COLLECTION
PROBLÈMES SOCIAUX
ET INTERVENTIONS SOCIALES

Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec

1930-2013

Sous la direction de
Marie-Claude Thifault
Henri Dorvil

Presses
de l'Université
du Québec

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES

Fondée par Henri Dorvil *(UQAM)*
et **Robert Mayer** *(Université de Montréal)*

L'analyse des problèmes sociaux est encore aujourd'hui au cœur de la formation de plusieurs disciplines en sciences humaines, notamment en sociologie et en travail social. Les milieux francophones ont manifesté depuis quelques années un intérêt croissant pour l'analyse des problèmes sociaux, qui présentent maintenant des visages variables compte tenu des mutations des valeurs, des transformations du rôle de l'État, de la précarité de l'emploi et du phénomène de mondialisation. Partant, il devenait impératif de rendre compte, dans une perspective résolument multidisciplinaire, des nouvelles approches théoriques et méthodologiques dans l'analyse des problèmes sociaux ainsi que des diverses modalités d'intervention de l'action sociale, de l'action législative et de l'action institutionnelle à l'égard de ces problèmes.

La collection *Problèmes sociaux et interventions sociales* veut précisément témoigner de ce renouveau en permettant la diffusion de travaux sur divers problèmes sociaux. Pour ce faire, elle vise un large public comprenant tant les étudiants, les formateurs et les intervenants que les responsables administratifs et politiques.

Cette collection était à l'origine codirigée par Robert Mayer, professeur émérite de l'Université de Montréal, qui a signé et cosigné de nombreux ouvrages témoignant de son intérêt pour la recherche et la pratique en intervention sociale.

Directeur
Henri Dorvil, Ph. D.
École de Travail social, Université du Québec à Montréal

Codirectrice
Guylaine Racine, Ph. D.
École de Service social, Université de Montréal

Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec

1930-2013

Membre de L'ASSOCIATION NATIONALE DES ÉDITEURS DE LIVRES

Presses de l'Université du Québec
Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450, Québec (Québec) G1V 2M2
Téléphone : 418 657-4399 *Télécopieur :* 418 657-2096
Courriel : puq@puq.ca *Internet :* www.puq.ca

Diffusion / Distribution :

Canada Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec) J7H 1N7
Tél. : 450 434-0306 / 1 800 363-2864

France AFPU-D – Association française des Presses d'université
Sodis, 128, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77 403 Lagny, France – Tél. : 01 60 07 82 99

Belgique Patrimoine SPRL, avenue Milcamps 119, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél. : 027366847

Suisse Servidis SA, Chemin des Chalets 7, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél. : 022 960.95.32

DANGER LE PHOTOCOPILLAGE TUE LE LIVRE

La Loi sur le droit d'auteur interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec

1930-2013

Sous la direction de
Marie-Claude Thifault
Henri Dorvil

Presses de l'Université du Québec

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre : Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013

(Collection Problèmes sociaux et interventions sociales ; 68)

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7605-4063-7

1. Malades mentaux – Désinstitutionnalisation – Canada – Histoire – 20e siècle. 2. Services de santé mentale – Canada – Histoire – 20e siècle. I. Thifault, Marie-Claude, 1965- . II. Dorvil, Henri, 1941- . III. Collection : Collection Problèmes sociaux & interventions sociales ; 68.

HV3008.C3D47 2014 362.20971 C2014-940560-X

Les Presses de l'Université du Québec reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada et du Conseil des Arts du Canada pour leurs activités d'édition.

Elles remercient également la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC) pour son soutien financier.

Conception graphique
Richard Hodgson

Image de couverture
© Fotolia – Jazzia

Mise en pages
Interscript

Dépôt légal : 3e trimestre 2014
› Bibliothèque et Archives nationales du Québec
› Bibliothèque et Archives Canada

© 2014 – Presses de l'Université du Québec
Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

Imprimé au Canada

REMERCIEMENTS

Cet ouvrage est le résultat d'une aventure de quatre années au cours desquelles nous avons mené un ambitieux programme de recherche sur le sujet de la désinstitutionnalisation. Nos enquêtes conduites à Montréal, à Québec, dans les régions de Lanaudière et des Laurentides, à Ottawa ainsi que dans le nord-est, nord-ouest et sud-est du Nouveau-Brunswick ont été possibles grâce à une subvention de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'exploration des trois principaux axes de recherche de notre étude a été pilotée par les cochercheurs de ce projet – André Cellard, Henri Dorvil, Isabelle Perreault, Nérée St-Amand et Marie-Claude Thifault – qui ont tous compté sur la précieuse collaboration d'assistants de recherche. Nous tenons ici à les nommer, afin de rendre hommage au travail qu'ils font, trop souvent dans l'ombre : Marika Alary-Vanasse, Michel Guilbault, Émilie Lebel-Bouchard, Myriam Kaszap, Mellie Poliquin, François Tessier et Jean-Claude Pouliot. À cette belle équipe se sont joints nos boursiers qui ont développé des volets fort importants qui se sont insérés merveilleusement aux idées de départ de ce grand projet : Sarah Boucher-Guèvremont, Marie-Ève Carle, Sandra Harrisson, Laurie Kirouac, Alexandre Pelletier-Audet et Jean-Luc Pinard.

Nous tenons à adresser nos plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible cette enquête dans les régions de Montréal et de la ville de Québec. C'est grâce à leur intérêt, à leur soutien

et à leur collaboration que cette enquête a pu réunir les moyens « humains » de sa réalisation. Merci à Sonia Côté (projet Chez Soi / Institut universitaire en santé mentale Douglas), Valérie Fortier (Auberge communautaire du Sud-Ouest), Benoît Côté (Programme d'encadrement clinique et d'hébergement – PECH), Sylvain Gervais (Maison Marie-Frédéric) et à Esther Gagnon (équipe du Program of Assertive Community Treatment – PACT, Institut universitaire en santé mentale de Québec) pour avoir cru en ce projet et nous avoir prêté main-forte. Enfin, un très grand merci à Anne, Philippe, Marc, Pierre, Stéphane, Jules, Isabelle, Michel, Claudine, Antoine, Louise et Jessica, autant de prénoms fictifs derrière lesquels se cache la parole de « vraies » personnes, pour avoir généreusement accepté de nous raconter leur trajectoire de soins.

Nous voulons également remercier Martin Petitcler du Centre d'histoire des régulations sociales (CHRS) de l'Université du Québec à Montréal et l'équipe du Laboratoire d'analyse historique des régulations sociales (LAHRS) qui ont permis à nos assistants et à nos boursiers d'y suivre une formation de base pour travailler à la collecte des données. Nous remercions, particulièrement, Martin Desmeules, coordonnateur du CHRS et Gilles Vallée, responsable du soutien informatique et des opérations de numérisation du CHRS. Nos remerciements vont tout spécialement à Mme Christine J. Bolduc, responsable des archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine qui, à bien des égards, facilite agréablement notre travail dans les archives de « notre Saint-Jean-de-Dieu », ainsi qu'à Mme Carmen Bercier, responsable de la protection de la vie privée à l'Hôpital Montfort, qui a été généreuse de son temps et très compréhensive à l'égard des questions tant des historiens que des apprentis historiens !

Nous voudrions rappeler que ce collectif est le résultat d'une recherche subventionnée par les IRSC et financièrement appuyée par la Chaire de recherche sur la francophonie canadienne en santé et l'Unité de recherche sur l'histoire des soins infirmiers / Nursing History Research Unit (NHRU), toutes deux sises à l'Université d'Ottawa, ainsi que le Consortium national de formation en santé (CNFS) – volet Université d'Ottawa.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS VII

LISTE DES ENCADRÉS, FIGURES ET TABLEAUX XIII

INTRODUCTION 1
Marie-Claude Thifault et Henri Dorvil

CHAPITRE 1
LE SECOND CONFLIT MONDIAL ET LA GENÈSE
DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION AU CANADA, 1939-1961 13
Alexandre Pelletier-Audet et André Cellard

1. L'état de l'archipel asilaire vers 1939 15
2. L'évolution de la psychiatrie pendant la Seconde Guerre mondiale 19
   2.1. La mobilisation et le déploiement 19
   2.2. Les soins psychiatriques sur le front : le cas de la campagne d'Italie (1943-1945) 22
   2.3. La démobilisation et la réadaptation des soldats psychiatrisés 26
3. Un vent de réforme dans le système psychiatrique québécois d'après-guerre 30

Conclusion 38

Bibliographie 39

CHAPITRE 2
DES MOLÉCULES DANS LA FOSSE AUX SERPENTS
Réformes institutionnelles, thérapeutiques et politiques au Québec, 1940-1970 43
Isabelle Perreault et Michel Guilbault

1. L'état des institutions psychiatriques au Québec avant les années 1960 45
2. Les traitements psychiatriques 52

Conclusion 59
Bibliographie 60

CHAPITRE 3
SORTIR DE SAINT-JEAN-DE-DIEU
Expériences de la désinstitutionnalisation, 1930-1976 63
Marie-Claude Thifault et Martin Desmeules

1. La délimitation du corpus 66
2. Les procédures menant à la sortie définitive 68
   2.1. Cécile doit socialiser 70
   2.2. L'anxiété de Mélanie 71
   2.3. Paul, un imbécile actif 72
3. Les réticences et les résistances 75
   3.1. Lydia, la résignée 76
   3.2. Élie et sa dépendance institutionnelle 78
   3.3. Alexis, l'entêté 80

Conclusion 83
Bibliographie 84

CHAPITRE 4
LE LANGAGE DU *CARE* ET LES POLITIQUES DE SANTÉ MENTALE DE L'ONTARIO, 1976-2006 87
Sandra Harrisson et Marie-Claude Thifault

1. Le cadre d'analyse : les théories du *care* 89
2. Les théories du *care* et les politiques en santé mentale de l'Ontario 92
3. La clientèle psychiatrique de l'Hôpital Montfort 96
   3.1. L'ouverture du Département de psychiatrie 97
   3.2. Le profil de la population hospitalisée 98
   3.3. La Commission de restructuration des soins de santé 102
   3.4. Les politiques de santé mentale de l'Ontario et sa population dite vulnérable 103

Conclusion 106
Bibliographie 107

CHAPITRE 5
PSYCHIATRISER LA SOUFFRANCE
La santé mentale au Nouveau-Brunswick 111
Nérée St-Amand et Jean-Luc Pinard

1. Le contexte de la recherche 112
   1.1. Quelques critères d'analyse 113
   1.2. Que retenir de ces différents regards ? 114
2. Quelques jalons d'histoire 115
   2.1. XIXe siècle : « Seul l'asile peut guérir la folie » (Dr Waddell, 1869) . . . 115
   2.2. Première moitié du XXe siècle : l'« illumination scientifique » 119
   2.3. De l'asile à la communauté 122
   2.4. L'heure des choix : Collaborer ? Contester ? Refuser ? 127
3. La santé mentale et les facteurs structurels 131
   3.1. Langue, culture, précarité 132
   3.2. Psychiatrie ou santé mentale ? 134

Conclusion 135
Bibliographie 137

CHAPITRE 6
LA DÉSINSTITUTIONNALISATION AU QUÉBEC,
45 ANS PLUS TARD
Quels défis pour les services en santé mentale ?
Point de vue de ses principaux « héritiers » 141
Marie-Ève Carle, Laurie Kirouac et Henri Dorvil

1. Les bilans sur les besoins non comblés et l'expérience d'utilisation des services en santé mentale des « grands utilisateurs » 145
2. Les enjeux de qualité des soins, de continuité et d'accessibilité des services 146
   2.1. Au-delà du profil des « grands utilisateurs » : leur expérience du système de santé et de services sociaux. 147
3. Le cadre théorique : le système de santé et de services sociaux comme déterminant social de la santé 148
4. La méthodologie 152
5. La continuité, l'accessibilité et la qualité des services en santé mentale : les points de vue et les parcours de soins des grands utilisateurs 154
   5.1. La continuité 154
   5.2. L'accessibilité des services 162
   5.3. La qualité des services 164
   5.4. Que retenir ? 171

Conclusion 173
Bibliographie 175

CONCLUSION
« Des actes d'une si complète audace » :
saisir la désinstitutionnalisation dans son histoire 179
Martin Pâquet

NOTICES BIOGRAPHIQUES 193

LISTE DES ENCADRÉS, FIGURES ET TABLEAUX

Encadré 2.1. Cas de Blanche 57
Encadré 2.2. Cas de Jean-Baptiste 58
Encadré 5.1. Ô terre, accueille ton enfant ! 117
Encadré 5.2. J'ai pensé lui faire accroire... 118
Encadré 5.3. Trois femmes, une histoire 125
Encadré 5.4. Gheel : une communauté thérapeutique 126
Encadré 5.5. Démolition de Centracare 129
Encadré 5.6. « *J'ai divorcé de la psychiatrie* » 130
Encadré 5.7. « *J'avais pas d'affaire à aller là !* » 133

Figure 4.1. Durée de séjour des patients psychiatrisés au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et 2006 99
Figure 4.2. Fréquence des admissions au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et 2006 100
Figure 5.1. Le *crazy crib* 121
Figure 6.1. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants 149

Tableau 1.1. Surpopulation des asiles canadiens en 1941 27
Tableau 1.2. Décès, sorties et nombre d'employés dans les hôpitaux psychiatriques du Québec (1941-1961) 34
Tableau 2.1. Nombre de patients publics présents en institution entre 1940 et 1962 50

INTRODUCTION

Marie-Claude Thifault et Henri Dorvil

À l'heure où l'on remet en question les ressources communautaires dans le but de transférer les malades mentaux dans des logements dits supervisés, ce collectif propose une lecture des tenants et aboutissants d'une première vague de désinstitutionnalisation qui a marqué les années 1960 et 1970. Cet ouvrage participe à une analyse critique de cette période de transition en matière de santé mentale, évalue les conséquences des transferts sur la vie des patients sortis des asiles ainsi que le rôle des intervenants ayant la tâche de les accompagner et, finalement, soulève des pistes d'intervention quant aux nouveaux enjeux sociaux concernant la prise en charge des malades mentaux. Cette étude sociohistorique sur le sujet de la santé mentale s'intéresse, à partir des années 1930, au dossier de la désinstitutionnalisation au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick. Le contexte canadien-français entourant la transition interinstitutionnelle des patients psychiatriques vivant en institution asilaire et dirigés vers des pavillons satellites au sein de leur communauté est au cœur des enquêtes menées par des chercheurs des disciplines de la criminologie, de l'histoire, de la sociologie, du travail social et des sciences infirmières.

Nous ne pouvons ignorer le fait que les asiles ont marqué l'imaginaire : mythes et légendes sur les infâmes personnages y étant enfermés ont nourri pendant plusieurs générations peur, aversion et mépris. Tout comme nous devons considérer l'association de l'asile aux traitements dits

barbares, abusifs et cruels qui caractérisaient la psychiatrie d'avant l'ère moderne. Certains associent toujours les institutions psychiatriques à cette aura de curiosité malveillante. Et pourtant, les préceptes du traitement moral fondés sur l'isolement asilaire, traitement par excellence à la fin du XIXe siècle pour guérir la folie, sont remis de plus en plus en question au fur et à mesure que le XXe siècle progresse. Plusieurs estiment que la « scientificité » de l'approche morale a permis de mettre en place un système de soins pour troubles mentaux mieux structuré et plus humain, comparativement aux traitements précédemment offerts dans les hôpitaux généraux et les prisons. D'autres sont d'avis que les nouveaux modes de traitement dans les hôpitaux psychiatriques canadiens transforment ces institutions en lieux de recherche et leur permettent de ressembler davantage à des hôpitaux spécialisés. Néanmoins, les nombreuses admissions et les faibles pourcentages de guérison, et cela tant au Québec, en Ontario qu'au Nouveau-Brunswick, provoquent une situation complexe d'encombrement, confirmant l'échec thérapeutique. Le discours des aliénistes, qui tente de convaincre la population des vertus thérapeutiques incomparables et des plus bénéfiques de l'enfermement asilaire pour les malades, se fait plus modéré dès les premières décennies du XXe siècle.

La conception des réseaux de santé du Québec, de la région d'Ottawa et de l'Acadie ; le développement des disciplines psychiatrique et psychologique dans l'après-guerre ; la découverte des neuroleptiques au début des années 1950 et les contrecoups de la Révolution tranquille, accompagnés d'un vent de décléricalisation, en particulier au Québec, participent à la mise en place de nouvelles alternatives dans l'art de la prise en charge des malades mentaux. Le fort courant antipsychiatrique qui en découle favorise la communautarisation comme alternative au modèle asilaire. C'est précisément sur cette trame de fond de révolution psychiatrique que repose l'attention des auteurs de ce collectif. L'expertise de chacun sur les politiques d'hygiène mentale, la déviance, le contrôle social, les traitements et les médicaments psychotropes, la santé mentale, les soins infirmiers et la marginalisation des malades mentaux, accompagnée pour plusieurs d'entre nous d'une expérience clinique, favorise une démarche méthodologique multidisciplinaire permettant de mettre au jour un patrimoine matériel et immatériel en matière de santé mentale présent au Canada.

C'est lors du colloque interuniversitaire *Folie et société au Québec, XIXe-XXe siècles*, organisé par le Centre d'histoire des régulations sociales (CHRS) en 2000, où chacun d'entre nous était invité à partager quelques bribes de nos travaux sur l'univers asilaire, qu'a germé cette idée de collaboration et de mise en commun de nos recherches. Une première publication commune au sein d'un numéro spécial de la revue *Bulletin d'histoire politique* (2002), orchestrée par André Cellard, nous a permis d'explorer

l'incidence de l'érosion des solidarités familiales au Québec (Cellard, 2002), la désinstitutionnalisation en milieux rural et urbain (Dorvil, 2002), les illusions et les désillusions liées à l'enfermement asilaire à Saint-Jean-de-Dieu (Thifault, 2002) et l'expérience asilaire au Nouveau-Brunswick (St-Amand et Allard, 2003). Depuis, nous avons poursuivi nos recherches dans nos champs d'expertise respectifs et mené des études exhaustives sur différentes facettes contribuant à mieux cerner la réalité asilaire en mettant au premier plan l'expérience des psychiatrisés eux-mêmes pour ensuite tisser une mosaïque socioculturelle qui repose sur les liens indispensables avec la famille et les ressources communautaires. Chacun d'entre nous a tenté de dépasser les murs de l'asile pour mieux comprendre le passage entre la création de l'institution asilaire et l'ère de la désinstitutionnalisation. Cellard et Thifault (2007) ont mis au jour une fascinante correspondance, tirée des dossiers médicaux des patients de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu dont l'analyse révèle que l'absence de réseaux de solidarités familiales avait une influence tant sur l'encadrement thérapeutique que sur la durée de l'internement des patients psychiatriques. Thifault (2009, 2010a) a mené une enquête sur le rôle des infirmières laïques et religieuses spécialisées en *nursing* psychiatrique formées par les Sœurs de la Providence, fondatrices de la première école d'infirmières en *nursing* psychiatrique au Québec (1912-1962). S'ajoute à la fine analyse du milieu psychiatrique que permet Saint-Jean-de-Dieu, le plus grand asile psychiatrique au Canada au tournant du XXe siècle, la superbe thèse de doctorat d'Isabelle Perreault (2009) qui présente les théories dominantes en psychiatrie et l'émergence de la psychopharmacologie dans les années 1950, la « plus grande révolution thérapeutique en psychiatrie ». Dorvil (2005, 2007) a exploré, entre autres, la réalité québécoise en termes de stigmatisation des clientèles psychiatriques en milieu urbain ainsi que l'émergence de ressources communautaires en zones dépourvues de services hospitaliers psychiatriques. Et cela en poursuivant son rôle de mentor auprès de thésards s'intéressant au sujet de la santé mentale sous de multiples facettes. Le fascinant travail de St-Amand (2008) en collaboration avec Eugène Leblanc, a mis en lumière les gens oubliés et remis en question l'histoire officielle de la santé mentale au Nouveau-Brunswick, afin de poser un diagnostic critique sur les enjeux de la santé mentale. Une contribution originale qui donne la parole aux pratiques silencieuses de ces héros qui ont osé initier de nouveaux modes de traitement, déterminés à offrir des services de santé mentale qui répondent aux besoins de ceux qui les réclament. Les recherches de St-Amand l'ont conduit, également, à explorer les réseaux alternatifs en santé mentale et les pratiques d'entraide et de solidarité en Ontario (2001, 2006).

Traitements thérapeutiques, relations familiales, services communautaires sont quelques-unes des thématiques au cœur de nos travaux respectifs que nous avons voulu explorer dans le cadre du projet Le champ

francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale[1]. Ce projet d'histoire et de sociologie de la santé mentale des années 1930 jusqu'à la première décennie du XXIe siècle propose d'explorer les relations avec la parentèle, les politiques publiques en santé mentale, le développement des thérapies, les réactions et perceptions sociales et les cadres systémiques qui sont mis en place au Québec, à Ottawa et dans une province atlantique. Cela dans le but de mettre au jour le contexte canadien-français entourant la transition interinstitutionnelle des patients psychiatriques vivant en institution asilaire et dirigés vers des ressources communautaires au cours de la première vague de désinstitutionnalisation et d'évaluer les conséquences sur les principaux intéressés de cette mesure, empreinte d'un vent de modernisation qui a remis en question les usages de l'hôpital psychiatrique partout au Canada.

L'historiographie des 10 à 15 dernières années, surtout centrée sur les déterminants socioéconomiques fondateurs de l'asile et d'autres institutions de régulation sociale, fait maintenant plus de place au profil de l'aliéné, à sa provenance, à ses liens sociaux et familiaux. Elle tend maintenant à démontrer que de complexes interactions sociales, hors du contrôle du milieu asilaire, interviennent dans l'internement des aliénés (Moran, 2000 ; Nootens, 2007 ; Porter et Wright, 2003). L'approche révisionniste basée sur l'analyse croisée des variables de genre et de classe, au cœur de l'ouvrage *Sex and Seclusion, Class and Custody* (Andrews et Digby, 2004), contribue à définir des profils plus nuancés de la population asilaire. À l'instar des liens entre le sexe et la classe sociale des individus internés, l'état civil soulève également des distinctions permettant de mieux définir certains stéréotypes de l'enfermement (Thifault, 2010b, 2011). L'absence de réseaux de solidarités familiales, par exemple, révèle la vulnérabilité des aliénés, tel que cela est démontré dans l'essai *Une toupie sur la tête* (Cellard et Thifault, 2007). Ce phénomène d'isolement et de coupure sociale, qui n'est pas sans rappeler le concept d'*isolation*, comme l'entendait la philosophe Hannah Arendt, a un effet tant sur l'encadrement thérapeutique que sur la durée de l'internement pour certains patients.

En ce qui concerne plus précisément le XXe siècle et la mise en place du projet de la désinstitutionnalisation, soit le phénomène de réinsertion des personnes psychiatrisées au sein de la société, l'historiographie est beaucoup plus silencieuse. Le sort des ex-psychiatrisés francophones vivant au Canada en situation minoritaire demeure à approfondir comme le suggèrent les conclusions de l'étude de St-Amand et LeBlanc (2008). Comme

1. Projet de recherche subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2010-2013 dont Marie-Claude Thifault est la chercheure principale et André Cellard, Henri Dorvil ainsi que Nérée St-Amand sont les cochercheurs. Isabelle Perreault se joint à notre équipe en tant que postdoctorante dès 2010 et en devient cochercheure en 2013.

en témoignent aussi les études sur la Colombie-Britannique (Menzies et Palys, 2006) et la Nouvelle-Écosse (Fingard et Rutherford, 2006) dans l'ouvrage *Mental Health and Canadian Society* (Moran et Wright, 2006), c'est plutôt l'expérience, au cours des années 1950, des patients autochtones et canadiens-anglais qui est révélée. Quant aux très intéressants travaux de Erika Dyck (2008, 2009) sur un moment fort important lié à la prémisse de la désinstitutionnalisation, soit l'usage de drogues, ils présentent l'univers des Prairies et sa population anglophone. Hors Québec, nous devons au sociologue Nérée St-Amand (2006) une contribution originale et sensible aux pratiques alternatives en santé mentale et cela tant sur le territoire de l'Ontario que du Nouveau-Brunswick. Ses travaux sur la spiritualité dans le champ du travail social ouvrent la porte à un questionnement des liens entre l'État et l'Église qui marque indéniablement une remise en question des pratiques religieuses et par conséquent une relecture, également amorcée par les chercheurs en sciences humaines du Québec (Gauvreau, 2008 ; Meunier, 2003 ; Perreault et Thifault, 2012), de la religion et de la place qu'elle a occupée dans la prise en charge des aliénés des XIXe et XXe siècles. En définitive, c'est bien au Québec que le champ francophone de la désinstitutionnalisation est le mieux documenté. Dorvil, spécialiste de l'expérience « transinstitutionnelle » au Québec, s'intéresse plus particulièrement à la situation précaire des malades mentaux au sein de la communauté depuis les réformes sociales de la Révolution tranquille. Ses travaux de recherche portent notamment sur la stigmatisation associée aux troubles mentaux, particulièrement dans les domaines du logement, de l'emploi et des médias de masse (2007, 2010). La désinstitutionnalisation demeure néanmoins un sujet jusqu'ici principalement étudié selon des perspectives sociologiques (Blais, Mulligan-Roy et Camirand, 1998 ; St-Amand, 2001, 2006). Récemment, Thifault et Perreault ont minutieusement étudié les recommandations pour les hôpitaux psychiatriques du Québec présentées en 1962 dans le rapport Bédard dans le but de les comparer avec les projets que tentaient de réaliser les Sœurs de la Providence et les aliénistes de Saint-Jean-de-Dieu. En fait, les idées « innovatrices » présentées dans le rapport Bédard étaient déjà discutées au sein de l'asile depuis plusieurs décennies (2011, 2012). À ces études s'ajoutent les témoignages percutants des survivants de l'ère asilaire. Un terreau fertile et indispensable à la construction de la trame historique de ce phénomène sociétal, éclaboussé de scandales, qui a particulièrement marqué le passé asilaire de personnes psychiatrisées (Beckman et Davies, 2013 ; Pagé, 1961 ; Roy, 1994 ; St-Amand et LeBlanc, 2008 ; *Les maudits fous !*, 2007).

Depuis les années 1930 jusqu'à la première décennie du XXIe siècle, les auteurs de ce collectif proposent, en six chapitres, une nouvelle lecture de la désinstitutionnalisation psychiatrique en tentant de démystifier tant les perceptions, les traitements que l'expérience même des ex-psychiatrisés. Jusqu'à tout récemment, la tendance dominante imputait presque

exclusivement à la découverte des neuroleptiques la possibilité et de fait la concrétisation de la désinstitutionnalisation. En effet, cette découverte, particulièrement le Largatil par Henri Laborit au début des années 1950, faisait disparaître les symptômes actifs de de la schizophrénie (violence, hallucinations, etc.), facilitait la relation thérapeutique et concourrait à rendre le patient psychiatrique plus présentable dans la vie en société (Dorvil, 2006). La guerre comme événement traumatique peut déclencher la folie chez les soldats certes mais aussi chez les hauts gradés. Le chapitre premier, « Le second conflit mondial et la genèse de la désinstitutionnalisation au Canada, 1939-1961 », d'Alexandre Pelletier-Audet et André Cellard, apporte quelques nuances sur le sujet de la désinstitutionnalisation, en particulier, à l'effet que l'armée a contribué à la démystification de la maladie mentale qui n'est plus considérée comme un « virus honteux ». Autrefois simulateur, lâche à punir, le malade mental devient un être honorable à qui porter secours. Désormais la psychiatrie fait partie de l'effort de guerre, du salut national. Le système d'assistance mis en place pour les vétérans de retour du front sert de modèle pour la prise en charge des autres malades mentaux : de là les centres de réadaptation, les soins et les services pensés dans les équipes multidisciplinaires, la psychiatrie communautaire, la désinstitutionnalisation d'aujourd'hui.

L'institutionnalisation de la folie, soit le traitement de la maladie mentale, est en lien étroit avec la mise à l'écart des éléments déviants afin de maintenir la cohésion sociale. C'est ce qui se dégage d'entrée de jeu dans le deuxième chapitre, celui d'Isabelle Perreault et Michel Guilbault. Parallèlement aux brillantes spéculations neurobiologiques, à la complexité des sables bitumineux de l'inconscient, la maladie mentale s'avère aussi une forme de perturbation discursive et comportementale qui se définit par l'écart par rapport à la norme et qui se trouve en violation des règles de l'ordre social établi. Ce chapitre présente d'abord les multiples demandes de changement de l'appareil psychiatrique dans les années 1960. Ensuite, il traite de l'effet de la psychopharmacologie sur l'implantation même de la désinstitutionnalisation entre les années 1940 et 1970. En fait, bien avant la Révolution tranquille, les idées de révolution psychiatrique étaient déjà en pleine gestation, attendant le moment propice pour éclore en plein jour.

De la théorie à la pratique constitue la trame de fond du troisième chapitre « Sortir de Saint-Jean-de-Dieu » de Marie-Claude Thifault et Martin Desmeules. La mise en contexte de la désinstitutionnalisation tient compte des appréhensions des patients psychiatriques, de leurs inquiétudes au sujet de leur avenir, de leur peur d'être laissés seuls. Cette réévaluation des résultats de la première vague de désinstitutionnalisation tient compte également du deuil de l'institution vécu dans la chair et l'âme de ces aliénés. Si le patient psychiatrique s'avère de loin le personnage principal de

la « désins », les unités de réinsertion sociale logées à l'asile, la pratique de placements à l'extérieur ne sauraient faire abstraction de la contribution de trois intervenants clés : les notes d'évaluation mentale du médecin, les observations de l'infirmière, les rapports de la travailleuse sociale. Ces trois acteurs devaient pousser dans la même direction la roue de l'activation du processus de socialisation pour une vie réussie en société.

Toutes proportions gardées bien évidemment, de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Montréal au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort d'Ottawa en Ontario francophone, il s'agit de la même problématique étudiée par Sandra Harrisson et Marie-Claude Thifault. Depuis les 40 dernières années, plusieurs réformes et politiques ont eu lieu en Ontario. La réduction des services hospitaliers s'est accompagnée d'un développement de soins et de services communautaires. Ces derniers sont loin de correspondre proportionnellement à la diminution des ressources hospitalières. L'approche sociohistorique a été utilisée pour documenter cette problématique. Depuis plusieurs décennies, pour ne pas dire de tout temps, les patients psychiatriques se sentent souvent rejetés, mis à l'écart, exclus de la vie sociale. Quoi de plus pertinent que la théorie du *care* pour sensibiliser chaque membre de la société à cette victimisation, à cette discrimination qui frappe les patients psychiatriques afin de trouver des solutions concrètes pour réintégrer ces individus dans la société. C'est à cette tâche colossale que les auteures de ce quatrième chapitre se sont attelées pour révéler un pan important de la réalité désinstitutionnelle : donner la voix aux sans-voix, reconnaître l'expertise des individus atteints de troubles psychiques.

Les personnes qui aboutissent en psychiatrie s'y trouvent-elles à la suite de problèmes de nature psychiatrique ou plutôt de nature économique ou sociale ? Telle est la question qui constitue la trame de fond du cinquième chapitre, « Psychiatriser la souffrance », de Nérée St-Amand et Jean-Luc Pinard. Le cumul des handicaps mène-t-il en psychiatrie ou la psychiatrie est-elle souvent une voie de service plus commode pour cacher les inégalités structurelles du système social et éviter des remises en question fondamentales ? Depuis les années 1950, la littérature scientifique a largement documenté la dyade classes sociales et santé mentale. La prévalence et l'incidence des troubles mentaux vont de la classe supérieure à la classe inférieure. Le type de morbidité change : plus de névroses dans les classes supérieures, plus de psychoses dans les classes inférieures. L'originalité de cette étude tient au fait que ses auteurs mettent d'emblée en exergue les facteurs sociohistoriques qui caractérisent l'Acadie : une aliénation économique doublée d'une aliénation culturelle. L'angle de prise de vue est épistémologiquement fondé : collecte de données institutionnelles et entrevues semi-dirigées auprès des personnes psychiatrisées.

Le dernier chapitre signé par Marie-Ève Carle, Laurie Kirouac et Henri Dorvil sur la désinstitutionnalisation au Québec a certainement une grande parenté sémiologique avec le chapitre de Harrisson et Thifault sur le langage du *care* et avec le chapitre de St-Amand et Pinard, « Psychiatriser la souffrance ». Ce nouveau chapitre prend aussi en considération le point de vue des opprimés, les patients psychiatriques, en se référant cette fois-ci aux déterminants sociaux de la santé. Il présente le vécu de personnes aux prises avec des troubles mentaux graves dans l'organisation actuelle des services en santé mentale. En tant que grands utilisateurs, leur expérience les positionne en tant qu'experts du système et leur récit apporte une perspective singulière sur les services et leurs effets sur les personnes usagères.

L'institutionnalisation et la désinstitutionnalisation des services psychiatriques prennent toujours naissance dans un cadre historique et culturel donné. Au Québec, la désinstitutionnalisation est passée par une phase de ruralisation. En effet, les Hautes Laurentides et Lanaudière, deux régions défavorisées, ont bénéficié d'asiles créateurs d'emplois[2] à condition d'expérimenter une psychiatrie de proximité avec des patients circulant librement dans la communauté. Dans les années 1960, à l'aube de la Révolution tranquille, des groupes de citoyens de Sillery (ville de Québec) et de Ville-Mont-Royal à Montréal ont exercé d'énormes pressions sur le cabinet libéral de Jean Lesage pour un sursis de la désinstitutionnalisation en terre urbaine. Ils n'étaient pas encore prêts à partager leurs rues avec ces « revenants ». Mais, à bien y penser, il y a bien plus que ça. Le gouvernement du Québec a tenu compte d'une caractéristique propre du milieu rural : la solidarité mécanique ou solidarité par ressemblance (Durkheim, 1930 [1893]), et aussi d'une tolérance reconnue dans l'histoire. Contrairement au milieu urbain où la solidarité organique appelle une plus grande autonomie des individus, une conscience individuelle plus étendue et aussi une certaine forme de « distinction », en milieu rural, la solidarité est plus effective, on se connaît, les villageois s'entraident, se rendent des services mutuels : l'homme est lié aux autres et à la société non seulement pour assurer sa protection face aux aléas de la vie, mais aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son humanité. Ce milieu semblait d'emblée plus propice à une psychiatrie de proximité, c'est-à-dire communautaire, que la société « distincte » des villes réputée plus individualiste et anonyme.

2. Encore une fois, comme le disait Michel Foucault (1971), la folie sert d'alibi aux puissances sacrées du labeur.

Pour ce qui est de l'histoire, il faut remonter à plus loin. À l'époque de la colonisation, le Canada formait une société extrêmement tolérante envers ses malades, ses infortunés, ses handicapés mentaux. En terre inconnue, le coude à coude entre voisins aidait à se protéger contre les catastrophes : la maladie, le froid, les incendies et les ennemis réels et imaginaires (Desfontaines, 1971). Ce n'était pas le temps de se rejeter, les malades comme les bien-portants faisant partie de la communauté. En cela, les Français en débarquant en Nouvelle-France amenèrent avec eux leurs coutumes ancestrales puisque, selon Foucault (1971), l'époque de la Renaissance et une bonne partie du XVIIe siècle se caractérisaient par une tolérance envers toute forme de déviance.

Bibliographie

ANDREWS, J. et A. DIGBY (2004). *Sex and Seclusion, Class and Custody : Perspectives on Gender and Class in the History of British and Irish Psychiatry*, New York, Rodopi, coll. « Clio Medica », nº 73.

BECKMAN, L. et M. J. DAVIES (2013). « Democracy is a very radical idea », dans B. A. Lefrançois *et al.* (dir.), *Mad Matters : A Critical Reader in Canadian Mad Studies*, Toronto, Canadian Scholar's Press, p. 38-48.

BLAIS, L., L. MULLIGAN-ROY et C. CAMIRAND (1998). « Un chien dans un jeu de quilles : le mouvement des psychiatrisés et la politique de santé mentale communautaire en Ontario », *Canadien Review of Social Policy – RCPS*, vol. 42, p. 15-35.

CELLARD, A. (2002). « Folie, internement et érosion des solidarités familiales au Québec : une étude quantitative », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 10, nº 3, été, p. 45-58.

CELLARD, A. et M.-C. THIFAULT (2007). *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Boréal.

D'ANTONIO, P. (2006). *Founding Friends : Families, Staff, and Patients at the Friends Asylum in Early Nineteenth-Century Philadelphia*, Cranbury, Lehigh University Press.

DESFONTAINES, P. (1971). « Le rang, type de peuplement rural du Canada français », dans M. Rioux et Y. Martin, *La société canadienne-française*, Montréal, HMH, p. 19-43.

DORVIL, H. (2002). « La désinstitutionnalisation : du fou de village aux fous des villes », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 10, nº 3, p. 88-104.

DORVIL, H. (2005). « Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation », *Cahiers de recherche sociologique*, nºs 41-46, p. 209-235.

DORVIL, H. (2006). « Prise de médicaments et désinstitutionnalisation », dans J. Collin, M. Otero et L. Monnais (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine : regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 35-66.

DORVIL, H. (2007). « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale », dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux. Théories et méthodologies de la recherche*, t. 3, Québec, Presses de l'Université du Québec, coll. « Problèmes sociaux et interventions sociales », p. 169-202.

DORVIL, H. (2010). « Le stigma comme forme d'inégalité sociale en santé mentale », dans H. Dorvil et M. Thériault (dir.), *Problèmes sociaux, médiation communautaire, recherche et santé*, Montréal, Cahiers scientifiques de l'ACFAS, nº 12, p. 267-291.

DURKHEIM, É. (1930 [1893]). *De la division du travail*, Paris, Presses universitaires de France.

DYCK, E. (2008). *Psychedelic Psychiatry : LSD from Clinic to Campus*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

DYCK, E. (2009). « Prairies, psychedelics and place : The dynamics of region in psychiatric research », *Health and Place*, vol. 15, nº 3, p. 888-894.

FINGARD, J. et J. RUTHERFORD (2006). « Social Disintegration, Problem Pregnancies, Civilian Disasters : Psychiatric Research in Nova Scotia in the 1950s », dans J. E. Moran et D. Wright (dir.), *Mental Health and Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 193-220.

FOUCAULT, M. (1971). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Union générale d'éditions, coll. 10/18.

GAUVREAU, M. (2008). *Les origines catholiques de la Révolution tranquille*, Montréal, Fides.

LES MAUDITS FOUS ! (2007). Série télévisée, production Vendôme.

MENZIES, R. et T. PALYS (2006). « Turbulent Spirits : Aboriginal Patients in the British Columbia Pyschiatric System, 1879-1950 », dans J. E. Moran et D. Wright (dir.), *Mental Health and Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 149-175.

MEUNIER, É. M. (2003). « Une nouvelle sensibilité pour les "Enfants du Concile" ? », dans S. Kelly, *Les idées mènent le Québec*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 93-106.

MORAN, J. E. (2000). *Committed to the State Asylum : Insanity and Society in Nineteenth-Century Quebec and Ontario*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press.

MORAN, J. E. et D. WRIGHT (dir.) (2006). *Mental Health and Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press.

NOOTENS, T. (2007). *Fous, prodigues et ivrognes : familles et déviance à Montréal au 19e siècle*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press.

PAGÉ, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours !*, Montréal, Éditions du Jour.

PERREAULT, I. (2009). *Psychiatrie et ordre social. Analyse des causes d'internement et des diagnostics donnés à Saint-Jean-de-Dieu dans une perspective de genre, 1920-1950*, thèse de doctorat, Ottawa, Université d'Ottawa.

PERREAULT, I. et M.-C. THIFAULT (2012). « Les Sœurs de la Providence et les psychiatres modernistes : enjeux professionnels en santé mentale au Québec, 1910-1975 », *Revue SCHEC*, vol. 78, p. 59-79.

PORTER, R. et D. WRIGHT (2003). *The Confinement on the Insane : International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press.

REAUME, G. (2000). *Remembrance of Patients Past : Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940*, Don Mills, Oxford University Press.

ROY, B. (1994). *Mémoire d'asile*, Montréal, Boréal.

ST-AMAND, N. (2001). « Dans l'ailleurs et l'autrement : pratiques alternatives et service social », *Reflets*, vol. 7, nº 2, automne, p. 30-74.

ST-AMAND, N. (2006). « Le sacré : au cœur ou en marge du social », *Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 12, nº 1, p. 20-47.

ST-AMAND, N. et G. ALLARD (2003). « Pour le meilleur ou pour le pire. Ce que les psychiatrisés pensent du système de santé mentale au Nouveau-Brunswick », *Our Voice/Notre Voix*, mars.

ST-AMAND, N. et E. LEBLANC (2008). *Osons imaginer : de la folie à la fierté*, Moncton, Our Voice/Notre Voix.

THIFAULT, M.-C. (2002). « Derrière les murs de Saint-Jean-de-Dieu, fin XIXe début XXe siècles : illusion et désillusion », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 10, nº 3, p. 67-76.

THIFAULT, M.-C. (2009). « Au-delà d'un rôle de protection à l'égard des aliénés : initiation à l'art du *nursing* à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1912-1915 », dans S. Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 341-358.

THIFAULT, M.-C. (2010a). « Le *nursing* psychiatrique à l'École de gardes-malades de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu : "le côté spirituel en tête du côté technique" », *Scientia Canadensis*, vol. 33, nº 1, p. 95-118.

THIFAULT, M.-C. (2010b). « Les stéréotypes sexuels de l'enfermement asilaire au Québec, au tournant du 20e siècle », *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 27, nº 1, p. 27-60.

THIFAULT, M.-C. (2011). « Hell in the family : Married women's madness before institutionalization at the St-Jean-de-Dieu Asylum, 1890-1921 », *Nursing History Review*, nº 19, p. 15-28.

THIFAULT, M.-C. et I. PERREAULT (2011). « Premières initiatives d'intégration sociale des malades mentaux dans une phase de pré-désinstitutionnalisation : l'exemple de Saint-Jean-de-Dieu, 1910-1950 », *Histoire sociale/Social History*, vol. 44, nº 88, novembre, p. 197-222.

THIFAULT, M.-C. et I. PERREAULT (2012). « The social integration of the mentally ill in Quebec Prior to the Bédard report of 1962 », *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 29, nº 1, p. 125-150.

WALLOT, H. (2006). *Peut-on guérir d'un passé asilaire ? Survol de l'histoire socio-organisationnelle de l'hôpital Rivière-des-Prairies*, Montréal, Publication MNH.

CHAPITRE

1

LE SECOND CONFLIT MONDIAL ET LA GENÈSE DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION AU CANADA, 1939-1961

Alexandre Pelletier-Audet et André Cellard

L'histoire de la psychiatrie militaire a attiré l'attention de plusieurs historiens au cours des dernières années. L'approche du centenaire de la Première Guerre mondiale y est peut-être pour quelque chose dans les nombreuses études du phénomène du *shell-shock* récemment parues, qui nous ont offert de nouveaux regards sur les débuts de la médecine psychiatrique dans les tranchées de la guerre de 1914-1918. L'armée a toujours eu à gérer des problèmes de « moral » dans ses rangs, mais jamais rien n'avait atteint cette ampleur : au cours du conflit, au moins 100 000 hommes ont été traités dans les centres neuropsychiatriques français, alors que dans les forces canadiennes, on dénombra 9 500 soldats « souffrant de troubles mentaux, de chocs et de névroses » (Allard, 2012, p. 62 ; Guignard, Guillemain et Tison, 2013, p. 93).

Or, la médecine psychiatrique alliée lors de la Seconde Guerre mondiale a fait l'objet de beaucoup moins d'investigations : l'ouvrage le plus récent et le plus complet à s'être concentré sur ce sujet au Canada demeure celui de Terry Copp et Bill McAndrew (1990). Or, pour de nombreux auteurs de synthèses portant sur l'histoire psychiatrique militaire ou civile, ce conflit représente un point de rupture important : selon Claude Quétel, la guerre de 1939-1945 apparaît comme la fin d'une ère de stigmatisation de la folie : banalisée, « elle s'est diluée dans un paysage social mou en

même temps que la psychiatrie elle-même » ; par ailleurs, la réflexion existentialiste sur les droits de la personne rendait le traitement autrefois infligé aux psychiatrisés intolérable, ce qui donna naissance à un courant de critiques et de réformes institutionnelles qui ont marqué les années 1950 et 1960 un peu partout en Occident (Quétel, 2009, p. 472 et 539). Hans Binneveld, dans son histoire comparative et longitudinale de la psychiatrie militaire sur tout le XXe siècle, considère pour sa part que la Seconde Guerre mondiale amena une vision de la maladie mentale comme une atteinte fonctionnelle, plutôt qu'une tare constitutive ; de plus, les nations alliées ont pu expérimenter avec un système de soins psychiatriques à l'extérieur de l'asile, et cet exemple devait inspirer plus tard la création de réseaux publics dans les mêmes lignes (Binneveld, 1997, p. 198-202).

Nous avons pris l'habitude de dater le virage dans le traitement de la folie dans les années 1950, à la suite de l'apparition des neuroleptiques comme la chlorpromazine (Largactil) et l'imipramine (Tofranil), qui ont permis d'envisager le traitement des psychotiques dans la communauté. Au Québec, on considère généralement que les choses n'ont véritablement commencé à bouger qu'en 1961, à la suite de la publication du témoignage d'un ex-patient de l'hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu à Montréal. L'émoi suscité par *Les fous crient au secours !* mena à la mise sur pied d'une commission d'enquête menée par trois médecins (Dominique Bédard, Denis Lazure et Charles Roberts) pour le compte du gouvernement Lesage. Le dépôt du rapport Bédard survenait au moment où l'appareil gouvernemental québécois changeait radicalement sa philosophie à l'égard de l'exercice de ses compétences constitutionnelles en matière de santé, menant à la prise en charge du système de santé québécois longtemps laissé à des intérêts privés, plus particulièrement aux communautés religieuses dans le cas de la grande majorité des institutions francophones.

À travers ce chapitre, nous avons voulu proposer au lecteur un regard sur l'évolution des structures qui ont encadré les soins psychiatriques pendant la Seconde Guerre mondiale, ainsi que des manières de soigner, de traiter et de percevoir le malade, à partir d'une exploration des fonds d'archives des ministères fédéraux de la Santé (alors le ministère des Pensions et de la Santé nationale, jusqu'en 1944) et du ministère de la Défense, archives qui se trouvent à Ottawa aux Archives nationales du Canada. Au fil de nos recherches, nous avons pu constater que ces transformations avaient trouvé rapidement des échos dans la société civile, et il nous est apparu alors opportun de tenter de replacer ces événements dans la chronologie des soins psychiatriques au Québec. Ainsi, la première partie du texte offrira une brève mise en contexte, dressant un état de la situation de la psychiatrie civile au Québec à la fin des années 1930. La deuxième partie sera consacrée à la gestion des troubles psychiatriques dans l'effort de guerre canadien en dégageant trois problématiques auxquelles devaient

faire face les autorités militaires et gouvernementales – le recrutement, les soins sur le front et ceux au pays – afin de souligner le recours accru à l'expertise psychiatrique et psychologique, des professions qui ont fortement gagné en prestige durant le conflit. Enfin, nous observerons les effets de la guerre sur le système de santé psychiatrique québécois jusqu'à la création de la commission Bédard dans la troisième partie, qui nous révèle que malgré l'impression de marasme profond que nous laissent les « méga-asiles » de Saint-Jean-de-Dieu et de Saint-Michel-Archange, le domaine de la santé mentale au Québec vivait de profondes mutations qui ne surent pas attendre la crise de 1961 pour se manifester.

1. L'ÉTAT DE L'ARCHIPEL ASILAIRE VERS 1939

L'asile est né en Occident au début du XIXe siècle du désir qu'avaient alors les mieux nantis de mettre de l'ordre dans le monde de la misère urbaine qui ne cessait de s'accroître au rythme de l'industrialisation et de l'urbanisation. Destiné à retirer de la société certains éléments perturbateurs que la famille n'était souvent plus en mesure de garder à domicile, l'asile devait être le théâtre essentiel de la réforme ou de la guérison de ces « malades » ainsi que le clamaient alors les médecins aliénistes qui voyaient dans la maladie mentale un nouveau champ d'activité lucratif. L'asile, cette nouvelle panacée contre la folie, se répandit rapidement partout dans les pays industrialisés. Mais le bel optimisme de ses débuts allait vite être appelé à disparaître. Parce que l'on ne connaissait pas vraiment de méthode ou de moyen efficace pour venir à bout des maladies mentales, les asiles s'emplirent peu à peu d'individus qui ne guérissaient pas : ces malades dits « chroniques » ou « incurables » (généralement appelés dans un langage plus « pointu » des « idiots », des « imbéciles », des « psychotiques » ou des « grands névrosés ») étaient demeurés plus de deux ans en réclusion asilaire. L'asile allait alors devenir une espèce d'institution carcérale où s'entasseraient ces individus qu'une psychiatrie ne tenterait guère plus de guérir, se limitant plutôt au mandat de veiller à les garder à l'écart en espérant que certains guérissent d'eux-mêmes. Exilés de la société du fait de leur incarcération, ces *aliénés* n'auraient désormais d'autre choix que d'attendre la mort en cachant leur maladie honteuse derrière les barreaux d'inquiétantes façades grises.

