et l'établissement de contacts plus étroits avec l'entourage immédiat, et bien qu'ils aient peu d'espoir de pouvoir remplir les rôles sociaux d'antan, les ex-patients aspirent à réintégrer progressivement la société dans la mesure de leurs capacités individuelles et des limites imposées par leur état de santé. Ils n'en démontrent pas moins beaucoup de réalisme quant aux rôles sociaux qu'ils estiment pouvoir remplir. Conscients que les préjugés et les attitudes de rejet sont des règles du jeu incontournables avec lesquels ils doivent composer, ils essaieront de négocier une nouvelle position sociale conforme à leurs attentes et à l'image qu'ils se font de leurs capacités. Ce constat rejoint celui de Corin (1990) selon qui il n'existe pas de normes susceptibles de déterminer un seuil optimal de rapports sociaux pour la réinsertion des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. La forme et la nature du soutien social recherché varient en fonction de leur vécu, de leurs moyens et de leurs valeurs ainsi que du contexte social environnant.

De l'analyse du discours à l'élaboration d'un outil de mesure du rejet social

L'inventaire des manifestations de rejet vécues et ressenties comme signifiantes aux yeux des ex-patients psychiatriques et déterminantes au plan de leur qualité de vie met en relief l'importance des difficultés liées aux relations avec l'entourage, à l'intégration socio-économique et aux problèmes d'adaptation à la maladie. Les problèmes liés à l'adaptation à la maladie, soit les difficultés d'auto-prise en charge et le refus de la maladie, traduisent plus un rejet de l'ex-patient par lui-même que par l'environnement social et sont donc moins utiles pour élaborer un outil mesurant l'attitude de la population. L'importance relative de chacun des quatre premiers «champs de rejet», soit les problèmes de communication, de rejet par l'entourage immédiat, de dénigrement ainsi que les conditions socio-économiques, fût estimée à partir du pourcentage de répondants ayant mentionné au moins une fois ces difficultés comme étant les plus difficiles à vivre et les plus nuisibles à leur réinsertion sociale. Mis à part le fait que seul 16 % ont explicitement mentionné les difficultés associées à un problème de dénigrement, les pourcentages varient entre 30 et 43 % pour les autres champs. L'outil retenu pour validation psychométrique en seconde étape comprendra donc 38 énoncés, dix pour chacun des trois champs majeurs et huit pour celui de se voir dénigrer.

Ces énoncés ont été élaborés en s'inspirant directement des situations et manifestations de rejet rapportées comme vécues par les répondants dans les lieux publics ainsi qu'avec les membres de l'entourage. Il importe de noter que l'importance relative du nombre d'énoncés pour chacun des champs ne préjuge en rien de l'importance relative que prendront ces champs de rejet dans l'outil final. Soulignons que ces «champs de rejet» reflètent une sorte de carte mentale des formes de rejet pressenties par les ex-patients et qu'ils ne correspondront pas forcément aux dimensions sous-jacentes aux attitudes de rejet retrouvées dans la population.

Conclusion

Ce sombre tableau révèle les nombreuses embûches auxquelles les personnes ayant des antécédents psychiatriques doivent faire face quotidiennement, non seulement auprès de la communauté en général, mais également de leurs proches. Avant même d'avoir réalisé l'enquête principale sur les attitudes de la population à l'égard des personnes souffrant d'un problème de santé mentale, l'analyse du

discours des personnes désinstitutionnalisées montre que nous sommes encore loin du contexte communautaire idéal favorisant leur intégration dans le milieu. Les préjugés à l'égard de la «maladie mentale» persistent à de nombreux niveaux et n'ont guère évolué durant la dernière décennie. Malgré les récentes campagnes promotionnelles visant à dédramatiser l'étiquette associée à la maladie mentale, force est de constater l'ostracisme dont sont encore victimes ces personnes. Comme le souligne Sheper-Hughes (1987b), l'hôpital psychiatrique demeure une institution stigmatisée et quiconque y fait un séjour devra combattre toute sa vie l'exclusion sociale.

RÉFÉRENCES

- ANCTIL, H., 1986, Sortir des ghettos, *Santé Société*, 8, 1, 14-16.
- BAILLARGEON, D., MARTINEAU, S. PROULX, S., 1991, *Pas dans ma rue: vers une stratégie pour réduire l'intolérance et favoriser la cohabitation sociale*, Recherche subventionnée par le Conseil québécois de la Recherche sociale, Québec.
- BAKER, F., INTAGLIATA, J., 1982, Quality of life in the evaluation of community support systems, *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- BENTZ, W.K., EDGERTON, J.W., 1971, The consequences of labeling a person as mentally ill, *Social Psychiatry*, 6, 1, 29-33.
- BOGARDUS, E.S., 1933, A social distance scale, *Sociology and Social Research*, 17, 265-271.
- BOUCHARD, C., DUMONT, M., 1988, *Les besoins de la population psychiatrique en famille d'accueil et en pavillon*, Services à la recherche J.T.D. Inc., Région Lanaudière, Montréal.
- CORIN, E., 1988, Contraintes et stratégies: la pertinence de la notion de communauté dans le cas de patients schizophrènes, *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Girame, Montréal, 179-194.
- CORIN, E., 1990, Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics, *Culture, medicine and psychiatry*, 14, 153-188.
- CÔTÉ, J., OUELLET, L., LACHANCE, R., 1990, Intégration sociale et voisinage: la position du public, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 1, 1, 21-30.
- CUMMING, E., CUMMING, J., 1957, *Closed Ranks. An Experiment in Mental Health Education*, Harvard University Press, Cambridge.
- D'ARCY, C., BROCKMAN, J., 1977, Public rejection of the ex-mental patient: Are attitudes changing?, *Revue canadienne de Sociologie et Anthropologie*, 14, 1, 69-80.