Au Québec, bien que l'asile ait fait son apparition en 1839 avec l'ouverture du Montreal Lunatic Asylum – qui céda sa place quelques années plus tard au Quebec Lunatic Asylum (Cellard et Nadon, 1986) –, on peut difficilement parler d'implantation d'un système ou d'un réseau asilaire avant les années 1880-1890. Jusque-là, l'asile, mis en place par les éléments anglophones de la société québécoise sur le même modèle que celui de la métropole britannique, fit, durant ses premières années du moins, plutôt figure d'institution coloniale, d'autant plus que c'est en Europe (en

France, en Grande-Bretagne ou en Allemagne) que les médecins *aliénistes* devaient se rendre pour acquérir leur formation à la fin du XIXe siècle. Ce n'est qu'au moment où le Québec commença à s'industrialiser et à s'urbaniser qu'on vit se développer chez les Canadiens français le désir, non seulement d'institutionnaliser les soins aux malades mentaux, mais encore de se doter d'un système bâti à leur image, c'est-à-dire selon la conception que cette société se faisait de l'assistance publique et du secours aux miséreux. Ainsi, depuis la fin du XIXe siècle, allaient se développer deux systèmes asilaires distincts : l'un, anglophone et dirigé par les laïcs de profession, et l'autre, francophone et entièrement dominé par le clergé catholique.

Pour les autorités civiles et religieuses du Canada français, la pauvreté, la misère et la déchéance étaient avant tout des problèmes d'ordre moral et c'est pourquoi l'assistance publique, ou plutôt la charité publique, relevait en premier lieu d'une Église paternaliste qui s'intronisait gardienne des bonnes mœurs. Puisque la santé mentale ne constituait pas un droit, mais relevait alors de l'assistance, ce sont donc les communautés religieuses qui étaient les propriétaires du système asilaire québécois. Formé à sa base de deux immenses asiles, Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Michel-Archange – tous deux constitués en municipalités civiles et en paroisses catholiques autour desquelles gravitaient quelques asiles satellites –, ce système asilaire accueillait les aliénés en réclamant une allocation quotidienne couverte par le gouvernement lorsque le malade ne pouvait payer. Dans ce système, le corps médical n'avait qu'une influence modeste car il ne détenait aucun pouvoir décisionnel et ne participait pas aux conseils d'administration.

Si les structures de ce système asilaire correspondaient à la vision que les Québécois avaient de leur société, il en allait de même pour les moyens mis à la disposition des institutions et pour les traitements réservés aux malades, directement tributaires de la perception que l'on avait de la maladie mentale. Comme l'ont à juste titre mentionné Céline Beaudet et Françoise Boudreau, les Canadiens français avaient souvent une vision métaphysique des événements qui les entouraient (Beaudet, 1976, p. 42 ; Boudreau, 1984, p. 43). La notion de la faute, du ciel et de l'enfer était bien implantée dans les esprits habitués à voir partout la lutte entre le Bien et le Mal. Puisque les maladies étaient bien souvent perçues comme œuvre du destin et l'aliénation mentale comme punition divine, il n'est donc pas étonnant que l'on ait d'abord confié au clergé le soin de récupérer ces pauvres âmes perdues que constituaient les malades mentaux. Au demeurant, que l'on ait choisi de faire référent à l'archange Saint-Michel pour nommer l'un des principaux asiles du Québec témoigne de cet état d'esprit empreint d'une religiosité manichéenne inculquée par le clergé catholique. Néanmoins, tout comme Françoise Boudreau (1984, p. 63), nous nous

en voudrions ici de sembler vouloir ne jeter la pierre qu'aux communautés religieuses. Soumises, elles acceptaient depuis le Régime français de s'occuper des aliénés que la société s'évertuait à leur confier. Confiantes comme tout le monde qu'il s'agissait de la seule marche à suivre, elles faisaient ce qu'elles pouvaient avec le *per diem* qu'un gouvernement provincial désintéressé leur accordait.

D'autant plus que la science à cette époque ne faisait rien pour décourager une telle perception des choses. Tributaires du modèle de psychiatrie traditionnelle française qui, parce qu'elle ne parvenait pas à la guérir, considérait la maladie mentale comme généralement incurable, plusieurs aliénistes québécois allaient aussi contribuer à créer ici une image fortement négative de l'aliénation mentale en véhiculant les vieilles thèses de la dégénérescence, qui trouvaient un nouveau souffle scientifique au début du XXe siècle grâce à la découverte des travaux de Mendel sur l'héritage génétique (Henderson et Gillespie, 1943, p. 30-38). À titre d'exemple, citons le surintendant de Saint-Jean-de-Dieu qui, dans les années 1930, présentait encore les malades mentaux comme des tarés et des exemples de dépravation : « Le groupe le plus important des malades admis à l'hôpital est habituellement constitué de personnes atteintes de folie héréditaire ; les autres causes de maladie mentale sont des excès et des abus de toutes natures » (Québec, 1932, p. 176).

Ainsi perçue, la maladie mentale s'apparentait donc au vice dont elle relevait souvent et dont les tares étaient de plus transmises de génération en génération. Dans ces conditions, il était difficile de ne pas éprouver de honte et de crainte quand l'un des siens était atteint de folie, d'autant plus que l'aliénation sociale des malades, alors cachés dans les institutions, favorisait à leur sujet de lourds préjugés. À cet égard, même les textes de lois ou les rapports annuels du gouvernement jusqu'aux années 1940 sont bien représentatifs d'une mentalité préjudiciable au malade mental : « Les aliénés et les idiots ou les imbéciles qui sont dangereux, cause de scandale, atteints d'une difformité monstrueuse ou sujets à des attaques d'épilepsie et incapables par eux-mêmes ou par ceux tenus de payer les dépenses sont admis gratuitement dans les hôpitaux d'aliénés de la province » (Québec, 1944, p. 168).

Coupable honteux qu'il convenait de mettre à l'écart pour le bien de la moralité et de la sécurité publique, l'aliéné était, à bien des égards, considéré comme un danger social. Il n'était pas étonnant que l'on ait souvent comparé les asiles à des dépotoirs, à des poubelles et à des mouroirs. Du reste, quelques chiffres parviennent à justifier ces appellations. La surpopulation et la carence de soins appropriés caractérisaient alors le système asilaire québécois dont la fiche fut peu reluisante au moins jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Ainsi, par exemple, alors que la

dépression et les années de guerre virent la population asilaire doubler, aucun asile ne fut construit durant cette période, tant et si bien qu'en 1943, on comptait deux fois plus de patients que la capacité maximale autorisée à Saint-Jean-de-Dieu – il y avait alors 7 452 patients hospitalisés (Québec, 1944, p. 168) pour une capacité qui fut estimée à 3 908 lits au moment de la commission Bédard (Québec, 1962, p. 15). Et à cet entassement s'ajoutent les problèmes du manque de personnel qualifié (à peine un psychiatre par 1 000 patients) et celui de la déficience des mesures d'hygiène. Dans ces conditions, l'internement, généralement très long (la majorité des internés l'étaient pendant plus de deux ans), débouchait rarement sur des guérisons (moins de 10 % de guérisons annuellement) : en fait, une large part des congés est attribuable à des décès. Par exemple, au cours des années 1919 et 1943, choisies parce que l'une marque le début des séries statistiques et que l'autre constitue le point extrême d'une détérioration progressive, on a inscrit 559 morts dans les 1 356 sorties pour l'une, et 1 016 décès pour 1 327 congés pour l'autre[1] (Québec, 1921, p. 228 ; Québec, 1952a, p. 138). Les asiles représentaient des foyers de maladies épidémiques, ce qui explique aisément que les chances d'y mourir aient été beaucoup plus grandes que celles d'y guérir, au point où la fonction réelle des asiles semble avoir été d'éliminer les malades en les concentrant pour les cacher.

Une analyse de données statistiques à long terme relatives à la gestion et aux pratiques asilaires révèle que de multiples transformations s'opèrent à partir de la seconde moitié des années 1940 au Québec comme un peu partout en Amérique du Nord, ce qui signifie qu'une certaine évolution dans la perception et le traitement de la maladie mentale était en cours. Les attitudes et les comportements envers l'aliéné et la psychiatrie en général amorcèrent alors une mutation. Selon nous, seul un bouleversement (extérieur au contexte du Québec) important pouvait permettre un tel déblocage. Pour toutes sortes de raisons, humanitaires comme strictement pratiques ou logistiques, la Seconde Guerre mondiale semble avoir joué un rôle de premier plan dans l'amorce de ce processus, qui se reflète dans les mesures qui ont dû être prises pour faire face au défi que représentait la bonne hygiène mentale d'un corps d'armée.

1. Sous toutes réserves, car les données de l'*Annuaire statistique du Québec* ne concordent pas, comme c'est presque toujours le cas, avec celles des *Institutions pour maladies mentales* qui, pour la même année (Québec, 1943, p. 17), donnent 1 679 sorties et 1 048 mortalités séparément.

2. L'évolution de la psychiatrie pendant la Seconde Guerre mondiale

2.1. La mobilisation et le déploiement

Imitant une mesure prise lors de la guerre de 1914-1918 (Allard, 2012), l'une des premières initiatives des Services médicaux de l'Armée canadienne suivant la déclaration de guerre fut de mettre en chantier à l'automne 1939 un hôpital d'une capacité de 600 lits strictement réservé aux cas de neurologie, le No. 1 Neurological Hospital, qui opéra de septembre 1940 à juillet 1945 à Basingstoke, dans le sud de l'Angleterre (Feasby, 1953, vol. II, p. 60). Son commandement fut confié au célèbre Dr Colin Russel du Montreal Neurological Institute (MNI), qui avait été directeur médical de l'hôpital neurologique militaire de Granville une génération plus tôt, et qui avait acquis à l'époque une réputation internationale dans le traitement du *shell shock* par l'électrothérapie et l'hydrothérapie, mais aussi avec l'aide de la thérapie occupationnelle (Copp et McAndrew, 1990, p. 14 ; Allard, 2012, p. 97-105). L'hôpital de Basingstoke, le seul de son genre parmi les installations militaires alliées, avait pour vocation de servir de centre multidisciplinaire de recherche et de formation en neurologie, en neurochirurgie et en neuropsychiatrie. Toutefois, en mai 1943 – soit peu avant le départ à la retraite du Dr Russel –, une partie des lits de l'hôpital furent consacrés à une nouvelle unité de chirurgie plastique, ce qui illustre bien le virage que cet hôpital prit une fois les troupes canadiennes en opération : s'éloignant de la psychiatrie à cause des progrès réalisés dans les traitements sur le théâtre d'opération (que nous détaillerons à la section 2.2), Basingstoke devint surtout au fil de la guerre un centre de traumatologie (Feasby, 1953, vol. II, p. 215-218)[2].

L'entrée en guerre du Canada amena des milliers de gens à se présenter dans les bureaux de recrutement de l'Armée canadienne en vue de participer à l'effort de guerre, que ce soit par patriotisme, par sens du devoir ou dans l'espoir de recevoir un salaire stable à l'issue d'une longue crise économique. Les officiers médicaux des centres de recrutement devaient éliminer les plus indésirables (*misfits*) en se basant sur l'étude d'antécédents personnels et familiaux ; or aucune vérification n'était faite pour corroborer les faits qu'énonçait la recrue. Cependant, les services médicaux ne comptaient qu'une cinquantaine d'officiers (dont onze infirmières) postés dans les centres de recrutement en novembre 1939 pour

2. Voir également : Ministère de la Défense nationale, Lt.-Col. F.H. Van Nostrand, *Policy in Treatment and Evacuation of Neurological Cases*, 1er mai 1942 : « *Due to the change in type of warfare and the new methods of treatment, the evacuation and management of neurosurgery and neuropsychiatric cases now have little in common* » (Archives nationales du Canada, RG 24, vol. 12 604).

procéder à l'examen d'environ 65 000 recrues. Il fut ainsi jugé nécessaire d'ordonner la reprise de l'examen médical de tous les nouveaux soldats pendant l'hiver 1940 (Feasby, 1953, vol. II, p. 57 ; Copp et McAndrew, 1990, p. 8-12).

Néanmoins, les rapatriements de soldats pour causes neurologiques ou psychiatriques débutèrent bien avant l'entrée en scène des divisions canadiennes dans les zones de combat. En janvier 1941, le surintendant de l'asile de London (Ontario) informait le ministère des Pensions qu'à sa connaissance, une trentaine de ses anciens patients s'étaient « faufilés » dans les rangs de l'Armée. Or, comme le soulignait l'officier-médical en chef du ministère, J.P. S. Cathcart, il y avait une double dépense inutile à couvrir en mobilisant ces individus : celle de l'entraînement pour des recrues qui au bout du compte n'offriront pas un service utile, et celle de l'hospitalisation, dont les coûts allaient devoir être assumés par le gouvernement fédéral. De nombreux officiers médicaux estimaient qu'une meilleure évaluation des recrues par un personnel possédant de bonnes connaissances en psychiatrie permettrait d'éviter bon nombre de ces cas : or, jusqu'en 1943, seulement 5 des 18 centres de recrutement partout dans le pays étaient dotés d'un personnel qualifié[3].

En 1941, une division spéciale des services médicaux fut créée pour assister à la sélection du personnel militaire, tant au pays qu'outre-mer : son commandement fut confié au Major-Général Brock Chisholm, un ancien soldat d'infanterie en 1914-1918 devenu pédopsychiatre dans l'entre-deux-guerres. Cette sélection devait se faire à l'aide des tests d'intelligence développés peu avant la guerre par E.A. Bott, chef du Département de psychologie à l'Université de Toronto et premier président de l'Association canadienne de psychologie (1938). Copp et McAndrew précisent que plusieurs neuropsychiatres – Dr Russel en tête – s'opposaient à cette mesure, en exprimant des doutes sur la rigueur scientifique des tests d'intelligence et de personnalité, ou sur leur efficacité à dépister des troubles nerveux ou psychotiques. Cependant, cette disposition récoltait de forts appuis particulièrement à Ottawa, tant aux quartiers généraux qu'aux ministères de la Défense et des Pensions (Copp et McAndrew, 1990, p. 27-33).

Ce n'est qu'une fois le recrutement pratiquement terminé, en août 1942, que l'armée put mettre en œuvre le système de classification PULHEMS élaboré par l'équipe de Chisholm. Une cote de 1 à 5 était assignée à sept paramètres : la constitution physique (P), la force des bras du torse (U), des jambes (L), de l'ouïe (H), de la vue (E), et enfin une évaluation de l'intelligence (M) et de l'état émotionnel (S) (Feasby, 1953, vol. II, p. 417 ;

3. Ministère des Pensions, J.P. S. Cathcart, MD, *Memorandum to the Deputy Minister*, 15 février 1943 (Archives nationales du Canada, RG 38, vol. 217).

Copp et McAndrew, 1990, p. 163-168). Les indications rédigées à l'intention des évaluateurs recommandaient de recueillir des informations visant à constituer l'« histoire psychiatrique » du soldat : on visait à connaître le passé familial, scolaire, médical, professionnel et « personnel » – par cet euphémisme, on entend des signes d'alcoolisme ou de toxicomanie, un dossier criminel, des déviances sexuelles ou des problèmes religieux. Par ailleurs, on invitait l'intervieweur à se porter à l'affût de signes gestuels ou non verbaux pouvant indiquer certains signes d'instabilité émotive :

> *During the interview, while the history is being elicited, and during the physical examination, an excellent opportunity exists for appraising the man's personality. It should be relatively easy to estimate his general emotional stability and maturity. Signs of unusual uneasiness, tension, seclusiveness, are important. His reliability will be judged from his history and behaviour*[4].

En tout, pendant les 6 années de la Seconde Guerre mondiale, environ 730 000 Canadiens se sont engagés pour le service général dans l'Armée de terre. Puisqu'il y eut au total plus d'un million d'individus examinés dans les bureaux de recrutement durant cette période, 300 000 d'entre eux furent donc jugés inaptes au service (Feasby, 1953, vol. II, p. 409). Parmi les engagés, plus de 150 000 furent déchargés au pays, notamment pendant l'entraînement, pour cause médicale, tandis qu'environ 40 500 furent rapatriés pour hospitalisation alors qu'ils servaient outre-mer. En ventilant ces données, on ne peut manquer d'être étonné par la forte proportion d'hommes refusés lors du recrutement, démobilisés au Canada ou encore ramenés au pays pour causes psychiatriques, c'est-à-dire inscrits sous la rubrique « *Nervous and mental conditions* » par l'Armée.

Selon les données officielles de l'Armée, sur 100 260 NRMA (enrôlés selon le *Natural Resources Mobilization Act*) rejetés du bureau de recrutement, 39 605 le furent pour des raisons psychiatriques. Or, ceux-ci ne débutèrent qu'à partir de 1942, c'est-à-dire après la mise en place des tests psychologiques : si personne n'avait été rejeté pour des raisons psychologiques en 1941 d'après Feasby, elles motivèrent 45 % des rejets en 1943, puis 52,8 % en 1944. Dans le service actif, 31 % des démobilisations effectuées au Canada l'étaient pour les mêmes raisons, tandis que des 40 468 pertes au combat ayant nécessité une hospitalisation, 20 % étaient directement imputables à la maladie mentale (Feasby, 1953, vol. II, p. 405, 413-415, 421, 423-424 et 505).

4. Ministère de la Défense nationale, Brigadier R. M. Luton, *D.M.S. Circular Letter No. 57/42*, 11 août 1942 (Archives nationales du Canada, RG 24, vol. 12 630).

En additionnant ces chiffres fournis par Feasby dans son histoire officielle, c'est environ 150 000 personnes[5] qui allaient recevoir au moins une fois avant la fin de la guerre un diagnostic de trouble mental d'un officier médical de l'Armée. Il était évidemment impensable pour les autorités militaires d'ordonner l'internement de tous ces gens ! Or, ces malades, au contraire de ceux cachés derrière les murs de l'asile, souffraient au grand jour, à la vue de leurs frères d'armes ou de leurs supérieurs. Sur un plan plus pratique, ils constituaient de plus un nombre considérable d'individus rendus inopérants au moment précis où l'effort de guerre en avait le plus besoin. Ces conditions, aussi alarmantes que possible, allaient forcer une modification des jugements et des attitudes : chez les militaires d'abord, puis ensuite au sein du gouvernement et dans la société en général ; elles allaient motiver une série de réponses pratiques, sinon réformatrices, au problème que posait l'internement psychiatrique.

2.2. Les soins psychiatriques sur le front : le cas de la campagne d'Italie (1943-1945)

Rappelons tout d'abord que les campagnes de Sicile et d'Italie (1943-1945) représentent un point tournant dans l'histoire mondiale de la psychiatrie de guerre : c'est pendant la libération de la Sicile que survint un incident célèbre, lorsque le général américain George Patton (7e Armée) gifla un soldat hospitalisé pour troubles nerveux, ce qui lui valut d'être relevé de son commandement – une réaction qui indique un changement de perception de la maladie mentale dans un contexte militaire, tant pour l'État-major que pour le grand public. Le soldat névrosé ne devait plus être traité en lâche qu'il fallait punir, mais plutôt comme un individu malade auquel il fallait porter secours (Binneveld, 1997, p. 102-103). Au cours de la longue et pénible remontée de l'étroite péninsule italienne, face à des forces ennemies bien fortifiées, l'Armée canadienne a eu à gérer de lourdes pertes, dont 22 % étaient imputables à des troubles mentaux et psychiatriques, ce qui représentait 5 020 hospitalisations durant les 20 mois de la campagne (Doyle, 1946).

Le type de trouble mental le plus souvent observé par les psychiatres militaires alliés était bien distinct du *shell-shock* qui avait tant marqué la psychiatrie lors de la Première Guerre mondiale : formulée par les psychiatres alliés pendant la débâcle du printemps 1940, la « névrose de guerre » (*acute war neurosis*) combinait les symptômes d'un épuisement

5. Nous sommes arrivés à cette estimation partielle en additionnant les chiffres offerts sur les rejets à l'enrôlement (Feasby, 1953, vol. II, p. 415, 417 et 419) et sur les démobilisations (p. 421-422). Il manque à ces chiffres les hospitalisations sur les lignes de front – le sujet de la prochaine section – car il était difficile de clairement les départager des démobilisations.

physique et mental avec des symptômes mixtes d'anxiété (tremblements, réflexes hypersensibles, insomnie ou cauchemars, etc.) et d'hystérie (amnésies, hurlements, parésies, etc.) chez des patients qui avaient parfois de très bons états de service. William Sargant et Eliot Slater, qui faisaient partie avant la guerre de l'équipe de recherche multidisciplinaire du Maudsley Hospital de Londres (voir Hayward, 2010), recommandèrent de traiter ces soldats par voie médicamenteuse : d'abord, reposer le patient au moyen d'un sédatif, puis le soumettre à une psychothérapie visant à reconstituer l'incident traumatique sous l'effet d'une dose de sodium amytal (ou de sodium pentothal, deux « sérums de vérité » d'usage déjà répandu en psychiatrie à l'époque), à laquelle on ajoutait au besoin un sédatif si le patient s'agitait lors des séances (Sargant et Slater, 1940, p. 1-2). Le Maudsley Hospital servit de lieu d'entraînement pour les officiers médicaux canadiens, qui ont également assisté à plusieurs conférences prononcées par Sargant en 1941 et en 1942 au sujet du traitement de la névrose de guerre (Copp et McAndrew, 1990, p. 25 ; Binneveld, 1997, p. 122).

L'éloignement de l'Italie par rapport aux installations en sol britannique fit en sorte que l'évacuation des soldats (d'abord vers la Tunisie, puis vers la Grande-Bretagne) entraînait de lourdes dépenses matérielles et logistiques. Tenant compte de ces considérations, auxquelles s'ajoutaient d'importantes pénuries d'effectifs ressenties à plusieurs moments durant la campagne (Copp et McAndrew, 1990), les autorités médicales canadiennes en vinrent à préconiser une approche visant à minimiser les évacuations et à favoriser la réintégration des soldats psychiatrisés encore jugés capables d'offrir de bons services à l'Armée. Ainsi, dès la phase préparatoire du débarquement sicilien (opération *Husky*, juillet 1943), l'État-major canadien créa le poste de psychiatre de division : cet officier était appelé à travailler près des lignes de front, ce qui devait permettre une évaluation et une prise en charge plus rapide des soldats névrosés (*neuropsychotics*). Le nominé, le Lt. Col. Arthur M. Doyle, était un jeune neuropsychiatre qui faisait carrière à l'extérieur du milieu asilaire : œuvrant pour le gouvernement ontarien, il avait participé à l'établissement de cliniques communautaires de santé mentale avant la guerre (Copp et McAndrew, 1990, p. 45). En imitant cette mesure prise par l'Armée américaine lors de la campagne de Tunisie quelques mois plus tôt (Hanson, 1949, p. 33-35), les autorités canadiennes conféraient au psychiatre de division des responsabilités élargies, comme en fait foi sa liste de tâches administratives : évaluation et sélection du personnel militaire, formation des officiers médicaux de bataillon, examen des soldats incarcérés dans les prisons militaires (Doyle, 1946). Le psychiatre devait également conseiller et informer l'État-major sur le moral des troupes et l'administration de l'hôpital de base. Bref, le soldat psychiatrisé, loin d'être négligé ou oublié par l'institution, représentait un enjeu prioritaire ; le psychiatre, pour sa part,

voyait son statut et son prestige considérablement augmenter dans l'appareil militaire : bien plus désormais qu'un simple détecteur de simulateurs, il participait activement à la réflexion stratégique.

Les soins médicaux et psychiatriques sur le front étaient d'abord dispensés à partir des stations de repos, et l'on insista pour que la première évaluation par un officier médical se fasse le plus rapidement possible, tout comme l'établissement d'un plan de traitement médical et administratif pour le soldat hospitalisé : en fait foi la durée moyenne de séjour des patients, qui était de moins d'une semaine avant soit un retour au service, soit une évacuation. Les résultats probants des stations de repos (29 cas neuropsychiatriques sur 45 ont pu être renvoyés en service actif pendant la campagne sicilienne) amènent le Dr Doyle à recommander que les soins psychiatriques soient dispensés le plus près possible des lignes de front[6].

Pour ce qui est des névrosés jugés incapables de retourner à leur poste, leur état s'améliorait tout de même de manière significative lorsqu'ils étaient avisés qu'ils ne seraient pas renvoyés dans la mêlée ou qu'ils n'auraient pas à affronter une charge de simulation, si bien que Doyle considérait qu'il était inutile de maintenir ces soldats dans un milieu asilaire. Cet avis était partagé par son confrère américain, le Major Fred Hanson (un neuropsychiatre qui pratiquait au MNI avant de rentrer dans son pays natal et de s'enrôler à l'hiver 1942), qui croyait que l'hospitalisation de ces soldats pouvait avoir des effets psychologiques néfastes, et qu'il fallait ainsi éviter d'y avoir recours dans la réadaptation que l'on devait leur offrir (Hanson, 1949, p. 205). L'armée mit sur pied un Reallocation Centre pour ceux qui devaient être réassignés à de nouvelles fonctions, qui connut de très bons succès, réduisant à moins de sept jours le séjour moyen (Doyle, 1946).

Le chef des Services médicaux de l'Armée canadienne, le Brigadier Linton, avait recommandé pendant les préparatifs de la campagne la formation de « bataillons de travail » : « *He argued that there were people in every unit "unfitted for the duties a soldier must perform in the modern army"* » (Copp et McAndrew, 1990, p. 30). Ces unités, basées sur celles mises en place par l'Armée britannique pour des soldats atteints de déficience intellectuelle, mirent un certain temps avant d'être opérationnelles, soit au printemps 1944. Elles absorbèrent par la suite 45 % des cas psychiatriques qui se manifestèrent au cours du reste de la campagne italienne (voir Copp et McAndrew, 1990, p. 187). Les trois compagnies de travail créées en Italie étaient chargées de travaux auxiliaires comme le déchargement de cargo, le renforcement de structures, les travaux ménagers ou paysagers, etc.,

6. Ministère de la Défense nationale, Maj. A.M. Doyle, *Report of the Neuropsychiatrist on the Sicilian Campaign*, 25 août 1943 (Archives nationales du Canada, RG 38, vol. 212).

sous la supervision de sous-officiers ayant reçu une formation spécialisée. L'ardeur au travail de ces ex-psychiatrisés leur valait les éloges de leurs officiers supérieurs, et l'on estimait que le moral de ces soldats ne se trouvait qu'amélioré par cette affectation : « *The outdoor life, the time taken for administration, some psychotherapy and a large dose of occupational therapy (manual labour) has thus far proved its worth, and the individual is definately earning a days pay.* » Ces compagnies devaient toutefois éviter, à travers un dépistage resserré, d'intégrer des individus qualifiés de « personnalités psychopathiques » dans leurs rangs : selon les autorités médicales canadiennes, « *these individuals described as the lice of civilization should not be in contact with the mentally inadequate*[7] ». Une compagnie spéciale d'entraînement de type commando, créée en Grande-Bretagne pour ces cas problèmes, la 10th Training Company, sera toutefois rapidement abandonnée. L'archive ne nous apprend cependant que très peu sur les opérations de cette unité, et rien sur les circonstances ayant conduit à son démantèlement (Feasby, 1953, vol. II, p. 66).

L'efficacité de la structure opérationnelle pour la gestion des *psychiatric casualties* mise en place pour la campagne d'Italie fit en sorte que l'État-major canadien répéta l'expérience pour la campagne de Normandie. Assez paradoxalement, les problèmes d'effectifs rencontrés, doublés de la constante obsession pour la disponibilité et la qualité de la « main-d'œuvre », ont ainsi donné une solide poussée à la psychiatrie et permis d'envisager de nouveaux objectifs dans le traitement des militaires victimes de troubles mentaux. Selon Hans Binneveld, la structure de traitement mise en place pour les soins psychiatriques pendant la Seconde Guerre mondiale répondait aux trois principes qui régissent encore aujourd'hui la psychiatrie militaire : la proximité, la rapidité et le pronostic optimiste du traitement. Seule la rapidité avait été intégrée comme principe dans le traitement psychiatrique d'avant-guerre, tandis que les deux autres marquent une rupture radicale avec la pratique asilaire (Binneveld, 1997, p. 146-147).

Alors qu'au commencement de la guerre, les soldats psychiatrisés avaient souffert des préjugés alimentés par le mépris pour la faiblesse ou par le dégoût d'une prétendue simulation, se développait petit à petit une attitude d'ouverture d'esprit face à la maladie mentale. Parce qu'il s'agissait là d'un problème humain auquel elle était confrontée quotidiennement, la société militaire allait adopter une perception de la maladie mentale qui, hors du contexte de l'institution asilaire, perdait son masque de honte et de péché, ou alors sa tare dégénérative. Et cela fut d'autant

7. Ministère de la Défense nationale, Maj. G.S. Burton, *The Pioneers of the Canadian Army Overseas*, non daté (hiver 1943) (Archives nationales du Canada, RG 24, vol. 12 630).

plus important qu'on put alors admettre qu'une personne placée dans des conditions traumatisantes devenait apte à contracter des maladies mentales et faire ainsi chanceler le vieux mythe qui faisait de la maladie mentale un espèce de virus honteux : « *Anyone may suffer; breakdown is a process which may require several weeks to develop* » affirmaient alors des spécialistes de l'armée américaine, en ajoutant que « *fewer breakdowns would occur if a more careful selection were made at induction centres. But no man is immune if the appropriate conditions are present* » (Grinker et Spiegel, 1963, p. 11)[8]. L'importance que prenait dans ces conditions la psychiatrie au sein de l'armée allait donc encourager une plus grande compréhension et une meilleure acceptation des désordres mentaux vécus par les soldats comme le rappelait en 1973 Charles Roberts, membre de la commission Bédard et ancien surintendant du Verdun Psychiatric Hospital :

> *Psychiatry was gaining increasing acceptance in the Armed Forces at that time as it was more realized that many of the disabilities and combat failures were related to psychological and social factors rather than to "strength" and "weakness". The services were beginning to give up terms as lack of moral fibre* […] *or unlikely to make a useful soldier…* (cité dans Beaudet, 1976, p. 71).

2.3. La démobilisation et la réadaptation des soldats psychiatrisés

L'ensemble des structures hospitalières canadiennes ont connu durant les années de guerre une période fort propice à la révision et à l'innovation : l'intervention du fédéral dans le réseau de soins de santé et la mise en place d'une assurance-maladie représentaient des enjeux politiques importants pour le gouvernement King dans sa planification d'après-guerre, recommandés par la commission Rowell-Sirois sur les relations fédérales-provinciales, ainsi que le rapport Heagerty sur l'assurance-maladie. Du reste, King mit sur pied à l'automne 1944 un nouveau ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social, que l'on dissociait du ministère des Pensions ; son premier sous-ministre fut le Dr Brock Chisholm, qui s'était élevé au grade de major-général et occupait depuis 1942 le plus haut poste des Services médicaux, celui de directeur-général (Feasby, 1953, vol. I ; MacDougall, 2012).

Dès le début de la planification en vue de la démobilisation, à l'hiver 1941, le ministère des Pensions et de la Santé nationale eut à envisager un agrandissement du réseau d'hôpitaux pour vétérans mis en place pendant la Première Guerre mondiale, une nécessité occasionnée par la hausse

8. On retrouve ces observations de Roy Grinker et de John Spiegel, deux psychiatres de la US Air Force, dans les documents de la Division d'espionnage médical : Ministère des Pensions, *Digest of COLLIP Letters*, décembre 1943 (Archives nationales du Canada, RG 38, vol. 138).

impressionnante du taux de guérison des blessés, heureux problème résultant entre autres de l'amélioration des techniques chirurgicales et de l'apparition des antibiotiques (Rawling, 2001). Dans le domaine psychiatrique, malgré l'efficacité des traitements des troubles légers, la médecine de guerre s'avéra largement inefficace à l'égard des troubles psychotiques et la seule avenue à envisager dans leur cas demeurait l'enfermement asilaire.

Depuis la guerre de 1914-1918, les asiles provinciaux avaient pu héberger la plupart des vétérans aliénés, en échange d'une allocation fixe versée par le gouvernement fédéral pour un nombre de lits subventionnés dans les établissements civils (Allard, 2012). Or, cette option n'était désormais plus viable : nous avons déjà fait état de la crise de surpopulation asilaire qui sévissait au Québec au début des années 1940, mais le tableau 1.1 nous indique que c'est l'ensemble du système asilaire canadien qui était alors occupé bien au-delà du seuil critique. En effet, seule l'Île-du-Prince-Édouard affichait une population asilaire inférieure à sa capacité au début de l'année 1941. De plus, les asiles d'un peu partout au pays devaient composer avec une pénurie de personnel occasionnée par la mobilisation[9].

TABLEAU 1.1.

Surpopulation des asiles canadiens en 1941

Province	Population 1931 (en milliers)	Lits psychiatriques	Surpopulation	Lits subventionnés par le fédéral
Colombie-Britannique	694	3 431	961	70
Alberta	752	2 629	352	70
Saskatchewan	941	3 621	1 121	90
Manitoba	700	2 790	347	70
Ontario	3 431	13 513	2 323	350
Québec	3 172	12 236	1 916	300
Île-du-Prince-Édouard	94	358	0	10
Nouvelle-Écosse	445	1 118	68	45
Nouveau-Brunswick	513	2 102	70	50

Source : Adapté de Ministère des Pensions, Dr Ross Millar, *Hospital Accomodation for Mental Patients in Canada*, 31 janvier 1941 (Archives nationales du Canada, RG 38, vol. 217).

9. Ministère des Pensions, J.P. S. Cathcart, MD, *Memorandum to the Deputy Minister*, 17 janvier 1941 (Archives nationales du Canada, RG 38, vol. 217).

De l'avis de tous les intéressés à Ottawa, il était hors de question de construire de nouveaux asiles dédiés uniquement aux vétérans. Selon le Dr Cathcart au ministère des Pensions, « *we should deplore expensive hospital construction at this particular time, largely because of it being a diversion of war effort, but also because of rapid obsolescence*[10] ». À Basingstoke, le Dr Russel partageait cette opinion : « *We should not go into the business of treating acute mental cases during this war or subsequently*[11]. » Il fut finalement jugé nécessaire de construire un pavillon psychiatrique de 250 lits à l'hôpital de Ste-Anne-de-Bellevue, qui fut achevé en août 1945 ; ailleurs au pays, le ministère fédéral de la Santé finança la construction d'unités psychiatriques affiliées aux facultés des universités locales à Halifax, Winnipeg, Regina, Edmonton et Vancouver[12]. Ces nouvelles unités étaient remarquables pour leur petite taille (entre 100 et 150 lits) et s'inspiraient du Allan Memorial Institute, un pavillon de 88 lits installé en 1942 dans le manoir de Ravenscrag, autrefois la somptueuse résidence de l'armateur Hugh Allan dans le Golden Square Mile. Par son affiliation à l'hôpital Royal Victoria, situé à quelques pas, l'Institut devenait la première unité psychiatrique canadienne intégrée à la structure d'un hôpital général, un modèle qui avait alors peu de prédécesseurs et qui trouverait ses origines en 1923 au Henry Ford Hospital de Detroit[13].

Tout au long de la guerre, la thérapie occupationnelle avait été tenue en bonne estime par les autorités militaires, et l'expérience des bataillons de travail avait souligné les vertus d'un travail valorisé dans l'amélioration de l'état des soldats les plus démoralisés. Les autorités fédérales et militaires, Brock Chisholm à leur tête, étaient en mesure d'anticiper les difficultés psychologiques qui pourraient survenir chez un grand nombre d'anciens combattants après leur retour à la vie civile, d'autant plus qu'ils espéraient réduire au minimum le nombre de pensions d'invalidité à verser. Les médecins et hauts gradés de l'Armée admettaient désormais un fait qui n'aurait jamais été avoué une génération plus tôt : que l'expérience de la guerre pouvait en elle-même provoquer la maladie mentale. Comme le soulignait Chisholm devant un parterre de l'Association américaine des chirurgiens militaires en 1945, le bon moral des effectifs dépendait de l'assouvissement

10. Ministère des Pensions, J.P. S. Cathcart, MD, *Memorandum au Dr George Derby*, 25 décembre 1940 (Archives nationales du Canada, RG 38, vol. 217).
11. Ministère des Pensions, J.P. S. Cathcart, MD, *Memorandum au Dr Ross Millar*, 17 mai 1940 (Archives nationales du Canada, RG 38, vol. 217).
12. Ministère des Pensions, *Summary of Increased Accomodation*, 26 mars 1945 (Archives nationales du Canada, RG 38, vol. 206).
13. Ministère de la Santé et du Bien-être social, *Preliminary Report of Survey of Psychiatric Services in General Hospitals* (Archives nationales du Canada, RG 29, vol. 330).

de certains besoins fondamentaux, notamment la confiance envers l'institution à laquelle ils abandonnaient leur sort, une confiance qui pouvait être perçue comme trahie au moment de la démobilisation :

> *This is a time when* […] *the fighting man* […] *will require help which is rooted in sympathy and understanding. The first requirement of the soldier will be information as to where he goes from here, what of his future,* […] *will he go to fight in another area, or will he be demobilized? He must also know when and under what conditions any of these things may happen to him. The continuity of the confidence* […] *will depend on the ability of his leaders to give him all this necessary information very quickly* (Chisholm, 1945, p. 689).

C'est enfin dans l'espoir de faciliter le retour à la vie civile des soldats revenant d'Europe qu'un centre de réadaptation psychiatrique de 100 lits fut construit à Huntingdon, en Montérégie, ainsi que dans plusieurs hôpitaux militaires à l'échelle du pays[14]. Pour le Dr Ross Millar, qui occupa le poste de directeur des services médicaux du ministère fédéral des Pensions jusqu'à sa mort en juin 1944, il fallait délibérément éviter que ces centres de réadaptation reproduisent l'atmosphère d'un hôpital psychiatrique ; il fallait donc voir à accorder une place prépondérante à la thérapie occupationnelle dans le séjour du soldat, afin de lui permettre de réintégrer la vie civile avec la capacité de gagner sa vie adéquatement[15].

Tout comme l'occupation thérapeutique, le travail social avait fait des avancées dans le milieu psychiatrique après la Première Guerre mondiale, y compris à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (Morin-Pelletier, 2012 ; Perreault, 2012b ; Thifault et Desmeules, 2012). Cependant, ces départements étaient habituellement rudimentaires, rarement composés de plus d'une poignée d'intervenants pour s'occuper de plusieurs centaines de patients. L'idéal d'une équipe multidisciplinaire impliquée activement dans le traitement de chaque individu hospitalisé émerge de la psychiatrie de guerre comme un modèle durable dans l'organisation des soins à partir de ce moment, tout comme l'existence de plusieurs paliers au traitement psychiatrique avant de procéder à un internement en milieu asilaire. Tel était l'avis exprimé dès 1942 par un groupe de psychiatres civils, membres du Sous-comité pour le reconditionnement des cas neuropsychiatriques mis sur pied par le ministère des Pensions :

> *The Committee recognize that much experiment and research must be undertaken and that there must be the utmost co-ordination between medical advisers and vocational guidance officers. The approach to the problem cannot be that of medical treatment only, without reference to the social and economic possibilities*

14. Ministère des Pensions, *Summary of Increased Accomodation*, 26 mars 1945 (Archives nationales du Canada, RG 38, vol. 206).
15. Ministère des Pensions, A.T. Mathers, *Minutes of Sub-Committee on the Reconditioning of Neuropsychiatric Cases*, 27 juillet 1942 (Archives nationales du Canada, RG 38, vol. 211).

and opportunities available. This involves a medical socio-economic approach to the problem looking with some confidence to the future in such a way as to reassure the patient as to his ability to fit into his environment[16].

3. Un vent de réforme dans le système psychiatrique québécois d'après-guerre

Il est difficile, sinon impossible, d'évaluer précisément à quel point et avec quelle rapidité une nouvelle perception de la maladie mentale se répandit dans la société à la suite de la Seconde Guerre mondiale. Il est toutefois certain que la vision étiologique de la maladie et que le traitement à offrir au malade allaient irrémédiablement tendre au changement à partir de ce moment dans le monde occidental. Le vieux paradigme de la dégénérescence avait subi son coup de grâce idéologique, compromis par son association trop directe à la doctrine de l'ennemi, et ce, tant pour les intervenants en santé mentale (médecins, infirmières, assistantes sociales, etc.) que pour la population en général. Les indices d'une telle évolution sont visibles à plus d'un niveau, dont celui de l'intérêt soudain que porta la population aux divers phénomènes liés à la santé mentale, comme le notait le surintendant du Verdun Psychiatric Hospital à la fin de la guerre : « *Greater public interest is evidenced in both army and civil life ; there is an increase in the number of privately producing as well as clinics for diagnosis and treatment of mental sufferers* » (Verdun Protestant Hospital, 1945, cité dans Beaudet, 1976, p. 64). De plus, le succès à grande échelle observé avec le sodium pentothal dans le traitement de la névrose de guerre allait (malgré les limites de ce médicament particulier) donner un élan à l'utilisation de psychotropes à des fins thérapeutiques, ainsi qu'à la recherche de molécules plus efficaces.

Sur le plan académique, la psychiatrie devint en 1941 une discipline médicale autonome de la neurologie selon le Collège royal des médecins du Canada, ce qui mena à l'apparition des premiers programmes de formation spécialisée en psychiatrie sur le sol québécois, à l'Université McGill en 1947, puis à l'Université de Montréal en 1949 (Wallot, 1998, p. 184 ; Duprey, 2007, p. 100-101). Du côté des sciences sociales, les départements de psychologie firent eux aussi leur apparition au Québec durant les années de guerre : l'Université d'Ottawa ouvrit le premier programme francophone en 1941, suivie par l'Université Laval en 1945 et l'Université de Montréal en 1947. Ces programmes académiques furent d'une grande popularité, y compris chez de nombreux vétérans, dont plusieurs anciens des services médicaux (MacLeod, 1955, p. 14). La demande fut si forte

16. Ministère des Pensions, A. Mathers, E. Flavelle, D. Galbraith et C. Hincks, *Report of the Sub-Committee on the Reconditioning of Neuropsychiatric Cases*, 25 août 1942 (Archives nationales du Canada, RG 38, vol. 217).

pour le nombre de places disponibles que, malgré la forte croissance des programmes, le gouvernement fédéral dut instituer à partir de 1948 un programme de bourses pour étudier la psychiatrie en France ou aux États-Unis. Cet engouement se fit tant et si bien que le Québec, qui ne comptait qu'une quinzaine de psychiatres à la fin des années 1940, en vit le nombre passer à 170 au début des années 1960 (Boudreau, 1984, p. 72). À notre avis, il ne fait nul doute que cet accroissement des effectifs fut déterminant dans les changements qui survinrent alors.

L'apparition de périodiques et de revues scientifiques traitant de psychologie et de psychiatrie ainsi que la popularité manifeste des nouvelles écoles constituent du reste d'excellents baromètres du nouvel intérêt pour les problèmes d'ordre mental, et Montréal devint rapidement un pôle international de la recherche dans les deux domaines. La ville accueillit plusieurs savants de renommée mondiale, surtout en provenance d'Europe, durant les années de guerre : Heinz Lehmann se joignit au personnel du Département de psychiatrie de l'Université McGill et de l'hôpital Douglas, où il fut l'un des premiers psychiatres au monde à tester le Largactil en mai 1953. Henri Ellenberger se joignit à cette équipe, mais le psychanalyste suisse choisit peu après l'Université de Montréal, où se trouvait déjà Hans Seyle, l'endocrinologue qui est à l'origine de la théorie du *stress*, introduisant ce mot allemand dans le langage commun international. Ce bouillonnement académique se produisait alors à l'échelle du continent nord-américain, qui avec l'apparition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) lançait un défi à la domination théorique et académique européenne qui avait auparavant prévalu en psychopathologie (Quétel, 2009, p. 549-556).

Ce n'est pas que dans les universités que l'on peut observer des signes tangibles d'une nouvelle perception sociale de la maladie mentale après 1945. Dans les publications gouvernementales, par exemple, se fit une modification très sensible du vocabulaire alors débarrassé de sa terminologie carcérale et péjorative : à cet égard, les termes *aliéné*, *asile*, *idiot*, *imbécile* ou encore *difformité monstrueuse* ou *cause de scandale* que nous mentionnions plus haut disparaissent ; était alors admis à l'hôpital psychiatrique « tout patient chez qui le désordre mental constitu[ait] l'élément prépondérant de son état pathologique » (Québec, 1950, p. 151 ; voir *Statuts du Québec*, 14 Geo. IV, 1950, chap. 31). Désormais, les patients ne seraient plus détenus mais présents à l'hôpital, non plus libérés sur parole mais en congé, et ainsi de suite.

Cette évolution n'allait pas se limiter au vocabulaire, mais allait se trouver aussi à l'origine d'actions politiques concrètes, car même Duplessis se sentit obligé de bouger dans ce domaine. Ainsi, le gouvernement du Québec annonçait en 1950 une « transformation radicale » dans les statuts de la province alors qu'il remplaçait la Loi des asiles d'aliénés par la *Loi des*

institutions pour malades mentaux. Cette nouvelle législation, qui remplaçait une loi ne datant pourtant que de 1941 (bien qu'étant une refonte de celle de 1925), donnant droit à des cures libres, permettait la création de foyers de transition, et, enfin, reformulait la politique d'admission, abolissant du même coup le certificat du curé et l'obligation par les propriétaires de fournir une copie du dossier du malade à sa paroisse d'origine.

Sur le plan des institutions publiques, de nouvelles expériences étaient tentées. Nous avons déjà mentionné l'ouverture en 1942 du Allan Memorial Institute, projet pilote à la création de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux : le Queen Mary Veterans Hospital et le Montreal General Hospital se doteront tous deux d'unités similaires dès 1946 (Beaudet, 1976, p. 54). Du côté francophone, alors moins actif, on note tout de même, entre autres, l'ouverture en 1945 d'une école de technologie médicale à Saint-Jean-de-Dieu, suivie en 1950 de l'institution de cours postsecondaires en neuropsychiatrie (Boudreau, 1984, p. 58). Les initiatives de l'Armée et du ministère fédéral de la Santé allaient permettre l'éclosion au Québec d'un réseau parallèle, fort différent de celui qui était en quasi-stagnation depuis une soixantaine d'années chez les francophones, car les soins destinés aux vétérans étaient contrôlés par des médecins en nombre suffisant et par un personnel adéquat : en 1962, lors du passage de la commission Bédard, on comptait 10 psychiatres pour 487 patients à Sainte-Anne contre 17 pour plus de 6 000 patients à Saint-Jean-de-Dieu (Québec, 1962, p. 16 et 125).

Néanmoins, des mesures furent prises par le gouvernement Duplessis pour tenter de résoudre la surpopulation asilaire. Le 4 décembre 1951, les statuts de la province annonçaient « *qu'attendu qu'il* [était] *d'importance primordiale de régler dans toute la mesure du possible le problème de la maladie mentale* », la somme de 10 millions de dollars répartie sur 3 années allait être consacrée à la construction d'hôpitaux psychiatriques et à la formation de personnel qualifié (Québec, 1952b, p. 143) ; une somme qui fut peu après portée à 40 millions de dollars (Rumilly, 1956, p. 121). Quelles qu'aient été les raisons qui motivèrent le gouvernement de l'Union nationale à faire ce geste, il n'en reste pas moins que ce dernier dut lui paraître politiquement rentable, et donc populaire. C'est sans doute pourquoi les hôpitaux psychiatriques qui furent construits dans la foulée de cet investissement public le furent à L'Annonciation et à Joliette, c'est-à-dire dans les comtés de ministres du gouvernement unioniste[17] (Albiny Paquette et Antonio Barrette). Solidaires de la doctrine sociale de l'Église, les Unionistes, malgré cet effort budgétaire louable qui devait s'accompagner d'importantes améliorations à l'intérieur des asiles, n'allaient toutefois parvenir

17. Un hôpital psychiatrique avait également été annoncé à Sherbrooke dans le comté de John Bourque, mais sous le gouvernement Lesage, il n'a jamais été construit.

à voir au-delà des structures asilaires traditionnelles. On peut penser que, sans un gouvernement aussi conservateur, la révolution complète du système psychiatrique québécois se serait faite pendant les années 1950, comme ailleurs au Canada.

Car, en dépit du conservatisme politique qui caractérisait alors le Québec, la volonté de changement était tout à fait évidente et on la retrouvait à tous les niveaux de la société, chez des individus et des organisations de toutes tendances. Par exemple, Jacques Hébert, écrivait en 1956 que Saint-Jean-de-Dieu était un enfer (Hébert, 1956) ; alors qu'au même moment, à l'autre extrémité du spectre politique québécois, Robert Rumilly (1956, p. 118) disait que les malades mentaux étaient victimes de l'ignorance des préjugés et que l'aliénation mentale était « un mal social exigeant l'intervention de l'État ». À ces francs-tireurs faisaient par ailleurs écho des regroupements de grande envergure comme la Fédération des travailleurs du Québec, la Centrale syndicale nationale, l'Union catholique des cultivateurs, le Conseil de la coopération du Québec, la Fédération des unions de famille et le Chapitre français des travailleurs sociaux qui, de concert, réclamaient en 1960, au nom de leur 1,4 million de membres une enquête pour la réforme et le développement des institutions psychiatriques (Québec, 1962, p. 1).

Ces exemples tendent à démontrer que la perception du malade mental, ainsi que les discours portés à l'égard du malade, évoluèrent de façon tangible au Québec au cours des décennies 1940 et 1950. D'être à exclure, l'aliéné était devenu un être humain souffrant qu'une psychiatrie renouvelée se disait en mesure de guérir. Le discours de réclusion avait fait place à un discours médical et curatif, ce qui se traduisit par de spectaculaires transformations à l'intérieur de l'asile. Nous avons choisi d'illustrer ce phénomène par trois courtes séries de données représentatives de la vie à l'asile : le pourcentage de décès par rapport aux congés, le rapport entre le nombre de congés (excluant les décès) et le nombre d'admissions, et enfin, le nombre d'employés par centaine de patients.

Il est à noter que les données contenues dans ces différents rapports et présentées au tableau 1.2 se contredisent souvent, tout en étant parfois incomplètes. Par ailleurs, ce n'est qu'à partir de la seconde moitié des années 1940 que l'on commence à remarquer une nette amélioration dans les statistiques vitales des institutions. Ainsi, par exemple, de 1942 à 1946, on enregistrait un taux de mortalité annuel moyen de 61 % contre 38,5 % en 1952 (Canada, 1953, p. 16). Malgré tout, ces quelques séquences révèlent un net progrès des conditions de vie dans les asiles québécois durant cette période, une volonté de plus en plus manifeste de retourner certains types de malades à la communauté, ainsi qu'une amélioration des effectifs globaux, qui survenaient alors que les ordres religieux faisaient face à un problème de recrutement qui ne fit que s'aggraver.

TABLEAU 1.2.

Décès, sorties et nombre d'employés dans les hôpitaux psychiatriques du Québec (1941-1961)

Années	Décès/Congés (%)	Congés/Admissions (%)	Employés pour 100 patients
1941	60,5	67,6	14,9
1951	45,6	60,5	19,9
1961	15,4	81,8	28,7

Source : Québec (1952, p. 138) ; Québec (1967, p. 368) ; Canada (1967, p. 33).

Sans coup d'éclat et sans bouleversement soudain, s'est donc effectuée malgré tout une progression rapide à l'intérieur de ces « forteresses moyen âgeuses ». L'injection de crédits affectés à l'embauche de personnel spécialisé en nombre plus compétent couplée aux avancées de la science médicale (pénicilline, disparition progressive de la tuberculose, psychotropes et nouveaux traitements) a favorisé une approche thérapeutique de la maladie mentale, occasionnant de plus fréquentes sorties et des taux de mortalité en chute constante.

Au risque de nous répéter, nous rappelons néanmoins que ces changements substantiels se sont produits à l'intérieur et à l'extérieur de l'asile avant la parution du livre de Jean-Charles Pagé et du rapport de la commission Bédard. Nous croyons ainsi qu'au début de la Révolution tranquille, les mentalités avaient déjà beaucoup changé au Québec. Si *Les fous crient au secours !* a eu un succès retentissant et instantané en librairie, c'est parce qu'on y dénonçait une situation à laquelle le public était déjà intéressé et sensibilisé. Du reste, le livre de Pagé s'insère dans une campagne menée depuis plusieurs années par l'éditeur Jacques Hébert contre les institutions psychiatriques, et à laquelle nous nous sommes déjà référés : avant de fonder Les Éditions du jour et les Éditions de l'homme (*Les insolences du frère Untel*), Hébert avait également dénoncé, en plus de Saint-Jean-de-Dieu, l'asile-prison de Bordeaux dans le journal *Vrai* pendant les années 1950 (Duprey, 2007, p. 144).

Cela tend à démontrer que la vision que les patients avaient d'eux-mêmes, reflet de la place que la société leur accordait, ne correspondait plus à la façon dont ils étaient traités. Parmi les facteurs ayant conduit à cette prise de conscience, notons la création de journaux de patients (*Le rayon d'espoir*, *Outlook*), qui apparaissent dans les années 1950 au Québec dans les hôpitaux anglophones et francophones comme forme de thérapie occupationnelle (Wallot, 1998, p. 146). Les malades, comme l'ensemble de la population, se sentaient en droit de réclamer de meilleurs soins et

ces publications leur offraient dorénavant la possibilité d'exprimer des revendications. Car même si la situation s'était améliorée, comme nous l'avons vu, il semble qu'au nom d'une nouvelle attitude, des changements encore plus importants aient été réclamés. Le manque d'initiative du gouvernement Duplessis (et, doit-on le constater, de ses prédécesseurs) avait favorisé la survie d'un régime archaïque : Françoise Boudreau (1984, p. 49-50) a bien démontré le retard du Québec en matière de soins de santé mentale au début des années 1960 par rapport au reste du Canada. Ajoutons que cela ne signifie pas cependant que le Québec n'avait pas connu de progrès. Simplement, il ne se produisait pas au même rythme qu'ailleurs. Ainsi, par exemple, les crédits affectés aux institutions psychiatriques ontariennes avaient quadruplé, alors qu'ils n'avaient fait que tripler au Québec de 1950 à 1960 : de 15 à 60 millions de dollars pour l'Ontario contre 6 à 18 millions pour le Québec[18]. Par ailleurs, la réforme des services psychiatriques ne s'était pas faite au même rythme que celle de la perception que la société québécoise avait de ses malades mentaux.

Tout cela s'inscrit dans une conjoncture qui devait priver sérieusement le clergé de son rôle prédominant dans le secteur de la santé. Car le mandat de réaliser une réforme complète des services psychiatriques allait être confié par le gouvernement Lesage à une jeune élite médicale qui réclamait depuis un certain temps une place plus importante dans l'administration hospitalière, en particulier dans le secteur de la psychiatrie. Ce groupe de professionnels, issu de ce *boom* remarquable de la psychiatrie d'après-guerre, était porté par le courant d'une discipline en pleine mutation. Ces jeunes médecins, dont le nombre s'était accru de façon spectaculaire au cours de la décennie 1950, n'occupaient pas la place qu'ils croyaient leur être due dans le système psychiatrique. S'estimant plus compétents que les religieuses qui contrôlaient le réseau, ces modernistes allaient choisir comme stratégie de souligner les tares encore existantes de l'ancien système et de proposer à une population disposée à les écouter des mesures résolument optimistes pour autant que leur soient accordés les pouvoirs convoités : « La psychiatrie peut désormais espérer réduire, sinon arrêter ce fléau des temps modernes que constituent les maladies mentales », disait par exemple Camille Laurin dans la postface qui complétait le livre-choc de Jean-Charles Pagé (1961, p. 145-146).

Cette stratégie allait par ailleurs porter fruit à partir du moment où l'on offrit à cette élite médicale l'appui politique qui lui faisait défaut. Le choix de trois commissaires psychiatres ou médecins, partisans de l'école moderniste, par un gouvernement Lesage qui venait de prendre le pouvoir, indiquait déjà la voie qui allait être suivie par la commission Bédard.

18. Selon les rapports *Institutions pour maladies mentales* du gouvernement fédéral de 1951 à 1962.

Comme le souligne Hubert Wallot (1998, p. 190) : « Par ce choix, le gouvernement se gagne la sympathie des psychiatres tout en plaçant plus ou moins tacitement les communautés religieuses en situation de seules coupables, même si ultimement le gouvernement prendra un blâme sévère [dans le rapport Bédard]. » Publié après seulement trois mois d'enquête, ce rapport dénonçait vertement les défauts du système en omettant les améliorations des années antérieures, et il présentait de surcroît les solutions que les commissaires entendaient réaliser si on leur en donnait les moyens (Québec, 1962). L'État n'allait pas décevoir ces espérances : quelques mois plus tard était créée une division des soins psychiatriques au sein du ministère de la Santé, dont la direction fut confiée à MM. Bédard, Lazure et Roberts, chargés de mettre en application les recommandations de leur rapport.

Mais les modernistes n'ont pas, par leur seule volonté, transformé en quelques années une image séculaire de la maladie mentale, pas plus qu'ils n'ont miraculeusement sorti de leurs manches une réforme. Si les historiens et les commentateurs l'ont souvent cru, c'est qu'ils ont fortement subi l'influence des discours de ces jeunes psychiatres qui ignoraient ou noircissaient à dessein le passé récent pour mieux mettre en évidence les réformes qu'ils proposaient. Or, les psychiatres modernistes ne niaient certainement pas le rôle de leurs prédécesseurs dans cet affaissement de l'institution asilaire et dans la progression de l'opinion publique : dans une conférence tenue à Montréal en janvier 1963 par l'Association canadienne pour la santé mentale, le Dr François Cloutier (un jeune psychiatre québécois qui occupait alors le poste de directeur de la Fédération mondiale pour la santé mentale) soulignait l'énorme travail de sensibilisation accompli par les associations pour l'hygiène mentale d'avant la Seconde Guerre mondiale (voir Bastien et Perreault, 2012) dans la « révolution » psychiatrique que l'on pouvait alors observer un peu partout dans le monde :

> Le mouvement a su assimiler, tout en s'en faisant le propagandiste, les découvertes les plus récentes de la psychiatrie. C'est essentiellement pour cette raison, que son action a fini par s'exercer sur les structures traditionnelles. […] Prétendre, comme on le fait souvent, que tout a commencé à bouger lors de l'introduction des tranquillisants et drogues analogues, c'est adopter une vue sommaire et incorrecte sur un phénomène complexe. […] Il importe de savoir [que les nouveaux traitements] ont accompagné, non créé, des changements annoncés depuis longtemps (Cloutier, 1963, p. 561).

Ainsi, peut-on prétendre que l'asile québécois avait 65 ans de retard sur ses équivalents français, allemands ou américains, comme le titrait l'éditorialiste Jacques Pigeon dans *La Presse* à l'époque de la parution du livre *Les fous crient au secours !* (voir Duprey, 2007, p. 155) ? Si tel avait été le cas, il n'y aurait jamais eu de lobotomies dans la province, puisque celles-ci ont cessé d'être pratiquées à Saint-Jean-de-Dieu en 1956 (Perreault, 2012a). Il n'y aurait pas eu recours à d'autres traitements-chocs comme le

coma insulinique ou la convulsivothérapie par Metrazol ou électrochocs ; or toutes ces thérapies furent introduites au Québec – et ce, tant dans le réseau anglophone que francophone – dans les années 1930 et 1940, avec rarement plus que quelques années de décalage par rapport à la communauté psychiatrique internationale. Sur le plan thérapeutique du moins, il faut se ranger du côté de Guy Grenier et constater que le Québec était « dans le courant » de la psychiatrie et de l'hygiène mentale internationale (Beaudet, 1976 ; Grenier, 1999 ; Perreault, 2012a).

La Révolution tranquille et la *révolution asilaire* (à l'échelle québécoise, faut-il le préciser) sont jumelles[19] : non seulement sont-elles survenues au même moment, mais elles ont les mêmes parents. Denis Lazure et Camille Laurin, par exemple, ont eu de longues carrières politiques qui débutèrent avec la commission Bédard, et ils sont considérés aujourd'hui comme des bâtisseurs du *modèle québécois*, dont l'influence a rayonné bien au-delà du domaine de la psychiatrie. Ces jeunes médecins formés dans les années d'après-guerre, même s'ils ont parfait leur formation à l'étranger, symbolisent la fin du « colonialisme scientifique » de la psychiatrie québécoise (que plusieurs ont pu prendre pour de l'insularisme) en rendant possible la formation de personnel qualifié sur le territoire de la province, sans le passage obligé en Europe ou aux États-Unis des générations précédentes. Or, durant cette période d'après-guerre, les Québécois ne rattrapaient pas un retard thérapeutique ou même idéologique par rapport aux autres peuples d'Occident en ce qui concerne la maladie mentale. Cette génération de psychiatres militants et visionnaires représente plutôt un signe de l'émancipation académique du Québec, qui se dote d'une voix sur la scène psychologique et psychiatrique internationale, en même temps que le Canada anglais et de concert avec lui. Leur discours s'inscrivait par ailleurs dans celui de toute une génération, plus éduquée et mieux formée, qui prit sa place au soleil avec la Révolution tranquille. Parce qu'il est aussi tentant d'identifier des vedettes, il arrive aussi qu'on accole les noms d'individus à des mouvements sociaux dont ils ne sont pourtant que les représentants. Plutôt qu'initiateurs, ils sont souvent le produit de mouvements dont ils servent de porte-paroles. Et ils sont d'autant plus efficaces et parlent d'autant plus fort que ce sont eux qui, la plupart du temps, ont immédiatement à tirer profit de la réforme.

---

19. Si l'on se fie aux travaux de Bélanger et de Poirier (2007, p. 17-18), et à la « mise en slogan » de l'expression *Révolution tranquille* au Canada anglais pour désigner la vague de réformes déclenchée par le gouvernement Lesage qui date de l'année 1963, l'usage qu'en font les trois auteurs du rapport Bédard dans une conférence prononcée par eux en juin 1964 (intitulée « Une Révolution tranquille au Québec au chapitre de la psychiatrie ») s'avère une « récupération » bien anticipée du terme, qui met également en évidence la proche parenté des deux mouvements (Bédard, Lazure et Roberts, 1964).

Symétriquement, si ces deux mythes sont si intimement liés, leurs deux contre-mythes le sont tout autant : la Grande Noirceur et l'*asile muséologique* (pour reprendre l'expression de Lehmann) ne font qu'un dans notre mémoire collective. La gestion des services publics par les institutions religieuses constitue, encore aujourd'hui, l'une des principales sources de rancœur envers le clergé québécois. Heureusement, l'historiographie depuis le début du XXIe siècle se montre de plus en plus prête à remettre en question cette vision négative du rôle des communautés religieuses ou de l'éthique catholique dans l'histoire sociale et culturelle du Québec (Kelly *et al.*, 2003 ; Toman et Stuart, 2004 ; Charles et Guérard, 2012 ; Perreault et Thifault, 2012 ; Thifault, 2012).

Conclusion

L'ère de l'asile n'a jamais représenté un bloc statique de l'histoire des maladies mentales comme on l'a souvent présenté. En fait, elle fut fortement influencée par toutes les crises qui marquèrent la première moitié du XXe siècle, de deux guerres mondiales en passant par la dépression des années 1930 qui, avec son cortège de misère et d'incertitude, a certainement préparé le processus que nous avons expliqué. Il va sans dire que la crise économique qui, à long terme, vit la proportion de malades mentaux dépendant de l'État augmenter de façon si dramatique, couplée à la mise en place des premières législations sociales de ce type universel, avait préparé le terrain. En ce sens, la Seconde Guerre mondiale permit un déblocage significatif dans un secteur lui-même en crise, et c'est ce processus en particulier que nous avons voulu mettre en lumière dans ce chapitre.

Le système asilaire québécois et les soins qui y étaient dispensés furent ce qu'ils étaient parce qu'ils correspondaient à la perception qu'avait la société du malade mental, ou plutôt de l'aliéné. Paradoxalement, c'est la Seconde Guerre mondiale qui allait apporter un vent de fraîcheur derrière les portes closes : le très grand nombre de soldats atteints de troubles mentaux allait déclencher un double processus complémentaire marqué d'une part par un changement des mentalités vis-à-vis des malades mentaux qui étaient rendus visibles à tous, et, d'autre part, par le développement d'une pratique psychiatrique vitalisée, affranchie de son ancrage à la neurologie et cheminant vers de nouveaux horizons théoriques et étiologiques très diversifiés. C'est parce que le traitement des malades mentaux ne correspondait plus à la vision qu'on avait d'eux – et que l'origine de leur maladie n'était plus aussi facilement associable au péché originel ou à la corruption morale – qu'un désir de changement s'est fait sentir lors des années 1940-1950, entraînant une évolution qui, parce qu'elle avait été ralentie par les années Duplessis, n'allait véritablement atteindre l'administration psychiatrique que lors de l'arrivée au pouvoir des libéraux dans les années 1960.

Le corps social n'est pas une masse inerte que quelque cornac inspiré pique de temps à autre afin de le mener où il le désire. Il est en fait beaucoup plus dynamique. La lutte des jeunes psychiatres modernistes, le livre de Pagé, ainsi que la commission Bédard ne représentent en fait que les conséquences logiques de cet éveil des sensibilités face à la maladie mentale et d'une volonté de changement devenue manifeste tant pour les autorités que pour la population à la suite de la Seconde Guerre mondiale. Force nous est de constater que la réforme des soins psychiatriques mise de l'avant par le rapport Bédard ne fut que le dénouement d'un processus de changement profond qui s'apparente beaucoup plus à l'évolution qu'à la révolution, et qui, sans trop de tapage, s'était amorcé beaucoup plus tôt qu'on l'a souvent cru. Ce réaménagement des esprits a laissé des traces au fil des tragédies qui ont marqué la première moitié du XXe siècle, au Québec comme partout ailleurs en Occident. La réforme des institutions, quant à elle, se fait souvent à une vitesse tout autre que celle du bain social qui l'entoure et la stimule, car elle dépend d'abord et avant tout d'une conjoncture politique favorable.

Bibliographie

ALLARD, G. (2012). *Névrose et folie dans le corps expéditionnaire canadien (1914-1918). Le cas québécois*, Montréal, Athéna Éditions.

ARCHIVES NATIONALES DU CANADA. MINISTÈRE DE LA DÉFENSE (RG 24), vol. 12 604, 12 630, 12 631.

ARCHIVES NATIONALES DU CANADA. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (RG 29), vol. 330.

ARCHIVES NATIONALES DU CANADA. MINISTÈRE DES PENSIONS ET DE LA SANTÉ NATIONALE (RG 38), vol. 138, 206, 211, 212, 217.

BASTIEN, R. ET I. PERREAULT (2012). « Propagande d'hygiène mentale au Québec dans les années 1930 », *Lien social et Politiques*, vol. 67, p. 85-105.

BEAUDET, C. (1976). *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec : 1880-1963. Le cas de l'hôpital de Verdun*, Québec, Cahiers de l'ISSH, no 6.

BÉDARD, D., D. LAZURE et C. ROBERTS (1964). « Une révolution tranquille au Québec au chapitre de la psychiatrie », *Laval médical*, vol. 35, no 9, p. 1042-1050.

BÉLANGER, J. et P. POIRIER (2007). « L'apparition de la locution "Révolution tranquille", 2e partie », *Bulletin de la bibliothèque de l'Assemblée nationale*, vol. 36, nos 3-4, p. 17-18.

BINNEVELD, H. (1997). *From Shell-Shock to Combat Stress : A Comparative History of Modern Psychiatry*, Amsterdam, Amsterdam University Press.

BOUDREAU, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin.

CANADA (1953). *Institutions pour maladies mentales (Rapport 1952)*, Ottawa, Imprimeur de la Reine.

CANADA (1967). *La statistique de l'hygiène mentale. Volume 3 : Installations, services et finances des établissements*, Ottawa, Bureau fédéral de la statistique.

CELLARD, A. et D. NADON (1986). « Le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 39, nº 3, p. 345-368.

CHARLES, A. et F. GUÉRARD (2012). « Les religieuses hospitalières du Québec au XXe siècle : une main-d'œuvre active à l'échelle internationale », dans M.-C. Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p. 79-102.

CHISHOLM, G. B. (1945). « Problem of morale », *The Journal of the Canadian Medical Services*, vol. 2, nº 6, p. 688-690.

CLOUTIER, F. (1963). « L'assistance psychiatrique moderne », *Laval médical*, vol. 34, nº 5, p. 561-570.

COPP, T. et B. MCANDREW (1990). *Battle Exhaustion : Soldiers and Psychiatrists in the Canadian Army, 1939-1945*, Montréal, McGill-Queen's University Press.

DOYLE, A. M. (1946). « Psychiatry with the Canadian Army in action in the C.M.F. », *The Journal of Canadian Medical Services*, vol. 3, nº 2, p. 93-106.

DUPREY, C. (2007). *La crise de l'enfermement asilaire au Québec à l'orée de la Révolution tranquille*, mémoire de maîtrise, Montréal, Université du Québec à Montréal.

FEASBY, W. R. (1953). *Official History of the Canadian Medical Services*, 2 vol., Ottawa, Imprimeur de la Reine.

GRENIER, G. (1999). *Les monstres, les fous et les autres. La folie criminelle au Québec*, Montréal, Trait d'union.

GRINKER, R. et J. SPIEGEL (1963 [1945]). *Men Under Stress*, New York, McGraw Hill.

GUIGNARD, L., H. GUILLEMAIN et S. TISON (dir.) (2013). *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

HANSON, F. (dir.) (1949). *Bulletin of U.S. Army Medical Department*, vol. IX, numéro spécial. Ré-impression 2005, Honolulu, University Press of the Pacific.

HAYWARD, R. (2010). « Germany and the making of "English" psychiatry : The Maudsley Hospital, 1908-1939 », dans V. Roelcke, P. Weindling et L. Westwood (dir.), *International Relations in Psychiatry. Britain, Germany, and the United States to World War II*, Rochester, Rochester University Press, p. 67-90.

HÉBERT, J. (1956). « L'hôpital où on ne soigne pas. "Saint-Jean-de-Dieu" est un enfer ! », *Vrai*, vol. 2, nº 32, 26 mai 1956, p. 10 et 12.

HENDERSON, D. et R. GILLESPIE (1943). A *Text-book of Psychiatry*, 5e éd., New York, Oxford University Press.

KELLY, S. (dir.) (2003). *Les idées mènent le Québec. Essais sur une sensibilité historique*, Québec, Presses de l'Université Laval.

MACDOUGALL, H. (2012). « Into thin air : Making national health policy, 1939-1945 », dans G. Marchildon (dir.), *Making Medicare. New Perspectives on the History of Medicare in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, p. 41-70.

MACLEOD, R. B. (1955). *Psychology in Canadian Universities and Colleges*, Ottawa, Canadian Social Science Research Council.

MORIN-PELLETIER, M. (2012). « À la fois infirmière et travailleuse sociale : les infirmières militaires et le service social en santé dans l'entre-deux-guerres », dans M.-C. Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p. 185-204.

PAGÉ, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours !*, Montréal, Éditions du jour.

PERREAULT, I. (2012a). « Esprits troublés et corps déviants : les fonctions de la psychochirurgie à Saint-Jean-de-Dieu, 1948-1956 », dans S. Frigon (dir.), *Corps suspect, corps déviant*, Montréal, Éditions du remue-ménage, p. 205-227.

PERREAULT, I. (2012b). « L'intervention sociale en psychiatrie : le rôle des premières assistantes sociales à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal, 1920-1950 », dans M.-C. Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p. 205-228.

PERREAULT, I. et M.-C. THIFAULT (2012). « Les sœurs de la Providence et les psychiatres modernistes : enjeux professionnels en santé mentale », *Études d'histoire religieuse*, vol. 78, nº 2, p. 59-79.

QUÉBEC (1921). *Annuaire du Québec*, Québec, Bureau de la statistique du Québec.

QUÉBEC (1932). *Annuaire du Québec*, Québec, Bureau de la statistique du Québec.

QUÉBEC (1943). *Statistiques des Institutions d'assistance 1942*, Québec, Imprimeur du Roi.

QUÉBEC (1944). *Annuaire du Québec*, Québec, Bureau de la statistique du Québec.

QUÉBEC (1950). *Annuaire du Québec*c, Québec, Bureau de la statistique du Québec.

QUÉBEC (1952a). *Annuaire du Québec*, Québec, Bureau de la statistique du Québec.

QUÉBEC (1952b). *Lettres patentes ayant force de loi dans la Province de Québec (Statuts du Québec)*, Québec, Imprimeur de la Reine.

QUÉBEC (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (rapport Bédard)*, Québec, Ministère de la Santé.

QUÉBEC (1967). *Le Québec statistique*, Québec, Bureau de la statistique du Québec.

QUÉTEL, C. (2009). *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier.

RAWLING, B. (2001). *La mort pour ennemi. La médecine militaire canadienne*, trad. de P. R. Desrosiers, Ottawa, chez l'auteur.

RUMILLY, R. (1956). *Quinze années de réalisations. Les faits parlent*, Montréal, Imprimerie St-Joseph.

SARGANT, W. et E. SLATER (1940). « Acute war neurosis », *The Lancet*, vol. 236, nº 6097, p. 1-2.

THIFAULT, M.-C. (2012). « Où la charité règne, le succès est assuré : Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1901-1962 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, nºs 2-3, p. 179-201.

THIFAULT, M.-C. et M. DESMEULES (2012). « Du traitement moral à l'occupation thérapeutique : le rôle inusité de l'infirmière psychiatrique à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1912-1962 », dans M.-C. Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.

TOMAN, C. et M. STUART (2004). « Emerging scholarship in nursing history », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 21, nº 2, p. 223-227.

WALLOT, H. (1998). *La danse autour du fou : entre la compassion et l'oubli. Survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours*, Québec, Publications MNH.

CHAPITRE

2

DES MOLÉCULES DANS LA FOSSE AUX SERPENTS
RÉFORMES INSTITUTIONNELLES, THÉRAPEUTIQUES ET POLITIQUES AU QUÉBEC, 1940-1970

Isabelle Perreault et Michel Guilbault

La folie témoigne aussi de la nature humaine, divisée, conflictuelle, contradictoire, capable du meilleur et du pire, écartelée entre son désir d'absolu et d'infini et la pesanteur de ses faiblesses et limites, où l'amour déçu peut se transformer en haine, pour qui l'organisation sociale est aussi nécessaire que répressive.

Camille Laurin, 1990, dans Wallot (1998, p. x)

Par cet extrait, le psychiatre Camille Laurin souligne la difficile réponse sociale face aux comportements liés à la folie au sens large. De ces limites, nous pouvons lire, à demi-mots, que l'organisation sociale peut, à certains moments, mettre à l'écart certains individus afin de préserver une cohésion sociale. Cette vision n'est pas étrangère à l'institutionnalisation de milliers de malades mentaux[1] depuis la naissance de l'asile au Québec à la mi-temps du XIXe siècle. Face à une population en constante augmentation, l'asile devient une solution aux problèmes sociaux grandissants et

1. L'utilisation de l'appellation *malades mentaux* respecte l'appellation de l'époque.

c'est devant cette situation de fort encombrement que le philosophe Michel Foucault et que le sociologue Erving Goffman, chacun d'un côté de l'Atlantique, publient respectivement *Folie et déraison* (1961) et *Asylums* (1961), ouvrages qui témoignent d'une réaction sociale et politique marquée à l'égard de la situation des institutions psychiatriques dans les années d'après-guerre. La surpopulation asilaire, les traitements de choc, la psychochirurgie et le manque de personnel formé selon les nouveaux standards des programmes d'intervention (psychologie, service social, psychiatrie) caractérisent cette période. Au début des années 1960, mûs par un vent de changement politique, des hommes de l'élite, psychiatres, en appellent à un changement radical : la désinstitutionnalisation. Il serait toutefois trop aisé de dire que l'institution et le fonctionnement du système asilaire au Québec, comme ailleurs, n'auraient connu aucun changement avant les années 1960.

Ce chapitre met d'abord en lumière les multiples demandes et changements qui ont été souhaités et réalisés avant la période de réformes sociales des années 1960. Alors que l'on parle de la désinstitutionnalisation comme d'une quatrième révolution psychiatrique – la première étant celle de Pinel et Tuke –, la période allant de l'entre-deux-guerres aux années 1960 en a connu deux, tout aussi importantes : celle de l'arrivée des écoles psychodynamiques et psychogéniques sous l'influence des théories freudiennes (deuxième révolution) et celle de la découverte de la psychopharmacologie (troisième révolution). Nous nous intéresserons donc, dans la deuxième partie, à la troisième révolution, soit à l'arrivée de la psychopharmacologie et à son influence sur la possibilité même de désinstitutionnalisation des psychiatrisés entre 1940 et 1970.

Alors que les questions de politique en santé mentale et de désinstitutionnalisation ont surtout fait l'objet d'études pour la période suivant 1962, date du dépôt du rapport Bédard, nous souhaitons remonter aux années 1940 afin de voir dans quelle mesure la réforme de 1962 a pu être rendue possible. Nous partons du postulat selon lequel les idées, les techniques et les politiques précédant une réforme lui permettent de s'inscrire en continuum avec le passé plutôt qu'en rupture totale des savoirs et des pratiques établis. Dans une telle optique, il devient justifié d'affirmer que l'arrivée de la psychopharmacologie dans l'univers asilaire, au cours des années 1950, poursuit et complète la lancée de traitements psychiatriques en usage, les drogues, les traitements de choc et la psychochirurgie. Le sujet de l'effet des neuroleptiques en psychiatrie a été étudié avec attention dans plusieurs pays occidentaux (Moncrieff, 1999, 2013 ; Healy, 2004 ; Braslow, 1997 ; Valenstein, 1986 ; Baumeister et Hawkins, 2005 ; Missa, 2006, 2008), mais demeure négligé par l'historiographie québécoise sur la psychiatrie. Par ce texte, nous désirons en partie combler cette lacune.

1. L'état des institutions psychiatriques au Québec avant les années 1960

Les années qui suivent la Seconde Guerre mondiale amorcent une période de profonde remise en question de la façon dont sont appréhendés et traités les troubles mentaux. C'est dans ce contexte particulier que se situe la décision du gouvernement canadien qui, en 1948, décide d'implanter un audacieux programme de subventions à la santé dont une part non négligeable – dix millions de dollars – est consacrée à la formation spécialisée en psychiatrie et au développement des ressources dans le domaine (Fleury et Grenier, 2004, p. 24). Les effets d'une telle mesure sont significatifs puisqu'ils permettent à un nombre important de jeunes étudiants en médecine d'aller parfaire leur formation en Europe et aux États-Unis où s'élaborent des approches dites nouvelles en psychiatrie (Fleury et Grenier, 2004, p. 24). Alors que les psychiatres des décennies précédentes sont peu nombreux, la nouvelle génération peut désormais compter sur de généreuses bourses d'études (Gagnon, 2011). Cet accès au financement permet à un plus grand nombre de jeunes médecins d'opter pour une formation spécialisée en psychiatrie et marque le début des transformations qui affecteront à la fois les traitements des troubles psychiatriques (psychodynamique et psychopharmacologique) et les structures alors en place (politiques de portes ouvertes). C'est à ce sujet que le psychiatre Jean-Marc Bordeleau parle, en 1970, d'une *révolution* dont il situe précisément la genèse dans l'immédiat après-guerre[2].

Ce concept de *révolution*, cultivé par les acteurs mêmes de cette nouvelle ère d'innovations, a néanmoins tendance à éclipser – ou du moins à évacuer discrètement – les progrès accomplis depuis le début du XXe siècle dans les institutions asilaires du Québec. En l'absence d'une nécessaire nuance du propos, il perpétue implicitement le mythe selon lequel les approches dans le domaine de la psychiatrie n'auraient connu qu'une évolution très limitée avant les années 1960 (Thifault et Perreault, 2011). Dans les faits, il serait plus juste d'affirmer que les poussées d'après-guerre dans le domaine de la psychiatrie constituent la seconde vague, d'une importance majeure certes, d'un processus pourtant enclenché depuis près d'un demi-siècle. Considérons, à titre d'exemple, les théories de Freud – qualifiées de deuxième révolution psychiatrique – qui influencent

2. « Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, soit depuis 1945, nous assistons toutefois à des changements beaucoup plus profonds des modes d'assistance psychiatrique et c'est à juste titre que nous pouvons parler de révolution puisque les changements suggérés influencent profondément les concepts fondamentaux et les structures idéologiques des groupes humains engagés dans le domaine des soins aux malades mentaux […] La révolution, commencée en 1945, a été déclenchée simultanément dans plusieurs pays du monde, sous divers prétextes » (Bordeleau, 1970, p. 751-760). Voir aussi le texte de Pelletier-Audet et Cellard dans le présent ouvrage.

déjà significativement la façon de percevoir et d'analyser les subtilités et les soubresauts de l'esprit humain. Au Canada français, il est vrai que le *freudisme* heurte souvent de plein fouet les positions morales inhérentes au contexte religieux, notamment sur le sujet de la sexualité des enfants. Mais cette résistance ne se traduit cependant pas en occultation systématique puisqu'elle suscite une réaction de recherche de cet équilibre qui puisse satisfaire à une volonté de progrès de la psychiatrie compatible avec le paradigme catholique. Comme l'écrit l'historien Guy Grenier :

> Il est facile avec notre vision de fin du XXe siècle de juger les lacunes des neuropsychiatres québécois de l'entre-deux-guerres, mais il n'en demeure pas moins que ceux-ci étaient parfaitement conformes à l'esprit du temps. Ainsi, ils connaissaient bien les théories de Freud et s'y référaient à l'occasion sans toutefois se prononcer en leur faveur. […] Mais, avant Freud, il y avait, selon [Antonio] Barbeau[3], des précurseurs de la reconnaissance de l'inconscient, tous français, tels Vallon Marie, Legrain, Séglas, Dupré, Ballet et Janet (Grenier, 1999, p. 314).

À titre d'exemple, en 1922, le psychiatre Eugene Devlin, alors surintendant médical de l'Asile Saint-Jean-de-Dieu à Montréal, traduit en anglais pour l'*American Journal of Psychiatry* un article de Pierre Janet (Perreault, 2009, p. 121).

Les espaces de « traitements moraux » qu'étaient les asiles d'aliénés au début du XIXe siècle se sont lentement transformés en hôpitaux psychiatriques au cours de l'entre-deux-guerres et se sont affairés à se doter d'un personnel spécialement formé pour travailler avec cette clientèle particulière, et ce, depuis de nombreuses décennies avant que se termine la Seconde Guerre mondiale (Perreault et Thifault, 2012 ; Thifault, 2010 ; Grenier, 1990 ; Keating, 1993). Ainsi, pour ne référer qu'au seul contexte québécois, les hôpitaux Saint-Michel-Archange (Beauport), Saint-Jean-de-Dieu (Montréal) et le Verdun Protestant Hospital for Insane (Montréal) se sont-ils respectivement affiliés au cours des années 1920 à l'Université Laval, à l'Université de Montréal et à l'Université McGill dans un effort de perfectionnement des connaissances cliniques des maladies mentales (Fleury et Grenier, 2004, p. 21-38)[4]. L'image de rupture, entretenue par la nouvelle

3. Né en 1901, Antonio Barbeau complète un doctorat en médecine puis en philosophie et devient professeur et clinicien spécialisé en neuropsychiatrie à l'Université de Montréal en 1928. Il écrit une thèse qu'il consacre à l'étude et à la critique de Freud (1930) intitulée *Les bases du freudisme*, suivie d'une *Étude psychanalytique des névroses et des psychoses* (1931). Il devient chef du Service de neurologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal en 1939, puis titulaire de la Chaire de neurologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal la même année. Il décède en 1947 après avoir exercé une profonde influence sur le développement de la psychiatrie au Québec.
4. L'Hôpital Saint-Jean-de Dieu et l'Université de Montréal se brouillent toutefois en 1954.

génération de spécialistes formés dans les années 1950 sert, *de facto*, davantage une rhétorique aux impératifs politiques et philosophiques, laquelle sera mise à profit au cours des années qui suivront[5] alors que se développera le mythe fourre-tout de la soi-disant « Grande Noirceur ».

Le discours moderniste, donc, s'inscrivant dans cette logique de défi, se caractérise notamment par une volonté clairement affichée d'en finir avec une institution hospitalière à laquelle restent attachés les stigmates de l'asile, les novateurs se livrant à son endroit à une critique aussi récurrente qu'acerbe, n'hésitant pas à en retourner métaphoriquement chaque pierre. L'image qu'en donne le roman semi-autobiographique *The Snake Pit* (1946) – en français *La fosse aux serpents* –, de l'américaine Mary Jane Ward, participe à cette dénonciation du milieu asilaire en répandant auprès du grand public une vision cauchemardesque de l'institution. Succès de librairie[6], *The Snake Pit* bénéficie aussi d'une publication en version condensée dans les pages du populaire *Reader's Digest* avant de se voir ultimement consacré par une adaptation pour le cinéma en 1948. Lieu de bruits et de fureur, théâtre lugubre des angoisses du personnage incarné par Olivia de Havilland, l'*asile* n'a à coup sûr que bien peu de chances de trouver grâce aux yeux des spectateurs qui, pour la plupart, n'en ont seulement jamais vu les murs d'enceinte. C'est toutefois dans ce lieu improbable que la protagoniste principale, Victoria, retrouvera la raison. « Je me suis rappelée qu'autrefois, les fous étaient jetés dans des fosses qu'on remplissait de serpents venimeux. Je pense qu'on s'imaginait que ce qui pouvait rendre fou un être normal pouvait en retour rendre la raison à un fou » (*The Snake Pit*, 1948, 1 : 28 : 10). Transférée dans le pavillon 33, Victoria réalise qu'elle est loin d'être folle en comparaison des femmes qui l'entourent. C'est grâce à une psychothérapie avec le docteur Kick que Victoria réalise la source de ses fuites et accepte sa vie de femme

5. Cette observation est d'autant plus justifiée, dans le contexte québécois, que ladite « période révolutionnaire » se fond, en continu, avec la Révolution tranquille. Les attaques contre l'*ancien régime* font flèche de tout bois et force est d'admettre qu'elles revêtent souvent toutes les apparences d'un règlement de comptes. Les hérauts de la modernité médicale, majoritairement partisans de la déconfessionnalisation des institutions et de la laïcité de l'État, saisissent alors l'occasion de dénoncer la présence prédominante de la religion catholique par le biais d'attaques à l'encontre des congrégations religieuses, alors en charge des centres hospitaliers. Cette dénonciation est particulièrement présente dans le rapport Bédard (1962), auquel participent les docteurs Camille Laurin et Denis Lazure, tous deux futurs ministres du premier gouvernement du Parti québécois (1976). C'est enfin le docteur Lazure, devenu directeur de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu en 1975, qui laïcisera ce dernier ; lequel deviendra dès lors l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
6. Les studios de la MGM, dans le cadre de la campagne de promotion du long métrage, proclament fièrement que le roman de M. J. Ward a, en 1948, déjà été lu par plus de quinze millions de personnes (<http://youtu.be/1CBLJoNETqU>, consulté le 14 mai 2014).

adulte. L'image est forte. Au plus fort de la période d'encombrement asilaire à l'échelle occidentale, l'asile est le lieu qui pourrait bien redonner la raison tant la vie y est absurde.

Au-delà de l'administration des soins et de la gestion des lieux, ce sont les principes de réclusion des patients et leur confinement à ce microcosme – que l'on identifie désormais volontiers comme une sorte de panthéon de la déchéance – qui sont principalement mis en cause (Dyck, 2010, p. 643). Non seulement ce lieu d'oubli suscite-t-il un questionnement éthique et moral, mais, et c'est là l'argument qui intéresse le monde médical, on en conclut qu'il opère de façon foncièrement antithérapeutique (Bordeleau, 1970, p. 752). L'image de stagnation de la détresse humaine qui est alors associée au concept d'asile est du coup opposée au projet de centres hospitaliers modernes idéalisés, lieux à la vocation intrinsèquement transitoire, axés ultimement sur la réinsertion sociale du malade. Cette opposition fondamentale entre les deux concepts se trouve résumée d'une façon on ne peut plus claire dans le *Rapport de la Commission d'études des hôpitaux psychiatriques*, rédigé sous la direction de Dominique Bédard à l'intention du ministère de la Santé de la province de Québec : « L'hôpital refuse enfin d'être un asile où l'on se contente de garder les malades » (Bédard, Lazure et Roberts, 1962, p. 20).

L'idée de transformer l'environnement physique où sont administrés les soins et, avant tout, où sont internés les patients, est mise de l'avant en maints endroits. Il n'est qu'à examiner l'aspect monumental des centres hospitaliers développés à partir des asiles d'aliénés pour en constater l'aspect profondément intimidant. Au-delà de leur rôle premier de structure d'hébergement, l'asile, puis le centre hospitalier, transmettent une impression que Erika Dyck qualifie de « structure palatiale impressionnante » (Dyck, 2010, p. 643). Ces mégastructures ne sont pas étrangères à l'augmentation toujours croissante du nombre de patients. Nous ne pourrions passer sous silence le fait que l'asile, à bien des égards, constitue un lieu de mise à l'écart privilégié par les familles et par la communauté à bout de souffle devant un proche qui agit et réagit de manière dite irrationnelle. En un sens, la gestion des troubles de santé mentale répond alors plus aux valeurs et aux mœurs d'une société donnée à une époque donnée qu'à la mise en place de nouvelles connaissances scientifiques ou de nouvelles politiques en santé mentale. Est exclu celui qui ne se conforme pas aux règles du vivre-ensemble et celui qui suscite la peur, la honte et qui se voit dirigé vers des lieux hors la ville, à l'asile (Perreault, 2009). Alors que l'asile selon le modèle proposé par Pinel, éloigné du bruit incessant de la ville et de la misère des quartiers populeux, entendait redonner le « moral » aux aliénés par un dialogue avec la raison, les institutions psychiatriques du XXe siècle serviront de plus en plus de réceptacle pour les êtres « défectueux socialement » mais non judiciarisés.

Prenant le pouls des décennies précédant 1950, sœur Louise de l'Assomption, alors assistante sociale à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, constate de nombreux facteurs sociaux expliquant l'augmentation de la population asilaire au cours des années 1916-1917 et 1932-1934. Selon elle, cette augmentation est un véritable contrecoup des événements pénibles que nous traversions alors. Nous notons l'influence des causes déprimantes, comme les embarras financiers et les déceptions amères, causés par la vaine attente de la reprise des affaires normales. Un autre facteur a été la consommation des boissons alcooliques par les ouvriers surmenés des usines de munitions de guerre. À ces périodes, cette double action de l'alcool et du surmenage physique compte pour beaucoup dans l'accroissement de l'aliénation mentale (de l'Assomption, 1951, p. 13-14).

Dans ce contexte de difficultés économiques et sociales, on assiste à une augmentation du nombre de personnes dans le besoin. L'augmentation de la population asilaire à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, par exemple, passe de 4 165 à 6 548 patients inscrits entre 1930 et 1939. Le manque de ressources et d'infrastructures pour les accueillir est flagrant. Le tableau 2.1 montre l'augmentation de la population asilaire dans les trois grandes institutions du genre au Québec.

En 1941, le chef de la Division des maladies mentales du ministère de la Santé, le docteur Gauthier, rappelle l'une des solutions au problème de surpopulation qu'il avait d'ailleurs déjà évoquée aux débuts des années 1930, soit l'établissement de cliniques externes dans les dispensaires de santé publique du Québec.

> L'hôpital pour aliénés formera ce qu'il est convenu d'appeler un service extérieur ; un médecin neuropsychiatre possédant une certaine expérience est choisi et ses fonctions consisteront d'abord à connaître les malades qui sont encore dans les services, mais dont l'amélioration ou la guérison laisse prévoir une sortie prochaine de l'hôpital. [… À la sortie du patient, le médecin se rendra régulièrement aux dispensaires proches de son lieu de vie, selon des rendez-vous donnés d'avance.] Le médecin se rendra compte de l'état du patient, de l'évolution de sa maladie, de sa réadaptation sociale, en somme de son utilité ou de sa nuisance à la société en général (Gauthier, 1941, p. 851-852).

Il réclame aussi un « réel » hôpital pour maladies mentales et non une simple garderie pour les êtres nuisibles ou dangereux pour eux-mêmes et pour la société. Dans son rapport annuel envoyé au sous-ministre de la Santé, il affirme : « [L]'encombrement croissant de nos institutions ne nous permet plus de répondre à toutes les demandes justifiées d'hospitalisation. […] Notre Loi des asiles aurait besoin d'être complètement refondue pour pouvoir mieux s'adapter aux données modernes de la psychiatrie » (Gauthier, 2e rapport, dans *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec* de l'année 1945).

TABLEAU 2.1.

Nombre de patients publics présents en institution entre 1940 et 1962[1]

Année	Hôpital Saint-Jean-de-Dieu	Hôpital Saint-Michel-Archange	Verdun Protestant Hospital	Total
1940[2]	5 845	2 792	1 037	9 674
1941	6 111	2 841	1 180	10 132
1942	6 101	2 943	1 212	10 256
1943	6 067	3 099	1 246	10 412
1944	6 181	3 566	1 548	11 295
1945	6 066	3 701	1 572	11 339
1946	6 063	3 884	1 618	11 565
1947	6 168	4 037	1 635	11 840
1948	6 075	4 073	1 604	11 752
1949	6 122	4 235	1 621	11 978
1950	6 087	4 207	1 611	11 905
1951	6 010	4 341	1 632	11 983
1952	5 781	4 324	1 642	11 747
1953	5 671	4 467	1 629	11 767
1954	5 526	4 572	1 636	11 734
1955	5 705	4 632	1 657	11 994
1956[3]	5 643	4 857	1 673	12 173
1957	5 660	4 997	1 658	12 315
1958	5 760	5 205	1 670	12 605
1959	5 664	5 034	1 641	12 338
1960[4]	5 652	4 837	1 532	12 021
1961	5 670	5 130	1 539	12 339
1962[5]	5 589	5 091	1 526	12 206

1. Ces données ne comprennent pas les patients en congé et en sorties ni les patients privés. À titre d'exemple, pour l'année 1944, on dénombre près de 7 500 patients inscrits à Saint-Jean-de-Dieu, alors que l'on ne calcule que 6 200 patients publics présents au 31 décembre de la même année.
2. Patients présents au 31 décembre de l'année en cours.
3. Patients présents au 30 avril de l'année en cours.
4. Patients présents au 31 décembre de l'année en cours.
5. Patients présents au 30 avril de l'année en cours.

Source : Adapté des Rapports annuels sur les hôpitaux psychiatriques, *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec*, années 1940 à 1962 (Québec, 1931-1962).

Pourtant, une loi provinciale de 1941 entend dissuader les proches d'un aliéné qui ne demande pas une admission institutionnelle en bonne et due forme. Cette loi incrimine

> [q]uiconque, dans le but, ou de s'en débarrasser lui-même, ou d'en débarrasser un autre, ou de le faire interner dans un asile pour les aliénés ou les idiots, […] laisse ou dépose dans un endroit quelconque un aliéné, un idiot, un dément, un épileptique, un sourd-muet, un malade ou un infirme quelconque […] est passible d'une amende, d'un emprisonnement de six mois dans la prison commune du district où l'infraction a été commise (S.R.Q., 1941, chap. 188, art. 17).

À la fin des années 1940, il y a 14 559 malades inscrits dans les institutions du Québec (moins ceux en congé), soit 1 839 de plus que la capacité normale. Le docteur Gauthier écrit alors : « Une telle situation a été forcément tolérée pendant la guerre, mais une solution prochaine, je dirais même très prochaine, de ce problème s'impose du simple point de vue humanitaire » (Gauthier, 4e rapport, dans *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec* de l'année 1948, p. 83). Il existe alors une forte volonté de retourner les patients dans leur foyer familial ou dans un autre type d'institution pour les malades chroniques et inoffensifs. Dès 1951, un nouvel hôpital, en voie de construction à Roberval, permettra d'obtenir 800 lits de plus. L'année suivante, Mont Providence admet des arriérés éducables (et sera transformé en hôpital psychiatrique en 1955). Entre 1954 et 1956, l'Hôpital Saint-Michel-Archange et l'Hôpital Saint-Julien, grâce à des travaux d'agrandissement ouvrent environ 2 500 lits supplémentaires. L'Hôpital St-Charles-de-Joliette est inauguré en 1959 et l'Hôpital des Laurentides à L'Annonciation devrait être terminé au cours de l'année 1960 (Québec, *Documents de la session*, 1951-1960). Le docteur Gauthier rappelle toutefois qu'il « faudra toujours prévoir une augmentation annuelle du nombre de malades hospitalisés, du fait qu'un certain pourcentage de malades admis ne pourront plus retourner prendre leur place dans la société » (Gauthier, 10e rapport, dans *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec* de l'année 1954, p. 83).

Un autre problème joue en défaveur des taux d'internement élevé : le fort taux de patients jugés incurables, qui atteint alors 50 % (Québec, *Documents de la session*, 1931-1932, p. 31). Si la psychiatrie est désormais une science médicale qui traite et qui guérit comme ceux qui l'exercent le prétendent, elle se doit de résoudre le problème de l'encombrement. Deux moyens sont mis en place par les psychiatres et les spécialistes depuis la fin des années 1920. Ils ne connaîtront toutefois leur envol qu'à la fin des années 1940. Le premier, la psychiatrie comme spécialité médicale, devra s'orienter vers la neurologie et les traitements physiologiques. Le second, l'hygiène mentale, devra prévenir les maladies mentales. Comme le soulignait encore une fois le docteur Gauthier, « [c]omme question de fait, pourquoi nous faut-il attendre que l'individu donne des manifestations

évidentes de comportement antisocial pour mettre en opération un organisme qui tente à prévenir ces mêmes manifestations» (Gauthier, 1948, 4e rapport, dans *Documents de la session*, p. 84). Sœur Louise de l'Assomption fait, elle, le parallèle entre les fléaux sociaux, les facteurs psychologiques et les maladies mentales et suggère que l'aspect social des causes de la maladie mentale demeure attaché à la prophylaxie et non aux traitements à l'intérieur de l'asile (de l'Assomption, 1951, p. 4-5). Toutefois, c'est à l'intérieur même des murs de l'hôpital psychiatrique que se joue l'élément qui aura des répercussions importantes sur les personnes psychiatrisées et qui permettra la mise en place de politiques de désinstitutionnalisation massive dans les années 1950 et 1960 : l'arrivée des neuroleptiques.