- DEAR, M.J., TAYLOR, S.M., 1982, *Not on our Street. Community Attitudes to Mental Health Care*, Pion, London.
- DORVIL, H., 1987, La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental, *Santé mentale au Québec*, 12, 1, 55-65.
- DORVIL, H., 1988, *Histoire de la folie dans la communauté, 1962-1987*, Les Editions Emile Nelligan, Montréal.
- DULAC, G., CORIN, E., MURPHY, H.B.M., 1988, *Les attitudes du public et la désinstitutionnalisation*, CH Douglas.
- GIBSON, D., GROENEWEG, G., 1986, Réceptivité des employeurs à l'égard des personnes qui présentent des troubles de développement: Quand oui veut dire non, *Santé mentale au Canada*, 14-18.
- GOOD, B.J., GOOD, M.J., 1981, The meaning of symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice in Eisenberg, L., Kleinman, A., eds, *The Relevance of Social Science for Medecine*, Dordrecht Holland Reidel, 165-196.
- GREEN, D., MCCORMICK, I., WALKEY, F., TAYLOR, A., 1987, Community attitudes to mental illness in New-Zealand twenty-two years on, *Social Science and Medicine*, 24, 5, 417-422.
- GUBERMAN, N. DORVIL, H., MAHEU, P., 1987, *Amour, bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec.
- KIRK, S.A., 1974, The impact of labeling on rejection of the mentally ill: An experimental study, *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 108-116.
- KLEINMAN, A., 1980, Patients and healers in the context of culture: An Exploration of the Borderland Between, *Anthropology, Medecine and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- LAMONTAGNE, Y., ELIE, R., GAYDOS, S., 1984, L'attitude des Montréalais devant la maladie mentale: une enquête d'opinions, *L'Union médicale du Canada*, 113, 346-350.
- LÉCUYER, R., 1991, L'analyse de contenu: notion et étapes in Deslauriers, J.L., ed., *Les méthodes de la recherche qualitative*, Presses de l'Université du Québec, Montréal.
- LEFEBVRE, Y., 1987, Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation, *Santé mentale au Québec*, 12, 1, 5-13.
- LEHMAN, A.F., 1988, A quality of life interview for the chronically mentally ill, *Evaluation and Program Planning*, 11, 1, 51-62.
- MELANÇON-OUELLET, A., 1980, *Etude sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec*, MAS, Québec.
- MERCIER, C., RENAUD, C., DESBIENS, F., GERVAIS, S., 1990, *La contribution des services à la qualité de la vie des patients psychiatriques dans la communauté*, Hôpital Douglas, Verdun.

- MORIN, P., 1988, Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale, *Santé mentale au Québec*, 13, 1, 119-124.
- NEFF, J.A., HUSAINI, B.A., 1985, Lay images of mental illness: social knowledge and tolerance of the mentally ill, *Journal of Community Psychology*, 13, 3-12.
- PAGE, S., DAY, D., 1990, Acceptance of the mentally ill in Canadian society: reality and illusion, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 9, 1.
- SCHEPER-HUGHES, N., 1987, Has deinstitutionalization failed? Caveats and lessons from the U.S. and Italy. *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Girame, Montréal, 161-176.
- SHEPER-HUGHES, N., 1987, Mental in Southie: Individual, Family and Community responses to psychosis in South Boston, *Dimensions of Social Life: Essays in Honor of David G. Mandelbaum*, Ed. Paul Hockings, Berlin, 439-464.
- SMITH, C.J., 1981, Hospital proximity and public acceptance of the mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 3, 178-180.
- WALLOT, H., 1985, La désinstitutionnalisation, 1^{re} partie. *L'union médicale du Canada*, 114, 584-624.

ABSTRACT

From deinstitutionalization to social rejection: The point of view of ex-psychiatric patients

A series of in-depth interviews conducted with ex-psychiatric patients who use alternative resources in the area of mental health has revealed several manifestations of rejection, stigmatization and discrimination. These are experienced as significant and determining with respect to the social integration of patients, as well as harmful to their quality of life in the community. Data shows that this population suffers from social isolation due to lack of communication with community members and from various forms of rejection and disparaging attitudes on the part of entourage. Their fragile socio-economic conditions confine them to live in a sub-culture and at the fringe of society.