2. Les traitements psychiatriques

La psychopharmacologie, en phase élémentaire de développement dans la première moitié du XXe siècle, est dominée par les barbituriques (Nembutal, Amytal, Gardénal) qui dominent un arsenal, limité certes, mais tout de même disponible, de substances sédatives et anesthésiantes. Parmi ces dernières, les médecins ont surtout recours au chloral, à la morphine, à la scopolamine ou encore à des antiépileptiques (Dilantin, bromides) afin de gérer les problèmes comportementaux de leurs patients[7]. Pour aussi limités qu'en soient leurs effets, il est impossible de nier qu'il se soit agi là de bases établies sur lesquelles se sont hissés les tenants de ladite modernité. Les progrès de la science médicale et de la pharmacologie aidant, ces derniers ont bénéficié d'une synchronicité qui, nous le verrons, donnera du crédit à leur discours, ce qui historiquement ne diminue en rien les mérites de leurs prédécesseurs moins choyés.

Les crises d'agitation du patient interné en milieu institutionnel n'étaient alors calmées que par la *camisole chimique* ou, moins souvent, par des traitements de choc ou chirurgicaux. À défaut de pouvoir cibler et contrôler les états psychiques, l'on se contentait, par dépit ou par réflexe, de donner aux patients des sédatifs destinés à les garder dans un état de somnolence ou de forte confusion, état qui dans les deux cas prévenait des débordements comportementaux prévisibles. Comme le mentionne le médecin et philosophe Jean-Noël Missa : «Il fallait que le malade soit calme, il fallait que sa famille puisse le rencontrer. Mais ce n'était pas de la thérapie, c'était simplement de la sédation» (Missa, 2006, p. 246).

7. Les noms de ces substances proviennent des données contenues dans les dossiers des patientes et des patients internés à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu dans les années 1940-1950.

Les recherches pour connaître les causes neurologiques des maladies mentales ne portent pas toujours fruit. Quelques pathologies ont bien été isolées comme la paralysie générale et l'épilepsie, mais reste que la majorité des entités morbides sont idiopathiques en regard de l'état des sciences médicales de l'époque. Les progrès en médecine, avec la découverte des antibiotiques, et l'amélioration des conditions de vie après la Seconde Guerre mondiale, donnent toutefois un répit et de l'espoir à la psychiatrie. Il est désormais possible de traiter les syphilitiques avec la pénicilline. Alors que les causes psychologiques sont bien étudiées aux États-Unis à partir de 1940 et que les médecins canadiens-français optent pour une formation aux États-Unis, la majorité des psychiatres qui travaillent à l'intérieur de l'asile se concentrent néanmoins sur les causes « physiques » des maladies mentales. Si les causes psychogéniques de ces maladies sont mal comprises et, mis à part la psychanalyse et la psychothérapie, peu de traitements sont efficaces, les causes organogéniques font l'objet de recherches intensives depuis la fin de la Grande Guerre avec le développement de l'école kraepelinienne.

Après les traitements par la malaria et l'insuline pratiqués depuis la fin des années 1920, on assiste à la mise en place de traitements de plus en plus intrusifs au cours des années 1940 et 1950 : les électrochocs de Cerletti et Bini et la lobotomie de Moniz. Les électrochocs sont utilisés pour traiter les déments et les agités (Braslow, 1997). La lobotomie, s'inspirant des techniques de Freeman aux États-Unis, commence à être pratiquée vers 1949 pour traiter les déments précoces (ancienne appellation des schizophrènes). Quoique ces traitements neuropsychiatriques se veuillent une tentative de guérir les malades mentaux, l'analyse des données tirées de dossiers de patients de Saint-Jean-de-Dieu nous révèle qu'en s'intéressant aux maladies mentales de cause inconnue, ces traitements constituent plus un mode de gestion de la population asilaire qu'un traitement efficace des troubles mentaux. Les patients violents, délirants, antisociaux et hallucinés sont particulièrement ciblés par ce type de thérapie (Perreault, 2012). Dans une étude de 1951 sur la réadaptation de 25 lobotomisés, on apprend que chez les cas dits « améliorés », les patients se montrent maintenant propres, sociables et actifs (Gauvin, 1953).

Les gains accumulés par le traitement des troubles mentaux, dans le cadre du processus de désinstitutionnalisation qui s'y rattache, sont tributaires des avancées soudaines de la psychopharmacologie. Il est, en effet, vain de croire que l'humanisme et le concept de conscience sociale aient pu, du seul fait de leur diffusion à la fois dans les milieux médicaux et populaires, connaître un succès concret comparable à celui auquel l'on assiste progressivement à partir du début des années 1950, n'eussent été des progrès d'abord accomplis en laboratoire (Deniker, 1975, cité dans Missa, 2006, p. 246).

L'idée de pouvoir calmer cette agitation sans affecter la capacité d'interaction chez les patients n'aurait pu être envisagée avant l'introduction de neuroleptiques capables de réduire l'agitation autrement qu'en causant une forte somnolence. C'est pourtant ce que l'on réussit à accomplir avec des concoctions moléculaires inespérées telles le Largactyl (1952) et l'Haldol (1958). C'est en explorant la possibilité de réduire le choc opératoire par l'administration d'une solution agissant sur le système nerveux autonome que le chirurgien militaire Henri Laborit s'intéresse aux découvertes des chercheurs Simone Courvoisier et Paul Charpentier qui, au début des années 1950, synthétisent la chlorpromazine. Laborit en fait l'usage expérimental sur des sujets en phase préopératoire en remarquant que la substance provoque un effet de « désintéressement aux événements extérieurs » (Moncrieff, 2013, p. 32). Il s'agit là du point de départ des recherches cliniques qui sont reprises par les psychiatres français Jean Delay et Pierre Deniker, lesquels décident de tester la chlorpromazine sur 38 patients en état d'agitation chronique. L'effet produit sur les sujets est décrit par Delay et Deniker comme provoquant « une apparente indifférence, ou un décalage dans la réponse aux stimuli externes, une neutralité émotionnelle et affective, la diminution à la fois de l'initiative et de la préoccupation sans altération de la présence consciente ou des facultés intellectuelles » (Delay et Deniker, 1952, cités dans Moncrieff, 2013, p. 33).

La démonstration pratique de l'efficacité de la chlorpromazine dans le traitement de la psychose mène à sa commercialisation en octobre 1952 sous le nom de *Largactil* – pour sa *large action* – présenté comme un stabilisateur neurovégétatif. C'est donc cette manne inespérée que constitue l'introduction des neuroleptiques – terme défini par Delay et Deniker en 1955 – qui va influencer toute la séquence événementielle qui remue l'univers des traitements des troubles mentaux, notamment à l'aube du mouvement d'accélération de la désinstitutionnalisation dont elle sera un facteur majeur. Il s'agit d'un constat qui peut difficilement être contesté. Pour Jean-Noël Missa, « [l]'apparition de la chlorpromazine en clinique psychiatrique marqua un tournant majeur dans l'histoire des traitements biologiques. […] Les années 1950 constituèrent l'âge d'or de la psychopharmacologie et de l'empirisme thérapeutique en psychiatrie » (Missa, 2006, p. 249).

Si révolution il y a dans l'histoire des soins psychiatriques de la seconde moitié du XXe siècle, c'est bien là qu'elle se trouve. L'engouement est alors tel que c'est à peine si l'on n'y voit pas jusqu'à une formule magique en bonne et due forme. À peine trois ans après sa commercialisation en France, la chlorpromazine est littéralement portée aux nues aux États-Unis, alors que le président de la Society of Biological Psychiatry of the United States en fait l'éloge en des termes qui ne laissent planer aucun doute sur le pouvoir quasi prodigieux qu'on lui prête. Il s'emballe pour

cette découverte en faisant valoir son caractère alors unique en regard de la psychopharmacologie jusqu'alors disponible et affirme qu'il s'agit d'un médicament dont les effets « *wipe out the symptoms of psychotic patients just as internists can use insulin for the elimination of the symptoms of diabetes* » (Himwich, 1955, cité dans Moncrieff, 2013, p. 35).

Le Canada et le Québec ne font pas exception dans ce processus qui, initié en Europe, s'étend bientôt partout et fait école. C'est Heinz Lehmann qui le premier introduit et popularise l'usage des neuroleptiques – précisément de la chlorpromazine dont il se fera le porte-voix en 1953 – alors qu'il est directeur clinique du Verdun Protestant Hospital (l'Institut universitaire en santé mentale Douglas de Montréal). Or, cette idée d'une capacité du médicament à « corriger » le comportement problématique est le cœur même du discours lehmannien. Il catégorise les vertus des neuroleptiques en les répertoriant selon l'effet obtenu lors du traitement et affirme que la chlorpromazine se distingue par son côté « correcteur » en ce qu'elle attaque un « *nucleus of symptoms that is fairly close to the primary disturbance* » (Lehmann, 1959, cité dans Moncrieff, 2013, p. 35) à l'instar, justement, de l'insuline face au diabète. Comme le rappelle une assistante sociale de l'époque, Monique Meloche :

> La première révolution de l'intérieur se fit au Douglas Hospital, grâce au docteur H. Lehmann et à son équipe, au début des années 50. Sur une base expérimentale, on administra des neuroleptiques à un grand nombre de malades. Les changements ne se firent pas attendre, même chez les malades chroniques. Il est fort émouvant de lire les dossiers de certains de ces patients qui, en quelques mois, passèrent de la solitude cellulaire où leur fureur les maintenait, à la vie sociale, calme mais active, du département ouvert. L'isolement et les contraintes devinrent superflus, les portes verrouillées aussi. On les ouvrit donc, mais pour certains patients internés depuis des années, les habitudes passives de troupeaux que l'on mène à la mangeoire ou au puits continuèrent encore longtemps (Meloche, 1981, p. 24).

Alors même que s'est déjà répandu le recours au Largactil un peu partout en Occident apparaît l'Haldol (Halopéridol R1625) développé en Belgique par les laboratoires Janssen Pharmaceutica en 1957 et commercialisé dès l'année suivante. Le niveau d'enthousiasme de la communauté médicale atteint des sommets puisque non seulement l'Haldol, à l'instar du Largactil, permet-il de calmer et de contrôler les troubles du comportement – on en fait rapidement usage pour le traitement du syndrome de Tourette –, mais il nécessite l'administration de doses réduites et, surtout, il s'avère dramatiquement moins sédatif que son prédécesseur. Jean-Noël Missa vise juste lorsqu'il affirme qu'« [a]vec les nouveaux neuroleptiques, l'atmosphère dans les salles devint beaucoup plus paisible. Le contact avec le malade fut facilité, ouvrant la voie à un développement de la psychothérapie » (Missa, 2006, p. 249). *Psychothérapie* : le mot est lancé. Il ne semble pas exagéré d'émettre l'idée que la psychothérapie, laquelle

présuppose un contact conscient entre le thérapeute et son patient, n'eut donc pu, hormis quelques exceptions, devenir un objectif réaliste qu'après l'universalisation des neuroleptiques, en particulier dans le milieu institutionnel. Comme le souligne le psychiatre Marcel Bouchard en 1979 :

> [I]maginez avec quelle satisfaction nous avons reçu, à l'été 54, les premières informations de Paris […] à l'effet qu'un nouveau [médicament] en psychiatrie donnait des résultats extraordinaires. On le désignait par le No 4560 R.P. [Largactyl]. Nous fûmes « pâmés » des résultats […] L'introduction de ces nouvelles thérapies nous a permis de pénétrer dans les salles, de communiquer avec nos malades, de leur faire extérioriser leurs problèmes (ce qui n'était absolument pas possible auparavant, sauf exception) et partant d'élaborer ce que l'on appelle maintenant une relation thérapeutique (Bouchard, 1979, p. 96-97).

À ce stade, il est nécessaire de constater qu'en pareil contexte, les récriminations de l'antipsychiatrie ont dès lors beau jeu d'opposer modernité et ancien régime sous l'argument, désormais forcément fallacieux, que les nouvelles approches en traitement des troubles neuropsychiatriques produisaient, du seul fait de leur modernité, des résultats probants que les méthodes traditionnelles n'ont jamais pu espérer atteindre. Dans les faits, l'apparition de la chlorpromazine, de l'halopéridol et consorts, constitue somme toute un changement de paradigme où toute mise en opposition de l'après neuroleptiques en rapport à l'avant neuroleptiques équivaut pratiquement, par exemple, à tenter de comparer, de façon non biaisée, le développement des sociétés d'avant et d'après l'avènement de l'électricité. Cette comparaison permet, à elle seule, de réaliser toute la force de la portée des découvertes survenues en moins de dix ans, autant dans le milieu médical qu'auprès des pouvoirs politiques. Laissons encore une fois la parole au docteur Bouchard :

> Je vous laisse deviner les répercussions sur les familles qui recevaient maintenant des lettres convenables, retrouvaient au parloir leurs proches calmes et souriants après des années soit de mutisme ou de violence. Nous pouvions maintenant parler de malade, et non de fou ; de centre de traitement et non de placement, de sortie au lieu de « considérez-le comme mort et réorganisez votre vie en conséquence ». […] À mon point de vue, deux faits essentiels ont marqué l'évolution de la psychiatrie depuis 30 ans [de 1949 à 1979] : les neuroleptiques et l'organisation des activités. Tout le reste en découle et s'y greffe (Bouchard, 1979, p. 98).

Lors de la rédaction du rapport Bédard (1962), l'omniprésence établie des neuroleptiques au sein de l'appareil institutionnel québécois apparaît en filigrane, alors que les mentions qui en sont faites, bien que peu nombreuses, sont révélatrices de leur utilisation massive, moins de huit ans après leur introduction en sol canadien. On y lit au sujet de Saint-Jean-de-Dieu que le « traitement fait appel essentiellement aux méthodes biologiques : insulinothérapie, électroplexie (électrochoc), médication (tranquillisants, antidépressifs et anticonvulsants) environ 80 % des

Encadré 2.1. – Cas de Blanche

Patiente numéro 42230 : Admise en janvier 1950 à l'âge de 28 ans et libérée en juillet 1964. Diagnostic de psychonévrose changé en schizophrénie paranoïde. Cinq ans avant son internement, elle est très nerveuse, pleure pour rien surtout au temps de ses menstruations. S'est mise à avoir peur de tout, se sauvait à la vue de la police. Troubles de comportement : déchirait son linge, a jeté deux montres à l'eau, pleurait, frappait les gens, brisait tout. Restait seule, ne parlait pas et refusait de manger. Elle aurait tenté de se suicider en ouvrant les clés du poêle à gaz.

De janvier 1950 à la fin août de la même année, la patiente a reçu 122 séances d'électrochocs et 25 séances d'hydrothérapie entre février 1950 à février 1954. Décrite le mois suivant comme « docile, tranquille, calme depuis 15 jours, propre sur elle-même » – la malade a reçu plusieurs chocs et s'est grandement améliorée dernièrement. Mise en congé et retour à la fin novembre 1950 : brisait tout chez elle, devenait menaçante. En décembre 1951, elle subit une lobotomie. Les symptômes postopératoires sont : violence envers autrui, envers elle-même, agitée. Elle reçoit encore des électrochocs au début février 1954 et se calme. Le 22 février, elle commence le Largactyl et deux semaines plus tard, on note : « Il y a 8 jours commençait [*sic*] à présenter un syndrome d'agitation. Toutefois au contraire de ce qui se passe d'ordinaire, elle n'a pas fait de grande agitation, il n'a pas été nécessaire de l'attacher et ce matin elle semble assez calme (Largactyl). » Une semaine plus tard il est noté qu'elle n'a pas fait de grande crise d'agitation depuis qu'elle a du Largactyl, mais s'en tient constamment à la limite. On ajoute le Gardénal le 15 mars suivant. En avril 1954 : « Amélioration certaine avec Largactyl. Quoique agitée brièvement n'a pas dû être attachée depuis un mois » (notes du docteur Lemieux). À la fin juin 1957, le Stémetil est prescrit en plus du Largactyl et le Phénergan s'ajoute en avril 1959. S'ajoutent ou s'arrêtent certaines molécules au profit d'autres jusqu'en 1964 (Dexamyl, Nozinam, Majeptil, Librium, Mellane).

En janvier 1964, il est mentionné que selon son médecin traitant, le docteur Legault, elle est améliorée depuis 1961.

> Le Dr Legault envisageait à cette époque de la placer dans un milieu institutionnel et tout était prêt pour le départ de la malade, quand celle-ci, tout-à-coup, sembla entrer en panique en face d'une libération définitive et retomba dans sa surexcitation antérieure et son irritabilité. En somme elle n'était pas encore motivée pour sa sortie. […] Elle demeurait très dépendante et au fond aimait beaucoup mieux passer sa vie à l'hôpital où elle se sentait protégée. Ce qui l'effrayait surtout était de devoir envisager un travail à l'extérieur auquel elle se sentait incapable de faire face. […] Cependant, nous avons l'impression qu'une tentative de réhabilitation s'impose dans son cas étant donné l'excellence du milieu vers lequel elle sera dirigée (10 janvier 1964).

Le 13 mars, il est noté que la patiente s'adapte difficilement, et à moitié, au foyer, en ce sens qu'elle se montre extrêmement susceptible. Elle explique qu'elle se trouve entourée de gens trop jeunes pour elle. Elle change alors de foyer.

Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Encadré 2.2. – Cas de Jean-Baptiste

Patient numéro 45945 : 30 ans, admis de 1949 à 1953 et de 1954 à 1963. Diagnostic de démence précoce simple changé en schizophrénie paranoïde. Le patient est délirant à son arrivée, il prétend qu'il « perd trop du bas de son corps, ses parties génitales faiblissent et sont sur le point de disparaitre ». Se sent persécuté, ses voisins seraient jaloux de lui, tout le monde lui en veut, même sa famille, on se moque de lui, etc. Son corps aurait une certaine influence involontaire sur l'humanité en ce sens que si il se choque, ça va donner des maux de tête aux autres, si il entre en érection, les parties génitales des autres deviennent faibles, etc. Le patient est violent, lance des objets, brise des vitres à la maison, il menace de frapper son père, etc. A un comportement bizarre, il peut manger une douzaine d'œufs (nature) par jour ou boire 20 tasses de café en peu de temps, etc.

Le patient subit des cures d'insulinothérapie, des électrochocs et une lobotomie. Après sa lobotomie il s'améliora suffisamment pour être libéré en février 1953. Il reprit une vie assez active, travailla dans une librairie et retournera à l'enseignement de janvier à novembre 1953, il était alors trop nerveux pour continuer. Son état s'empira de plus en plus, il voulut composer un dictionnaire à l'inverse et participer au prix Laure Conan. Réinterné en novembre 1954 dans un état psychotique à caractère paranoïde. En 1958, il est en congé d'essai chez sa mère mais revint à cause d'une agressivité marquée contre elle.

En 1954, il prend du Largactyl et peu après du Phénergan. Il répondit très bien quant à sa condition paranoïde. Il fût placé au Stélazine mais cette médication fût cessée 3 mois plus tard. Il est noté en 1963 que le sujet est sans symptôme psychotique depuis plus de 4 ans même sans médication depuis novembre 1962. Sa mère décède le même mois et il n'en fût pas ou peu troublé. Il s'occupe ici à l'hôpital et prend régulièrement ses fins de semaine. Il aurait un emploi à l'extérieur comme correcteur des épreuves dans un journal. Sa famille est prête à le prendre dans quelques jours après la réorganisation rendue obligatoire par la mort de sa mère. Le médecin recommande sa mise en congé avec la famille et qu'il soit suivi à la clinique externe (rapport du docteur Marin, 17 janvier 1963).

En mars 1964, il écrit à son médecin :

> Monsieur le docteur, ma santé va très bien. Dernièrement, j'ai été remercié de mes services à la Librairie des Écoles faute de travail. Le patron a bien voulu rédiger une lettre de recommandation des plus élogieuses à mon endroit. Un ex-patient qui vous sera longtemps reconnaissant pour tous vos bienfaits. P. S. Seriez-vous assez gentil pour faire renouveler ma prescription à la Clinique Externe ? Merci infiniment – excusez-moi. Le numéro de ma dernière prescription était 28109 [avec une note de la même écriture qui indique que « les pilules que mon frère prend lui font du bien »].

En avril 1964, il écrit à la Révérende Sœur : « Vous êtes sûrement toujours aussi gentille je suppose. Quant à moi, grâce à vos bonnes pilules, ma santé va toujours très bien. J'ai recommencé à travailler. Quel soulagement ! Je vous en remercie infiniment d'avance. # de la dernière prescription 30584. »

Source : Archives de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

malades prennent des médicaments, à titre de traitement principal» (Bédard, Lazure et Roberts, 1962, p. 39). Sans surprise, les auteurs du rapport formulent le même constat pour le Verdun Protestant Hospital de Lehmann:

> Comme la plupart des hôpitaux que nous avons étudiés, le V.P.H. fait un usage généreux de médicaments dits «tranquillisants»; pour environ 75% des malades ils constituent la thérapeutique principale. Pour les autres 25% on utilise surtout diverses techniques de psychothérapie, individuelle ou collective (Bédard, Lazure et Roberts, 1962, p. 50)[8].

Conclusion

L'internement est une arme facile dont se servent non seulement les parents des malades mentaux dans certains cas, mais même les médecins et les psychiatres du Grand Montréal pour se débarrasser des cas difficiles. […] *Sans songer à les traiter ou à les diriger vers des cliniques externes on nous envoie les trop dangereux, les trop chroniques, les trop inacceptables dans leurs milieux. Nous devenons, à Saint-Jean-de-Dieu, un déversoir de «ceux dont personne ne veut».*

Le Devoir, 21 mai 1971, cité par Boudreau (1984, p. 126)

Au moment où le rapport Bédard de 1962 sonne le glas du vieux concept d'asile, les hôpitaux pour malades mentaux au Québec sont devenus des institutions médicales en regard des critères de l'époque. Une période de désinstitutionnalisation massive commence alors. Avec la modernisation de la classification des maladies mentales, les nouveaux traitements pharmacologiques et les professions «psy» en plein essor, une nouvelle génération de psychiatres s'apprête à prendre en main les institutions psychiatriques et les politiques en santé mentale au Québec. La politique des portes ouvertes, déjà mise en place dans les années 1950, désengorge jusqu'à un certain point le problème de la surpopulation des hôpitaux psychiatriques. Le nombre de patients présents diminue, à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu notamment, dès 1950. L'arrivée des neuroleptiques explique

8. Le rapport poursuit à ce sujet (p. 53) en mentionnant les mérites du V.P. H. et de son directeur, ainsi que le soutien tout particulier qui leur est fourni depuis même les États-Unis: «La réputation du VPH, sur le plan scientifique, s'étend bien au-delà de nos frontières surtout depuis 1953, alors que grâce aux recherches de son directeur clinique, cet hôpital était le premier en Amérique à démontrer l'action merveilleuse des médicaments "tranquillisants" dans le traitement des malades mentaux. Ces recherches n'ont pas cessé et ce même directeur clinique est d'emblée reconnu comme une autorité dans la matière à travers le monde si bien que le U.S. Public Health Service n'hésite pas à octroyer au VPH d'importantes sommes d'argent pour fins de recherches.»

en partie cette diminution de même que l'ouverture d'institutions pour patients chroniques qui participe aussi à une diaspora institutionnelle pour un certain nombre d'entre eux.

Les politiques de désinstitutionnalisation massive des années 1960 ne se font toutefois pas sans heurts. Malgré les médicaments, les cliniques externes, les services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et l'ouverture de centres spécialisés en gérontopsychiatrie, en pédopsychiatrie et en déficience intellectuelle, les grands hôpitaux psychiatriques de la province rencontrent néanmoins un obstacle majeur à la sortie des patients : l'accueil pour le moins difficile, l'animosité même, des résidents des villes et villages face à des personnes stigmatisées et qualifiées de « malades mentaux ». Malgré de nouvelles politiques de retour en communauté dites progressistes, des découvertes médicales et thérapeutiques en psychiatrie et un changement de mentalité de la population générale en regard des troubles nerveux depuis la Seconde Guerre mondiale, subsiste, pour les patients « trop » inacceptables, une forte réaction sociale à leur égard. Il semble que la communauté ait été prête à accepter l'intégration des « bons » patients calmes et dociles, ceux-là même qui constituaient une mince proportion de la population institutionnalisée dans les années 1950. Toutefois, face aux cas chroniques, aux cas jugés dangereux, aux mésadaptés par une institutionnalisation prolongée, les ressources dans la communauté et la famille semblent fort limitées. Leur retour dans le monde qui les avait mis à l'écart ne pouvait se faire, en effet, sans difficultés, et ce, même avec l'usage de nouvelles molécules si prometteuses.

Bibliographie

ARCHIVES DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL (1940-1950).

BAUMEISTER, A. et M. HAWKINS (2005). « Continuity and discontinuity in the historical development of modern psychopharmacology », *Journal of the History of the Neurosciences*, nº 14, p. 199-209.

BÉDARD, D., D. LAZURE et C.-A. ROBERTS (1962). *Rapport de la Commission d'études des hôpitaux psychiatriques*, Québec, Ministère de la Santé.

BORDELEAU, J.-M. (1970). « Hôpital psychiatrique traditionnel et assistance psychiatrique moderne », *Laval médical*, vol. 41, nº 6, p. 751-760.

BOUCHARD, M. (1979). « Un quart de siècle plus tard : notre malade… », *Santé mentale au Québec*, vol. 4, nº 1, p. 92-101.

BOUDREAU, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions St-Martin.

BRASLOW, J. (1997). *Mental Ills and Bodily Cures : Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*, Berkeley, University of California Press.

DE L'ASSOMPTION, SŒUR LOUISE (1951). *L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu : ses diverses activités, son service social*, mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal.

DYCK, E. (2010). « Spaced-out in Saskatchewan : Modernism, anti-psychiatry, and deinstitutionalization, 1950-1968 », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 84, nº 4, p. 640-666.

FLEURY, M.-J. et G. GRENIER (2004). « Historique et enjeux du système de santé mentale québécois », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, nº 1, p. 21-38.

FOUCAULT, M. (1961). *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.

GAGNON, R. (2011). « Les boursiers d'Europe : un projet d'étude sur la formation d'une élite au Québec », communication à l'Institut d'histoire de l'Amérique française.

GAUTHIER, C. A. (1941). « Un aspect négligé de l'hygiène mentale », *L'Union médicale du Canada*, p. 851-852.

GAUVIN, Y. (1953). *Problème de réhabilitation sociale de malades mentaux*, mémoire de diplôme en service social, Montréal, Université de Montréal.

GERVAIS, M., L. GAUTHIER et L. GÉLINAS (1997). « La réhabilitation de l'hôpital psychiatrique. Une question d'audace et de synergie », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, nº 2, p. 137-153.

GOFFMAN, E. (1961). *Asylums : Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York, Doubleday.

GRENIER, G. (1990). *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentales au Québec entre 1885 et 1930*, mémoire de maîtrise en histoire, Montréal, Université de Montréal.

GRENIER, G. (1999). *Les monstres, les fous et les autres : la folie criminelle au Québec*, Montréal, Trait d'union.

HEALY, D. (2004). *The Creation of Psychopharmacology*, Cambridge, Harvard University Press.

KEATING, P. (1993). *La science du mal, l'institution de la psychiatrie au Québec, 1800-1914*, Montréal, Boréal.

MELOCHE, M. (1981). « Enfermer la folie », *Santé mentale au Québec*, vol. 6, nº 2, p. 16-26.

MISSA, J.-N. (2006). *Naissance de la psychiatrie biologique*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Science, histoire et société ».

MISSA, J.-N. (2008). « La psychopharmacologie et la naissance de la psychiatrie biologique », dans J.-N. Missa (dir.), *Les maladies mentales*, Paris, Presses universitaires de France, p. 131-145.

MONCRIEFF, J. (1999). « An investigation into the precedents of modern drug treatment in psychiatry », *History of Psychiatry*, nº 10, p. 475-490.

MONCRIEFF, J. (2013). « Magic bullets for mental disorders : The emergence of the concept of an "antipsychotic" drug », *Journal of the History of the Neurosciences*, vol. 22, nº 1, p. 30-46.

PERREAULT, I. (2009). *Psychiatrie et ordre social. Analyse des causes d'internement et des diagnostics donnés à Saint-Jean-de-Dieu dans une perspective de genre, 1920-1950*, thèse de doctorat, Ottawa, Université d'Ottawa.

PERREAULT, I. (2012). « Esprits troublés et corps déviants : les fonctions de la psychochirurgie à Saint-Jean-de-Dieu, 1948-1956 », dans S. Frigon (dir.), *Corps suspect, corps déviant*, Montréal, Éditions du remue-ménage, p. 205-227.

PERREAULT, I. et M.-C. THIFAULT (2012). « Les Sœurs de la Providence et les psychiatres modernistes : enjeux professionnels en santé mentale au Québec, 1910-1975 », *Études d'histoire religieuse*, vol. 78, nº 2, p. 59-79.

QUÉBEC (1931-1962). *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec*.

QUÉBEC (1941). *Loi sur les aliénés*, S.R.Q., chap. 188, art. 17.

THE SNAKE PIT (1948). Film du réalisateur Anatole Litvak, Fox Studios.

THIFAULT, M.-C. (2010). « Le *nursing* psychiatrique à l'École de gardes-malades de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu : "le côté spirituel en tête du côté technique" », *Scientia Canadensis*, vol. 33, nº 1, p. 95-118.

THIFAULT, M.-C. et I. PERREAULT (2011). « Premières initiatives d'intégration sociale des malades mentaux dans une phase de pré-désinstitutionnalisation, 1910-1965 », *Histoire sociale/Social History*, vol. 44, nº 88, novembre, p. 197-222.

VALENSTEIN, E. (1986). *Great and Desperate Cures : The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*, New York, Basic Books.

WALLOT, H. (1998). *La danse autour du fou : entre la compassion et l'oubli. Survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours*, Québec, Publications MNH.

WARD, M. J. (1946). *The Snake Pit*, New York, Random House.

CHAPITRE

3

SORTIR DE SAINT-JEAN-DE-DIEU
EXPÉRIENCES DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION, 1930-1976

Marie-Claude Thifault et Martin Desmeules[1]

Moi on me l'a annoncé un an d'avance comme de quoi j'allais tomber dans la société. Six mois plus tard, une madame nous a fait découvrir le nom des rues, comment c'était numéroté, tsé découvrir un peu ton emplacement où est-ce que tu vas être une fois sorti… ça été ce genre de préparation qui s'est faite[2].

« *Ouvrir les portes de l'hôpital, débarrer les portes de l'hôpital*[3] », comme l'a dit le Dr Denis Lazure, n'était pas une façon d'imager sa pensée, mais bien un geste concret nourri par le vent de changement qu'insufflait la

1. Les auteurs remercient Mme Christine J. Bolduc, responsable des archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, pour sa précieuse collaboration à toutes les étapes de la recherche. Marie-Claude Thifault tient à remercier tout spécialement Martin Pâquet, Megan Davis, Erika Dyck, Marie LeBel et André Courtemanche pour leur soutien au moment d'esquisser les premiers jalons de ce programme de recherche sur la désinstitutionnalisation.
2. Extrait tiré du témoignage de Marcel Blais dans *Maudits fous !*, production Vendôme, 2007, épisode 2.
3. Extrait tiré du témoignage de Denis Lazure dans *Maudits fous !*, production Vendôme, 2007, épisode 2.

révolution psychiatrique des années 1960. Certes, la Commission d'études des hôpitaux psychiatriques et les conclusions de son rapport – rapport Bédard – rédigées par les docteurs Dominique Bédard, Denis Lazure et Charles A. Roberts, permettaient de croire à un vaste projet de désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec.

La désinstitutionnalisation en santé mentale, soit le phénomène d'intégration des personnes psychiatrisées au sein de la société, a été surtout étudiée du côté du Canada anglais, de la Grande-Bretagne, des États-Unis et de l'Australie[4]. Dernièrement, au Canada, les contributions les plus significatives sont les collectifs *Après l'asile – After the Asylum*, dirigé par Erika Dyck (2011) et *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*, codirigé par Brenda A. LeFrançois, Robert Menzies et Geoffrey Reaume (2013). *Mad Matters* réunit les témoignages de survivants et rend compte de l'essor d'une forme d'activisme. Une décennie plus tôt, Reaume (2000) s'était déjà intéressé à l'expérience asilaire des patients du Toronto Hospital for the Insane en documentant le quotidien des patients et leur réseau de relations, entre autres, avec leur famille et la communauté. Cet ouvrage donne une voix aux patients et, selon l'auteur, leurs témoignages nous instruisent sur ce que signifie être interné dans une institution pour malades mentaux. Ces dernières années, nous constatons aussi le développement d'une approche inclusive par laquelle chercheurs et ex-psychiatrisés collaborent au développement d'une histoire de la folie et de la psychiatrisation (Beckman et Davies, 2013 ; St-Amand et LeBlanc, 2008). Bien que rendre compte de l'expérience des patients remonte à il y a près de 30 ans avec les travaux de Roy Porter (1985), force est de constater que le patient trouve toujours difficilement sa place dans l'histoire de la médecine (Majerus, 2013).

Contrairement à la province de la Saskatchewan, le sujet de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec n'a pas retenu l'attention de beaucoup d'historiens jusqu'à présent[5]. Les précurseurs de ce champ d'études au Québec sont notamment les sociologues Françoise Boudreau (1984) et Henri Dorvil (1988, 2005), et le psychiatre Hubert Wallot (1998, 2006) qui souscrivent, selon Duprey (2011, p. 360), à une critique de l'asile teintée d'un discours anticatholique et antiduplessiste. Au cours des 15 dernières années, les travaux de Dorvil en particulier ont grandement inspiré de nombreuses thèses en histoire, en sociologie et en travail social, sur le sujet de la réintégration sociale des ex-psychiatrisés québécois et franco-ontariens (Duprey, 2007 ; Gagnon, 1996 ; Kirouac, 2012 ; Morin, 1994 ; Pitre, 1999 ; Robert, 1997).

---

4. Entre autres : Horden et Smith (1998) ; Bartlett et Wright (1999) ; Grob (1991a, 1991b) ; Mooney et Reinharz (2009) ; Coleborne (2010).
5. Dans le cadre du collectif *Après l'asile – After the Asylum* dirigé par Erika Dyck (2011), la moitié des articles portent sur la Saskatchewan.

Récemment, avec l'historienne Isabelle Perreault, en scrutant les dossiers médicaux des patients internés à Saint-Jean-de-Dieu au cours de la première moitié du XXe siècle, ainsi que les archives des Sœurs de la Providence à Montréal, nous avons soulevé l'hypothèse que les idées novatrices présentées dans le rapport Bédard étaient dans les faits des pratiques déjà mises en œuvre au sein de l'institution montréalaise et des projets, pour la plupart, en attente de financement pour être réalisés (Thifault et Perreault, 2011, 2012 ; Thifault, 2012b). En fait, une perspective qui tente de rectifier un point d'histoire en ce qui concerne l'importance accordée à l'entrée en scène du rapport Bédard. L'historiographie insiste trop souvent encore sur l'idée que « le système d'affermage et la concentration de l'autorité sur la gestion administrative et médicale aux mains des religieuses posent des obstacles à la modernisation des services et l'amélioration des soins » (Allard, 2012, p. 77). Ce que Guy Grenier a pourtant dénoncé il y a 20 ans, soit « la thèse d'un prétendu retard de la psychiatrie canadienne-française » (Grenier, 1994). Une conception de l'hôpital psychiatrique également défendue par Lucia Ferretti dans son étude sur le projet de réadaptation proposé par les Petites Franciscaines de Marie dans laquelle, entre autres, elle esquisse le rôle déterminant d'une congrégation religieuse dans la modernisation du champ de la déficience intellectuelle au XXe siècle (Ferretti, 2012).

Fondé en 1873, Saint-Jean-de-Dieu, le plus grand asile au Canada au tournant du XXe siècle, a fait couler beaucoup d'encre, tant celle des historiens, des sociologues, des psychiatres que celle des patients eux-mêmes. Malgré tout, depuis une quinzaine d'années, l'histoire du célèbre asile continue de se renouveler (Cellard et Thifault, 2007 ; Perreault, 2009 ; Nevert, 2010 ; Thifault, 2012b ; Thifault et Perreault, 2011, 2012). S'il est possible de présenter cette histoire sous un jour nouveau, c'est bien grâce à une manière neuve de construire des problèmes historiques. De fait, le dépouillement des dossiers cliniques des archives de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine[6], tout comme celui effectué par l'historienne Patricia E. Prestwich à l'Hôpital Sainte-Anne de Paris, est motivé par le but de recueillir des traces du point de vue des patients (Prestwich, 2012). En procédant ainsi, nous reconnaissons, comme nos collègues Laurence Guignard, Hervé Guillemain et Stéphane Tison, que l'approche de la microhistoire favorise la mise au jour de trajectoires singulières dans l'institution psychiatrique au XXe siècle (Guinard *et al.*, 2013). En somme, « cette dernière décennie, les historiens ont pour ainsi dire *réinventé le passé* » (Granger, 2013, p. 17). Tant au Québec qu'en France, les historiens, « [l]à où ils s'appliquent à dévoiler les mécanismes de pouvoir et de domination qui

6. L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu devient l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine en 1976, pour ainsi rompre avec le lourd passé de l'institution et surtout éliminer toute trace de religiosité.

déterminent l'ordre des conduites collectives passées, ils étudient plus volontiers la capacité des "personnes en société" à négocier le monde, à en critiquer la course et à s'en forger des interprétations nouvelles» (Granger, 2013, p. 17).

Nous jugeons qu'il est à propos, sur le sujet de la désinstitutionnalisation psychiatrique, de déplacer le point de vue sur la question de cette grande réforme. Au lieu d'analyser, comme nous l'avons déjà fait, l'anticipation d'un quelconque malheur généré par la perspective de réintégration en milieu familial d'un idiot, d'un aliéné incurable ou d'un dément sénile, on déplacera notre regard vers le patient lui-même (Thifault, 2013), cette fois, pour nous demander quelles sont ses propres inquiétudes quant à l'avenir à la suite de sa sortie de Saint-Jean-de-Dieu. En fait, que peuvent révéler les appréhensions des patients concernant «l'événement-non-encore-survenu» (Beck, 2001, p. 60) en lien avec le processus institutionnel de mise en liberté définitive? Qui plus est, ce nouveau questionnement, en regardant par la lunette du risque, soit les appréhensions vécues par les patients eux-mêmes face à une éventuelle sortie de l'asile, propose une réévaluation des résultats peu concluants qu'a connus la première vague de désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec, cette fois-ci attachée à relater et à prendre en compte l'expérience des patients.

1. La délimitation du corpus

L'enquête menée dans les dossiers médicaux des patients de Saint-Jean-de-Dieu, entre 1930 et 1976, à la suite de projets antérieurs attachés notamment à définir le rôle des infirmières psychiatriques dans le traitement moral puis l'occupation thérapeutique au XXe siècle (Thifault et Desmeules, 2012), a permis la mise au jour d'une documentation[7] sur les pratiques de placements à l'externe. Forts de cette découverte, nous avions alors l'intention de constituer le corpus de la présente étude à partir de quelques formulaires – remotivation (évaluation psychosociale), occupation industrielle ou thérapeutique et de réadaptation – remplis par des professionnels de la santé impliqués à différents niveaux dans le processus de mise en liberté des patients. Toutefois, nous avons rapidement été confrontés à la rareté de ces documents et au fait qu'ils ne sont pas apparus dans les dossiers avant la fin des années 1960 et plus systématiquement au cours

7. À cette occasion, nous avions d'abord noté le contenu de 3 412 dossiers à partir de l'année 1933, et par la suite en faisant des sauts de 3 ans (1936, 1939, 1942, etc.) jusqu'à l'année 1960. Ces dossiers correspondaient à 3 412 admissions et à 2 484 patients (on octroyait alors, comme c'est aussi le cas pour 1961, un nouveau numéro de dossier lors d'une réadmission, à la suite d'une «sortie définitive» et non pas à un simple «congé d'essai»).

des années 1970. Il est alors devenu plus difficile de s'en remettre à la présence de l'un de ces formulaires en particulier pour constituer notre corpus, et ainsi documenter les trajectoires des patients vers un placement en milieu familial, en résidence ou en foyer. Dans les faits, ce sont surtout les notes d'observations et de soins infirmiers ainsi que les notes d'évolution mentale des psychiatres qui rendaient le mieux compte non seulement des étapes concernant le placement d'un patient, mais également du cheminement personnel de celui-ci à l'approche de sa sortie définitive. À ces documents s'ajoutent également les formulaires du Service social dont les membres, nous le verrons, ont d'importantes assignations quant au placement des patients à l'externe.

Stratégiquement, à la suite des dossiers antérieurement dépouillés, nous avons concentré nos efforts de recherche sur le premier tiers de l'année 1961, à dessein, à un moment que l'on pouvait présumer intéressant à documenter, à savoir celui des suites du rapport Bédard (1962). De fait, en ciblant les dossiers créés en 1961, nous avions accès au contenu des admissions antérieures des patients, car une bonne partie de cette série de dossiers est constituée de dossiers de patients ayant un lourd passé institutionnel et pour qui, dans la logique d'attribution des numéros de dossiers, cette réadmission de 1961 était la dernière. En somme, dans le cadre de cette étude, nous nous sommes concentrés sur les quatre premiers mois de l'année 1961. Notre base de données, dans laquelle nous avons colligé le contenu du premier tiers de tous les dossiers créés en 1961, contient les informations puisées de 446 dossiers. Parmi ces derniers, 31 % (140) contiennent des documents relatifs à au moins une demande de congé d'essai ayant été autorisée et un peu plus de 13 % (60) concernent des cas de réadmissions. De ce nombre, un autre retranchement a été effectué dans le but de consacrer notre étude aux dossiers présentant soit des notes d'évolution mentale, soit des observations de soins infirmiers, soit encore des rapports du Service social pouvant nous informer sur les rouages du processus de préparation, puis de placement ou de sortie des patients. Au final, 45 dossiers offrant la possibilité d'explorer le point de vue des patients sur les différentes étapes menant à une sortie définitive ont été retenus puis numérisés et analysés.

La description de l'échantillonnage effectué pour cette étude permet de prendre la mesure du long et minutieux travail de dépouillement, auquel s'ajoutent, dans des étapes successives, celui de la constitution d'une base de données (conservant par ailleurs les informations colligées pour nos projets antérieurs), suivi de celui de la sélection des dossiers à retenir pour fins d'analyse. Il est à noter que les dossiers choisis peuvent contenir jusqu'à 200 pages à numériser après dénominalisation. Ces précisions méthodologiques fournies, nous traiterons dans la suite de ce chapitre, en un premier temps, de la procédure générale menant à la sortie

définitive des patients dont les expériences institutionnelles couvrent les décennies 1930 à 1970. En un deuxième temps, comme l'ont suggéré Jean-Claude Passeron et Jacques Revel, nous tenterons de « penser par cas » pour explorer les réticences et les résistances des patients et ainsi « [r]aisonner à partir de singularités » (Passeron et Revel, 2005, p. 9).

2. Les procédures menant à la sortie définitive

En feuilletant les dossiers des patients internés à Saint-Jean-de-Dieu entre 1930 et 1970, nous avons identifié plusieurs documents pour leur potentiel à rendre compte des trajectoires des patients psychiatriques. Précisément, les notes d'évolution mentale, les rapports du Service social, les notes d'observations des infirmières sont parmi les plus pertinents… du moins les plus bavards ! Les remarques et commentaires consignés aux dossiers sont principalement ceux du surintendant médical, des psychiatres, des infirmières, des gardes-malades[8], des religieuses puis des assistantes sociales. Souvent, ces dernières ont également une formation en soins infirmiers (Perreault, 2012). Habituellement, leurs annotations sont plutôt succinctes. Néanmoins, elles permettent de documenter le parcours de certains patients et révèlent les « bons » et les « mauvais » comportements justifiant l'enclenchement d'une procédure de placement ou, au contraire, son retardement. Bien que la désignation du « bon patient », comme l'a documenté Guillemain (2013), demeure une appréciation morale de l'équipe soignante, elle constitue le principal indice pour voir s'opérer la mise en place d'une procédure de placement. Cependant, il faut admettre que même si ces mots clés sont récurrents dans une majorité des dossiers retenus, ceux faisant l'objet d'une procédure de placement, force est de constater qu'il n'existe pas de trajectoire unique permettant d'établir formellement les différentes étapes menant les « bons patients » vers des ressources à l'externe.

Outre l'option du retour au sein du domicile familial, la première envisagée par les professionnels impliqués, il existe une seconde option, qui est fort probablement celle du placement en foyer affilié. Nous avons répertorié, au cours de la saisie de données, plus d'une soixantaine de foyers, pour femmes, pour hommes ou les deux, affiliés à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Parmi eux, on compte le Foyer Charest (Pointe-aux-Trembles), le Foyer Coutu (Fabreville), le Foyer Gascon (Valleyfield), le Foyer Notre-Dame-des-Champs (Saint-Isidore), le Foyer Sainte-Thérèse (Saint-Hyacinthe), etc. Cette brève énumération permet de prendre la mesure du vaste territoire couvert par le service de réintégration sociale de Saint-Jean-de-Dieu, dépassant largement les limites de la grande région métropolitaine.

8. Les termes *infirmières* et *gardes-malades* sont utilisés indistinctement dans les dossiers.

De manière générale, les premières notes aux dossiers laissant présager d'une tentative de réhabilitation en vue d'une sortie sont le fait de l'infirmière et du médecin psychiatre. Dans les formulaires d'observations d'abord, les infirmières indiquent effectivement leur appréciation de l'état du patient et, à compter des années 1950 surtout, de son potentiel à fonctionner à l'extérieur des murs. C'est également le cas des psychiatres qui rédigent les notes d'évolution mentale. C'est sur cette base – la possibilité de réintégrer la société – qu'on juge, et ce, dès les années 1950, mais de manière définitivement plus marquée au cours des années 1960, les comportements des patients comme « bons » ou « mauvais ». De fait, la « meilleure » appréciation pourrait se résumer par cette note, des plus brèves et des plus courantes : « Calme. Docile. Travaille. » Une fois ce constat fait, il appartient au médecin de faire les suivis en réadaptation, ou encore au travail industriel. Il peut s'agir, selon les cas, d'activer ses capacités de socialisation, de tenter d'améliorer son assiduité au travail, voire de tempérer ses réactions jugées inappropriées face à l'autorité. Dans tous les cas, la perspective du fonctionnement à l'externe – présupposant un certain degré d'autonomie, d'autosubsistance ou, à défaut, d'un quelconque soutien familial – est considérée par l'équipe thérapeutique. Face à des résultats positifs, il appartient encore ici aux médecins de faire une demande d'évaluation psychosociale. C'est ici qu'interviennent les assistantes sociales du Service social de l'hôpital, chargées d'enquêter sur le milieu familial du patient et d'évaluer la capacité de ce dernier à fonctionner à l'externe. Communiquant avec les membres de la famille dont les coordonnées ont été notées au dossier, les assistantes sociales font rapport au médecin de leurs investigations, principalement dans l'optique d'un éventuel placement en milieu familial. Plus souvent qu'autrement, force est d'admettre qu'à cette étape, les réticences – relevant bien souvent d'une situation socioéconomique précaire – des familles, auxquelles se butent le personnel du Service social, retardent la sortie d'un bon nombre de patients. Pour l'échantillon constitué, nous n'avons relevé aucun cas de patient refusant d'être placé au sein de sa famille lorsque celle-ci se déclare prête à le recevoir. À défaut d'une possibilité de placement en milieu familial, le médecin fait une demande au Service social à qui il appartient d'entreprendre la recherche d'un foyer. Souvent, le report du placement en foyer d'un patient s'explique par le manque de place, état de fait soulevé très tôt par les assistantes sociales.

Bien qu'il s'agisse là d'un parcours, disons « idéal », rarement est-il intégralement emprunté par un patient. De légers écarts, ici et là, des délais plus ou moins longs entre les différentes étapes ou des retournements de

situation influencent les parcours empruntés par chacun des patients. Voyons, à travers quelques cas singuliers, comment pouvaient se traduire les trajectoires de placement des patients.

2.1. Cécile doit socialiser

En octobre 1968, une patiente âgée de 67 ans, appelons-la Cécile[9], admise pour une cinquième fois en 1961, est assise sur sa chaise et regarde un point fixe tout en balançant son corps de l'avant vers l'arrière tout au long de son entrevue avec le médecin. Le Dr Desrosiers, dans ses notes d'évolution mentale, indique que Cécile ne laisse transparaître aucune émotion, que son expression est figée et qu'elle présente une indifférence affective marquée. « Actuellement, elle est bien orientée dans les trois sphères », ne présente aucun délire ni aucune hallucination. Cécile aide à l'occupation industrielle, note-t-il. En terminant, le Dr Desrosiers suggère qu'en activant « le processus de socialisation, elle pourra éventuellement être placée en foyer[10] ». Le verbe *activer* perd ici quelque peu de son sens, alors qu'aucune trace dudit processus n'apparaît au dossier, et que la note d'évolution mentale suivante est datée du 19 novembre 1969. Le Dr Desrosiers note alors que Cécile, « au point de vue comportemental, est docile et ne présente aucun trouble majeur du comportement : s'occupe à l'occupation thérapeutique au niveau de la salle[11] ». Le médecin soulève certaines réticences qu'a Cécile concernant sa réadaptation à l'extérieur, et il ajoute : « [c]ependant étant donné son comportement et son état mental, cette malade pourrait être placée dans un foyer affilié[12] ». Cet exemple illustre assez bien le lent processus de placement, lorsqu'observé chez la patiente un bon comportement général, et son implication au sein de la salle, notamment à l'occupation thérapeutique et industrielle.

Dans d'autres cas, l'« activation » du processus de réadaptation en vue d'une sortie prend racine dans la volonté du patient lui-même. Comme nous l'avons déjà noté (Thifault et Desmeules, 2012, p. 243) chez une autre patiente internée à Saint-Jean-de-Dieu, la possibilité d'une sortie, ou d'un simple congé, a le potentiel de motiver le patient à répondre aux attentes et aux exigences du corps soignant, bref, à jouer le jeu lorsqu'on lui en fait connaître les règles.

---

9. À noter que tous les prénoms des patientes et des patients présentés sont fictifs.
10. Dossier 52160, *Notes d'évolution mentale*, 1er octobre 1968. Il est à noter que, tout au long du chapitre, les citations tirées des dossiers cliniques sont retranscrites littéralement pour rester fidèle au document original. Afin de ne pas alourdir le texte, nous avons fait le choix de ne pas insérer de [*sic*] à la suite d'une erreur notée dans le texte retranscrit.
11. Dossier 52160, *Notes d'évolution mentale*, 19 novembre 1969.
12. Dossier 52160, *Notes d'évolution mentale*, 19 novembre 1969.

> Nous recevons la malade à notre bureau aujourd'hui […] Elle vient en effet nous réclamer un congé de six mois. La religieuse nous apprend qu'[elle …] demeure isolée, ne se mêle à personne dans la salle et on la surprendrait de temps à autre encore à parler seule […] Après lui avoir appris que nous ne pourrons lui accorder un congé tant qu'elle ne pourra pas se socialiser plus qu'elle ne le fait en ce moment, elle nous dit qu'elle commencera à travailler dès demain matin[13].

2.2. L'anxiété de Mélanie

Voyons le cas d'une autre patiente, celui de Mélanie. Les infirmières, par le biais de notes concernant davantage son état de santé physique, notent par exemple qu'elle « s'occupe bien, [qu'elle est] sociable[14] », et ce, malgré sa surdité. Le médecin, dans ses notes d'évolution mentale, notera quant à lui qu'elle est « suivie régulièrement et il est toujours question de trouver pour elle un foyer […] Le comportement de la malade est excellent, elle s'occupe […] et ne semble pas à l'heure actuelle délirer de façon active. Cependant, elle croit toujours aux persécutions passées[15] ». Le 3 décembre 1965, le médecin traitant fait une demande de réadaptation, suggérant des activités de « création » et de « socialisation » et une attitude « directive », soulignant les ressources personnelles « pauvres » de Mélanie. En mars 1966, une autre demande, de travail industriel cette fois-ci, est acheminée par le médecin, prévoyant sa réadaptation à l'extérieur « pour un avenir prochain ». Cette fois, l'attitude recommandée est une attitude « de support ». Peu de temps après, une requête est acheminée au Service social et le rapport de l'assistante sociale suit :

> [A]ucun membre de la famille n'est actuellement intéressé à prendre la tutelle. [Son frère et son neveu] sont au courant des affaires de Mlle et ils s'attendent à ce que nous communiquions avec eux advenant un congé. […] Comme il ne semble pas y avoir lieu que des démarches relatives à une sortie de l'hôpital soient à entrevoir maintenant, ce cas demeure classé au Service social[16].

Face à cet échec du côté d'un placement en milieu familial, le médecin abordera avec Mélanie, deux ans plus tard, la possibilité d'un placement en foyer :

> Nous avons discuté avec elle de la possibilité de la transférer en foyer mais la patiente n'ose pas s'opposer à cette idée devant nous mais cependant nous la sentons à ce moment devenir très anxieuse en entrevue et nous hésitons à prendre la décision de la transférer dans un foyer car les risques sont grands qu'elle ne puisse le tolérer[17].

---

13. Dossier 50478, *Notes d'évolution mentale*, 10 juillet 1963.
14. Dossier 52297, *Observations de l'infirmière*, 6 janvier 1964.
15. Dossier 52297, *Notes d'évolution mentale*, 19 août 1965.
16. Dossier 52297, *Rapport du Service social*, 1er avril 1966.
17. Dossier 52297, *Notes d'évolution mentale*, 25 avril 1968.

Jusqu'en 1970, les notes d'évolution mentale se répètent : « Il n'y a pas de changement dans l'état psychique de cette malade par rapport à la dernière note d'évolution […] s'adapte très bien au département, rend des services, ne veut pas entendre parler de changement de département ni de placement en foyer[18]. » De telles réticences, nous le verrons, sont courantes. L'élément déclencheur pour activer la sortie de Mélanie dans son cas – comme dans plusieurs – est l'implication d'un membre de la famille, comme nous l'apprend une note du médecin : « Mlle montre toujours un comportement excellent au niveau du département. Depuis quelques semaines, la famille s'intéresse à l'état de la malade et même nous a fait une demande afin de la sortir de l'hôpital. » Dès lors, des démarches sont entreprises par le Service social : « Mme Lavoie, du service social de l'hôpital, a fait une évaluation du milieu familial. Il semble que le milieu soit propice à la réhabilitation de la malade. Congé à prévoir pour bientôt[19]. » Le 29 mai 1970, alors âgée de 69 ans, Mélanie obtient son congé définitif et s'installe chez sa belle-sœur, qui elle souhaitait « que la patiente puisse bénéficier de son argent [à la curatelle publique] pendant qu'elle est encore vivante[20] ». Mélanie profite en outre, pour sa subsistance, d'une pension du bien-être social.

2.3. Paul, un imbécile actif

Admis pour une première fois le 7 mars 1961 à l'âge de 21 ans, Paul reçoit le diagnostic d'imbécillité. Le Dr Paul-Hus note alors qu'il est « [d]oux et docile » et que « [s]on quotient intellectuel s'établit aux alentours de 4 ans ». « Par ailleurs il n'y a pas de trouble de comportement chez lui. » On recommande : « Occupation thérapeutique, placement dans une salle de retardés mentaux et correction de l'anémie[21]. » On apprend ailleurs qu'« [i]l n'est jamais allé à l'école et [qu']il ne sait pas lire ni écrire », que « [s]on vocabulaire est limité », et finalement qu'« il peut compter jusqu'à 50 [et] peut réciter quelques prières[22] ». Pour le Dr Legault, Paul présente « un syndrome clinique typique de déficience mental[e][23] ». Il poursuit :

> Avant son admission était chez oncle. […] Il aidait à faire le foin depuis 3 semaines la mère l'avait envoyé là pcq à la maison elle était incapable de le surveiller et sur la ferme il était paresseux et ne voulait rien faire. Le pt

18. Dossier 52297, *Notes d'évolution mentale*, 16 mars 1970.
19. Dossier 52297, *Notes d'évolution mentale*, 27 avril 1970.
20. Dossier 52297, *Rapport du Service social*, 29 mai 1970.
21. Dossier 52394, *Assemblée pour diagnostic*, 23 mars 1961.
22. Dossier 52394, *Extrait du dossier d'internement*, mars 1961.
23. Dossier 52394, *Évolution mentale*, mars 1961.

> est partiellement orienté ds le tps et l'espace. Peut donner son âge mais non l'année de sa naissance. Son parler est inarticulé et mange ses mots. Ne sait ni lire ni écrire[24].

Après un an passé à Saint-Jean-de-Dieu, Paul subit un examen psychologique. Le stagiaire en psychologie note alors un quotient intellectuel de 33, et une « [c]apacité à peu près nulle de rééducation en milieu spécialisé[25] ». Le formulaire est cosigné d'une psychologue et Paul reste à l'asile.

Paul semble s'intégrer assez rapidement à la vie asilaire. Les notes des infirmières témoignent du jour de l'arrivée de Paul. Il est « anxieux, tendu, cherche à fuir le personnel », mais « accepte bien les médicaments[26] ». Trois jours après, l'infirmière note que Paul « s'occupe très peu aux jeux », mais qu'il « aide à l'entretien[27] ». Après quelques temps, il apparaît clairement que Paul est à son aise à l'asile : « Patient ne donne pas de trouble. Bien adapté, très bon travaillant. État mental le même. Ne fait pas attention à son linge est toujours déchiré[28]. » Paul semble très actif et peu soucieux de lui-même : il est effectivement régulièrement traité pour des éraflures et autres lésions mineures, de même que pour « transpiration profuse ». À quelques occasions, au cours de son internement qui s'étend jusqu'en 1969, quelques défaillances à son assiduité au travail sont notées : « Patient très instable à l'ouvrage, aime mieux jouer […] Patient toujours mal habillé pantalon ou chemise toujours sale ou déchiré […] bouge continuellement ne reste pas en place[29]. » Paul est régulièrement visité par sa mère, sa sœur et son frère et, à l'occasion des fêtes, entre 1961 et 1969, la famille de Paul ne manque jamais une occasion de l'emmener en congé. Il semble apprécier ces moments en famille et en profiter. Du moins, c'est ce qu'expriment les remarques des infirmières notées, par exemple, à son retour d'un congé de fin de semaine chez son frère : « Très heureux et travaille avec beaucoup plus d'entrain[30]. »

Le médecin observe, en 1965, que « [s]on comportement a toujours été excellent depuis son arrivée, il est calme, docile, accepte bien l'autorité [et] ne présente pas d'évidence de psychose. Excellent sportif. Il est toujours visité par sa mère et sa sœur régulièrement[31] ». L'infirmière, quant à elle, souligne qu'il « aime le sport presqu'à la folie [… qu'il t]ravaille [qu'il] fait le ménage dans chambre de bain [… qu'il] fait manger un petit patient

24. Dossier 52394, *Évolution mentale*, mars 1961.
25. Dossier 52394, *Examen psychologique*, 30 juillet 1962.
26. Dossier 52394, *Observations de l'infirmière*, 7 mars 1961.
27. Dossier 52394, *Observations de l'infirmière*, 10 mars 1961.
28. Dossier 52394, *Observations de l'infirmière*, 1er août 1962.
29. Dossier 52394, *Observations de l'infirmière*, 29 mars 1965.
30. Dossier 52394, *Feuille des congés*, 15 avril 1963.
31. Dossier 52394, *Notes d'évolution mentale*, 7 avril 1965.

à l'heure des repas[32] ». Le Dr Montpetit entame à ce moment les démarches en vue d'un éventuel placement. Une requête est effectivement acheminée au Service social : « Raison de la requête : patient calme et docile[. É]valuation du milieu familial re : congé avec pension des invalides[33]. » Le rapport suit : « Nous avons communiqué avec le Service social du Diocèse de Valleyfield pour obtenir une évaluation de la situation familiale, et connaître les possibilité que ce patient retourne dans son milieu. Rapport suivra[34]. » En mai, l'aide sociale fait à nouveau rapport au médecin :

> À la suite d'une communication récente avec le Service social de Valleyfield, nous sommes informés que la famille n'est pas disposée à recevoir ce patient. Comme la perspective d'un foyer est envisagée dans la région domicilaire de la famille, nous demeurons en contact avec le Service social en ce sens[35].

Paul est transféré au Foyer Hamelin, près de Valleyfield, le 28 novembre 1966, mais n'y demeure pas très longtemps[36]. Il est de retour à Saint-Jean-de-Dieu, présentant un comportement stable et un état stationnaire, comme en font foi différentes notes d'évolution mentale. En mai 1968, Paul est décrit toujours dans les mêmes termes : « docile, serviable, aucune hostilité », et on l'excuse des suites d'un incendie qu'il a provoqué : « Vu sa conduite et son dossier, nous sommes persuadés que cet accident de l'incendie s'est produit spontanément et ni volontairement. On ne peut accuser personne, puisque le patient affirme sa négligence[37] », note le Dr Moamai. Comme nous l'apprennent par la suite les différents avis à la curatelle publique conservés au dossier, ce n'est finalement qu'en date du 1er janvier 1969 que Paul est transféré en foyer, plus précisément au Foyer Gascon. Il y passe six mois et est par la suite transféré au Centre psychosocial de Valleyfield, où il demeure jusqu'au 23 octobre 1972.

Ces quelques parcours singuliers illustrent bien les différents champs des possibles quant aux parcours pouvant mener les patients internés à Saint-Jean-de-Dieu à leur sortie définitive, dès les premières heures de la désinstitutionnalisation psychiatrique des années 1960. Ces exemples permettent aussi de voir les limites d'une telle entreprise. Principalement, le manque de ressources, à l'interne mais surtout à l'externe. Le fait que les places en foyer manquent, et ce, dès 1962, est à ce titre très révélateur. Aussi, le taux de réadmission observé au cours de la période [à chiffrer] est également signifiant. Un autre élément, rarement étudié, reste à explorer, soit la résistance des patients à quitter l'hôpital.

---

32. Dossier 52394, *Observations de l'infirmière*, 4 septembre 1965.
33. Dossier 52394, *Requête au Service social*, 4 février 1965.
34. Dossier 52394, *Rapport du Service social*, 19 mars 1965.
35. Dossier 52394, *Rapport du Service social*, 25 mai 1965.
36. Nous n'avons pu déterminer la date de retour exacte, mais, dès décembre 1966, il quitte Saint-Jean-de-Dieu pour aller passer le congé des fêtes dans sa famille.
37. Dossier 52394, *Notes d'évolution mentale*, 27 mai 1968.

3. Les réticences et les résistances

L'expectative d'explorer le sujet de la désinstitutionnalisation du point de vue des patients a pris tout son sens à la lecture d'une note d'évolution mentale signée le 27 juin 1972 par le Dr. Andrukaitis, un neurologue. Cette note indiquait qu'une requête de placement avait été faite au Service social, soit une demande courante dans les années 1970. Toutefois, elle contenait aussi le commentaire suivant : « mais nous nous demandons si elle [la patiente] va bien accepter cette situation[38] ». Ce souci du Dr Andrukaitis ouvrait une nouvelle porte permettant de pousser nos recherches plus loin, comme le dit Natalie Zemon Davis, « dans le but de trouver et comprendre les mondes mentaux et affectifs des individus et des communautés du passé » (2004, p. 164). Cet indice et cette trace retrouvés en archives, empreints d'une certaine empathie, permettent de mettre en scène la place tenue par les affects des patients eux-mêmes. Effectivement, cet extrait tiré d'une note d'évolution devenait pour nous une preuve tangible que le personnel hospitalier n'était pas indifférent à l'expérience de ses patients engendrée par ce grand mouvement de désinstitutionnalisation psychiatrique. Du coup, il devenait plausible que subsistent, dans les dossiers cliniques, des fragments des réponses esquissées aux questions posées aux patients sur leurs sentiments envers leur transfert vers une autre ressource.

Bien sûr, le défi était grand. Il était loin d'être gagné de retrouver dans les dossiers cliniques des traces suffisamment convaincantes qui témoignent d'une réelle appréhension vécue par les patients sur le sujet de leur libération définitive. Néanmoins, notre enquête a été fructueuse si notre raisonnement suit celui de Carlo Ginzburg en ce qui a trait à « [l]a notion "d'exceptionnel normal" – selon l'oxymoron particulièrement efficace proposé par Edouado Grendi – [qui] souligne la possibilité qu'un document rare du point de vue statistique, "exceptionnel", donc, puisse éclairer un phénomène social diffusé et "normal" » (2007, p. 42).

Le phénomène qui retient ici notre attention et duquel nous aimerions rendre compte est celui des réticences et des résistances exprimées par des patients, internés sur la longue durée, concernant le défi d'affronter le monde extérieur. Les dossiers cliniques d'une femme et de deux hommes, tous admis ou réadmis au cours de l'année 1961, permettent de retracer certaines appréhensions que nourrissent les patients face à la réalité de sortir définitivement de Saint-Jean-de-Dieu. Afin de faciliter la lecture de chacun des cas sélectionnés, nous utilisons encore ici des prénoms fictifs pour nommer les patients. Dans le but d'illustrer notre propos, nous avons ainsi traqué les inquiétudes de Lydia, d'Élie et d'Alexis face à leur avenir hors des murs de Saint-Jean-de-Dieu.

---

38. Dossier 52232, *Notes d'évolution mentale*, 27 juin 1972.

3.1. Lydia, la résignée

À plus d'une reprise, Lydia avoue à son médecin et aux infirmières sa résignation à demeurer internée à Saint-Jean-de-Dieu. « Je n'ai plus de chez nous alors je me résigne à rester ici[39] », dit-elle. Qu'est-ce qui lui fait peur ? Qu'anticipe-t-elle lorsqu'elle pense à son congé ? Va-t-elle trop loin en s'imaginant les événements futurs ?

Lydia est admise le 17 janvier 1961, à l'âge de 50 ans, à la suite d'un épisode psychotique. Cet épisode est caractérisé par de l'incohérence dans les paroles et les idées, de l'indécence – s'est promenée nue à l'extérieur –, des menaces de mort adressées à son père et du négativisme. Le diagnostic de psychose d'involution est posé. Jusqu'à son admission, on rapporte dans son dossier qu'elle a vécu avec ses deux parents, jusqu'à la mort de sa mère. Ensuite, soit depuis dix ans, elle a vécu seule avec son père. Celui-ci décède quelques semaines après l'internement de Lydia. Des sentiments de culpabilité s'ajoutent aux symptômes de la patiente, bien que dans son délire, elle avait machiné l'exterminer. La mort de son père réveille chez Lydia des réminiscences malheureuses concernant son sort misérable. À son syndrome paranoïde s'ajoutent des éléments dépressifs qui chevauchent en même temps ses pensées. Elle prétend mériter la mort.

Au cours de la première année et demie passée à Saint-Jean-de-Dieu, Lydia « présente le même tableau clinique, semble déprimée, pleure facilement, entretient des idées paranoïdes, vis-à-vis sa famille. Se sent seule, isolée et abandonnée[40] ». C'est en 1963 qu'on note dans son dossier la disparition de ses hallucinations. Lydia semble alors libérée du brouillard psychotique qui obscurcissait ses jours. Seuls les éléments dépressifs persistent. À l'hôpital, Lydia affiche un bon comportement et semble être bien adaptée à ce milieu de vie au sein duquel elle évolue depuis plus de trois ans. En effet, Lydia « s'est fait une vie assez active à la salle[41] » ; « reste à son petit train de vie habituel en salle, s'occupe un peu et fait des commissions[42] » ; « participe à certaines activités à l'occupation industrielle[43] » et participe également à une « psychothérapie de groupe[44] ». « Par contre, semble manger énormément, a un poids de 210. Il semble s'agir d'un substitut à son anxiété. En salle, travaille aux séances d'occupation asse méticuleusement[45]. »

Son comportement à l'hôpital est assez bon pour envisager une éventuelle sortie, et ce, dès 1963 : « Patiente va très bien. Travaille beaucoup surtout dans la couture. Prête pour un congé de six mois. N'est plus

39. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 4 mai 1962.
40. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 6 décembre 1961.
41. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 16 novembre 1965.
42. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 12 septembre 1967.
43. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 12 avril 1967.
44. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 16 novembre 1965.
45. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 28 janvier 1968.

anxieuse. N'est plus hallucinée. Bon comportement[46]. » Toutefois, aborder le sujet de l'éventualité d'une sortie, selon les notes des médecins, semble raviver chez Lydia son anxiété et ses craintes : « Demeure anxieuse et indécise. N'est pas intéressée à quitter l'hôpital[47]. » Quelques mois plus tard, la note médicale est encore plus explicite : « Pte pleure, ne se sent pas elle-même. Inquiète pour 2 raisons : Avait peur qu'on lui donne son congé. Pleure parce que ses parents sont morts[48]. »

Du côté des professionnels de la santé, tous les efforts sont coordonnés pour tenter de convaincre Lydia qu'elle doit envisager sa sortie. Lydia résiste. Bien qu'il soit extrêmement difficile de cibler des actions concrètes pour aider Lydia à accepter sa sortie de l'hôpital, en novembre 1965, le Dr Berthiaume remet l'idée d'un placement à un peu plus tard. Suivent des notes d'évolution mentale plus orientées sur le réseau familial de Lydia. On revient alors sur le fait qu'elle a toujours vécu avec ses parents et que maintenant les deux sont décédés. On souligne aussi qu'elle est très peu visitée, soit une à deux fois par an. On y apprend qu'elle « [r]efuse d'aller dans un foyer, a peur qu'on vole son argent et son compte de banque[49] ». Lydia « d'elle-même ne demande pas à sortir et a certainement des craintes à ce sujet-là[50] », note le Dr Guy De Jaiffe. Bientôt sexagénaire, Lydia est une femme très isolée et renfermée. Au mois de novembre 1968, le Dr De Jaiffe insiste sur le fait que la patiente « présente certaines peurs de l'extérieur, notamment refuse d'aller dans un foyer, cependant nous croyons qu'il sera souhaitable d'ici quelques mois d'envisager sa sortie[51] ».

La situation prendra une autre tournure en 1970, lorsque la sœur de Lydia propose de la prendre en pension. Le médecin traitant demande alors une évaluation du milieu au Service social de l'hôpital : « Malade en rémission sociale partielle qui voudrait aller vivre chez sa sœur […] Complétons formule de pension. Bien vouloir procéder au placement[52]. » Les démarches sont entreprises et le rapport du Service social suit, quelques jours après :

> [Lydia] est motivée à demeurer chez sa sœur et son beau-frère […] Sœur Trottier (salle Ste-Lucie) aurait téléphoné à Mme [sœur de la patiente] afin de confirmer les intentions de celle-ci ; Mme est intéressée […] Nous complétons une demande de pension au Bien-être social et ayant répondu à la requête, nous classons le cas au Service social[53].

46. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 16 juillet 1963.
47. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 4 octobre 1963.
48. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 22 mai 1964.
49. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 19 mars 1969.
50. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 16 décembre 1969.
51. Dossier 52203, *Notes d'évolution mentale*, 23 novembre 1968.
52. Dossier 52203, *Requête au Service social*, 4 juin 1970.
53. Dossier 52203, *Rapport du Service social*, 17 juin 1970.

Lydia obtient sa sortie définitive le 19 juin 1970, « améliorée ». En pension chez sa sœur, elle est suivie en clinique externe jusqu'au 18 octobre 1972.

3.2. Élie et sa dépendance institutionnelle

La longue histoire d'Élie se résume en peu de faits. Élie est admis une première fois à Saint-Jean-de-Dieu à l'âge de 14 ans. Malgré son diagnostic de débilité mentale, il récupère sa liberté après une année complète passée à l'hôpital. Il est réadmis le 26 janvier 1961, à l'âge de 27 ans, en provenance de la prison de Bordeaux avec un diagnostic de « processus schizophrénique de forme latente[54] ». Au cours des quatre dernières années, Élie a été hospitalisé à trois reprises à l'Institut Prévost.

Selon le résumé de dossier rédigé par le Dr Morin :

> À ce moment, le malade paraissait légèrement dissocié, assez indifférent malgré une euphorie superficielle et présentait du maniérisme. À la suite, nous avons pu observer chez ce malade, une personnalité de type paranoïde où les principaux symptômes étaient les troubles d'adaptation, la méfiance et l'état interprétatif[55].

L'évaluation du dossier d'Élie faite par le Dr Morin est très intéressante, surtout considérant l'observation suivante : « Il semble que ce malade reprenne facilement son aplomb dès qu'il est dans un milieu protégé et qu'il reçoit une attention suffisamment affective pour lui redonner confiance[56]. » De prime abord, cette analyse étonne puisqu'Élie, avec son premier diagnostic de débile mental, apparaît davantage instable, voire vulnérable, plutôt qu'une personne avec « aplomb », réflexe contre lequel nous met pourtant en garde Marie-Eve Sylvestre (2012). En poursuivant notre lecture du dossier, nous avons eu la grande surprise d'y découvrir quelques lettres d'Élie adressées à son docteur ou à des gardes-malades. Il s'agit là, comme l'a déjà remarqué Benoît Majerus (2013), d'une pratique assez rare qui peut s'expliquer par l'origine sociale de classe moyenne d'Élie. De fait, les lettres qu'il écrit permettent d'en connaître plus sur ses opinions. Il n'en fallait pas plus pour qu'émerge un tout autre portrait d'Élie. Nous reproduisons l'une de ces lettres ici même :

> Cher Docteur,
>
> Durant ma dure entrevue – j'ai oublié de vous parler de mon sommeil qui est difficile dans ces temps-ci. Savoir, si je prends une trop forte dose de médicament le soir ce sera pénible de me lever le matin.

54. Dossier 52240, *Résumé de dossier*, 6 juillet 1965.
55. Dossier 52240, *Résumé de dossier*, 6 juillet 1965.
56. Dossier 52240, *Résumé de dossier*, 6 juillet 1965.

> Ceci, encore une fois, retardera mon congé de six mois. Je le sais trop bien!
> Merci pour vos bons soins,
> Votre obligé[57].

En somme, selon le Dr Morin, l'état dépendant de ce malade est la raison principale de l'échec des nombreux traitements et des thérapies entrepris à l'hôpital. « [E]n ce sens que le malade s'est refusé lui-même à vouloir progresser pour maintenir une situation de dépendance qui lui semblait importante[58]. » Début juillet 1965, à la suite d'une entente conclue avec le père Valpeiga du Collège St-Pierre d'Oka, Élie trouve un emploi chez les pères des missions étrangères, rue St-Hubert, à Montréal. Ladite entente stipule qu'un père supervisera la prise de médicaments d'Élie et ses rendez-vous en clinique externe. Élie est toutefois de retour à Saint-Jean-de-Dieu le 21 juillet. Quelques mois plus tard, il obtient des autorités de l'hôpital la permission d'accepter un emploi à l'extérieur et, dès qu'il aura reçu un salaire, sa libération définitive de l'hôpital sera approuvée. Une liberté dont il jouit pendant bien peu de temps puisqu'il est admis, cette même année, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

Jusqu'en 1975, Élie fait différents séjours à Saint-Michel-Archange, développant notamment une « pharmacodépendance extrêmement grave qui a entraîné une foule de complications[59] ». Le 20 avril 1976, après avoir demandé à consulter son dossier, Élie envoie une lettre au président du Comité d'admission de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, demandant sa propre admission en ces termes :

> Docteur et les membres,
>
> La présente est pour vous demander, non sans regrets, mon admission intra-muros à l'Hôpital pour différents facteurs que voici :
>
> *a*) Trouble de la personnalité
> *b*) Personnage compliqué anakastique de pharmacodépendance
> *c*) Angoisse très marquée et profonde avec névrose dans son comportement
> *d*) Prend une quantité abusive de médicaments
> *e*) Un repos est requis pour les raisons énumérées
> *f*) Une acceptation en milieu hospitalier avec explications devant, soit le Comité ou avec un médecin, pour décider de la politique des horizons psychothérapeutiques
> *g*) Mélancolie intermittente
> *h*) Troubles gastro-intestinaux
> [...]

57. Dossier 52240, *Correspondance*, 30 octobre 1962.
58. Dossier 52240, *Résumé de dossier*, 6 juillet 1965.
59. Dossier 52240, *Notes évolutives St-Michel-Archange*, 26 janvier 1976.

> Remarquez, chers membres, que c'est de moi […] que j'ose demande mon admission en milieu psychiatrique, car j'ai été en milieu, très longtemps, psychiatrique. Le syndrome d'institutionnalisation (non l'hospitallite) m'a fait un être à part des autres et aujourd'hui j'en souffre à cause de ces séquelles de vivre une vie heureuse conscient de ses libertés.
>
> J'inviterais les membres du Comité, de ne point attacher une importance sur le côté caractériel. Non, maintenant la vie m'a changée et je suis devenu un peu philosophe, se soumettant ax directives prescrites par les autorités départementakes.
>
> Je devine qu'avec les paragraphes ci-haut mentionnées, vous porterez une oreil attentive et que, comme je suis dans la misère matérielle, vous ferez un spécial en venant me chercher avec mon bagage.
>
> Veuillez, chers Membres, agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués et les meilleurs.
>
> Bien à vous,
>
> Important et Urgent[60] !

Aucune trace au dossier d'une rétroaction, tant du docteur que des membres du Comité à qui cette lettre était adressée. Rien de plus sur le sort d'Élie… livré, semble-t-il, à lui-même… hors des murs de Saint-Jean-de-Dieu.

3.3. Alexis, l'entêté

Alexis est réadmis pour une deuxième fois à Saint-Jean-de-Dieu le 4 avril 1961. Il s'agit toutefois de son 15e épisode maniaque pour lequel il est hospitalisé dans un centre psychiatrique – on note 13 admissions antérieures à Saint-Michel-Archange. Alexis est un homme marié de 58 ans. Il est grand (5 pi 8 po) et large d'épaules. Ses cheveux sont blancs et il parle d'une voix tonitruante. Il « est très volubile, un peu vulgaire et manque d'éducation[61] ». Son hospitalisation est demandée alors que son entourage remarque qu'il a perdu le contact avec la réalité. On rapporte également qu'il a menacé de tuer sa femme et a frappé sa fille[62]. Alexis est examiné par le Dr Gilles Paul-Hus le 24 mars 1961. Il note que « [d]epuis 4 mois il est instable – se chicane avec tous […] prétend qu'à son dernier séjour à l'Hôpital on l'avait charger de féconder les patientes […] Prétend qu'il ne doit plus travailler, que le gouvernement pourvoit à ses besoins[63] ». « Il se dit divorcé de sa femme depuis 8 jours car elle n'a pas couché avec lui depuis ce temps. La source de difficultés qu'il a, c'est qu'il manque de

60. Dossier 52240, *Correspondance*, 20 avril 1976.
61. Dossier 52508, *Rapport du Service social*, 30 juin 1970.
62. Dossier 52508, *Formule d'admission*, 24 mars 1961.
63. Dossier 52508, *Formule d'admission*, 24 mars 1961.

femmes autour de lui et qu'il a un grand besoins de femme[64]. » « Faites-moi venir des femmes tout de suite[65] », lance Alexis. Lorsque la question s'il travaille est posée, Alexis « entre en fureur, crie – blasphème et tape sur la table dans une crise de colère[66] ».

Deux ans plus tard, le Dr Morin constate qu'Alexis a été admis « pour un accès maniaque dont les symptômes sont disparus depuis longtemps […] l'attitude du malade est celle d'un homme qui s'ennuie beaucoup mais non celle d'un psychotique. Son comportement général est assez bon sauf qu'il y a chez lui des tendances érotiques difficiles à contrôler[67] ». Bien que sa femme était ouverte à l'idée de reprendre son mari lors de son hospitalisation précédente, cette fois

> [elle] s'oppose entièrement à ce que son mari soit retournée chez elle […] [Alexis] est au courant des décisions de son épouse, [et] désirerait quitter l'hôpital et nous demande si le Service social ne pourrait lui trouver un foyer ou un autre endroit où il pourrait travailler, gagner quelque salaire et avoir plus de liberté[68].

Avec le temps toutefois, le patient s'adapte à la vie à l'hôpital et son envie d'aller en foyer se fait moins forte. En date du 19 février 1965, le médecin traitant note :

> Amélioration toujours maintenue. Adaptation excellente au point où le malade s'est créé des amitiés et un rythme de vie qu'il ne veut plus abandonner en faveur d'un placement en foyer qu'il remet aux calendes grecques ; d'autant plus que le retour de certains malades en piteux état de foyer où ils avaient été placés renforcit l'opposition du malade[69].

Néanmoins, un premier transfert en foyer affilié s'effectue le 7 mai 1965. Alexis est dirigé vers le Foyer Daoust, puis il est transféré du Foyer Daoust au Foyer Clément Rousseau le 17 mai 1965 pour une raison inconnue. Il « [s]e dit heureux, [il n'a] aucune difficulté d'adaptation[70] ». On note par ailleurs que le patient « [a]imerait avoir la compagnie des femmes[71] ». En date du 24 octobre 1966, l'infirmière visiteuse note que « [l]e propriétaire [du foyer Rousseau] demande le changement de ce patient sous prétexte qu'il ferait des avances à Mme Rousseau et la suit de près, celle-ci le craint[72] ». Il est réadmis à Saint-Jean-de-Dieu le 5 novembre 1966. Un an plus tard, la note d'évolution mentale complétée

64. Dossier 52508, *Notes d'évolution mentale*, 4 avril 1961.
65. Dossier 52508, *Notes d'évolution mentale*, 4 avril 1961.
66. Dossier 52508, *Notes d'évolution mentale*, 4 avril 1961.
67. Dossier 52508, *Résumé de dossier*, 16 juillet 1963.
68. Dossier 52508, *Résumé de dossier*, 16 juillet 1963.
69. Dossier 52508, *Notes d'évolution mentale*, 19 février 1965.
70. Dossier 52508, *Foyers affiliés, observations de la visiteuse*, 19 mai 1965.
71. Dossier 52508, *Foyers affiliés, observations de la visiteuse*, 17 décembre 1965.
72. Dossier 52508, *Foyers affiliés, observations de la visiteuse*, 24 octobre 1966.

par le Dr Lywenjong rapporte les paroles d'Alexis : « On est bien ici[73] ! » et le commentaire suivant : « Il siffle, chante tout seul à voix basse. État légèrement hypomaniaque. Comportement bon, il ne donne pas de difficulté dans la salle[74]. »

Les observations du Dr Piché, le 2 mai 1969, corroborent celles du Dr Lywenjong :

> L'état d'[Alexis] est toujours le même, il n'y a pas d'amélioration notable. Il s'entête toujours à ne pas aller en foyer, il veut demeurer ici et ne participe à aucune activité de la salle, il refuse de travailler. Lorsqu'on lui fait faire quelque chose, il faut toujours le gratifier autrement, il refuse. Il passe son temps dans les corridors et ne vient que pour les repas et que pour se coucher[75].

Alexis nous laisse croire qu'il comprend très bien l'attitude à adopter pour ralentir le processus de placement vers un autre foyer. Ce n'est que cinq mois plus tard qu'une requête de placement est acheminée au Service social. Brièvement, celle-ci soutient que le patient « [p]ourrait très bien fonctionner dans un foyer du Service social[76] ».

L'évaluation psychosociale réalisée par le Service social révèle le rôle des assistantes sociales quant à la mise en sortie d'un patient craintif : « Comme il nous l'a été demandé par le médecin, nous avons rencontré [Alexis] à plusieurs reprises avant son placement. Celui-ci se montra très motivé et désirait aller vivre à l'extérieur[77]. » Alexis est mis en sortie définitive, en cure libre, au foyer de Mme Louis-Philippe Limoges, en date du 31 octobre 1969. Il est suivi par le Service social jusqu'en 1970. Alors qu'Alexis semble bien s'adapter à la vie *extra muros*, et que ses allocations d'assistance-vieillesse et que ses revenus tirés d'une propriété qu'il loue lui permettraient d'habiter en pension ou dans un petit logement, il préfère demeurer dans un foyer affilié de Saint-Jean-de-Dieu. Craint-il la solitude ?

Ces trajectoires singulières suivies par trois patients internés à Saint-Jean-de-Dieu, au cours de l'année 1961, correspondent à ce que Majerus (2013) a aussi observé dans les dossiers de patients de l'Institut de psychiatrie de l'Hôpital Brugmman à Bruxelles. En fait, pendant la période de mutation de l'institution asilaire, depuis l'après-guerre jusqu'aux années 1970, l'expérience institutionnelle ne se limite pas à un simple séjour hospitalier, mais bien à une expérience individuelle. Force est de constater que l'hôpital constitue un espace protégé pour bon nombre de patients. « Se dire "malade" permet de revendiquer cet

73. Dossier 52508, *Notes d'évolution mentale*, 5 mai 1967.
74. Dossier 52508, *Notes d'évolution mentale*, 5 mai 1967.
75. Dossier 52508, *Notes d'évolution mentale*, 2 mai 1969.
76. Dossier 52508, *Requête au Service social*, 9 octobre 1969.
77. Dossier 52508, *Évaluation psychosociale*, 30 juin 1970.

abri » (Majerus, 2013, p. 297) et, en Belgique comme au Québec, il n'est pas si rare de lire dans les dossiers psychiatriques : « Ne veut pas quitter l'hôpital, se veut encore malade[78]. » Au-delà des mots, s'expriment des sentiments d'anxiété, de peur, de désarroi et beaucoup d'appréhension. En fait, la peur d'un monde *extra muros* dans lequel ils seront livrés à eux-mêmes. Peur d'aller s'ensevelir dans une profonde solitude.

Conclusion

« *Ouvrir les portes de l'hôpital, débarrer les portes de l'hôpital*[79] », étaient certes de fortes et belles images lancées par le Dr Lazure pour décrire les intentions qui dirigeaient la première grande vague de désinstitutionnalisation qu'a connue le Québec dans les années 1960. Toutefois, il appert que l'idée de la réinsertion sociale des patients psychiatrisés, chère aux Sœurs de la Providence et aux aliénistes de Saint-Jean-de-Dieu dès les premières décennies du XXe siècle, s'est difficilement mise en place après le dépôt du rapport Bédard en 1962. Sortir les malades de l'hôpital psychiatrique, une solution simple – voire simpliste –, s'est avéré beaucoup plus complexe qu'anticipé. Selon la psychiatre Marie-Carmen Plante, « *au début, plusieurs étaient animés par la pensée magique et on pensait que le seul fait de les sortir de l'asile leur rendrait une énergie, une façon de vivre, un bien-être qu'ils n'avaient pas connu*[80] ». Témoins de cette époque, les psychiatres Marie-Carmen Plante, Yves Lamontagne, Robert Letendre et Denis Lazure unissent leurs voix dans le documentaire *Maudits fous !* et reconnaissent qu'au cours de ce vaste projet de désinstitutionnalisation, par ailleurs très stimulant pour ces jeunes médecins, ils étaient allés un peu trop rapidement.

Et pourtant, les nombreux dossiers consultés entre 1930 et 1976 racontent surtout la lenteur des programmes de réinsertion sociale et les difficultés liées aux placements en foyer. Souvent, une décennie s'écoule avant qu'un transfert vers une ressource externe s'effectue. Mais il est vrai que nous avons également constaté de nombreux cas de réadmissions. C'est peut-être en ce sens que nous pouvons évaluer à notre tour le peu de succès obtenu par les premiers placements. Et, sans surprise, réitérer explicitement le rôle essentiel des familles dans la réussite d'un placement.

---

78. Dans Majerus (2013, p. 298), Hôpital Brugmann, Institut de psychiatrie. Dossier 10547, *Notes des infirmières*, 17 novembre 1954.
79. Extrait tiré du témoignage de Denis Lazure dans *Maudits fous !*, production Vendôme, 2007, épisode 2.
80. Extrait tiré du témoignage de la Dre Marie-Carmen Plante dans *Maudits fous !*, production Vendôme, 2007, épisode 2.

La voix des psychiatres a été entendue haut et fort sur différentes tribunes publiques depuis les années 1960 sur le sujet de la désinstitutionnalisation. Avec moins de retentissement, celles des patients et des ex-psychiatrisés se sont également fait entendre. À ces dernières, nous voulons ajouter celles de Lydia, d'Élie et d'Alexis qui nous ont révélé, entre autres, leurs craintes… celles de se voir abandonnés à leur sort dans un monde *extra muros*.

Bibliographie

ALLARD, G. (2012). *Névrose et folie dans le corps expéditionnaire canadien (1914-1918). Le cas québécois*, Montréal, Athéna Éditions.

BARTLETT, P. et D. WRIGHT (dir.) (1999). *Outside the Walls of the Asylum : The History of Care in the Community, 1750-2000*, London, Athlone Press.

BECK, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion.

BECKMAN, L. et M. J. DAVIES (2013). « Democracy is a very radical idea », dans B. A. LeFrançois, R. Menzies et G. Reaume (dir.), *Mad Matters : A Critical Reader in Canadian Mad Studies*, Toronto, Canadian Scholar's Press, p. 38-48.

BÉDARD, D., D. LAZURE et C.-A. ROBERTS (1962). *Rapport de la Commission d'études des hôpitaux psychiatriques*, Québec, Ministère de la Santé du Québec.

BLAIS, M. (2007). Extrait d'entrevue tiré de *Maudits fous !*, production Vendôme, épisode 2.

BOUDREAU, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : histoire et institutions*, Montréal, Éditions Saint-Martin.

CELLARD, A. et M.-C. THIFAULT (2007). *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu au tournant du siècle dernier*, Montréal, Boréal.

COLEBORNE, C. (2010). *Madness in the Family : Insanity and Institutions in the Australasian Colonial World, 1860-1914*, Basingstoke, Macmillan.

DAVIS, N. Z. (2004). *L'histoire tout feu tout flamme. Entretiens avec Denis Crouzet*, Paris, Albin Michel.

DORVIL, H. (1988). *Histoire de la folie dans la communauté, 1962-1987 : de l'Annonciation à Montréal*, Montréal, Éditions Émile-Nelligan.

DORVIL, H. (2005). « Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation », *Cahiers de recherche sociologique*, nos 41-46, p. 209-235.

DUPREY, C. (2007). *La crise de l'enfermement asilaire au Québec à l'orée de la Révolution tranquille*, mémoire de maîtrise en histoire, Montréal, Université du Québec à Montréal.

DUPREY, C. (2011). « La révolution psychiatrique au Québec, 1950-1962. De l'asile à la psychiatrie communautaire et l'*open-door* », *Histoire sociale/Social History*, vol. 44, no 88, p. 355-384.

DYCK, E. (dir.) (2011). Special issue « Après l'asile – After the Asylum », *Histoire sociale : Social History*, vol. 44, no 88, p. 181-196.

FERRETTI, L. (2012). « L'Hôpital Sainte-Anne de Baie-Saint-Paul et la déficience intellectuelle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, nos 2-3, p. 331-361.

GAGNON, B. (1996). *Tout ce qu'on veut, c'est vivre le plus normalement possible. Désinstitutionnalisation psychiatrique et communautarisation des pratiques en milieu franco-ontarien*, mémoire de maîtrise en service social, Ottawa, Université d'Ottawa.

GINZBURG, C. (2007). « Réflexion sur une hypothèse vingt-cinq ans après », dans D. Thouard (dir.), *L'interprétation des indices. Enquête sur le paradigme indiciaire avec Carlo Ginzburg*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, p. 37-47.

GRANGER, C. (2013). « Ouverture. Science et insouciance de l'histoire », dans C. Granger (dir.), *À quoi pensent les historiens ? Faire de l'histoire au XXIe siècle*, Paris, Éditions Autrement, p. 5-26.

GRENIER, G. (1994). « Doctrine de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885-1930) », *Les cahiers du Centre de recherches historiques*, no 12, <http://ccrh.revues.org/2744>, consulté le 19 février 2012.

GROB, G. (1991a). *From Asylum to Community : Mental Health Policy in Modern America*, Princeton, Princeton University Press.

GROB, G. (1991b). *The Madness Among Us : A History of the Care of America's Mentally Ill*, New York, Free Press.

GUILLEMAIN, H. (2013). « La fonction du "bon patient" dans l'institution psychiatrique (1910-1970) », dans L. Guinard *et al.* (dir.), *Expérience de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 241-250.

GUINARD, L. *et al.* (dir.) (2013). *Expérience de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

HORDEN, P. et R. SMITH (dir.) (1998). *The Locus of Care : Families, Communities, Institutions, and the Provision of Welfare since Antiquity*, Londres, Routledge.

KIROUAC, L. (2012). *De l'épuisement du corps à l'affaissement du soi : effets des transformations des freins et contrepoids du travail sur la vie des individus*, thèse de doctorat en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.

LAZURE, D. (2007). Extrait d'entrevue tiré de *Maudits fous !*, production Vendôme, épisode 2.

LEFRANÇOIS, B. A., R. MENZIES et G. REAUME (dir.) (2013). *Mad Matters : A Critical Reader in Canadian Mad Studies*, Toronto, Canadian Scholar's Press.

MAJERUS, B. (2013). « Dire la folie. Expériences de patients psychiatriques (1930-1980) », dans L. Guinard *et al.* (dir.), *Expérience de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 293-302.

MOONEY, G. et J. REINHARZ (dir.) (2009). *Permeable Walls : Historical Perspectives on Hospital and Asylum Visiting*, Londres, Rodopi et Wellcome Institute, coll. « Clio Medica ».

MORIN, P. (1994). *Espace urbain montréalais et processus de ghettoïsation des populations marginalisées*, thèse de doctorat en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.

NEVERT, M. (2010). *Textes de l'internement. Manuscrits asilaires de Saint-Jean-de-*Dieu, vol. 1, Montréal, XYZ Éditeur.

PASSERON, J.-C. et J. REVEL (2005). *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en sciences sociales.

PERREAULT, I. (2009). *Psychiatrie et ordre social. Analyse des causes d'internement et des diagnostics donnés à Saint-Jean-de-Dieu dans une perspective de genre, 1920-1950*, thèse de doctorat en histoire, Ottawa, Université d'Ottawa.

PERREAULT, I. (2012). « L'intervention sociale en psychiatrie : le rôle des premières assistantes sociales à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1920-1950 », dans M.-C. Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de santé au Québec et au Canada*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p. 205-228.

PITRE, J. (1999). *APPLE : Un visage parmi tant d'autres. Un modèle de pratique d'aide qui s'élabore « hors les murs » de l'institution pour les psychiatrisés*, mémoire de maîtrise en service social, Ottawa, Université d'Ottawa.

PORTER, R. (1985). « The patient's view : Doing medical history from below », *Theory and Society*, vol. 14, nº 2, p. 175-198.

PRESTWICH, P. E. (2012). « Reflections on asylum archives and the experience of mental illness in Paris », *Journal of CHA*, vol. 23, nº 2, p. 324-343.

REAUME, G. (2000). *Remembrance of Patients Past. Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940*, Toronto, Oxford University Press.

ROBERT, M. (1997). *De la médicalisation à la pénalisation des justiciables souffrant de troubles mentaux*, thèse de doctorat en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.

ST-AMAND, N. et E. LEBLANC (2008). *Osons imaginer : de la folie à la fierté*, Moncton, Our Voice / Notre Voix.

SYLVESTRE, M.-E. (2012). « La science est-elle contre les pauvres ? L'analyse du discours savant et politique sur les vulnérables », *Nouvelles pratiques sociales*, nº 1, p. 30-48.

THIFAULT, M.-C. (dir.) (2012a). *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de santé au Québec et au Canada*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.

THIFAULT, M.-C. (2012b). « "Où la charité règne, le succès est assuré !" Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1901-1962 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, nos 2-3, p. 179-201.

THIFAULT, M.-C. (2013). « "C'est une impossibilité scientifique et matérielle que de garantir l'avenir". Idiots, aliénés incurables ou déments séniles en congé d'essai, fin XIXe–début XXe siècle », *Globe*, vol. 16, nº 2.

THIFAULT, M.-C. et M. DESMEULES (2012). « Du traitement moral à l'occupation thérapeutique. Le rôle inusité de l'infirmière psychiatrique à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu : 1912-1962 », dans M.-C. Thifault (dir.), *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de santé au Québec et au Canada*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p. 229-250.

THIFAULT, M.-C. et I. PERREAULT (2011). « Premières initiatives d'intégration sociale des malades mentaux dans une phase de pré-désinstitutionnalisation : l'exemple de Saint-Jean-de-Dieu, 1910-1950 », *Histoire sociale/Social History*, vol. 44, nº 88, p. 197-222.

THIFAULT, M.-C. et I. PERREAULT (2012). « Les Sœurs de la Providence et les psychiatres modernistes : enjeux professionnels en santé mentale au Québec, 1910-1975 », *Revue SCHEC*, vol. 78, nº 2, p. 59-79.

WALLOT, H. (1998). *La danse autour du fou : entre la compassion et l'oubli. Survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours*, Québec, Publications MNH.

WALLOT, H. (2006). *Peut-on guérir d'un passé asilaire ? Survol de l'histoire socio-organisationnelle de l'hôpital Rivière-des-Prairies*, Montréal, Publications MNH.

CHAPITRE

4

LE LANGAGE DU *CARE* ET LES POLITIQUES DE SANTÉ MENTALE DE L'ONTARIO, 1976-2006

Sandra Harrisson et Marie-Claude Thifault[1]

L'implantation des réseaux de santé de la région d'Ottawa, le développement des disciplines psychiatriques et psychologiques dans l'après-guerre et la découverte des neuroleptiques au début des années 1950 participent à la mise en place de nouvelles solutions dans l'art de la prise en charge des malades mentaux. Le fort courant antipsychiatrique qui en découle favorise la communautarisation comme alternative au modèle asilaire. Depuis les 40 dernières années, plusieurs réformes et politiques en Ontario ont mis l'accent sur le développement des soins communautaires et la réduction des services hospitaliers. Malgré tous ces efforts, des failles importantes persistent dans le système de soins de santé mentale. En effet, nous remarquons, dans le cadre de notre profession infirmière, une recrudescence de revisites à l'urgence des personnes souffrant de troubles mentaux. En fait, un Canadien sur neuf hospitalisé pour maladie mentale

1. Nous remercions sincèrement Émilie Lebel-Bouchard, François Tessier, Gilles Vallée ainsi que Mme Carmen Bercier, gestionnaire aux archives de l'Hôpital Montfort, pour leur précieuse collaboration au développement de ce projet de recherche. Ce projet a reçu le soutien financier de l'Unité de recherche sur l'histoire des soins infirmiers, de la Chaire de recherche sur la francophonie canadienne en santé et du Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones en Ontario (RRASFO).

retourne à l'urgence moins d'un mois après sa sortie de l'hôpital (Radio-Canada, 2011). Les ressources offertes dans la communauté seraient insuffisantes et ne répondraient pas aux besoins médicaux et sociaux de cette population. Afin de comprendre les lacunes de la communautarisation des services psychiatriques de l'Est ontarien, nous utilisons une approche sociohistorique pour documenter l'incidence des différentes réformes et politiques de santé mentale sur la population psychiatrisée au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort.

Notre étude porte particulièrement sur le processus de transition entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire des patients psychiatrisés en situation minoritaire francophone de la région d'Ottawa, entre 1976 et 2006. Cette périodisation correspond à l'ouverture du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort et à l'instauration de la loi gouvernementale provinciale sur la création des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en 2006. L'Hôpital Montfort et son réseau de ressources communautaires pour la clientèle psychiatrisée sont les principaux lieux d'enquête. Les registres d'admission du Département de psychiatrie, les dossiers médicaux et les rapports gouvernementaux sur les réformes politiques en matière de santé mentale sont au cœur de la collecte de données.

Cette étude se base sur les théories du *care* pour analyser les différentes politiques en santé mentale qui se succèdent entre 1963 et 1999 en Ontario. Nous croyons que cette approche critique permet de signaler les lacunes qui existent autour des transferts des ressources vers la communauté qui sont, dans les faits, des interventions ponctuelles qui tentent de répondre à des besoins immédiats plutôt que des solutions de longue durée. Ces failles, nous tenterons de les démontrer à partir des résultats tirés de la base de données conçue à partir des registres d'admission du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Ceux-ci permettent de mieux cibler les utilisateurs de soins de santé mentale de ce département entre 1976 et 2006. Notre base de données contient des informations sur 15 154 admissions de l'unité psychiatrique réparties entre 7 535 dossiers médicaux au cours des 30 années de notre étude. Les registres d'admission ne nous donnent accès à aucune donnée nominative, mais fournissent le nombre d'admissions par année, la durée de séjour, la période de sortie, le sexe, l'âge, les diagnostics principaux et secondaires, les médecins traitants et, à quelques occasions, l'institution de provenance du patient et celle où il sera dirigé lors de son congé. Ces informations permettent de rendre compte de l'expérience « transinstitutionnelle » des patients psychiatriques, à partir des cas de réadmissions à l'unité de psychiatrie.

Ce chapitre, divisé en trois parties, débute par la présentation du cadre d'analyse des théories du *care*. Suit l'analyse des rapports, déposés entre 1963 et 1999, sur les politiques de santé mentale de l'Ontario, et la troisième partie propose, avant de conclure, quelques données permettant d'esquisser qui sont les personnes hospitalisées en psychiatrie à Montfort. Quatre thématiques sont particulièrement développées sous cette dernière section, soit l'ouverture du Département de psychiatrie à l'Hôpital Montfort, la durée et la fréquence des séjours des patients psychiatrisés, l'effet de la Commission de restructuration des soins de santé sur l'unité psychiatrique, et les politiques de santé mentale de l'Ontario et de sa population dite vulnérable.

1. Le cadre d'analyse : les théories du *care*

Les théories du *care* se développent dans les années 1980, aux États-Unis entre autres, dans le contexte d'études liées à la psychologie du développement moral. Quelques théoriciennes ont marqué le débat autour du *care*, en particulier Carol Gilligan (2008) et Joan Tronto (2009). Toutes deux sont considérées comme les fondatrices de l'éthique du *care*, soit une réponse concrète aux besoins des autres. Gilligan, dans *Une voix différente : pour une éthique du* care (2008), définit le *care* par un souci fondamental du bien-être d'autrui et par le développement moral des responsabilités et la nature des rapports humains. Le *care*, selon Tronto, est considéré comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre " monde " de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible ». Ce monde inclut notre corps, notre individualité et notre environnement « que nous cherchons à relier en un réseau complexe qui soutient la vie » (Toronto, 2009, p. 143). La position complémentaire de ces deux auteurs rehausse la compréhension de la réalité du *care*. Ces théoriciennes dénoncent le système politique actuel centré sur la hiérarchisation, l'autonomie et l'individualisme. Elles basent leur approche sur la démocratie et le souci des autres en utilisant les concepts de vulnérabilité et d'interdépendance. Selon elles, le langage du *care* permet de poser un regard particulier sur les personnes, souvent marginalisées, ayant recours aux soins et se retrouvant dans une position de vulnérabilité. Comme le souligne Laugier (2009), le *care* appelle « notre attention sur ce qui est juste sous nos yeux, mais que nous ne voyons pas, par manque d'attention tout simplement ou par mépris » (p. 80).

Dénonçant les valeurs individualistes, le *care* met sur un pied d'égalité tous les êtres humains, même les plus démunis. Une des problématiques de la santé mentale dans notre société actuelle se résume à un

sentiment de rejet de la part des autres. Les personnes qui en sont atteintes sont vues comme des individus étranges, effrayants, imprévisibles et parfois agressifs. Stéréotypés, un grand nombre d'entre eux souffrent de se voir dénigrés et jugés par leur entourage. Ils se sentent souvent rejetés et mis à l'écart, exclus de la vie sociale. Ces opinions négatives à l'endroit des personnes atteintes de troubles psychiques sont nuisibles à leur réintégration sociale. Les conséquences de leur rejet sont l'isolation, la victimisation, la discrimination et la pauvreté (Kelly et McKenna, 2004). Les théories du *care* tentent de sensibiliser chaque membre de la société à cette discrimination afin de trouver des solutions concrètes pour réintégrer ces individus dans la collectivité. Elles veulent leur donner une visibilité afin que ces personnes souffrant de problèmes mentaux obtiennent un droit de regard sur les prises de décisions qui les concernent, que ce soit au niveau gouvernemental, municipal ou local.

Les théories du *care* apportent une nouvelle perspective à la dimension de la santé mentale. Selon Tronto (2009), le *care* invite à réfléchir concrètement aux besoins des autres et à évaluer la façon d'y répondre. Il introduit un certain nombre de questions sur ce que nous valorisons dans nos vies quotidiennes. Donnant une voix aux gens ordinaires, souvent invisibles, Gilligan, Tronto et Brugère (2011) notamment soulèvent avec justesse des problématiques au cœur du système politique passé et actuel. Elles prônent un changement social, axé sur le souci des autres, interrogeant les décisions politiques en lien avec le *care*. Elles apportent une analyse critique sur tout ce qui touche les soins, incluant la santé mentale. Elles assurent une vision globale afin de comprendre l'influence des décisions politiques gouvernementales et locales sur le parcours hors des murs hospitaliers des patients psychiatrisés.

Les théoriciennes du *care* questionnent aussi le système de justice ancré dans les valeurs masculines liées à l'autonomie, à l'individualité et à l'impartialité. Une société qui valorise les valeurs d'indépendance et de réussite individuelle. Le concept du *care* promulgue l'intégration des valeurs morales féminines centrées sur le souci du bien-être des autres pour donner un droit de parole à tous les individus. Dans notre système politique actuel, on exclut les citoyens non productifs et dépendants de soins. Cette exclusion cause un mépris collectif qui disqualifie l'individu à même ses compétences sociales et le rend inutile, paria ou rebut (LeBlanc, 2009, p. 17). Le système politique libéral risque de condamner à l'invisibilité tous ceux qui ne peuvent pas participer à une vie active par des critères normatifs d'indépendance et d'autonomie. Dans *Vies ordinaires, vies précaires* (2007), LeBlanc dénonce la précarisation des vies ordinaires. La précarité des vies humaines augmente le risque de tomber dans l'exclusion sociale qui est le revers de la normalité. Toujours selon LeBlanc (2007), « le précaire n'est certes pas hors-société [*sic*], mais son mode de

vie […] l'exclut des relations de pouvoir et le prive, potentiellement ou effectivement, de toutes les assises dont une vie a besoin pour se développer » (p. 16). La précarité devient synonyme d'inexistence. La réalisation que nul n'est à l'abri d'un statut précaire, dû à la maladie ou à la perte d'emploi, fait prendre conscience de la vulnérabilité de chacun. Tronto (2009) mentionne que recourir au *care* revient à être dans une position de vulnérabilité. Toutes les relations humaines ne sont pas égales et plusieurs sont asymétriques. La vulnérabilité apporte un démenti à la croyance populaire selon laquelle nous sommes tous des citoyens autonomes et potentiellement égaux. Cette idéologie, porteuse de jugement envers les individus dépendants, considère ces derniers comme responsables de leur sort. La personne dépendante de soins mérite l'attention et la protection contre les abus de pouvoir à son endroit. Brugère souligne qu'on oublie que certaines vies méritent plus d'attention que d'autres. « Ces vies sont d'autant plus vulnérables que les normes dominantes de la morale les ignorent ou les rendent insignifiantes » (Brugère, 2011, p. 41). Les théories du *care* réintroduisent la responsabilité collective et le dialogue social dans nos sociétés face aux individus dépendants du *care*. Les théories du *care* poussent notre réflexion sur l'image véhiculée par la société de la vulnérabilité. Certains clichés incrustés dans l'imaginaire collectif entretiennent celui du vulnérable comme un être dépendant et sans ressource. Nous craignons que cette image forte et surexploitée influence les décideurs lors de leur prise de décision dans l'élaboration de politiques, de plans d'action et de stratégies pour venir en aide aux gens dits vulnérables, spécialement pour ceux qui sont atteints de troubles mentaux. Pourtant, Tronto (2009) indique clairement qu'en tant qu'êtres humains, nous sommes tous vulnérables. Selon elle, la dépendance et la vulnérabilité ne sont pas des accidents de parcours, mais bien la réalité des êtres humains. Nous sommes donc tous des gens ordinaires susceptibles de basculer vers un statut précaire.

L'approche critique du *care* révèle les positions de pouvoir dans notre société (Paperman et Laugier, 2011, p. 15). Sous l'égide du patriarcat, les décisions politiques se prennent, semble-t-il, sans considérer les besoins réels de l'individu ordinaire. Les relations asymétriques et inégales causées par ce type de système politique peuvent provoquer des abus envers les plus démunis. Cela n'est pas étrange aux vagues successives de nouvelles politiques et réformes en santé mentale qu'a connues l'Ontario au cours des 40 dernières années. Tronto (2009) indique que la subordination des démunis rend la stratégie de l'endiguement efficace contre les groupes sociaux moins fortunés. Elle ajoute que « ceux qui sont moins bien pourvus apprennent, qu'étant exclus de toutes décisions importantes, ils doivent traiter avec les puissants » (p. 130). Dès lors, les puissants conçoivent leur univers comme normativement supérieur, ce qui contribue au maintien

de leur position de pouvoir (Tronto, 2009, p. 130). Par conséquent, le système social actuel a tendance, apparemment, à ignorer les pauvres, les malades, les marginalisés et tous les individus dépendants du *care*. Brugère soutient que la dévalorisation systématique du soin est due à l'impossibilité du système politique actuel de se soucier du *care* et du bien-être des autres. Elle ajoute que gouvernées par des individus qui n'ont qu'à se soucier d'eux-mêmes et de leurs intérêts, les activités de soins et l'accessibilité des ressources sociales deviennent inégales dans un monde fragilisé (Brugère, 2011, p. 78). La reconnaissance, de plus en plus difficile envers les activités de soins, engendre des inégalités dans les politiques sociales passées et actuelles. C'est sous ces différentes assises que nous voulons analyser, dans la deuxième partie de ce chapitre, les politiques de santé mentale en Ontario.

2. Les théories du *care* et les politiques en santé mentale de l'Ontario

Environ tous les cinq à dix ans depuis 1930, un rapport, une analyse ou une critique du système de santé mentale ontarien propose des changements majeurs et de nouvelles réformes (Simmons, 1990, p. XIII). Sans exception, tous ces rapports recommandent une extension des services communautaires. Selon Simmons (1990), le gouvernement a toujours adopté une ou quelques recommandations pour changer le système de santé mentale. Ces changements se sont faits à court terme avec des ajustements mineurs destinés à faire face aux problèmes politiques immédiats et pressants (Simmons, 1990 ; Barnard-Thompson, 1997). Les différentes réformes et politiques gouvernementales, mises en place depuis les années 1960, ont tenté de développer un réseau de services communautaires pour desservir la population atteinte de troubles mentaux. Ce passage s'est avéré toutefois difficile. Selon Mulvale, Abelson et Goering (2007), l'évolution des politiques en santé mentale en Ontario est marquée par des tentatives décevantes de passer d'une politique d'institutionnalisation basée sur le pouvoir médical à une politique de communautarisation. Quelques auteurs (Hartford *et al.*, 2003 ; Bissinger, 2009 ; Mulvale, Abelson et Goering, 2007) rapportent que les rapports Graham (1988), *Putting People First* (1993) et *Making It Happen* (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1993) prônent la communautarisation et que celle-ci, malgré les recommandations, demeure lente à s'établir dans le système de soins.

Dans les années 1960, les hôpitaux psychiatriques provinciaux sont surchargés. La conviction que les traitements à court terme peuvent être prodigués lors de courts séjours à l'hôpital ou dans le cadre de

programmes communautaires est renforcée par l'apparition des tranquillisants, le développement des thérapies sociales et les thérapies industrielles (Bloom et Sussman, 1989). À la suite des engorgements des institutions psychiatriques provinciales, le gouvernement essaie de trouver diverses solutions pour remédier à cette problématique. C'est dans cette ligne de pensée que le rapport *More for the Mind* est rendu public en 1963 (Tyhurst). Ce rapport préconise la désinstitutionnalisation et les services communautaires. L'hospitalisation devient un dernier recours aux soins des patients atteints de troubles mentaux.

Le rapport *More for the Mind* propose le développement de la psychiatrie communautaire et des unités psychiatriques de courte durée dans les hôpitaux généraux. Les services communautaires sont mis en place principalement pour les patients ayant besoin de traitements à court terme à l'hôpital (Bloom et Sussman, 1989). En effet, est mise de l'avant l'idée que certaines personnes atteintes de maladies mentales légères peuvent bénéficier de services ambulatoires pour traiter leur maladie et demeurer ainsi des membres actifs dans la communauté. *More for the Mind* dénonce les excès et la dépendance au système institutionnel psychiatrique tout en préconisant le passage aux services communautaires où un grand nombre de troubles psychiques peuvent être traités, et ce, sans hospitalisation (Camirand, 1997). L'hôpital général devient ainsi le point central des services communautaires en santé mentale qui, géographiquement, se situe plus près des communautés (Camirand, 1997). C'est à cette époque que l'Ontario s'engage dans son processus de désinstitutionnalisation suivant le mouvement mondial antipsychiatrique. Les patients psychiatrisés sont envoyés dans des maisons de groupes, des unités psychiatriques de courte durée dans les hôpitaux généraux, des hôpitaux privés et d'autres milieux communautaires (Newman, 1998, p. 2). D'autres retournent dans leur famille et, malheureusement, certains d'entre eux se retrouvent dans la rue (Simmons, 1990, p. 256). Dans l'effervescence de la désinstitutionnalisation, un nombre croissant de départements de psychiatrie de courte durée ouvrent leurs portes dans les hôpitaux généraux. On assiste donc, en 1976, à la création d'un tel département à l'Hôpital Montfort, seul établissement à offrir des soins de santé en français dans la capitale nationale.

À la lecture des données tirées des registres d'admission du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort, il apparaît qu'entre 1976 et 1985, la majorité des patients reçoivent leur congé en moins de 30 jours d'hospitalisation. La moitié d'entre eux sont toutefois réadmis à quelques reprises dans la même année pour de courts séjours. On remarque également que certains patients reçoivent leur congé, mais qu'ils sont retournés à l'unité psychiatrique le lendemain ou, à quelques occasions, la journée

même de leur départ. C'est le cas d'une jeune femme de 21 ans, qui est de retour au département psychiatrique à trois reprises. Elle est réadmise la journée même de son départ à deux occasions pour un total de 17 jours d'hospitalisation[2]. Le rapport *More for the Mind* stipule que la durée de séjour ne doit pas dépasser 21 jours dans les unités de psychiatrie de courte durée. La politique semble être appliquée par contournement puisque le constat qui s'en dégage est que les patients ne sont pas référés vers une autre ressource à l'extérieur de l'hôpital.

Suivent les rapports Graham (1988), *Putting People First* (1993) et *Making It Happen* (1999) qui préconisent tous le développement d'un réseau de services communautaires pour desservir la population atteinte de troubles psychiques. L'évolution de ces politiques est toutefois marquée par des tentatives décevantes de passer d'une politique d'institutionnalisation à une politique de communautarisation. Malgré certains progrès, le système de santé mentale ontarien demeure, trop souvent, fragmenté et sous-financé. L'analyse de ces rapports et des politiques du gouvernement ontarien en matière de santé mentale permet d'établir le constat d'un manque de volonté politique, économique et sociale pour rendre accessibles les soins que nécessitent les personnes atteintes de troubles mentaux. Nous notons, également, un double discours en ce qui a trait à la communautarisation des soins de santé mentale qui se traduit par l'insuffisance des ressources communautaires et par leur faible financement ; et cela malgré les espoirs fondés pendant plus de 30 ans sur cette approche.

Le rapport Graham introduit la catégorie des personnes sérieusement atteintes de maladies mentales en tenant compte de leur famille. Cette classification est soutenue, par la suite, dans les rapports subséquents. Ces personnes sont définies selon leur diagnostic, leur invalidité et la durée de leur maladie. Les services offerts doivent aider les individus souffrant de graves problèmes de santé mentale à participer pleinement à la vie communautaire et cela en leur fournissant des soins et du soutien (Graham, 1988). Les soins doivent être centrés sur la communauté en offrant une gamme complète de services. Rochefort et Portz (1993) soulignent que selon les rapports Graham, *Putting People First* et *Making It Happen*, les patients atteints de troubles légers n'ont guère besoin de tous ces services, mais que pour les personnes gravement malades ou requérant des soins chroniques, ils sont cruciaux et permettent d'éviter l'hospitalisation. Le gouvernement ontarien, par l'entremise de ses politiques en santé mentale, met de côté une catégorie de patients bénéficiaires du *care*, ceux jugés

2. Registres d'admission du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort (RADPHM), date d'admission le 18-05-1976.

capables de s'organiser seuls dans la communauté. Par conséquent, ces personnes se retrouvent dans un état de précarité et de vulnérabilité dû à leur maladie et peuvent difficilement avoir recours à des soins psychiatriques. Laissées à elles-mêmes, elles dépendent de leur famille, de leur entourage et des services offerts en milieu hospitalier faute de soutien approprié au sein de leur communauté d'appartenance.

Il est aisé de détecter l'influence du système politique patriarcal, dénoncé par les théories du *care,* dans le rapport *Making It Happen*. Pourtant, le rapport Graham, rédigé une décennie plus tôt, laisse sous-entendre un certain pouvoir des individus atteints de troubles psychiques dans la prise de décision face à leur santé. Ce rapport reconnaît qu'ils sont les acteurs principaux de leur survie dans la communauté. En fait, ces personnes doivent être impliquées dans la planification et le développement du système de soins en santé mentale communautaire en utilisant leur expertise personnelle. Force est de constater l'échec de l'implication des patients face à leurs soins et au développement des services communautaires. En effet, le rapport *Making It Happen* en 1999 mentionne que les professionnels de la santé prennent les besoins particuliers des patients et de leur famille en considération lors de l'élaboration de leur plan de traitement. Bissinger (2009) souligne que ce rapport promet de mieux considérer les besoins des patients, mais encore selon les interprétations des professionnels en santé mentale. C'est dire que les spécialistes identifient les besoins et adaptent le plan de traitement. Il est étonnant de constater que malgré la volonté annoncée de reconnaître le rôle actif du patient, principal responsable de ses soins, le système patriarcal demeure incrusté dans la mentalité des décideurs. Tronto (2009) soulève le fait que l'activité du *care* est rarement un jeu entre égaux. Dans les faits, il y a ceux qui ont besoin du *care* et ceux qui prennent soin des autres. Les fournisseurs de soins tendent à privilégier leur propre analyse des besoins et utilisent leur compétence et leur expertise pour prodiguer des soins (Tronto, 2009, p. 193). Il en résulte que ceux-ci se considèrent plus compétents pour évaluer les besoins et donner des soins que les demandeurs eux-mêmes (Tronto, 2009, p. 221). Ainsi, se perpétue inévitablement une forme d'infantilisation dans les rapports entre soignés et soignants (Tronto, 2009, p. 222).

Les effets des différentes politiques en santé mentale – *More for the Mind* (1963), rapports Graham (1988), *Putting People First* (1993) et *Making It Happen* (1999) – se répercutent dans le système hospitalier. Celles-ci influencent les politiques internes des établissements de santé, les soins prodigués aux patients psychiatrisés, l'accessibilité aux ressources communautaires et le soutien aux familles. Selon notre exemple, le département psychiatrique de courte durée s'en retrouve affecté par une augmentation du taux d'achalandage et par la récurrence des admissions.

3. La clientèle psychiatrique de l'Hôpital Montfort

La désinstitutionnalisation s'étend, selon certains, sur plus d'une quarantaine d'années et n'est toujours pas terminée faute de critères pour identifier clairement les circonstances précises dans lesquelles elle sera complétée (Sealy et Whitehead, 2004). Par contre, ce mouvement s'accentue dans les années 1970, entraînant plusieurs fermetures de lits psychiatriques dans les hôpitaux provinciaux. Une grande partie des patients sont retournés dans la communauté. Ces gens, atteints de troubles mentaux, se retrouvent isolés et font face à un monde parfois cruel considérant les mythes et les préjugés qui entourent la maladie mentale. Selon Poulin et Massé (1994), la réinsertion sociale, sans les services communautaires appropriés, accentue une certaine résistance de la part de la population générale.

Le mouvement de désinstitutionnalisation contribue, dans les années 1970, comme nous l'avons présenté précédemment, à l'expansion des unités de courte durée dans les hôpitaux généraux de l'Ontario. Ces unités regroupent les principaux services – hospitaliers et communautaires – à court terme pour les personnes présentant des troubles psychiques (Rochefort et Portz, 1993, p. 69). Le rôle de ces unités est d'assurer des soins de courte durée, des traitements aux fins de diagnostic et de stabiliser les patients dans la phase aigüe de leur maladie. À cela s'ajoutent des services ambulatoires, des cliniques de jour ou des services à domicile afin de réduire le temps d'hospitalisation. Ces unités visent aussi à stabiliser les patients en situation de crise en utilisant une approche agressive de gestion des médicaments. Dans ce cadre, une attention particulière est accordée à l'éducation sur le sujet de la maladie mentale et à la planification rapide d'un congé (Goering, Wasylenki et Durbin, 2000, p. 351).

L'instauration du programme d'assurance santé de l'Ontario, à la fin des années 1960, est un des éléments qui contribue à un changement de mentalité face à la maladie mentale. Ce service gouvernemental offre l'accès aux soins hospitaliers et médicaux gratuitement à tous les résidents de la province. Il vise une amélioration des soins de santé et une plus grande accessibilité aux services médicaux. À cette époque, le message qui est lancé est celui que la maladie mentale est une maladie comme les autres. Les individus atteints de troubles psychiques doivent désormais être traités dans les hôpitaux généraux au même titre que n'importe quelle autre personne atteinte de maladie physique. Avant l'accès au programme d'assurance santé, 28 % des individus souffrant de dépression n'étaient jamais vus par un médecin (Heseltine, 1983, p. 31). L'introduction de l'assurance santé rend les services psychiatriques plus accessibles pour les gens ayant peu de revenu. Les individus affectés par des troubles mentaux légers sont ainsi plus enclins à demander des soins dans les hôpitaux généraux et cela contribue, d'une certaine façon, à un changement des mentalités à l'égard de la population psychiatrisée.

3.1. L'ouverture du Département de psychiatrie

L'Hôpital St-Louis-Marie-de-Montfort est fondé en 1953 grâce à une collaboration étroite entre la communauté francophone d'Eastview (Vanier), les Pères montfortains, la congrégation des Filles de la Sagesse et les dirigeants de l'Association canadienne-française d'éducation de l'Ontario (Hôpital Montfort, 2014). Utilisant une approche communautaire, cette institution s'établit rapidement comme l'hôpital de choix dans la communauté francophone. L'accès aux services de santé en français contribue à la vitalité de la communauté en offrant à ses membres un endroit où ils peuvent s'exprimer dans leur langue (Corbeil, Grenier et Lafrenière, 2007; Chouinard, 2012; Traisnel et Forgues, 2009). Cet organisme collabore ainsi à la vie socioculturelle des Franco-Ontariens et favorise un sentiment de solidarité et de fierté chez la minorité francophone.

Le Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort ouvre ses portes au mois de janvier 1976. Il offre des soins de courte durée à la population francophone de l'Est ontarien. Selon le registre d'admission de 1976, 723 patients sont hospitalisés au nouveau Département de psychiatrie. Au cours de l'année administrative 1976-1977, soit du mois d'avril au mois de mars, la clientèle de l'unité psychiatrique se compose de 9% de patients âgés de moins de 20 ans, de 69% entre 20 et 50 ans et de 22% âgés de plus de 51 ans. L'âge des patients varie entre 14 ans et 93 ans. La durée des séjours au département est normalement de moins de 25 jours dans une proportion de 86%. En fait, il est courant de constater des hospitalisations de moins de 5 jours, soit 33% d'entre elles. Les patients admis au département pour seulement une journée représentent 12% de la clientèle psychiatrique. Ces résultats concordent avec les assises du rapport *More for the Mind* qui met l'accent sur les patients atteints de maladies mentales légères. Il paraît plus facile au cours de la première année d'existence de ce département de suivre rigoureusement les recommandations du rapport *More for the Mind* à l'égard de la longueur des séjours. Les patients hospitalisés sont alors rapidement retournés au sein de leur communauté ou de leur famille. Herz et Endicott s'intéressent, en 1975, aux effets des admissions de courte durée dans les hôpitaux généraux chez un groupe d'individus atteints de maladies mentales et vivant avec des membres de leur famille. Ces auteurs concluent qu'une hospitalisation brève et un retour rapide à la maison des patients psychiatrisés ont des effets positifs sur le fonctionnement familial. L'un des bienfaits serait notamment sur le plan de la charge financière. Ces personnes peuvent reprendre leur rôle social et prendre part aux activités quotidiennes, ce qui permet, selon eux, aux hommes de regagner le marché du travail afin de subvenir aux besoins de leur famille et aux mères de réintégrer leur foyer pour s'occuper des enfants. Herz et Endicott (1975) notent également que ces patients qui

bénéficient de services hospitaliers de courte durée récupèrent plus rapidement. Est-ce que cette efficience à répondre aux objectifs du rapport *More for the Mind* se maintiendra au cours des décennies suivantes ?

3.2. Le profil de la population hospitalisée

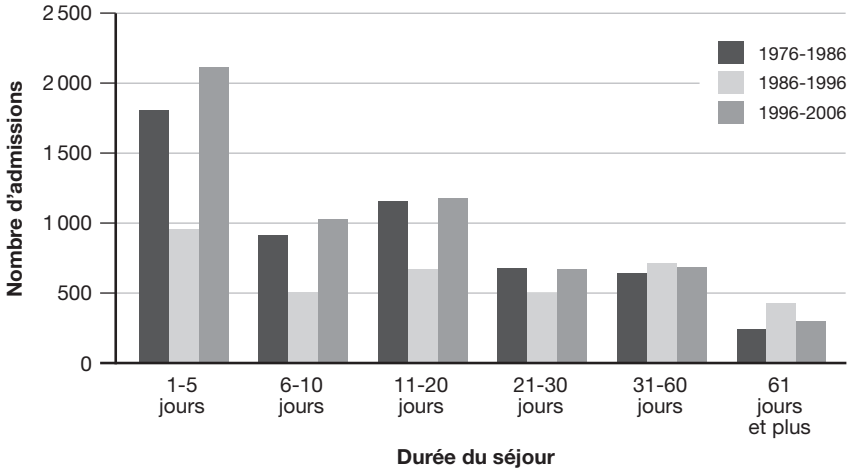
Le Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort accueille, en moyenne, 453 patients par année entre 1976 et 1986[3], 290 patients au cours de la décennie suivante[4] et 462 patients entre 1997 et 2006. Cette clientèle est composée d'hommes et de femmes de tout âge requérant des soins psychiatriques. La durée du séjour des patients varie entre une journée et plusieurs mois d'hospitalisation (figure 4.1). Ils accèdent ainsi à des soins spécialisés et de qualité. Le but de ces services hospitaliers est de retourner, le plus rapidement possible, ces individus dans la communauté. Entre 1976 et 2006, les patients sont en majorité des femmes dans un ratio de deux hommes pour trois femmes, soit 39 % d'hommes et 60 % de femmes[5]. Ces données sur la population psychiatrique de Montfort concordent avec certains écrits qui rapportent que les femmes utilisent les services de santé plus souvent que les hommes, spécialement pour des problèmes d'ordre psychique (Bertakis *et al.*, 2000 ; Noone et Stephens, 2008 ; Guberman, 1990). L'âge moyen des patients de l'unité psychiatrique est de 41 ans lors de leur première admission. Ils sont admis, en général, 2 fois au département et la durée moyenne de leur séjour est de 18 jours pour chacune des admissions. Par contre, certains patients demeurent hospitalisés plus de 30 jours et parfois même pour des séjours variant entre 6 mois et 1 an (figure 4.1).

Par exemple, une dame âgée de 49 ans passe plus de six mois, en 1984, au Département de psychiatrie[6]. Un jeune homme de 23 ans, en 1987, est réadmis cinq fois à l'hôpital et la durée de son dernier séjour est de quatre mois[7]. Il est réadmis deux ans plus tard. En 1995, une dame de 39 ans est hospitalisée pendant toute une année[8]. Entre 1976 et 2006, les patients âgés de plus de 60 ans représentent 13 % des admis au Département de psychiatrie. Même si la majorité des hommes et des femmes de ce groupe d'âge sont hospitalisés pour un court laps de temps, on y

3. L'année administrative 1981-1982 n'est pas représentée dans l'échantillon, car ce registre a été endommagé par l'eau lors de l'entreposage et détruit par la suite.
4. Nous constatons une augmentation des taux d'admission à partir de l'année administrative 1996-1997, à la suite de l'annonce de la fermeture de quatre hôpitaux psychiatriques provinciaux de la province de l'Ontario émis par la Commission de restructuration des soins de santé. Nous discutons de cet événement plus loin dans ce chapitre.
5. Un pour cent des résultats sont de type inconnu.
6. RADPHM, période d'admission février 1984.
7. RADPHM, période d'admission août 1987.
8. RADPHM, période d'admission mai 1995.

FIGURE 4.1.

Durée de séjour des patients psychiatrisés au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et 2006



Source : Adapté de RADPHM (1976-2006).

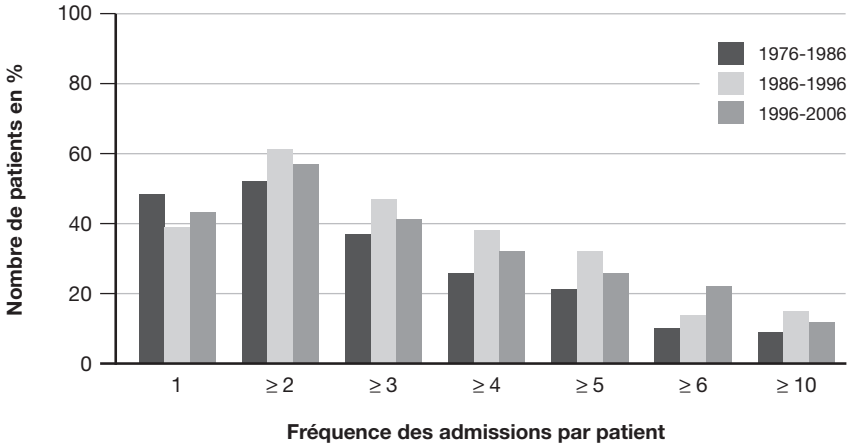
retrouve aussi ceux qui y font les plus longs séjours. En 1978, une dame âgée de 63 ans est demeurée hospitalisée 254 jours[9]. Provenant d'un établissement de soins chroniques, elle est transférée dans une institution privée. Un homme âgé de 75 ans est hospitalisé en 1984 pendant plus de 199 jours avant d'être relocalisé dans une résidence pour aînés[10]. Simmons (1990) explique que plus de 20 % des patients dans les hôpitaux psychiatriques sont, à cette époque, âgés de plus de 65 ans. Plusieurs de ces patients n'ont pas besoin de soins psychiatriques actifs. La (dé)hospitalisation de cette population vieillissante atteinte de maladie mentale entraîne une pénurie de logements fournissant des soins gériatriques. Considérant que les personnes âgées requièrent des soins chroniques, les familles sont incapables de leur prodiguer tous les services qu'elles nécessitent. Nous croyons qu'un nombre restreint de résidences pour personnes âgées peut d'une certaine manière expliquer leur présence pendant plusieurs jours au Département de psychiatrie avant d'être transférées dans un endroit approprié.

Les registres d'admission du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort au cours des 30 années de cette étude témoignent d'un nombre de réadmissions important (figure 4.2). Ce phénomène débute dès

9. RADPHM, période d'admission mai 1978.
10. RADPHM, période d'admission décembre 1984.

FIGURE 4.2.

Fréquence des admissions au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et 2006



Source : Adapté de RADPHM (1976-2006).

l'ouverture de l'unité et se perpétue jusqu'à la fin de la période étudiée. La majorité (80 %) des patients demeurent moins d'un mois au département pour ensuite retourner dans la communauté. Une partie d'entre eux (43 %) ne sont admis à l'hôpital qu'une seule fois. Toutefois, plus de la moitié des patients admis une première fois reviennent de façon périodique à l'unité psychiatrique. En effet, 57 % des patients admis au Département de psychiatrie de Montfort, entre 1976 et 2006, sont réadmis au moins une autre fois. Parmi eux, 41 % sont admis trois fois, 26 % sont de retour cinq fois et 12 % plus d'une dizaine de fois.

Particulièrement, en 1978, 39 patients[11] sont réadmis à l'hôpital plus de 10 fois. Ils sont âgés de 18 à 55 ans. Parmi eux, une femme de 28 ans est réadmise 37 fois, entre 1978 et 1999, pour un total de 426 jours d'hospitalisation[12]. Au cours de la même année (1978), un homme de 30 ans est réadmis au département plus de 43 fois au long cours, soit 26 années[13]. Il passe plus de trois ans de sa vie (1 180 jours) à l'hôpital. En 1994, une

11. Les 39 patients proviennent de l'année administrative 1978-1979, car les fichiers de 1976 et 1977 sont de formats différents. Il est donc difficile d'émettre le taux d'admission réel de ces patients sur l'unité de psychiatrie durant la période étudiée, soit de 1976 à 2006.
12. RADPHM, période de la 1re admission sur l'unité psychiatrique mai 1978.
13. RADPHM, période de la 1re admission sur l'unité psychiatrique avril 1978.

jeune femme âgée de 24 ans revient périodiquement, soit 45 fois sur une période de 3 ans, pour une moyenne de 15 admissions par année[14]. À quelques reprises, cette dame souffrant de dépression sera réadmise au département plus d'une fois dans le même mois, quelques jours seulement après son congé. Une autre, âgée de 26 ans, revient à l'unité 54 fois, entre 1993 et 2000, pour un total de 891 jours d'hospitalisation[15].

Ces quelques exemples illustrent bien le syndrome des portes tournantes à Montfort. Il s'agit d'un syndrome amplement documenté dans la littérature. En effet, selon Newman (1998), les fréquentes réadmissions sont attribuables, entre autres, à l'incapacité des gouvernements à élaborer un système de santé mentale capable de prodiguer des soins continus et qui suive le patient où qu'il se trouve dans la communauté. Henri Dorvil (1987) explique aussi que le phénomène des fréquentes réadmissions au Québec est causé par les durées d'hospitalisation de plus en plus courtes, les difficultés d'adaptation sociale des individus atteints de troubles mentaux, le désengagement de la famille et le récidivisme lié à l'essence même de la maladie mentale. Plusieurs auteurs mentionnent que le manque de ressources communautaires disponibles dans la communauté est le résultat d'investissements monétaires insuffisants de la part des gouvernements (Mulvale, Abelson et Goering, 2007 ; Goering, Wasylenki et Durbin, 2000 ; Barnard-Thompson, 1997). Le manque de soutien dans la communauté affecte grandement la clientèle francophone de l'Est ontarien d'autant plus que la langue peut devenir une barrière à des soins et à des services de qualité (Bouchard et Desmeules, 2011). La vulnérabilité relative dans laquelle se retrouvent les personnes malades est telle que la capacité de comprendre et d'être compris par le personnel soignant ou les intervenants communautaires revêt une importance toute particulière dans le processus de réinsertion sociale. Cela concorde avec l'affirmation de Mulvale, Abelson et Goering (2007) selon laquelle les unités de courte durée dans les hôpitaux généraux ont un taux de roulement élevé, car la majorité de leurs patients retournent à leur domicile après trois à quatre semaines d'hospitalisation. De toute évidence, ces unités ont aussi un taux élevé de réadmissions.

L'instauration des départements de courte durée occasionne une division des soins entre les divers milieux hospitaliers. En effet, les hôpitaux psychiatriques provinciaux continuent de dispenser des soins aux malades chroniques, atteints plus sérieusement de troubles mentaux, alors que les hôpitaux généraux s'occupent des personnes requérant des soins à court

14. RADPHM, période de la 1re admission sur l'unité psychiatrique mars 1994.
15. RADPHM, période de la 1re admission sur l'unité psychiatrique juin 1993.

terme, moins malades et plus facilement soignables (Barnard-Thompson, 1997, p. 55). À la suite du triage à l'urgence, certains patients sont transférés directement dans les hôpitaux psychiatriques. Quelques-uns d'entre eux sont admis à l'unité de psychiatrie pour être déplacés plusieurs jours plus tard. C'est le cas d'un homme de 36 ans qui passa plus de 188 jours à l'unité de psychiatrie en 1986 pour être finalement transféré à l'hôpital psychiatrique[16]. Cette division des soins et des services psychiatriques perdure pendant plusieurs années.

3.3. La Commission de restructuration des soins de santé

En 1995, le Parti progressiste conservateur est porté au pouvoir et Mike Harris prend la tête du gouvernement provincial. Ses politiques comprennent, entre autres, des compressions importantes dans les soins de santé. Le gouvernement Harris instaure, en 1996, la Commission de restructuration des soins de santé (CRSS) qui a pour mandat de prendre des décisions et de formuler des recommandations qui assureraient l'accès des services de santé ayant le plus de proximité avec la population. Cette commission promet des services de qualité dispensés et offerts à des coûts abordables (ministère de la Santé de l'Ontario, 1999). Selon Barnard-Thompson (1997), cette commission a comme objectif d'intégrer le système de soins de santé afin de diminuer les barrières entre les divers secteurs de la santé et permettre ainsi une meilleure circulation des patients entre les services hospitaliers, les soins à domicile, les agences communautaires et les soins de base. Dans son rapport, la CRSS propose une réduction générale du nombre de lits psychiatriques, incluant la fermeture complète de quatre hôpitaux psychiatriques provinciaux, et le transfert de leurs patients dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux (Hartford *et al.*, 2003 ; Bissinger, 2009 ; Barnard-Thompson, 1997 ; ministère de la Santé de l'Ontario, 1999). À la suite de ces décisions, on assiste à une recrudescence du nombre d'admissions au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Au cours de l'année administrative 1996-1997, le nombre d'admissions est de 357 et atteint un maximum de 561 patients en 2005. De plus, on remarque que la durée des longs séjours augmente considérablement, due en partie au transfert des patients sévèrement atteints de troubles psychiques demandant des soins chroniques. Par conséquent, il n'est plus rare de voir des patients hospitalisés pendant plus de 200 jours consécutifs. Par exemple, une dame de 42 ans, traitée pour dépression, passe plus de 261 jours consécutifs au département[17], alors qu'une autre femme âgée de 60 ans est hospitalisée 319 jours durant

16. RADPHM, période d'admission octobre 1986.
17. RADPHM, période d'admission mars 1997.

la même période[18] (1996-1997). En 1999, un homme âgé de 50 ans est quant à lui hospitalisé pendant 331 jours, soit plus de 11 mois, à l'unité psychiatrique[19].

3.4. Les politiques de santé mentale de l'Ontario et sa population dite vulnérable

Une analyse plus fine de l'année 1988 nous permet d'avoir un aperçu plus précis de la population fréquentant le Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort[20]. Cette période (1988-1989) correspond à l'instauration des modalités du rapport Graham. Au cours de cette année, 274 patients sont admis au Département de psychiatrie. Le formulaire « Évaluation *nursing* », retrouvé dans tous les dossiers, est utilisé pour la collecte de données. Ce questionnaire est complété par le patient et l'infirmière lors de l'admission en psychiatrie. Il contient des informations sur le patient selon quatre axes, soit les informations générales, la description physique, la description des habitudes de vie et la description du comportement.

Loin de l'image couramment véhiculée concernant les personnes atteintes d'une maladie mentale, la lecture des dossiers (1988-1989), contre toute attente, révèle la présence et l'implication des familles auprès des patients admis ou réadmis au cours de l'année 1988. L'idée préconçue de la personne isolée est ici remise en question puisque la majorité des patients indiquent qu'un membre de leur famille ou une personne significative est au courant de leur admission à l'unité psychiatrique (hommes 73 % et femmes 76 %). Un bon nombre de ces hommes et de ces femmes sont mariés ou vivent une relation stable (42 %). La majorité (90 %) des patients admis au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort ont des enfants. De plus, 90 % indiquent ne pas vivre seuls. Ils habitent avec des membres de leur famille ou proviennent d'un foyer d'accueil. Parmi les patients admis, en 1988, nous notons que 28 % ont terminé leurs études secondaires (hommes 31 % et femmes 26 %) et que 20 % ont entamé ou terminé des études collégiales ou universitaires. Lors de la collecte de données faite à l'admission sur l'unité psychiatrique, les trois quarts des patients hospitalisés (75 %) répondent venir chercher de l'aide à l'hôpital à la question « Qu'attendez-vous de nous ? » présente dans le formulaire

18. RADPHM, période d'admission août 1996.
19. RADPHM, période d'admission juin 1999.
20. Les données utilisées dans cette section proviennent de la base de données créée par Émilie Lebel pour son projet de recherche sur les stéréotypes de genre de la population admise au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et 1996, réalisé dans le cadre d'une bourse d'été Hannah (2013) sous la supervision de M.-C. Thifault.

« Évaluation *nursing* ». Par exemple, une dame âgée de 59 ans indique : « Je veux être aidée parce que je ne m'en sortirai pas[21]. » Elle est admise au département à deux occasions en 1988 pour une durée totale de 116 jours. Un jeune homme de 24 ans, étudiant au collège et vivant seul, dit venir chercher « de l'aide. Je ne sais plus où aller[22] ». Une dame de 46 ans, mariée et mère de deux fils dans la vingtaine, mentionne que ses attentes face à l'hospitalisation sont de recevoir de l'aide. Elle dit : « De m'aider à me réhabiliter. Je veux travailler et me débrouiller par moi-même le plus vite possible[23]. » Elle demeure hospitalisée 152 jours consécutifs. Plusieurs patients mentionnent également, lors de leur admission à l'unité psychiatrique, qu'ils ont besoin de parler et d'être écoutés. C'est le cas de cette dame de 32 ans qui dit : « J'en ai encore beaucoup sur le cœur, j'ai besoin de quelqu'un pour m'écouter, m'aider et m'encourager[24]. » Une autre, âgée de 35 ans, rapporte : « J'ai besoin de parler sans qu'on me juge et j'ai besoin de support[25]. » Selon les données recueillies dans les dossiers médicaux des admissions de 1988-1989, la majorité des individus hospitalisés au Département de psychiatrie semblent être des citoyens « ordinaires » atteints de maladie mentale à la recherche d'aide et de soutien pour se sentir mieux.

Nous notons que les rapports Graham (1988), *Putting People First* (1993) et *Making It Happen* (1999) concentrent les interventions sur le développement des services communautaires auprès de la population sévèrement atteinte de troubles mentaux ou exigeant des soins chroniques. Selon le rapport Graham, cette population a besoin d'une plus grande variété de services et d'assistance pour un traitement et une réhabilitation efficace dans la communauté. Les politiques en santé mentale de l'Ontario s'intéressent particulièrement aux gens dits vulnérables. Mais que veut dire être vulnérable pour ces décideurs ? La représentation des personnes atteintes d'une maladie mentale est fréquemment basée sur des préjugés. Souvent, de façon automatique sont associés maladie mentale et individus démunis, pauvres, gravement atteints, déviants et itinérants. Il est vrai que certains le sont, mais nous ne pouvons pas nier que cette représentation est basée sur des mythes et des préjugés persistants. Le changement de mentalité face à l'image de la maladie mentale progresse lentement. En effet, il est encore difficile aujourd'hui d'associer la maladie mentale à une

21. Dossier médical du Département de psychiatrie de l'Hôpital Monfort (DMDPHM), date d'admission le 10-11-1988.
22. Dossier médical du Département de psychiatrie de l'Hôpital Monfort (DMDPHM), date d'admission le 11-09-1988.
23. Dossier médical du Département de psychiatrie de l'Hôpital Monfort (DMDPHM), date d'admission le 25-09-1988.
24. Dossier médical du Département de psychiatrie de l'Hôpital Monfort (DMDPHM), date d'admission le 04-08-1988.
25. Dossier médical du Département de psychiatrie de l'Hôpital Monfort (DMDPHM), date d'admission le 03-08-1988.

maladie comme les autres. Le problème de ces politiques relève du peu d'intérêt face à un groupe d'individus jugés atteints légèrement de maladie mentale ou requérant des soins aigus. Ces personnes également atteintes de troubles psychiques sont oubliées dans les politiques de santé mentale, pourtant elles utilisent les services hospitaliers de façon récurrente. Le rapport Graham semble ignorer cette tranche de la population nécessitant des soins de santé mentale. Cela laisse croire qu'elles sont capables de prendre soin d'elles-mêmes, ou qu'elles peuvent compter sur les membres de leur famille pour leur fournir le soutien nécessaire.

Les théories du *care* permettent de porter un regard critique sur le système politique, en particulier sur le rapport Graham déposé en 1988. Sur les fondements sociaux du patriarcat, les décisions politiques concernant la santé mentale de la population de l'Ontario ne considèrent pas les besoins réels de l'individu « ordinaire ». Il est sous-entendu que tous ceux qui ne correspondent pas aux nombreux préjugés entourant la personne dite vulnérable sont oubliés et ainsi laissés à la charge de leur famille. Selon Damamme et Paperman (2009), les décideurs politiques placent, encore aujourd'hui, de fortes attentes face à la fonction familiale. Les institutions publiques de santé écourtent la durée des hospitalisations dans leurs établissements, demandant aux familles de superviser leur malade pendant la période de convalescence et de leur prodiguer les soins à la maison dans le but de diminuer les coûts dans le système de santé. Ces familles doivent donc devenir expertes en santé mentale, distribuer la médication et offrir du soutien psychologique à la personne souffrant de troubles psychiques. Le *care* ainsi relégué au domaine privé n'est pas reconnu comme une contribution à la vie collective (Glenn, 2009, p. 118). De plus, la séparation de la sphère privée et de la sphère publique selon une ligne du genre retranche le *care* sur des activités traditionnellement assignées aux femmes (Raïd, 2009). La désinstitutionnalisation survient au moment même où les femmes font une entrée massive sur le marché du travail. Conciliant travail-famille, on leur demande de prendre soin des membres de leur famille atteints de troubles psychiques, augmentant ainsi leur charge de *care*. Plusieurs auteurs mentionnent que les fréquentes réadmissions sur les unités de psychiatrie de courte durée seraient attribuables au manque de soins et de services communautaires (Simmons, 1990 ; Poulin et Massé, 1994 ; Newman, 1998 ; Mulvale, Abelson et Goering, 2007). Nous questionnons la spécialisation des services communautaires axée sur une clientèle sérieusement atteinte de troubles mentaux, et ce, sans dénigrer l'importance de ces services pour cette population dite vulnérable, mais qu'advient-il de la majorité des patients qui requièrent des soins de courte durée et qui retournent auprès de leur famille ? Retrouve-t-on ces services qualifiés seulement dans les établissements hospitaliers, ce qui expliquerait, peut-être, les nombreux retours au Département de

psychiatrie de l'Hôpital Montfort ? À court de ressources et de soutien, les familles et les patients se tourneraient vers les soins hospitaliers spécialisés périodiquement pour chercher de l'aide et du soutien.

Conclusion

L'Hôpital Montfort, seul établissement de santé francophone de l'Est ontarien ouvre, dans le milieu des années 1970, un département de psychiatrie de courte durée. Découlant des politiques de santé mentale de l'époque, il participe au mouvement de désinstitutionnalisation qui prône le transfert des patients des institutions psychiatriques vers les hôpitaux généraux. En pleine effervescence de ce mouvement, Montfort participe à la rapide expansion des unités de soins psychiatriques au sein des hôpitaux généraux. Prenant une part active dans les soins psychiatriques, ce nouveau milieu acquiert une expertise dans ce domaine.

Le Département de psychiatrie de courte durée connaît une réelle popularité dès les premières années de son ouverture considérant les taux moyens de 600 admissions par année. Un nombre constant de patients y sont admis durant la première décennie pour diminuer de près de la moitié au cours de la décennie suivante et pour retourner à son taux d'admission initial par la suite. Selon les recommandations gouvernementales, les séjours sont en majorité de courte durée. Toutefois, lors de l'annonce de la fermeture de quatre hôpitaux psychiatriques provinciaux en Ontario, par la Commission de restructuration des soins de santé en 1996, la clientèle et le niveau de soins de ce département se transforment complètement. Alors qu'étaient pris en charge jusque-là principalement des patients atteints de troubles aigus, s'ajoutent désormais des cas chroniques atteints de troubles mentaux sévères. Par conséquent, les séjours à l'unité s'allongent et on constate un taux élevé de réadmissions.

Les théoriciennes du *care* portent un regard distinct face à la vulnérabilité. Se détachant des stéréotypes dégradants, elles proclament que l'être vulnérable est en chacun de nous parce que nous sommes tous, à des degrés divers, dépendants les uns des autres. Le langage du *care* met en évidence les incongruités des politiques de santé mentale ontariennes. En effet, celles-ci tentent de mettre en place, depuis le rapport *More for the Mind*, un système de soins basé sur la communautarisation. Victimes de sous-financement, les services et les ressources communautaires ciblent les patients sérieusement atteints de troubles mentaux, portant moins d'intérêt à une catégorisation de patients fréquentant de façon récurrente le Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. La volonté de désinstitutionnaliser les patients psychiatriques et de leur offrir en contrepartie des soins de courte durée s'appuie sur l'implication des familles et a pour conséquence d'alourdir la responsabilité de celles-ci. Elles deviennent les

fournisseurs de soins pour les individus atteints de troubles psychiques requérant des soins aigus. La maladie mentale augmente la charge du *care* au sein de la famille. Les soins de ces individus, concentrés dans la sphère privée, deviennent invisibles aux yeux de l'État. Est-ce que les services et les soins pour venir en aide à ces individus « jugés ordinaires » et à leur famille sont accessibles dans la communauté ou se retrouvent-ils seulement dans le milieu hospitalier ? Ce questionnement légitime pourrait expliquer le taux important de réadmissions de 57 % au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort.

L'utilisation des théories du *care*, dans cette étude, apporte une sensibilité face aux gens atteints de problèmes psychiques. Elle permet de porter un regard juste sur tous les individus touchés par la maladie mentale. Elle apporte un questionnement sur les différentes décisions politiques provinciales qui influencent les soins de cette population dite vulnérable et requérant des soins psychiatriques. Le langage du *care* pousse à réfléchir sur le manque de reconnaissance des institutions gouvernementales face à l'importance des familles dans les soins prodigués aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Bibliographie

BALLON, D. (2011). « Looking back : Reflections on community mental health in Ontario », Canadian Mental Health Association, Ontario, <http://ontario.cmha.ca/network/looking-back-reflections-on-community-mental-health-in-ontario/>, consulté le 19 mars 2014.

BARNARD-THOMPSON, K. (1997). « L'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, nº 2, p. 53-70.

BARNARD-THOMPSON, K. et P. LEICHNER (1996). « Psychiatrist administrators in Ontario psychiatric hospitals : Roles and job satisfaction », *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 24, nº 2, p. 167-171.

BERTAKIS, K. D. *et al*. (2000). « Gender differences in the utilization of health care services », *The Journal of Family Practice*, vol. 49, nº 2, p. 147-152.

BISSINGER, C. (2009). *Analyse critique de la réforme des services de santé mentale en Ontario,* mémoire de maîtrise en service social, Ottawa, Université d'Ottawa.

BLOOM, D. J. et S. SUSSMAN (1989). *Pioneers of Mental Health and Social Change, 1930-1989*, London, Third Eye.

BOUCHARD, L. et M. DESMEULES (2011). *Minorités de langue officielle du Canada. Égales devant la santé ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

BRUGÈRE, F. (2011). *L'éthique du « care »*, Paris, Presses universitaires de France.

CAMIRAND, C. (1997). *La désinstitutionnalisation psychiatrique et le « communautaire » en Ontario… De quoi parle-t-on ? Enjeux de la réforme des soins de santé mentale en Ontario*, mémoire de maîtrise en service social, Ottawa, Université d'Ottawa

CHOUINARD, S. (2012). « Quel avenir pour le projet autonomiste des communautés francophones en situation minoritaire ? Réflexion sur les politiques publiques canadiennes en matière de langues officielles », *Minorités linguistiques et société,* vol. 1, p. 195-213.

CORBEIL, J.-P., C. GRENIER et S. A. LAFRENIÈRE (2007). *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*, Ottawa, Statistique Canada.

DAMAMME, A. et P. PAPERMAN (2009). « *Care* domestique : délimitations et transformations », dans P. Molinier, S. Laugier et P. Paperman (dir.), *Qu'est-ce que le* care *? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Éditions Payot et Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot », p. 133-155.

DORVIL, H. (1987). « Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, nº 1, p. 79-89.

GILLIGAN, C. (2008). *Une voix différente : pour une éthique du* care, 3e éd., Paris, Flammarion, coll. « Champs Essais ».

GLENN, E. N. (2009). « Le travail forcé : citoyenneté, obligation statutaire et assignation des femmes au *care* », dans P. Molinier, S. Laugier et P. Paperman (dir.), *Qu'est-ce que le* care *? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Éditions Payot et Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot », p. 115-131.

GOERING, P., D. WASYLENKI et J. DURBIN (2000). « Canada's mental health system », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 23, nos 3-4, p. 345-359.

GRAHAM, R. (1988). *Building Community Support for People : A Plan for Mental Health Services in Ontario*, Bishops Mills, The Provincial Community Mental Health Committee.

GUBERMAN, N. (1990). « Les femmes et la politique de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 15, nº 1, p. 62-84.

HARTFORD, K. *et al*. (2003). « Four decades of mental health policy in Ontario, Canada », *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 31, nº 1, p. 65-73.

HERZ, M. I. et J. ENDICOTT (1975). « Brief hospitalization of patients with families : Initial results », *American Journal of Psychiatry*, vol. 132, nº 4, p. 413-417.

HESELTINE, G. F. (1983). *Towards a Blueprint for Change : A Mental Health Policy and Program Perspective*, Toronto, Ministère de la Santé de l'Ontario.

HÔPITAL MONTFORT (2014). « Montfort a 60 ans ! », <http://www.hopitalmontfort.com/fr/60ans>, consulté le 19 mars 2014.

KELLY, S. et H. P. MCKENNA (2004). « Risks to mental health patients discharges into the community », *Health, Risk & Society*, vol. 6, nº 4, p. 377-385.

LAUGIER, S. (2009). « L'éthique comme politique de l'ordinaire », *Multitudes,* vol. 37-38, p. 80-81, <http://www.cairn.info/revue-multitudes-2009-2-page-74.htm>, consulté le 6 janvier 2012.

LEBLANC, G. (2007). *Vies ordinaires, vies précaires*, Paris, Éditions du Seuil.

LEBLANC, G. (2009). *L'invisibilité sociale*, Presses universitaires de France.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO (1993). *Mettre la personne au premier plan. La réforme des services de santé mentale en Ontario* [*Putting People First*], Toronto, Ministère de la Santé de l'Ontario.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO (1999). *Franchir les étapes. Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* [*Making It Happen*], Toronto, Ministère de la Santé de l'Ontario.

MULVALE, G., J. ABELSON et P. GOERING (2007). « Mental health service delivery in Ontario, Canada : How do policy legacies shape prospects for reform », *Health Economics, Policy and Law*, vol. 2, p. 363-389.

NEWMAN, D. (1998). *Mental Health : 2000 and Beyond. Strenghtening Ontario's Mental Health System*, Ministry of Health and Long-term Care of Ontario, <http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/mental/mentalreform.aspx>, consulté le 19 mars 2014.

NOONE, J. H. et C. STEPHENS (2008). « Men, masculine identities, and health care utilisation », *Sociology of Health and Illness*, vol. 30, nº 5, p. 711-725.

PAPERMAN, P. et S. LAUGIER (dir.) (2011). *Le souci des autres : éthique et politique du* care, 2e éd., Éditions de l'École des Hautes Études en sciences sociales.

POULIN, C. et R. MASSÉ (1994). « De la désinstitutionnalisation au rejet social : point de vue de l'ex-patient psychiatrique », *Santé mentale au Québec,* vol. 19, nº 1, p. 175-194.

RADIO-CANADA (2011). Radio journal, 8 juin, <http://www.radio-canada.ca/audio-video/#urlMedia=http://radiocanada.ca/Medianet/2011/CBF/Radiojournal201106081700_5.asx&pos=0>, consulté le 5 octobre 2011.

RAÏD, L. (2009). « *Care* et politique chez Joan Tronto », dans P. Molinier, S. Laugier et P. Paperman (dir.), *Qu'est-ce que le* care*? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Éditions Payot et Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot », p. 57-87.

ROCHEFORT, D. A. et J. H. PORTZ (1993). « Different systems, shared challenges : Assessing Canadian mental health care from a U.S. perspective », *American Review of Canadian Studies*, printemps, p. 65-82.

SEALY, P. et P. C. WHITEHEAD (2004). « Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada : An empirical assessment », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 49, nº 4, p. 249-257.

SIMMONS, H. G. (1990). *Unbalanced Mental Health Policy in Ontario, 1930-1989*, Toronto, Wall and Thompson.

TRAISNEL, C. et E. FORGUES (2009). « La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux », *Francophonies d'Amérique,* vol. 28, p. 17-46.

TRONTO, J. (2009). *Un monde vulnérable pour une politique du* care, Paris, Éditions La Découverte.

TYHURST, J.S. *et al.* (1963). *More for the Mind : A Study of Psychiatric Services in Canada,* Toronto, Canadian Mental Health Association, Committee on Psychiatric Services.

CHAPITRE

5

PSYCHIATRISER LA SOUFFRANCE
LA SANTÉ MENTALE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Nérée St-Amand et Jean-Luc Pinard

En passant en revue l'histoire de la santé mentale au Nouveau-Brunswick, dans ce chapitre-ci, nous nous sommes posé la question suivante : jusqu'à quel point les programmes et services offerts répondent-ils aux défis des populations marginalisées par la grande précarité ? En fait, la préoccupation suivante se situe au cœur de notre recherche : les personnes qui aboutissent en psychiatrie s'y retrouvent-elles à la suite de problèmes de nature psychiatrique ou tout simplement de nature économique ou sociale ? Lorsque nous examinons les conditions de l'assistance sociale, de l'aide à l'emploi et au logement, il devient clair que la précarité financière fait en sorte que la psychiatrie devient pour plusieurs le seul recours. Nous démontrerons en quel sens les conditions structurelles (Lapierre et Levesque, 2013) nous aident à comprendre les parcours menant à la psychiatrie.

Pour démontrer nos propos, la recherche que nous avons menée met en parallèle plusieurs documents officiels récents, des données provenant de la littérature sur le sujet et de l'analyse d'entrevues que nous avons réalisées avec une trentaine de personnes psychiatrisées au cours des trois

dernières années[1]. Nous serons ainsi en mesure de comparer les discours institutionnels et les cris des personnes vivant dans des conditions de plus en plus précaires.

Ce chapitre fait suite à *Osons imaginer : de la folie à la fierté* (St-Amand et LeBlanc), livre paru en 2008 qui brossait un tableau de la psychiatrie asilaire et communautaire au Nouveau-Brunswick depuis le début du XIXe siècle. D'autres documents ayant décrit ou étudié la situation socio-politique des personnes psychiatrisées de la province viendront appuyer nos propos. Une attention particulière sera accordée au fait francophone dans une province officiellement bilingue depuis près de 50 ans et dont plus du tiers de la population est d'origine acadienne.

1. Le contexte de la recherche

Cette recherche fait suite à d'autres travaux menés jusqu'à présent sur la santé mentale au Nouveau-Brunswick (St-Amand, 1985 ; St-Amand et Vuong, 1994 ; St-Amand et LeBlanc, 2008). Ces publications ont mis en valeur l'oppression subie par la population acadienne (St-Amand, 1985), et plusieurs inégalités, voire injustices au sein du territoire néobrunswickois, particulièrement sur le plan de la langue (St-Amand et Vuong, 1994) et du genre (Breau *et al.*, 1987). Toutes ces études privilégient une analyse basée sur l'opinion des psychiatrisés au sujet de ce qui se passe dans la province et dans leur vie (St-Amand et LeBlanc, 2008).

D'autres recherches parallèles étudiant la même problématique, au Québec en particulier, proposent une analyse antipsychiatrique et mettent en évidence du même coup le rôle des institutions psychiatriques comme outil d'oppression plutôt que de guérison (Boudreau, 1984 ; Dorvil, 1988, 2005 ; Wallot, 2005 ; Thifault, LeBel, Perreault et Desmeules, 2012). D'ailleurs, toutes ces études remettent en question « le mythe de l'asile curatif en définissant l'asile comme lieu de régulation sociale et avant tout comme lieu d'abandon et de déshumanisation » (Thifault, LeBel, Perreault et Desmeules, 2012, p. 127). Soulignons également le texte de Blais, Melligan-Roy et Camirand (1998), qui jette un regard très critique sur le rôle du gouvernement ontarien quant à sa mise en œuvre de la politique de santé mentale communautaire dans la province au cours des années 1990.

1. Marie-Claude Thifault (sciences infirmières, Université d'Ottawa), André Cellard (criminologie, Université d'Ottawa), Henri Dorvil (travail social, Université du Québec à Montréal) et Nérée St-Amand (service social, Université d'Ottawa) : Le champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale, subvention IRSC 2010-2013.

D'autres recherches du même genre ont été publiées au Canada anglais, entre autres celle de Menzies et Palys (2006) au sujet des populations autochtones. Fingard et Rutherford (2008) quant à eux présentent 100 ans d'histoire des personnes psychiatrisées en Nouvelle-Écosse. Pour avoir une perspective politique et sociale finement documentée sur l'effet de la psychiatrie, Menzies, Reaume et LeFrançois (2013) constituent une source incontournable de pas moins de 25 chapitres abordant diverses perspectives de cette vaste problématique. Il s'agit du premier texte à mettre en valeur la richesse et la complexité du mouvement des psychiatrisés au Canada, tout en remettant en question les visions institutionnelles et discours professionnels. Plusieurs auteurs de ce collectif soulignent les contributions des activistes qui, depuis plus de 100 ans, questionnent le rôle de l'asile et de ses défenseurs, tout en proposant des lieux et diverses formes de pratique qui s'éloignent des approches privilégiées par les réseaux officiels.

On pourrait résumer ainsi la littérature récente : une certaine littérature au Canada anglais, certains textes au Québec, et aucune au Nouveau-Brunswick à l'exception de celle publiée par un des auteurs de ce chapitre, et toutes privilégient un regard critique sur les effets de la pratique d'une psychiatrie asilaire et ses conséquences sur la santé mentale des gens.

1.1. Quelques critères d'analyse

Tenant compte de ces facteurs sociohistoriques et des études publiées jusqu'à maintenant, présenter la situation de la santé mentale au Nouveau-Brunswick dans le contexte d'une psychiatrie qui défend très bien ses intérêts d'une part, et des groupes de revendication qui sont aussi isolés que dépourvus de moyens financiers, d'autre part, constitue une tâche complexe. En effet, plusieurs messages contradictoires émanent d'une analyse de l'évolution des programmes de santé mentale dans cette province de près d'un million d'habitants. Comment les interpréter ? Quelles pistes privilégier ? Voici quelques angles d'analyse qui ont guidé notre démarche de recherche et d'écriture.

De prime abord, il serait tentant de nous centrer sur l'histoire des institutions qui ont façonné, sinon défini, les contours de la maladie mentale dans cette province. Il faudrait alors porter notre attention sur l'évolution des institutions, des lois qui les ont encadrées, des personnes qui ont conçu et bâti ces asiles et sur les milliers de gens qui y ont travaillé, sans oublier celles et ceux qui ont reçu – ou devrions-nous plutôt dire subi – des traitements psychiatriques. Cette histoire officielle nous permettrait, par ricochet, de souligner certaines des inégalités socioéconomiques qui ont marqué la population, que ce soit sur le plan de la langue, du genre ou des régions en particulier. Ainsi, il serait tout aussi pertinent de proposer un parallèle entre le développement économique de la province

et le traitement infligé aux personnes qui ne cadraient pas avec l'idéologie d'une industrialisation montante. Inspirés par Foucault (2006), nous pourrions démontrer comment l'idéologie industrielle a marqué d'exclusion les gens qui n'ont pas adhéré aux valeurs du travail productif, de la participation active au développement économique, particulièrement dans la région portuaire de Saint-Jean, capitale des loyalistes. En ce sens, les gens oisifs, ou remettant en question l'importance du travail rémunéré, pouvaient être considérés comme déviants, sinon rebelles et visés par des diagnostics de déviance, sinon de folie.

Plusieurs personnes psychiatrisées et d'autres acteurs qui voient la psychiatrie comme un outil d'oppression auraient aussi une histoire à écrire : celle des admissions non volontaires, des traitements de choc, des victimes d'une psychiatrie qui fait en sorte que les gens doivent se conformer aux prescriptions et aux directives des institutions à leur corps défendant. Dans un contexte où les admissions ont souvent été forcées ainsi que les traitements obligatoires, qu'arrivait-il, par exemple, aux femmes psychiatrisées, aux gens provenant de régions éloignées de l'asile, aux Autochtones, aux Francophones et aux personnes provenant d'autres cultures ? Comment ont-ils été traités par les représentants de la psychiatrie asilaire ou clinique ? Une telle étude reste à faire.

On peut aussi adopter un autre angle d'analyse, celui d'un regard critique sur la psychiatrie moderne : qu'arrivait-il aux grands bâtisseurs, à celles et ceux pour qui la santé mentale passe par des institutions asilaires ? Au XIXe siècle, la province du Nouveau-Brunswick, et plus particulièrement la région de Saint-Jean, constituait un exemple, sinon un modèle – tant au Canada qu'en Amérique du Nord d'ailleurs – sur le plan des approches thérapeutiques, avec ses institutions pour sourds, aveugles, filles-mères, orphelins, sans oublier évidemment sa prison et son asile. Selon Francis (1977, p. 52) : « La ville de St-Jean était considérée comme progressiste puisqu'en seize ans, elle a fait construire cinq institutions : une pour le choléra (1834), une prison (1836), une maison des pauvres (1838), un orphelinat (1847) et l'asile en 1848. » D'ailleurs, ces institutions rivaliseront entre elles pour les budgets qui leur seront alloués, ce qui laissera souvent l'asile au dernier rang des priorités politiques. Le projet d'une prise en charge institutionnelle de la folie sera remis en question par des restrictions de toutes sortes, sans parler des négligences et des traitements inhumains.

1.2. Que retenir de ces différents regards ?

En somme, l'étude de la santé mentale dans cette province de moins d'un million d'habitants recèle plusieurs dimensions d'une histoire tout aussi riche en termes de signes d'une économie florissante que tragique pour plusieurs des personnes qui en furent victimes. L'angle d'analyse est donc

des plus importants pour déterminer les éléments de cette histoire qui illustrent une compréhension des enjeux structurels et donnent un sens à ce qui se passe encore aujourd'hui. Pour l'instant, ces divers regards demeurent et les pages qui suivent, appuyées par des témoignages et des mini-études de cas, tentent d'y apporter quelques éclairages.

2. Quelques jalons d'histoire

Nous présentons ci-après quelques jalons d'une histoire que nous qualifierons d'énigmatique. En plus de souligner quelques moments historiques importants qui ont marqué différentes périodes depuis le XIXe siècle jusqu'à nos jours, certaines études de cas illustreront des moments forts et quelques-unes des contradictions de chaque époque.

2.1. XIXe siècle : « Seul l'asile peut guérir la folie » (Dr Waddell, 1869)

Au cours de cette période, des architectes d'un ordre social hérité de la Loi des pauvres d'Élisabeth 1re s'affairent à créer des lois tout autant qu'à ériger des murs, à formuler des politiques et à élaborer des programmes visant à gérer la folie, et par ricochet, à régler le sort des personnes exclues pour cause, officiellement du moins, de maladie mentale. À cette époque au Nouveau-Brunswick, l'approche privilégiée incite aux responsabilités individuelles et aux recours paroissiaux pour venir en aide aux personnes exclues de la société marchande.

> Le Nouveau-Brunswick en 1786 adopta […] des mesures législatives inspirées de lois élisabéthaines sur l'assistance publique. La responsabilité de l'aide aux plus démunis échut aux paroisses […] La mise en place d'un système d'assistance publique généra de nombreuses aberrations, comme le démontre cette pratique des paroisses rurales du Nouveau-Brunswick, de taille réduite et sans ressources, qui confiaient leurs pauvres à ceux dont les offres étaient les plus raisonnables plutôt que d'avoir à assumer les coûts de construction et d'administration de leurs propres hospices. Certaines paroisses poussèrent cette pratique jusqu'à organiser annuellement une vente aux enchères publique de pauvres… Quoique largement condamnée, cette pratique consistant à vendre aux enchères les services d'assistance aux indigents se perpétua dans certaines paroisses du Nouveau-Brunswick jusqu'à la fin du XIXe siècle (Guest, 1993, p. 26).

En 1824, une loi provinciale permet d'interner les gens contre leur gré. Il s'agit d'une première en Amérique du Nord (St-Amand, 1985, p. 38). En 1836, le premier asile en Amérique du Nord, le Provincial Lunatic Asylum, ouvre ses portes dans un bâtiment ayant servi de lieu de quarantaine aux cholériques arrivés d'Irlande (Stewart, 1974, p. 110). En 1848,

deux événements méritent d'être soulignés : l'asile nouvellement construit ouvre ses portes, pouvant accueillir 80 personnes. Par ailleurs, accusé d'abus sexuel auprès de son personnel et de la clientèle de l'asile, le docteur Peters, premier surintendant, doit démissionner (St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 30-32). Un mauvais départ pour une institution qui se veut thérapeutique ! Sept ans plus tard, l'institution achète une ferme pour y faire travailler les personnes psychiatrisées. Celle-ci restera en activité pendant 115 ans.

En 1869, Stephen Inness est admis à l'asile. À notre connaissance, il est le premier à avoir décrit son expérience à l'institution de Saint-Jean. L'encadré 5.1 résume son histoire.

Nous pouvons constater ici la force de l'institution : elle a eu le meilleur de Stephen. À noter que le rapport annuel de 1869 ne fait aucune mention de lui ni des autres suicides ayant eu lieu à l'asile. Au contraire, c'est à cette époque que le Dr Waddell écrivait : « Seul l'asile peut guérir la folie. » Comme quoi les discours des dirigeants ne se conjuguent pas avec les souffrances des personnes admises ! « *When John Waddell stated categorically that "No insane man recovers at home" he was speaking for all his colleagues. Insanity demanded moral treatment and moral treatment demanded the asylum* » (Francis, 1977, p. 30).

Au cours des années 1880, l'approche communautaire progressiste existant à Gheel, en Belgique, depuis plusieurs décennies sert d'inspiration au conseil d'administration, qui se propose d'y envoyer des observateurs pour tenter d'implanter un modèle de soins communautaires plutôt qu'institutionnels (St-Amand, 1985, p. 47).

L'année 1883 est marquée par l'admission de Mary Huestis Pengilly à l'asile. Cette femme a laissé un récit détaillé de son passage en institution. L'encadré 5.2 présente quelques faits saillants de son histoire ; son témoignage donne accès à une description détaillée des conditions d'existence asilaire qui ont marqué cette époque.

Selon le rapport annuel de l'institution de 1888, le séjour moyen des « patients » est réduit à 20 ans, grâce à « une meilleure gestion de la condition asilaire ». Selon le mensuel *The Acadensis Reader*, trois pour cent des personnes internées pourront être réhabilitées (St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 67). En 1890, la population de la province est de 340 000 habitants et le nombre de personnes considérées comme folles est estimé à 800. Cinquante ans plus tôt, il avait été évalué à 50 et l'institution avait été construite pour en héberger 80 (St-Amand, 1985, p. 37 et 72). Par ailleurs, la description des motifs d'admission illustre le fait que l'asile devient une sorte de fourre-tout pour des centaines de personnes affligées de divers problèmes (onanisme, coup de soleil, infidélité, problèmes d'alcoolisme, etc.). Qui plus est, les gens n'ont pratiquement aucun espoir de s'en sortir. En 1896, 91 des personnes admises au cours de 1848, année de l'ouverture de l'asile, s'y trouvent toujours (Stiles, 1996, p. 7).

Encadré 5.1. – Ô terre, accueille ton enfant !

Au cours de l'été 1868, Stephen Inness, originaire d'un village du sud-ouest de la province, s'en va travailler en Pennsylvanie. De retour chez lui après quelques mois, il semble qu'il ait exprimé un sérieux désaccord avec sa sœur quant au choix de son futur époux. Il aurait même proféré des menaces à celle-ci de même qu'à la famille de son conjoint. Appelé sur les lieux, un agent de la paix amène Stephen au Provincial Lunatic Asylum de Saint-Jean où il est immédiatement admis. Au cours des sept semaines d'internement qui suivent, il écrit une longue lettre à son employeur et ami de Pennsylvanie, Jack Brown, qu'il surnomme « Monsieur Brown » avant de se suicider.

Dès son arrivée à l'asile, Stephen se dit traité comme un animal : « Ils me fouillent avec aussi peu de cérémonie et d'égards que s'ils examinaient un cheval. » Il obéit servilement aux demandes des gardiens et du Dr Waddell. Homme intelligent, il décrit sa stratégie de survie : « Vous voyez donc que, peu importe les mauvais traitements que je subis, je ne peux pas réagir, car si je le fais, les gardiens diront que le tout doit être de ma faute, étant donné que mes proches m'ont donné mauvaise réputation. » Sa lettre décrit les supplices qu'on lui impose au quotidien. Que ce soit le personnel, qu'il qualifie d'agressif et de brutal (à l'exception d'un gardien) ou des autres « patients » qu'il décrit ainsi : « ils chantaient, juraient, priaient, criaient, hurlaient, gémissaient, grognaient, se lamentaient… », Stephen se conforme, sans mot dire. « Je vide les pots de chambre le matin, […] je balaie huit ou dix pièces tous les jours, […] je descends chercher du bois dans la cave deux fois par jour, […] je me laisse imposer des ordres comme un chien, […] je me montre prêt à endurer toutes ces contrariétés et traitements injustes. »

Ayant fait bonne impression auprès d'un gardien et du Dr Waddell, Stephen souhaite quitter l'asile le plus rapidement possible. Toutefois, il constate que le retour dans sa communauté est très arbitraire et dépend de trois facteurs : l'humeur et l'influence des employés, le verdict des gens qui ont arrangé son admission et surtout la discrétion du surintendant. Après sept semaines, n'en pouvant plus et n'ayant aucun espoir de s'en sortir, Stephen signe la fin de sa lettre comme suit et nous lègue un dernier poème :

> Vous me connaissez assez bien pour savoir que je n'essaierai plus de me relever du désespoir et de la honte où on m'a plongé en m'envoyant à cet asile de fous.
>
> **Qu'ils aient ma mort sur leur conscience**
>
> J'ai hâte de reposer sous terre
> Cette tête lasse, ce cœur blessé,
> De dormir dans son lit sans cauchemar,
> Après toutes mes souffrances.
> Dès ma naissance, la misère m'a marqué,
> Elle m'a projeté, sans défense, dans ce monde cruel.
> Je meurs – Ô Terre, ma mère, accueille ton enfant.

Source : Goss (1988, p. 33-39).

Encadré 5.2. – J'ai pensé lui faire accroire…

Mary Huestis Pengilly a écrit un journal dans lequel elle raconte au quotidien ce qu'elle a vécu dans l'asile où elle a été confinée pendant six mois en 1883-1884. Soumise à des conditions à peu près similaires à celles de Stephen, elle a survécu et, après sa sortie, a consacré le reste de sa vie à partager ses expériences asilaires, aux États-Unis et dans l'est du Canada. Le journal de Mary (Pengilly, 1885), qu'elle a présenté personnellement au lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick dès sa sortie de l'institution, a été mis aux oubliettes jusqu'à ce que Eugène LeBlanc le retrouve en 2004 dans les archives provinciales.

Le parcours de Mary commence après l'incendie qui a ravagé la ville et la région de Saint-Jean, au Nouveau-Brunswick, en 1877. Son mari, ses quatre enfants et elle-même déménagent alors à Lowell, au Massachusetts. Nous la retrouvons à l'ère où ses enfants sont éduqués et travaillent à Saint-Jean. Nous ignorons ce qui est advenu de son mari, alors qu'elle est restée aux États-Unis et qu'elle a entrepris d'écrire un livre sur les lois de la santé. Femme passionnée, elle vit, au même moment, une expérience spirituelle intense. Absorbée par l'écriture et par les messages qu'elle reçoit de l'au-delà, elle n'a pas mangé depuis huit jours (peut-être fait-elle un jeûne ?). Ses fils s'inquiètent de sa condition et décident de la faire admettre à l'asile. Nous sommes le 29 octobre 1883 ; Mary a 62 ans. En institution, elle vit une expérience traumatisante. Comme mesure de survie, en cachette, elle écrit un journal où elle relate ce qui se passe dans la salle où elle est confinée.

> Ce petit livre est dédié en toute humilité à la province du Nouveau-Brunswick et à l'État du Massachusetts. Il a été écrit par une personne qui a vécu une expérience si triste dans sa soixante-deuxième année qu'elle estime qu'il est de son devoir de l'exposer au public de sorte qu'il touche le cœur des gens de sa province natale ainsi que celui des gens du Massachussetts [son lieu de refuge depuis que le feu avait détruit sa demeure à Saint-Jean] (Pengilly, 1885).

L'écriture de Mary est candide : elle décrit simplement ce qu'elle observe au quotidien. Tout comme Stephen, son discours est rationnel, sensé et elle semble en pleine possession de ses capacités émotives, intellectuelles et mentales : « On ne me permet pas de rentrer chez moi et je dois écrire ces choses de peur de les oublier. Cela m'aidera à passer le temps. Il est très difficile d'endurer cette vie de prison et de savoir que mes fils me croient folle alors que je ne le suis pas » (Pengilly, 1885).

Pendant son séjour, Mary est très attentionnée envers les quelques quarante autres femmes qui vivent dans la même salle qu'elle. Elle leur parle, elle les console et leur suggère des stratégies de survie malgré les sévices et injustices dont elle est témoin et qu'elle subit également. Lors de son séjour, Mary revendique un meilleur traitement, pour elle-même et pour ses consœurs, surtout en ce qui concerne la nourriture : « Ici, la nourriture est tellement dégoûtante ! Notre petit-déjeuner et notre goûter sont composés de pain noir, sans levain, accompagnés de beurre infect. » Nous sommes en hiver et les femmes sont transies : « Il fait très froid et l'édifice semble

n'être à peu près pas chauffé. Il fait si froid en février ! » Elle réclame un traitement plus humain tout en relatant plusieurs incidents de menaces, d'attitudes autoritaires et de mauvais traitements de la part du personnel. Elle considère comme étant de son devoir de défendre les droits des femmes internées. « Ce château [l'institution] appartient à la province, et j'appartiens, moi aussi, à la province. Nous avons droit à tous les conforts de la vie ici. » Pour Mary, l'écriture constitue une stratégie de survie et une façon de s'opposer à ce qui se passe. Pendant son séjour, Mary apprend les codes de fonctionnement de l'institution ; c'est ce qui lui permettra d'ailleurs de s'en sortir : « Le médecin est arrivé, calepin et crayon en main, pour faire sa tournée matinale […] J'ai pensé lui faire accroire que je le considérais comme un monsieur, ce qu'il n'est pas ! Il serait peut-être ainsi plus disposé par la suite à me laisser entrer chez moi. Ça a fonctionné ! » (Pengilly, 1885).

Dès sa libération, Mary se rend à Fredericton (environ 100 kilomètres de Saint-Jean), et y rencontre le lieutenant-gouverneur. Elle lui présente son journal en espérant que, grâce à ce récit, le traitement réservé aux personnes psychiatrisées s'améliorera. Ce dernier l'accueille et lui offre quelques fleurs. L'histoire démontre qu'aucune suite n'a été donnée à ses revendications, ni par les instances gouvernementales ni par les autorités de l'asile. Qui plus est, le rapport annuel de 1885 ne fait aucune mention de Mary. Bien au contraire, son psychiatre, alors surintendant de l'asile, décrit l'année comme étant une de celles où rien de spécial ne s'est passé : « Rien d'important ne s'est produit pendant cette période pour perturber le déroulement plus ou moins tranquille des événements de tels établissements. »

Nous constatons qu'au cours du XIXe siècle, l'institution prend rapidement une place centrale comme moyen de soigner, peut-être, mais aussi de contrôler les personnes admises. De plus, certaines contradictions méritent d'être soulignés, entre autres : le double message de l'institution (aide-contrôle), les suicides (illustré par Stephen), les internements pour raisons plus ou moins justifiées, sans oublier les abus de pouvoir du surintendant et du personnel.

2.2. Première moitié du XXe siècle : l'« illumination scientifique »

Cette première partie du XXe siècle est marquée par deux guerres mondiales qui déstabilisent énormément, tant sur le plan des individus que des structures sociales existantes. L'asile n'y échappe pas : il y a beaucoup de personnes traumatisées par ce qu'elles ont vu ou subi, tandis que l'institution subit des coupures de toutes sortes, financières et de personnel, à la suite des pressions engendrées par la guerre. Par ailleurs, les discours des dirigeants soulignent l'*humanisme compatissant* et l'*illumination scientifique* des approches de traitement utilisées. Par contre, les rapports annuels étudiés

font état d'un grand contraste entre ces discours officiels et le vécu des personnes souffrantes. Reste que l'*asile*, devenu en cours de route *hôpital*, connaît un essor que certains administrateurs qualifient de remarquable :

> Le terme « asile » évoque dans nos esprits toutes sortes de mauvais soins et rappelle les pratiques affreuses d'une époque révolue. Les traitements barbares de l'époque ancienne contrastent avec la psychiatrie brillante de l'ère moderne. Malheureusement, plusieurs associent toujours l'asile aux pratiques d'autrefois plutôt qu'à notre époque d'**illumination scientifique**. Pourtant, le soin des aliénés est devenu l'une des sciences les plus subtiles, ayant comme base un humanisme compatissant (Hetherington, 1890, p. 15 ; nous soulignons).

Soulignons qu'Hetherington, surintendant, admet candidement que le XIXe siècle avait été marqué par des *pratiques affreuses* et des *traitements barbares*. En somme, il confirme que le sort réservé à Mary Huestis Pengilly et à Stephen Inness représentait la norme plutôt que l'exception. Par ailleurs, c'est une promesse de renouvellement, de changement radical que propose ce surintendant lorsqu'il arrive en poste en 1904. Voyons comment tourneront les événements tout en soulignant certaines dates charnières de la première moitié du XXe siècle.

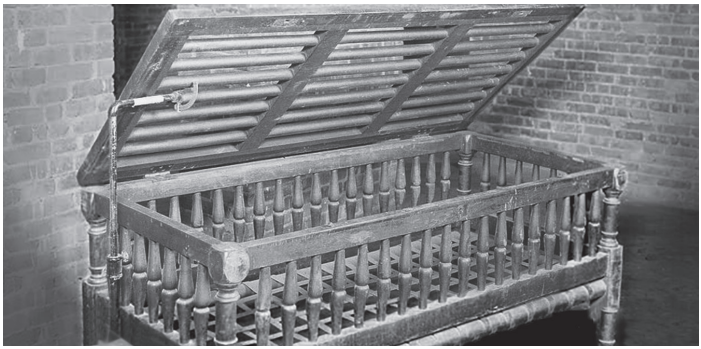
Dès son arrivée, le nouveau surintendant fait enlever les chaînes et menottes aux patients et ordonne la démolition de la clôture qui entoure l'institution. De plus, il met fin à la pratique des visites dominicales « libres » par les visiteurs curieux. En 1911, c'est l'invention, en Suisse, du terme *schizophrénie*, par le psychiatre Eugen Bleuler[2].

En 1918, une jeune fille de la région de Saint-Jean, en crise d'adolescence, est admise à l'asile. En 1982, soit 64 ans plus tard, elle s'y trouve toujours, jouant avec ses poupées. Selon la direction, la sortir de l'institution eut été très traumatique pour celle qui a passé sa vie à l'asile et qui s'amuse toujours comme une enfant. En 1920, la commission d'enquête *Mental Health Survey of the Province of New Brunswick* (Rescol, 2000) souligne un retard de 20 ans sur le plan des soins en santé mentale dans la province. Au sortir de la guerre, l'asile compte maintenant 450 lits et héberge 650 « patients ». Les deux psychiatres ne suffisent pas à la tâche. Les gens sont ligotés, on rapporte une utilisation indue des cages (*crazy cribs*) ; M. Stan Matheson, travailleur social, croit que ces *crazy cribs* (figure 5.1) ont été utilisés jusque dans les années 1930 (Camp, 1976, p. 15). Les rapports annuels soulignent que les bâtiments sont vieux et délabrés (St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 73-76).

2. Voir l'origine du mot *schizophrénie* au <http://www.info-schizophrenie.ch/> (consulté le 14 mai 2014).

FIGURE 5.1.

Le *crazy crib*



Source : Dr. Stanley B. Burns.

Le *crazy crib* est un lit en forme de cercueil entouré d'une cage. Les patients y étaient immobilisés, attachés aux chevilles, aux poignets et à la taille.

En 1929, on procède à un autre agrandissement de l'asile. En 81 ans, l'institution aura été agrandie pas moins de 13 fois. En 1934, un nouveau surintendant donne dorénavant accès libre aux salles de toilette la nuit, ce qui, de toute évidence, n'était pas le cas au cours des 86 années antérieures. En 1944, le nombre d'admissions continue d'augmenter : 459 pour cette année-ci[3]. À la fin de l'année, l'institution compte 1 285 personnes internées (St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 75).

En 1945, trois ex-employés de l'asile écrivent au journal *The Montreal Standard*, dénonçant les conditions barbares et cruelles qu'ils avaient observées dans l'institution. La direction du journal y envoie un journaliste, Kenneth Johnstone, qui se fait embaucher comme préposé aux soins. Il note ce qui s'y passe, parle aux personnes internées et aux préposés aux soins et, une fois retourné à Montréal, rédige trois articles relatant ses observations. Il témoigne de pratiques barbares ; par exemple 10 personnes sont attachées l'une à l'autre par la cheville (pour éviter qu'elles ne s'agitent ou ne se révoltent) ; alors que plusieurs autres sont ligotées à leur lit. Il note que, lorsque les « patients » se bagarrent, les employés les regardent sans

3. Il y aurait lieu d'étudier les liens entre les guerres et l'internement et d'évaluer jusqu'à quel point les conflits armés contribuent, d'une part, à monopoliser les professionnels qui sont appelés au front et d'autre part, affectent de nombreuses personnes traumatisées qui sont internées. À Saint-Jean, ce double phénomène s'observe : on manque de personnel qualifié pour soigner les gens, et le nombre d'admissions augmente.

intervenir, comme s'il s'agissait d'un spectacle. Johnstone demande à un interné pourquoi il frappe quelqu'un au visage ; celui-ci de répondre : pour m'entraîner ! Le journaliste signale la présence de coquerelles dans le sucre et remarque que l'asile compte autant de rats que de « patients ».

Les articles du *Montreal Standard* créent un scandale qui résulte en la création d'une enquête publique, la commission Baxter (Rescol, 2000). Le rapport qui s'ensuit met en lumière le surpeuplement de l'institution, l'inégalité face aux francophones – alors au nombre de 350 – qui y séjournent. « Le fait d'être loin des leurs, incapables de comprendre l'anglais, ajoute à leur confusion mentale » (St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 89). La commission recommande la création d'une seconde institution au nord de la province, pour régler le problème de surpeuplement. Cependant, elle ne mentionne pas le fait francophone, ce qui fera en sorte que l'hôpital construit par la suite à Campbellton, sera, pour un long moment, à peu près unilingue anglais.

Au cours de l'hiver 1945, un jeune Acadien, en provenance de Balmoral, village situé au nord de la province, meurt en institution et il est ramené chez lui pour y être enterré. Ses parents soupçonnent qu'il a été tué par les gardiens après avoir refusé de participer en anglais à la célébration de son anniversaire de naissance. La famille fait même exhumer le corps et demande une autre autopsie pour déterminer la cause du décès, qui, à ce jour, demeure suspecte (Arseneau, 2013).

De toute évidence, l'institution consolide son emprise durant la première moitié du XXe siècle. L'adage selon lequel « seul l'asile peut guérir la folie » convainc la communauté qui y investit sa pleine confiance, malgré plusieurs rapports médiatiques et diverses enquêtes mettant en évidence de sérieux abus. Par contre, à peu près aucune recherche ne confirme l'efficacité de l'institution sur le plan des soins. Pour les personnes psychiatrisées, nous n'avons recensé aucune étude démontrant que l'asile ait été bénéfique. Les discours continuent par ailleurs de fomenter espoirs et illusions, comme le démontre la citation suivante :

> Nous espérons que, sous la direction et la sagesse du Dr Gregory, l'Hôpital provincial continuera de fonctionner comme « un bateau rempli de vies précieuses » et s'orientera vers la tranquillité et la prospérité pour améliorer la situation de ces malheureux citoyens. En poursuivant incessamment leur réhabilitation, le bateau continue son voyage (Chen, 1967, p. 3).

2.3. De l'asile à la communauté

L'étude de la seconde moitié du XXe siècle fait ressortir de grands contrastes : crises institutionnelles et valorisation des institutions d'une part, et analyse sociopolitique des réalités, particulièrement celles vécues par les populations acadiennes, d'autre part. Pour la première fois, la langue fait

surface comme constituant un problème important sur le plan de l'évaluation et du traitement des personnes. Pour reprendre l'allégorie du Dr Gregory, directeur de Centracare de 1956 à 1969, s'agirait-il ici d'une seconde déportation[4], en bateau tout comme la première, mais cette fois, la barque de l'exclusion serait l'asile ? La question reste posée.

En fait, nous nous retrouvons avec une institution dont la langue et l'idéologie ne riment pas avec le réveil acadien. En somme, en plus des questions et des contradictions soulevées lors des deux premières étapes, une nouvelle s'y ajoute, centrée sur la langue et la culture.

Rappelons que la Commission royale d'enquête sur l'hôpital provincial (Nouveau-Brunswick, 1945) avait mis en lumière le surpeuplement de l'asile et le traitement inégal réservé aux francophones. C'est dans ce contexte que le gouvernement autorise la construction d'une seconde institution psychiatrique à Campbellton. Nous soulignons dans les pages qui suivent les principaux faits marquants qui caractérisent cette seconde partie du XXe siècle, tant à Campbellton qu'à Saint-Jean.

2.3.1. Le Centre hospitalier Restigouche

En 1954, on assiste à Campbellton à l'ouverture de l'Hôpital provincial, appelé par la suite Centre hospitalier Restigouche. Pour certains, cet asile vise à desservir la population acadienne, pour d'autres, la population du nord de la province. Dans les faits, il a été rapidement rempli de gens en provenance de Saint-Jean, tant sur le plan des membres du personnel que des personnes internées. De plus, soulignons que l'arrivée en masse à Campbellton des internés en provenance de l'asile de Saint-Jean a créé tout un émoi dans la ville. Plusieurs se rappellent encore les cris et les gémissements des personnes lors de leur arrivée dans la gare de Campbellton après avoir fait le parcours dans des trains de marchandise, comme des animaux (Arseneau, 2013). Pendant ce temps, à Saint-Jean, l'asile abrite encore 1697 personnes jusqu'en 1956, soit plus du double de sa capacité. En 1961, dans le bulletin publié par l'institution, le psychiatre Deutsch souligne les progrès accomplis au cours des dernière décennies et signale que l'hôpital contribue à la réhabilitation des patients. Il conclut ainsi : « Nous disposons maintenant de médicaments miracles » (St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 93-94). Quelques années plus tard, en 1967, c'est la célébration du 140e anniversaire de l'ouverture du premier bâtiment. L'extrait de ce même discours prononcé à l'époque alimente le mythe de la réhabilitation par l'institution et contraste étrangement avec l'aveu d'une des personnes internées : « Si on me garde ici encore plus longtemps je vais devenir fou ! » (St-Amand, 1985, p. 9).

4. Nous faisons ici référence à la déportation des Acadiens et Acadiennes entre 1755 et 1763, événements qui ont marqué l'histoire de ce peuple.

À cette époque, 13 ans après son ouverture, le Centre hospitalier Restigouche abrite 812 personnes, un chiffre record ; les conditions de surpeuplement se reproduisent ici. L'histoire le démontre d'ailleurs : quand on construit une institution, elle se remplit rapidement, que ce soit en psychiatrie ou dans d'autres domaines (St-Amand et LeBlanc, 2008).

Après avoir travaillé cinq années au Centre hospitalier Restigouche comme préposé aux soins, Pierre Godin publie en 1971 *Cinq ans de trop*, un volume où il fait part de son expérience dans cette institution. Il y décrit certaines des atrocités dont il a été témoin : « Le plus triste que j'ai vu, c'est qu'un employé ait fait passer le nez d'un patient dans son urine, comme l'on fait à des chiens » (St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 116). Dans les années qui suivent, des commentaires très négatifs, acerbes même, fusent de toutes parts au sujet de l'asile de Saint-Jean, rebaptisé Centracare. Quant au Centre hospitalier Restigouche, voici ce qu'un quotidien de la province écrit :

> La grogne règne à l'Hôpital psychiatrique de Campbellton, où les francophones, tant les patients que les employés, doivent subir un asservissement inacceptable. Il est complètement inacceptable, par exemple, qu'un patient doive dépendre des services d'un interprète pour parler avec un psychiatre ou une infirmière. Il semble tout à fait clair que le ministère de la Santé n'est pas prêt à prendre des mesures pour mettre fin à l'injustice flagrante qui insulte la population acadienne tout entière (St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 119).

Dénonçant à son tour la situation, le quotidien anglophone *The Moncton Times* rapporte : « Les patients reçoivent des soins vétérinaires » (St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 121 ; traduction libre). Il précise qu'aucun des 5 psychiatres ne parle le français et que parmi les 18 membres du personnel infirmier, seulement 7 sont bilingues.

En 1974, les personnes internées obtiennent le droit de vote. L'année suivante, Emma, une femme qui travaillait dans un foyer de soins dans sa ville natale, entend une personne alitée demander constamment à mourir. À l'époque où l'euthanasie reste encore un sujet tabou, Emma acquiesce à sa supplication et débranche l'appareil qui maintient la dame en vie. Rapidement, la mourante est rebranchée et Emma, à la suggestion de son frère, le curé de la paroisse, est envoyée en institution psychiatrique à Campbellton. C'est là que je la rencontre et c'est elle qui m'a introduit à la psychiatrie asilaire[5]. Ce que j'y ai vu et entendu a fait que j'ai consacré une grande partie de ma carrière de recherche au sujet de la santé mentale.

5. Un des auteurs de ce chapitre (St-Amand) rend ici hommage à cette parente qui lui a ouvert, bien malgré elle, les portes de l'asile. Ce moment a marqué la carrière de ce dernier au point où ses intérêts de recherche ont, depuis lors, influencé tant ses objets de recherche que ses rapports aux institutions.

En 1980, on estime à environ 80 000 le nombre de personnes admises en institution psychiatrique au cours des derniers 150 ans. Par ailleurs, une enquête réalisée à l'interne auprès de tout le personnel de l'institution révèle que plus de 70 % des personnes n'ont aucune raison d'y être (St-Amand et LeBlanc, 2008).

Voici maintenant juxtaposée la situation de trois personnes (encadré 5.1) internées au cours de cette période, et le discours de Dorothy Chen à l'occasion du 140e anniversaire de l'asile.

Encadré 5.3. – Trois femmes, une histoire

Mme X, 23 ans	Mme Z, 72 ans	Mme V, 41 ans
« Cette patiente souffre de confusion mentale ; ceci peut être causé par ses nombreuses séances de thérapie électro convulsive » (remarque du psychiatre traitant, 1966) (St-Amand, 1985, p. 50).	« Admise pour la vingt-deuxième fois pour son électrochoc de routine. Elle est dépressive depuis les cinquante dernières années » (informations tirées du dossier) (St-Amand, 1985, p. 50).	« Admise pour la cinquième fois en 1981. Au cours de sa première hospitalisation qui avait duré quatorze ans, on l'avait traitée aux électrochocs, au coma par insuline, à la Stelazine, Tofranil, Mellaril et Surmontil. Elle nous arrive maintenant dans un état catatonique » (St-Amand, 1985, p. 50).

2.3.2. Foyers de soins spéciaux : « They expanded the network »

Au cours de cette période, une deuxième institution est érigée et rapidement remplie, au grand désarroi des communautés acadiennes en particulier. Par ailleurs, la crise des institutions, ici comme ailleurs en Occident, amène un mouvement de retour à la communauté et une nouvelle mode, celle de la désinstitutionnalisation. Pour les fonctionnaires et administrateurs habitués à un fonctionnement institutionnel, les foyers de soin constituent un réseau établi sur les mêmes bases. « [O]*n a désinstitutionnalisé deux hôpitaux psychiatriques pour en institutionnaliser 1 500 petits* », commente une personne interrogée. Dans les années 1970, l'hébergement en foyers nourriciers constitue une mesure de remplacement équivalente aux traitements de longue durée en institution. En l'espace de quelques

années, 800 personnes sont ainsi placées dans la communauté. « C'est notre troisième hôpital psychiatrique », affirme avec enthousiasme le ministre de la Santé (Cockburn, 1975, p. 100). C'est ainsi qu'on gère les problèmes de surpeuplement des asiles et qu'on entame un premier volet de la désinstitutionnalisation (Rapport annuel 1974-1975).

> *So patients' number have increased. The institution budgets have increased. Mental health staff has increased. So then again back to my original question: was it patients that have got deinstitutionalised or was it the institution that has been deinstitutionalised? I suggest it was the first. They changed the name, they've broken up and spread it across the province and they expanded the network, that's my point of view* (St-Amand et Vuong, 1993, p. 21).

Évidemment, cette approche va à l'encontre de la philosophie de retour à la communauté, dans le sens de la colonie de Gheel par exemple (encadré 5.4), qui est devenue au cours des siècles une société vibrante, inclusive, où chacun a sa place : « Le caractère d'une colonie, c'est la vie de famille, l'air libre, le travail volontaire » (Duval, 1860, p. 210). Au cours des siècles, ce modèle communautaire a été étudié et valorisé, mais n'a pas résisté aux pressions institutionnelles ni au modèle psychiatrique qui ont perduré au Nouveau-Brunswick, malgré la désinstitutionnalisation.

Encadré 5.4. – Gheel : une communauté thérapeutique

La colonie de Gheel (aussi appelée Geel) représente une expérience de plus de 700 ans de cohabitation harmonieuse entre des personnes ayant connu l'asile ou la psychiatrie et les membres d'une communauté flamande de la Belgique. « En 1938, un nombre record de 3736 patients a été enregistré » (Gilissen, 1984). Les personnes vivent dans une communauté d'accueil qui leur témoigne de la reconnaissance et leur offre des possibilités de travail et d'activités significatives. Elles sont hébergées dans des familles. En 2004, 440 familles hébergeaient encore plus de 500 personnes psychiatrisées.

Cette expérience a fait l'objet de diverses études, publications, livres et symposiums au cours des années 1960, jusque dans les années 1990. Au fil des années, les familles ont acquis une qualité d'expérience qui se distingue nettement des connaissances liées au modèle médical (Goldstein, 1998, 2006).

À une époque cruciale pour l'amélioration de la santé mentale de la population, il s'est produit au Nouveau-Brunswick des changements organisationnels importants sans que soit remis en question le paradigme de la centralité de l'hôpital et du traitement psychiatrique. Le financement partiel d'un réseau provincial de centres d'activité constituait l'exception à une réaffectation des ressources qui aura évité toute les occasions

possibles de changement structurel. C'était l'époque des années 1980, qui voyait aussi naître une organisation regroupant des personnes psychiatrisées, l'équipe de *Our Voice / Notre Voix*, véhiculant les protestations des personnes jusque-là sans voix, à de rares exceptions.

2.4. L'heure des choix : Collaborer ? Contester ? Refuser ?

Cette dernière étape commence au moment où s'organise un mouvement de remise en question de la psychiatrie, qu'elle soit asilaire ou communautaire. Nous avons choisi la date butoir de 1987, celle de la création du journal *Our Voice / Notre Voix* comme le signe d'un éveil au moins à deux niveaux. Premièrement, ce groupe refuse la psychiatrie et ses façons de traiter les gens ayant des problèmes qu'on prétend psychiatriques, mais qui sont plutôt liés à la pauvreté et à la précarité. De plus en plus de gens refusent d'adhérer au langage utilisé pour nommer et soigner les gens (St-Amand, 2000). Non seulement le langage utilisé devient politique, mais le langage professionnel passe de moins en moins les frontières de la psychiatrie.

Nous tenterons ici d'évaluer l'effet qu'a suscité, au Nouveau-Brunswick et ailleurs, la naissance d'un mouvement de remise en question, basé à la fois sur le vécu des personnes victimes de l'asile et sur des recherches et publications démontrant les contradictions d'un système géré par des professionnels d'*une époque révolue*, pour reprendre l'expression du docteur Hetherington (1890) un siècle plus tôt alors qu'il écrivait : « Plusieurs associent toujours l'asile aux pratiques d'autrefois plutôt qu'à notre époque d'illumination scientifique. Pourtant, le soin des aliénés est devenu l'une des sciences les plus subtiles, ayant comme base un humanisme compatissant. » Selon notre analyse, l'histoire du XXe siècle ne lui a pas donné raison. Voyons comment se dessine l'avenir.

Décidément, le discours asilaire de Chen et des autres surintendants n'a pas tenu ses promesses jusqu'ici. Tout au plus a-t-il colmaté les brèches les plus flagrantes pendant 150 ans environ, et ce, malgré les contradictions qu'il a soulevées de toutes parts. Chose étrange, très peu de recherches étudient le taux de succès, de réinsertion sociale, des personnes psychiatrisées, que ce soit dans la province ou ailleurs au Canada. Par contre, de nombreuses personnes affectées crient au secours, veulent se sortir de l'étau psychiatrique, malgré une médicalisation de plus en plus poussée et un discours de plus en plus intransigeant (Stiles, 2005 ; Tapley-Milton, 2002).

À l'aube du XXIe siècle, trois pistes de solutions à l'impasse asilaire se dessinent à peu près partout en Occident : abolir l'asile, investir dans la communauté (un peu comme la colonie de Gheel l'avait fait à partir du Moyen-Âge) ou carrément refuser la psychiatrie. Pour la population étudiée dans ce chapitre, voici certains moments révélateurs de ces trois tendances.

2.4.1. Les faits marquants

Le lancement du premier numéro du journal *Our Voice / Notre Voix* (OVNV), a lieu en 1987, avec Stephen Stiles et Eugène LeBlanc à la rédaction. Déjà, ce journal affiche ses couleurs grâce à des questions de la nature suivante : Comment peut-il exister de telles divergences dans les diagnostics et les traitements d'une même personne ? Pourquoi beaucoup de patients ne connaissent-ils même pas leur diagnostic ? Pourquoi ne sommes-nous pas informés des effets secondaires des traitements ? Est-ce que les électrochocs et l'hospitalisation involontaire constituent des traitements ? Quelles sont les causes de la maladie mentale ?

Une troupe de théâtre créée par des bénéficiaires en santé mentale effectue en 1990 une tournée de la province. Elle présente un texte intitulé « Bras durs et cœurs tendres », composé par Claude Snow et sensibilise la population aux lacunes du système psychiatrique. Tous les rôles y sont joués par des personnes ayant un vécu psychiatrique. Malgré un mince budget, OVNV publie déjà son 11e numéro en 1992. On y dénonce l'exploitation, au travail, des personnes diagnostiquées de troubles mentaux. Les répercussions sont immédiates : les pratiques d'embauche des personnes ex-psychiatrisées sont réévaluées et leurs honoraires (on ne peut pas parler de salaires, car c'est bien en dessous du minimum légal) passent de 1,87 $ à 3,22 $ l'heure. OVNV entreprend en 1993 un sondage sur le taux de satisfaction des personnes psychiatrisées dans la province du Nouveau-Brunswick. Voici certains extraits d'entretiens : « Les patients demeurent des malades éternellement… J'ai besoin de plus d'amour et moins de médicaments… Les professionnels nous traitent comme des restants… » (cité dans St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 151).

Dans une publication donnant suite à cette recherche, les chercheurs concluent que :

> Plusieurs Acadiennes et Acadiens, minoritaires et marginalisés, recherchent dans l'ailleurs et l'autrement des réponses à leurs problèmes psychiatriques. Dans ce contexte, il nous semble que d'autres recherches, basées sur la jonction de deux problématiques, l'exploitation et l'oppression, en particulier du côté acadien et des femmes acadiennes, pourraient contribuer à resituer la santé mentale dans le domaine du politique et du culturel (cité dans St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 151).

Cette recherche remet en question la psychiatrie et crée une onde de choc. Actuellement, le journal OVNV continue de publier, à raison de deux numéros par année ; et sa liste d'abonnés passe à près de 1 000 personnes après six ans de publication, regroupant des gens de plusieurs coins de la planète.

Après de nombreuses controverses soulevées de toutes parts, le gouvernement de la province approuve la démolition de Centracare en 1999 (encadré 5.5). Un an plus tôt, les personnes qui séjournaient encore dans l'établissement avaient été déménagées à South Bay. Cette démolition s'inscrit dans le contexte de nombreuses réductions et fermetures d'institutions psychiatriques un peu partout en Occident. Il s'agit d'une autre étape dans l'ère de ce qui est communément appelé la « désins », qui a vu la très grande majorité des personnes psychiatrisées retourner vivre dans la communauté, dans des foyers de soins ou dans la rue.

Encadré 5.5. – Démolition de Centracare

Voici comment un quotidien d'alors rapporte ce moment symbolique :

> Le mardi 9 mars 1999, à 12 h 30, les murs de Centracare se sont effondrés. Une grue munie d'un boulet de démolition a commencé à défaire l'édifice, alors qu'une deuxième machine ramassait les débris destinés au recyclage. Vers la fin de l'année 1998, le gouvernement provincial a vendu le site de l'hôpital à J.D. Irving Ltd. pour la somme d'un million de dollars. […] Avant que les boulets de démolition commencent leur travail, les briques extérieures avaient été enlevées de cette partie de l'immeuble, exposant une deuxième épaisseur de briques et de mortier. Tout au long des heures qui suivent, la grue s'avance dans la cour intérieure qui se trouve au-dessus des chutes réversibles alors qu'un loyaliste monte la garde plus bas, dans le froid, à l'extérieur du restaurant Reversing Falls. C'est un autre brin de l'histoire de St-Jean qui s'effondre… (St-Amand et LeBlanc, 2008, p. 137).

2.4.2. Sylvie : la Mary des temps modernes ?

Voici maintenant un résumé de l'histoire de Sylvie (pseudonyme) qui est admise en psychiatrie en 2006 et qui y vivra un parcours éprouvant pendant plus de six ans (encadré 5.6). Son expérience symbolise, dans son dénouement, une nouvelle ère possible dans l'histoire de la santé mentale au Nouveau-Brunswick. Il s'agit dans un premier temps d'un mouvement de refus que l'institution prenne en charge la vie des gens, un refus de ce qui est présenté comme une aide professionnelle, et dans un deuxième temps, d'un recours à des méthodes et à des ressources alternatives pour se reconstruire une vie. Plutôt que d'être guidés aveuglément par une psychiatrie qui invalide, les gens s'intéressent à leur santé mentale et cherchent par tous les moyens possibles à connaître et à affirmer leurs droits, puis à réaliser leurs rêves et leurs aspirations.

Encadré 5.6. – « *J'ai divorcé de la psychiatrie* »

Sylvie, la *Chinese Girl*

Sylvie, dont un des parents est d'origine asiatique, est née au Nouveau-Brunswick. Enfant, elle est déjà l'objet de harcèlement et victime d'attitudes méprisantes de la part des jeunes de son milieu : « *Tu devrais retourner en Chine !* », dit-on à celle qui n'a rien de chinois. Malgré tout, elle termine son baccalauréat et des études de deuxième cycle en Europe. Après avoir occupé quelques emplois précaires, elle se retrouve au chômage et elle retourne habiter dans sa famille. Elle arrive alors dans un milieu empreint de disputes familiales en plus de subir du harcèlement dans son quartier.

Une suite d'événements perturbateurs, notamment une exacerbation des tensions familiales, provoque sa première crise. Sa famille appelle alors les services d'urgence et Sylvie se retrouve dans un centre de crise avant d'aboutir à l'hôpital. C'est le moment de sa prise en charge par le réseau de la santé mentale. En quelques minutes, elle passe de *personne* à *cliente* (St-Amand, 2000, p. 55).

La construction d'un « cas » en 10 minutes

Dans une spirale de détérioration de ses conditions de vie et de santé, elle franchit le seuil de services qui vont déterminer son parcours de vie pour plusieurs années. C'est la construction d'un cas psychiatrique à partir d'un moment fatidique qu'elle résume comme suit : « *Je me suis retrouvée à voir un psychiatre qui a décidé après 10 minutes que j'étais paranoïaque et schizophrène.* » Tout alors la précipite vers l'abîme.

Après son bref séjour à l'hôpital, elle est placée dans un foyer de groupe où sa vie quotidienne est très réglementée. Le personnel lui suggère : « *Si tu t'ennuies, il y a toujours le McDo ou le Tim Hortons pas loin.* » Sylvie constate que le système auquel elle doit s'adapter comporte des contradictions importantes. Elle quitte le foyer de soin, déterminée à chercher son propre logement. Elle doit alors déménager à plusieurs reprises. « *J'ai eu de la chance : j'ai eu un logement subventionné au bout de quelques mois.* »

Pendant ce temps, Sylvie subit des pressions pour renoncer à tout rêve de réintégrer le marché du travail. « *Ils t'encouragent à t'inscrire en invalidité permanente parce que tu reçois ainsi plus d'argent par mois.* » Elle confie à son ergothérapeute : « *J'espère un jour recommencer à travailler à temps plein.* » Et celle-ci de lui répondre : « *C'est au docteur à décider ça…* » Sylvie prend une puissante médication psychoactive qui affecte sa santé et son quotidien. Durant cette période, elle prendra plus de 30 kilos. « *Je passais les trois quarts de mon temps à fixer le vide, j'étais complètement incohérente, je n'arrivais pas à avoir une conversation normale, à trouver mes mots.* »

Sylvie subit une embolie pulmonaire et connaît des complications graves de santé. Les dommages cumulatifs entraînent une hospitalisation ; Sylvie passera plus d'une semaine aux soins intensifs. « *J'ai failli mourir.* » C'est alors qu'elle décide de se libérer de ces traitements qui ont failli la tuer et qu'elle qualifie d'« *industrie du désespoir* ».

« *Je lui ai dit que je le quittais* »
D'une façon symbolique, elle choisit le début de l'année 2012 pour marquer une nouvelle étape dans sa vie. « *Je suis allée parler à mon psychiatre et je lui ai dit que je le quittais. J'ai quitté aussi le centre de jour. Je ne laisserai pas ma condition me définir.* »

Depuis le moment où elle a décidé quels seraient ses choix, Sylvie reprend confiance en ses capacités et elle affirme ses droits. Son ergothérapeute s'oppose à ses démarches, mettant en doute sa capacité de s'en sortir. Par contre, elle démontre un « *intérêt nouveau* » pour la vie quotidienne de sa « cliente » et lui pose des questions pressantes sur son mode de vie. Et Sylvie de remarquer :

> *Quand j'étais dans le foyer de groupe, alors que je passais des journées entières à regarder la télévision, que j'étais obèse, que je n'arrivais pas à faire une phrase cohérente parce que j'étais complètement dopée, personne ne me demandait si j'allais bien, si je dormais bien, si je mangeais bien, comment j'occupais mes journées…*

Depuis janvier 2012, Sylvie refait sa vie et choisit des moyens pour composer avec un quotidien fait de nombreux défis à surmonter. Le tout sans psychiatrie, sans professionnels.

Edgard Morin suggère que pour combattre le néolibéralisme, il faut « changer de voie » et métamorphoser la société. Il remarque que « tout commence toujours par une initiative, une innovation, un nouveau message de caractère déviant, marginal, souvent invisible aux contemporains » (Morin, 2011, p. 33). En ce sens, nous osons croire que le parcours de Sylvie, plutôt que d'être un cas d'exception, est révélateur d'une nouvelle tendance de la part des personnes souffrantes à prendre en charge leur santé mentale, avec ou sans la psychiatrie mais pour leur propre santé mentale.

3. La santé mentale et les facteurs structurels

Deux éléments retiennent notre attention pour mieux comprendre les facteurs structurels en lien avec la psychiatrisation qui a traversé les époques que nous venons de décrire. D'abord, les conditions sociales liées à la langue, à la culture et à la précarité, puis celles liées à la condition de santé mentale des personnes vues sous la loupe de la psychiatrie. Voici comment s'articulent ces facteurs.

3.1. Langue, culture, précarité

Dans une province officiellement bilingue, force est de constater que la langue des soins est rarement prise en compte en psychiatrie. Certes, au cours des 50 dernières années, la population acadienne a davantage eu droit à des services dans sa langue, mais dans l'ensemble, l'histoire démontre que cela n'est arrivé qu'à la suite de scandales médiatisés et de nombreuses pressions de la part de la population, acadienne en particulier. En ce sens, la province est loin d'être à l'avant-garde des droits linguistiques et culturels, mais réagit plutôt aux pressions exercées par certains groupes. Il appert donc comme essentiel que les gens défendent leurs droits, qu'ils soient linguistiques ou autres. Autrement, les causes citoyennes n'avanceront pas. De plus, plusieurs comportements des employés des asiles oscillent entre l'ignorance et le mépris, ce qui n'est pas sans exacerber les tensions historiques entre les deux groupes linguistiques devant cohabiter sur un même territoire.

Plusieurs études le démontrent : ce sont les pauvres qui constituent les cibles de la psychiatrie, ce sont les populations vulnérables, économiquement fragiles, qui voient leur situation basculer et pour qui il n'existe à peu près pas d'autres portes de sortie que les services psychiatriques, la médication, l'internement, ou le tout à la fois. « *Structural factors such as poverty, inequality, homelessness and discrimination contribute to risk for mental disability and impact negatively on the course and outcome of such disabilities* » (Burns, 2009, p. 19).

L'étude de cas de Pénélope (encadré 5.7) illustre certains des liens serrés entre pauvreté et psychiatrie.

Nous pouvons ici constater comment il est facile de faire basculer une personne d'un état de précarité à une prise en charge institutionnelle ; par la suite, la personne devient psychiatrisée et le contexte économique l'ayant précipitée en psychiatrie est oublié… Voici comment l'exprime une personne interrogée : « *Susan, auparavant, elle était autonome, elle vivait par elle-même. Ils lui ont coupé l'hydro. Elle n'arrivait plus. Ils ont coupé quelque chose et financièrement elle n'arrivait plus. Elle a déboulé. Elle a abouti à la folie.* » En somme, plutôt que de blâmer la personne pour ce qui lui arrive, si nous prenons en compte les autres instances de fragilité, notre lecture des problèmes des gens varie et notre diagnostic devient social plutôt qu'individuel.

La dimension culturelle de l'Acadie, l'analyse historique de l'oppression, ne sont pas présentes dans les discours. On est prêt à dépenser des sommes importantes pour traiter les personnes affectées, mais on consacre des miettes à celles qui souffrent, qui luttent, qui tentent de se sortir de l'oppression systémique de la psychiatrie, qu'elle soit institutionnelle ou communautaire (St-Amand, 2002, p. 15).

Encadré 5.7. – « *J'avais pas d'affaire à aller là !* »

Pénélope, 45 ans, mariée depuis 25 ans, gère de son domicile une petite entreprise familiale en plus de s'occuper de sa mère malade. Deux événements qui surviennent coup sur coup l'amènent en psychiatrie : sa mère décède et elle doit fermer son entreprise. Or, ces deux facteurs engendrent un plus grand problème : Pénélope et son mari n'arrivent pas à subvenir financièrement aux besoins de leur famille. Étant donné sa fragilité, il lui est très difficile de se trouver un emploi : « *À force de te faire dire non, de te faire fermer les portes, tu te dis : bien, qu'est-ce que je fais ici ?* [...] *Moi je me suis sentie comme quoi je suis nulle, que je ne vaux rien.* » Tout en gérant le budget familial, elle se garde de dévoiler leurs difficultés financières à son mari. Un jour, n'en pouvant plus, elle lui explique ce qui se passe ; étonné, il sort de la maison, laissant Pénélope seule avec ses pensées sombres. « *J'ai voulu en finir pour donner la liberté à mon époux.* » Elle ressent un immense sentiment d'inutilité et décide de mettre fin à ses souffrances en s'injectant un médicament. Mais sa main tremble trop et elle ne parvient pas à s'injecter la dose mortelle. Lorsque son mari revient, elle lui avoue ses idées suicidaires. Il appelle les services d'urgence. Après avoir rencontré l'intervenante, Pénélope est admise à l'unité psychiatrique. « *Je ne voulais pas y aller parce que je savais... qu'ils me garderaient, j'avais pas d'affaire à aller là !* » Malgré ses appréhensions, elle y trouve certains éléments positifs : les personnes-ressources, les repas nourrissants, le calme, les possibilités de socialiser et l'encadrement ; lesquels l'ont soulagée pendant cette période. Après son hospitalisation, Pénélope a réfléchi à ce qui lui permet de se remettre de son épisode dépressif. Le fait de se sentir utile, de vivre un jour à la fois, de prendre les événements plus à la légère, de se rapprocher de son mari ainsi que de prendre la médication, qu'elle qualifie de « *baume rapide* ». Selon Pénélope, trois dimensions primordiales déterminent la qualité de vie : la santé, le travail « *ne pas trouver un emploi c'est ça qui m'a mis la hache dans le cœur* » et les amis. Malgré sa tentative de suicide, Pénélope dit aimer la vie, à condition que celle-ci soit productive. « *Ne pas avoir de travail, je trouve ça pire que de dire que j'ai essayé de me tuer. Donnez-nous de quoi à faire, c'est pas une pension que je veux...* ».

Source : Charron (2008, p. 73).

Au Nouveau-Brunswick, peu de recherches s'intéressent aux liens directs entre pauvreté, précarité et psychiatrie. Ces problèmes relèvent de différents ministères, de différents professionnels, de différents experts. La psychiatrie s'isole grâce à ses diagnostics et à ses traitements, tandis que les services sociaux colmatent les brèches engendrées par des revenus insuffisants qui, comme le démontre Pénélope, mènent tout droit en psychiatrie.

For health professionals involved in efforts to achieve real equality, a clinical role alone is ineffective. Instead, clinical expertise must be complemented by a commitment to an activist agenda in partnership with persons with mental disabilities – an

> *agenda focused on bringing about change to the structural inequalities within social, economic, and political life that prejudice mental health, promote social exclusion, and retard recovery from mental disability* (Burns, 2009, p. 21).

Sur le plan des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick, l'histoire du XXe siècle est des plus énigmatiques. D'une part, un discours éloquent et certains acteurs politiques nous invitent à croire que la psychiatrie a carrément dépassé les contradictions institutionnelles auxquelles elle faisait face au XIXe siècle. D'autre part, nous assistons à des décisions étranges, remettant la psychiatrie, et même l'asile, au cœur de la santé mentale. En effet, comment justifier, au début du XXIe siècle, la construction d'un nouvel hôpital psychiatrique, tout de suite après que la Commission d'enquête McKee eût fait le point sur la psychiatrie dans la province ?

Cette commission, *Vers l'avenir, ensemble. Un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick* (McKee, 2009), faisait miroiter plein de grands projets et d'alléchantes possibilités. Elle se voulait une occasion, selon son auteur, de *rebâtir la maison* : « Les gens veulent que nous fassions plus que remanier le statu quo ; ils veulent un système transformé » (p. 7). Pourtant, elle évitait d'aborder plusieurs contradictions relatives à la situation actuelle et le sort réservé aux personnes souffrantes. Décidément, les murs et le béton n'ont pas d'avenir, mais ils sont tenaces et l'idéologie asilaire encore plus.

Bien que tous reconnaissent que les problèmes de pauvreté et de grande précarité rendent le retour à une vie décente à peu près impossible pour les personnes affectées par des problèmes de santé mentale, les recommandations qui émanent de cette commission n'améliorent pas les conditions socioéconomiques des plus démunis. Comment comprendre que les taux d'assistance sociale n'aient à peu près pas augmenté depuis 25 ans d'une part et qu'on investisse plus de 100 millions de dollars dans une nouvelle institution psychiatrique ? Difficile d'imaginer qu'on n'augmente pas les prestations d'assistance sociale, ni les conditions d'un emploi stable et payé avec décence.

3.2. Psychiatrie ou santé mentale ?

D'un autre côté, dans le *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018*, les auteurs prétendent vouloir « s'éloigner d'un modèle de maladie » et privilégier une approche holistique, visant à « comprendre la santé mentale d'une façon globale, comme on le fait dans les collectivités des Premières Nations » (Nouveau-Brunswick, 2011, p. 20). Pourtant, l'appellation *maladie mentale*, définie comme des « modes de comportement cliniquement importants », est utilisée pas moins de 126 fois dans ce document de 28 pages ! En somme, nous faisons face à

un langage schizophrénisant en quelque sorte, qui demeure fondé sur le discours clinique psychiatrique lié aux perturbations comportementales et aux désordres émotionnels, vus sous la loupe d'une analyse individuelle et victimisante. Aucune mention des inégalités ou de la pauvreté comme des facteurs déterminants dans les conditions de santé de la population ! Certes, on peut y lire de nobles intentions telles que : « Appuyer le mieux-être de la population fera intervenir la prise en charge de lacunes dans les déterminants de la santé » (p. 20). Dans les faits, c'est la notion de *traitement* (terme utilisé plus de 50 fois dans ces mêmes 28 pages) qui est présentée comme la pierre angulaire des orientations et des objectifs stratégiques. En somme, on énonce quelques beaux principes et on ne met pas en place les outils essentiels pour les mettre à exécution.

Par ailleurs, malgré la commission d'enquête qui privilégie des approches communautaires (McKee, 2009), on érige à partir de 2010 une nouvelle institution psychiatrique à Campbellton. Un contrat de partenariat public-privé (PPP) est établi entre le Nouveau-Brunswick et la firme SNC-Lavalin pour la construction et le maintien de l'institution pendant les 30 prochaines années. Tout comme en 1954, on fait valoir la création d'emplois dans le nord de la province comme étant au cœur du projet, de même que la collaboration entre le secteur privé et la province (SNC-Lavalin, 2011). En somme, l'État s'engage dans un contrat à long terme qui comprend sûrement des obligations avantageuses pour une entreprise dont les procédés sont connus. Créer des emplois en construisant un asile, au XXIe siècle, on serait en droit de poser la question à savoir pourquoi et pour qui (Stiles, 2005, p. 22).

Conclusion

Le Nouveau-Brunswick a un problème de santé mentale ! Cette affirmation traduit le profond dilemme d'une société qui individualise en psychiatrisant une souffrance humaine prenant racine dans la pauvreté et la marginalisation. La psychiatrie et l'État néolibéral sont faits pour s'entendre, la première accusant les cellules humaines et le code génétique de dysfonctionnement, le second pointant la responsabilité individuelle pour les malaises structurels d'une société qui crée à la fois de l'exclusion et des profits ! Dans les deux cas, il arrive que le traitement soit plus délétère que le mal que l'on prétend soigner. Au moins deux questions se posent à la suite de cette étude, soit les liens entre la psychiatrie et la santé mentale, d'une part, et le rôle de l'asile dans une société moderne, d'autre part.

Il ressort de cette étude de deux siècles d'histoire que peu de liens existent, en fait, entre santé mentale et psychiatrie au Nouveau-Brunswick. Cette profession continue de démontrer qu'elle s'intéresse aux corps déviants, à la gestion des comportements qu'elle considère comme

anormaux, sans tenir compte des contextes sociaux ni mêmes économiques, et pas davantage de la santé, physique ou mentale, des gens. Sylvie en est un exemple frappant. En somme, l'intérêt de la psychiatrie pour la santé mentale reste marginal. Agir efficacement sur la santé mentale d'un individu ou d'une communauté à partir d'un paradigme psychiatrique s'avère un défi à peu près impossible.

> *A public health approach is inadequate, as it serves to reinforce paternalism and charity in identifying mental disability as a medical issue necessitating a medical "solution". It views mental disability as a health issue only, requiring a health services response. In contrast, a rights-based approach to mental disability means acknowledging the social, economic, and political forces that result in the disability experienced by people with impairments* (Burns, 2009, p. 21).

En fait, la question se pose : où est la santé mentale dans une organisation psychiatrique, qu'elle soit institutionnelle ou communautaire ? Force est de constater que les changements structurels positifs que nous avons observés dans l'histoire du Nouveau-Brunswick ne viennent pas des systèmes sanitaires ou sociaux ; ils viennent plutôt des gens qui, comme Sylvie, remettent en question ces systèmes. Quant aux personnes qui font confiance à la psychiatrie, elles en seront souvent des *clientes* à vie.

Une approche globale de la santé mentale devrait comprendre des considérations de logements adéquats et sécuritaires, des salaires et des conditions de travail décents et des possibilités d'éducation et de formation continue, tout en tenant compte des fragilités des gens, qu'elles soient économiques, géographiques, culturelles ou autres.

L'histoire de la psychiatrie, au Nouveau-Brunswick comme ailleurs en Occident, démontre qu'elle a créé autant de dommages que d'illusions. Les personnes psychiatrisées ont peu de droits reconnus et il est clair que les décideurs politiques, les gestionnaires et un grand nombre de ressources ignorent ou étouffent toujours les cris des personnes démunies. Pourquoi investir dans des institutions totalitaires (Goffman, 1970) tout en prétendant – comme Waddell l'avait fait au XIXe siècle – que seul l'asile peut guérir la folie ? Comme la région de Gheel depuis le Moyen-Âge, d'autres modèles existent qui redonnent non seulement la parole aux gens mais aussi un sens à leur vie, dans la dignité plutôt que dans l'oppression.

Il nous semble que les formes d'intervention initiées par Sylvie et par plusieurs autres, dans le refus des traitements institutionnels, d'une part, et le recours à des pratiques conscientisantes, d'autre part (Ampleman, Denis et Desgagnés, 2012), annoncent un véritable renouveau dans la façon d'analyser les problèmes et d'intervenir auprès des gens. Les victimes, devenues expertes de leurs expériences et de leur vie, s'engagent dans des façons de penser et de faire qui provoquent un changement de cap et un autre regard, de la psychiatrie à la santé mentale. Une somme de connaissances inexplorées, qui existe depuis longtemps, et qui se reflète

dans *Our Voice / Notre Voix*, dans *Mad Matters*, dans Mary Pengilly et plusieurs autres, nous aide à sortir la santé mentale de la psychiatrie, nous laissant entrevoir toutes ses dimensions politiques, sociales et idéologiques.

Bibliographie

AMPLEMAN, G., L. DENIS et J. Y. DESGAGNÉS (2012). *Théorie et pratique de conscientisation au Québec*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

ARSENEAU, M. (2013). *L'histoire du jeune Fournier de Balmoral*, entrevue téléphonique.

BLAIS, L., L. MELLIGAN-ROY et C. CAMIRAND (1998). « Un chien dans un jeu de quilles. Le mouvement des psychiatrisés et la politique de santé mentale communautaire en Ontario », *Revue canadienne de politique sociale*, nº 42, p. 32-53.

BOUDREAU, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : histoire et institutions*, Montréal, Éditions Saint-Martin.

BREAU, A. *et al.* (1987). « Récits de vie… esquisses de libération », *Égalité, revue acadienne d'analyse politique*, nº 21, printemps-été, p. 67-80.

BURNS, J. K. (2009). « Mental health and inequity : A human rights approach to inequality, discrimination, and mental disability », *Health and Human Rights*, vol. 11, nº 2, p. 19-31, <http://www.jstor.org/stable/25653100>, consulté le 21 octobre 2013.

CAMP, D. (1976). « Saint John : "A Dungeon". Campbellton : "Outdated" », *The Telegraph Journal*, 9 octobre, p. 15.

CHARRON, A. (2008). « La dépression chez la femme : plus qu'un simple cafard. Récit de deux études de cas », *Revue de l'Université de Moncton*, vol. 39, nos 1-2, p. 69-96.

CHEN, D. (1967). *Historic Facts on the Provincial Hospital*, document inédit.

COCKBURN, G.W.N. (1975). « The Provincial Hospital Must Go », *The Telegraph- Journal*, Saint-Jean, N.-B., p. S-1.

CUSACK, R. (2003). « Diary written in the Provincial Lunatic Asylum. Mary Huestis Pengilly », <http://www.rubycusack.com/issue219.html>, consulté le 19 mars 2014.

CUSACK, R. (2006). « Who was Mary Huestis Pengilly ? », *Our Voice/Notre Voix*, nº 46, p. 4, <http://www.ourvoice-notrevoix.com/all-issues-in-pdf/>, consulté le 19 mars 2014.

DORVIL, H. (1988). *De L'Annonciation à Montréal : histoire de la folie dans la communauté, 1962-1987*, Montréal, Éditions Émile-Nelligan.

DORVIL, H. (2005). *Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation*, Montréal, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal, <http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/nouveau_plan_action_desinstitutionnalisatio/nouveau_plan.html>, consulté le 19 mars 2014.

DUVAL, J. (1860). *Gheel ou une colonie d'aliénés vivant en famille et en liberté. Étude sur le meilleur mode d'assistance et de traitement dans les maladies mentales*, Paris, Guillaumin & Cie, <http://archive.org/details/gheelouunecoloni00duva>, consulté le 19 mars 2014.

FINGARD, J. et J. RUTHERFORD (2008). *Protect, Befriend, Respect : Nova Scotia's Mental Health Movement, 1908-2008*, Black Point, Fernwood.

FOUCAULT, M. (2006). *History of Madness*, J. Khalfa (dir.), trad. De J. Murphy et J. Khalfa, Londres, Routledge.

FRANCIS, D. (1977). « The development of the Lunatic Asylum in the Maritime Provinces », *Acadiensis*, vol. 6, nº 2, printemps, <http://journals.hil.unb.ca/index.php/Acadiensis/article/viewFile/11437/12187>, consulté le 19 mars 2014.

GILISSEN, P. (1984). « Geel, 700 ans de psychiatrie moderne », *La Libre Belgique*, 8 décembre, <http://www.lalibre.be/archive/geel-700-ansde-psychiatrie-moderne-51b88732e4b0de6db9ab3fa3>, consulté le 30 octobre 2013.

GODIN, P. (1971). *Cinq ans de trop*, Petit-Rocher, Éditions Marquis.

GOFFMAN, E. (1970). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit.

GOLDSTEIN, J. (1998). « The Geel Project : Historical perspectives on community mental health care », communication présentée à la 106th American Psychological Association Annual Convention, 17 août, <http://faculty.samford.edu/~jlgoldst/apa98talk.pdf>, consulté le 30 octobre 2013.

GOLDSTEIN, J. (2006). « Hope for "community recovery" : Legendary and modern examples of community mental health care in caring communities », présenté à la UPENN Collaborative on Community Integration National State of the Knowledge Conference on Increasing Community Integration of Individuals with Psychiatric Disabilities, 19 septembre, <http://faculty.samford.edu/~jlgoldst/upennhndout.pdf>, consulté le 30 octobre 2013.

GOSS, D. (1988). *150 Years of Caring : The Continuing History of Canada's Oldest Mental Health Facility*, Saint-Jean, Fondation MindCare.

GUEST, D. (1993). *Histoire de la sécurité sociale au Canada*, Montréal, Boréal.

HETHERINGTON, G. (1900). *Lunatic Asylum Annual Report*, Fredericton, Province of New Brunswick.

JORDELET, D. (1989). « Cadre et histoire d'une colonie familiale », dans *Folie et représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », p. 48-70, <http://classiques.uqac.ca/contemporains/jodelet_denise/folies_representations_soc/folies.html>, consulté le 30 octobre 2013.

LAPIERRE, S. et J. LEVESQUE (2013). « 25 ans plus tard… et toujours nécessaires ! Les approches structurelles dans le champ de l'intervention sociale », *Reflets*, vol. 19, nº 1, printemps, p. 38-64.

LEBLANC, E. (2006). « A diary that speaks to me », *Our Voice/Notre Voix*, nº 46, p. 1-3.

LUNATIC ASYLUM (1999). <http://en.wikipedia.org/wiki/Centracare_(hospital)>, consulté le 22 septembre 2013.

MCKEE, M. (2009). *Vers l'avenir, ensemble. Un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick* (rapport McKee), Fredericton, Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, <http://www.gnb.ca/cnb/Promos/MentalHealth/NBMHS-f.pdf>, consulté le 19 mars 2014.

MENZIES, R. et T. PALYS (2006). « Turbulent spirits : Aboriginal patients in the British Columbia psychiatric system », dans James E. Moran et D. Wright (dir.), *Mental Health and Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press.

MENZIES, R., G. REAUME et B. A. LEFRANÇOIS (2013). *Mad Matters : A Critical Reader in Canadian Mad Studies*, Toronto, Canadian Scholars' Press.

MORIN, E. (2011). *La voie : pour l'avenir de l'humanité*, Paris, Fayard.

NOUVEAU-BRUNSWICK (1945). *Royal Commission Inquiry [into] the Provincial Hospital*, Saint-Jean, Nouveau-Brunswick, <http://www.lib.unb.ca/Texts/NBHistory/Commissions/bin/make_fr.cgi?dir=ES70>, consulté le 19 mars 2014.

NOUVEAU-BRUNSWICK (2011). *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018*, Fredericton, Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, <http://www.gnb.ca/0055/pdf/2011/7379%20french.pdf>, consulté le 19 mars 2014.

OUR VOICE / NOTRE VOIX (s. d.). Journal publié à Moncton présentant les *points de vue des psychiatrisés depuis 1987*, <http://www.ourvoice-notrevoix.com/>, consulté le 19 mars 2014.

PENGILLY, M. H. (1885). *Diary written in the Provincial Lunatic Asylum*, [Saint-Jean ?], chez l'auteure, <http://www.canadiana.org/cgi-bin/ECO/mtq?id=c5fd0156b2&doc=11978>, consulté le 21 octobre 2013.

PINARD, J.-L. et N. ST-AMAND (2013). « De la conformité au refus : analyse d'un parcours », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 19, nº 1, p. 85-118.

PROVENCHER, Y. (2004). « L'aide sociale au Nouveau-Brunswick : évolution historique et perspectives contemporaines », *Revue canadienne de politique sociale*, nº 54, automne, p. 18-33.

PROVENCHER, Y. (2007). « Aide sociale au Nouveau-Brunswick : le discours des personnes assistées sociales au sujet de leurs rapports avec leur gestionnaire de cas », *Revue canadienne de politique sociale*, nº 59, p. 56-75.

PROVINCIAL LUNATIC ASYLUM OF NEW BRUNSWICK (1900). *Report of the Medical Superintendent of the Provincial Lunatic Asylum at St. John, N.B., for the year 1887, 1888, 1889, 1891, 1892, 1893, & 1900*, James T. Steeves *et al.* (dir.), Saint-Jean, Provincial Lunatic Asylum of New Brunswick.

RAPPORT ANNUEL 1974-1975, <http://www.worldcat.org/title/annual-report/oclc/2250041&referer=brief_results>, consulté le 14 mai 2014.

RESCOL (2000). *Les commissions d'enquête du Nouveau-Brunswick*, <http://www.lib.unb.ca/Texts/NBHistory/Commissions/About_it1F.html>, consulté le 19 mars 2014.

SNC-LAVALIN (2011). « SNC-Lavalin est choisie par le Nouveau-Brunswick pour le PPP du Centre hospitalier Restigouche », communiqué de presse, 11 octobre, <http://www.snclavalin.com/news.php?lang=fr&id=1557>, consulté le 20 octobre 2013.

SNOW, C. (1990). *Traiter la tête avec son cœur*, Saint-Jean, chez l'auteur.

ST-AMAND, N. (1985). *Folie et oppression : l'internement en institution psychiatrique*, Moncton, Éditions d'Acadie.

ST-AMAND, N. (2000). « Des noms qui en disent long… », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 6, nº 1, p. 36-63.

ST-AMAND, N. (2002). « La folie au Nouveau-Brunswick : "*No insame man recovers at home*" », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 10, nº 3, printemps, p. 105-116.

ST-AMAND, N. (2011). *Repenser le service social ?*, Ottawa, Merriam Print.

ST-AMAND, N. et E. LEBLANC (2008). « Osons imaginer : de la folie à la fierté », Moncton, *Our Voice / Notre Voix*.

ST-AMAND, N. et D. VUONG (1993). « Ce que les bénéficiaires pensent du système de santé mentale : résultat d'une recherche effectuée auprès des ex-psychiatrisés du Nouveau-Brunswick », *Our Voice / Notre Voix*, nº 15, suppl., novembre.

ST-AMAND, N. et D. VUONG (1994). « Quand la langue fait une différence. Ce que les bénéficiaires pensent du système de santé mentale », *Sociologie et Sociétés*, vol. 26, nº 1, p. 179-196.

STEWART, B. (1974). *Medicine in New Brunswick*, Moncton, The New Brunswick Medical Society.

STILES, S. (1996). « A brief look : Psychiatry in New Brunswick.What it was like 100 years ago », *Our Voice/Notre Voix*, nº 20, p. 7.

STILES, S. (2005). « Now the keepers don't wear uniforms : New Brunswick builds its third and largest mental hospital », *Our Voice/Notre Voix*, nº 45, p. 16-22.

STILES, S. (2006). « The 1885 diary of Mary Huestis Pengilly : Mental health reform, then, now and in the future », *Our Voice/Notre Voix*, nº 46, p. 3.

TAPLEY-MILTON, K. (2002). « Madly empowered : From darkness to light », *Our Voice/Notre Voix*, nº 38, p. 38-40.

THIFAULT, M.-C., M. LEBEL, I. PERREAULT et M. DESMEULES (2012). « Regards croisés Ontario-Québec : les services de soins de santé mentale des communautés de langue officielle en situation minoritaire de 1950 à nos jours », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 18, nº 2, p. 122-139.

WALLOT, H. (2005). *Peut-on guérir d'un passé asilaire ? Survol de l'histoire socio-organisationnelle de l'Hôpital Rivière-des-Prairies*, Montréal, Publications MNH.

WHITAKER, R. (2002). *Mad in America : Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*, New York, Perseus Books.

CHAPITRE

6

LA DÉSINSTITUTIONNALISATION AU QUÉBEC, 45 ANS PLUS TARD

QUELS DÉFIS POUR LES SERVICES EN SANTÉ MENTALE ? POINT DE VUE DE SES PRINCIPAUX « HÉRITIERS »

Marie-Ève Carle, Laurie Kirouac et Henri Dorvil

Du cri solitaire de la période asilaire, en passant par le « je » qui se raconte entre pairs, à celui – courageux – qui témoigne devant autrui de son vécu, la parole devient depuis peu « expert » et pose les bases du dialogue avec les acteurs touchés.

Samson (2011, p. 2)

Durant plus d'un siècle, l'enfermement en hôpital psychiatrique a constitué la réponse que la société a privilégiée face au problème social de la maladie mentale, avant qu'elle ne se retrouve, à partir des années 1970, au centre de réorientations politiques majeures[1]. La désinstitutionnalisation est habituellement utilisée pour désigner deux phénomènes différents, mais indissociables (Bachrach, 1976, 1978, 1992) : la sortie des

1. Ce chapitre est tiré des résultats de la recherche *Le champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale : enjeux socio-historiques, normes et pratiques, 1920-1980*, IRSC n° 106506, 2010-2013, sous la direction de M.-C. Thifault, A. Cellard, H. Dorvil et N. St-Amand. Terrains d'investigation : l'Ontario francophone, le Nouveau-Brunswick (Acadie) et le Québec.

patients hors des murs des hôpitaux psychiatriques et la fermeture massive de ces mêmes hôpitaux[2]. Ce terme signifie également, d'un point de vue sociologique, la transformation, voire la décentralisation du rôle de l'hôpital psychiatrique dans la prise en charge de la maladie mentale. En situation de monopole hier, l'hôpital psychiatrique, comme dispensateur de services, s'insère dorénavant, dans la foulée de la désinstitutionnalisation, à l'intérieur d'un système de santé et de services sociaux plus vaste et plus diversifié[3]. Au Québec, cet important virage institutionnel, amorcé à la suite du dépôt du rapport Bédard (1962) est allé de pair avec, entre autres, la déshospitalisation[4], des changements organisationnels au sein des hôpitaux psychiatriques demeurés en fonction[5] et la création de nouvelles structures dispensatrices de soins et de services sociaux dans les hôpitaux[6] et dans la communauté, notamment en soutien à la réinsertion sociale[7]. Mais, en dépit des bonnes intentions de départ et de l'adoption d'une Politique de santé mentale en 1989 (MSSS, 1989), ce virage institutionnel s'est aussi accompagné de phénomènes socialement indésirables progressivement portés à l'attention des instances publiques et politiques : des patients psychiatriques se retrouvant dans le contingent des personnes sans abri, la discontinuité des soins, le syndrome de la porte tournante (Dorvil, 1986), la transinstitutionnalisation[8] (Dorvil *et al.*, 1997), etc. En 2005, après avoir mené plusieurs études et consultations auprès de différentes instances, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) entreprit la publication d'un ambitieux Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005). Depuis lors, ce plan sert à orienter le développement et l'organisation des services en santé mentale au Québec.

Dans ce contexte, qui sont les principaux « héritiers » des transformations des services en santé mentale qui, hier, auraient possiblement été confrontés aux mesures d'internement en hôpitaux psychiatriques et

2. Par exemple, l'Italie avec la loi 180 a aboli ses hôpitaux psychiatriques, tandis que la Grande-Bretagne a, elle, fermé 102 de ses 108 asiles.
3. Parmi ces services, un certain nombre s'offrent en alternatives à l'hospitalisation psychiatrique.
4. La déshospitalisation désigne la sortie des personnes diagnostiquées malades mentales des hôpitaux psychiatriques et la diminution des lits disponibles.
5. Il s'agissait dorénavant de privilégier le recours minimum à l'hospitalisation et à des hospitalisations de courte durée.
6. Notamment, des services de psychologie, de pédopsychiatrie et de gérontologie, des cliniques externes, des équipes d'urgence et des centres de traitement de jour et de nuit.
7. À propos de ces phénomènes, voir entre autres Dorvil *et al.* (1997).
8. Ce phénomène réfère au transfert ou au *dumping* de l'« ancienne » clientèle psychiatrique ou asilaire vers d'autres institutions, comme les centres hospitaliers de soins de longue durée, les centres d'accueil ou d'hébergement et, surtout, les établissements carcéraux.

quelle expérience ont-ils au sein des services offerts ? Quelques études récentes permettent d'apporter des éléments de réponse à ces interrogations, au fond, excessivement ambitieuses. Dans un premier temps, il importe de préciser qu'il est apparu que les individus aux prises avec un trouble mental grave[9,10], et souvent caractérisés en tant que « grands utilisateurs » de services en santé mentale, semblent être ces « héritiers » (Bowersox *et al.*, 2012 ; CSBE, 2012 ; Gerson et Rose, 2012 ; Lindamer *et al.*, 2012)[11]. En effet, alors qu'on estime qu'entre 2 et 3 % de la population recevra au cours de sa vie un diagnostic de trouble mental grave (MSSS, 2005), plus de 80 % des journées d'hospitalisation sont associées à ce type de trouble[12,13] (VGQ, 2003 ; MSSS, 1998a, cités dans CSBE, 2012). Notons

9. Les troubles mentaux graves sont associés à un niveau d'incapacité « qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître [des] troubles mentaux graves » (MSSS, 2005, p. 40). Les diagnostics y étant associés sont la schizophrénie et les autres troubles psychotiques (troubles schizophréniformes, schizoaffectifs ou délirants), le trouble dépressif majeur avec éléments psychotiques ainsi que le trouble bipolaire ou maniaco-dépressif.
10. Dorvil *et al.* (2007) précisent pour leur part que : « Tout en tenant compte des caractéristiques neuropsychologiques définies dans le DSM et dans le CIM, le ministère de la Santé et des Services sociaux véhicule depuis dix ans environ (MSSS, 1989, 1997 ; Potvin *et al.*, 1997 ; Dorvil *et al.*, 1997) une définition plus opérationnelle, collée aux réalités vécues par ces personnes. Cette définition met l'accent sur la vie quotidienne, de même que sur le fonctionnement social de l'individu. Ainsi, le Ministère évalue la gravité de ces troubles à l'aune de leur durée, de leur chronicité, de leur incidence dévastatrice ou non sur la conduite de l'être humain en interaction sociale » (p. 175).
11. Selon certains, le « manque de reconnaissance d'un groupe de nouvelles personnes souffrant de troubles graves, réfractaires aux traitements habituels, et qui nécessitent des interventions renouvelées et des investissements comparables à ceux consentis aux personnes ayant connu de longs séjours hospitaliers (Henderson et Thornicroft) » (Lesage, 1997, p. 26) est au cœur des problèmes rencontrés par ces personnes dans le contexte actuel de l'organisation des services.
12. À titre d'exemple, en se référant au contexte américain, Lindamer *et al.* (2012) mentionnent que : « *Although the definitions of high utilization differ among studies, between 5 and 18 % of mental health services users account for utilization of 27-63 % of the services (Sullivan* et al.*, 1993 ; Hansen and Elliott, 1993 ; Dhossche and Ghani, 1998 ; Saarento* et al.*, 1998)* » (p. 221).
13. Dans le cadre de cette recherche, nous avons intuitivement identifié trois profils d'utilisateurs des services en santé mentale parmi nos répondants. Le premier groupe se compose de personnes en marge du processus d'institutionnalisation et de désinstitutionnalisation. Il s'agit d'une clientèle indifférente aussi bien à l'institutionnalisation qu'à la désinstitutionnalisation qui a développé des rapports ambigus, distants ou « privés » avec les services en santé mentale. Bien que ces personnes aient fait l'expérience d'un problème de santé mentale, celui-ci demeure ponctuel et n'a jamais altéré leur autonomie. En général, ces personnes n'ont jamais été hospitalisées. Un deuxième groupe se compose de personnes qui n'ont connu que

également que de nombreuses études ont porté sur ce groupe. Les résultats sont généralement l'occasion de documenter, de manière aussi détaillée que possible, le profil sociodémographique et économique des utilisateurs de services en santé mentale. Les recherches indiquent que les utilisateurs les plus assidus des services spécialisés en psychiatrie (de deuxième et de troisième ligne) sont généralement des hommes, jeunes, sans emploi, vivant seuls, dénués d'un imposant soutien social et qui présentent une double problématique de trouble mental et d'abus de substances (CSBE, 2012).

Dans un deuxième temps, nous nous sommes donc questionnés sur l'expérience de ces grands utilisateurs au sein de l'organisation des services actuels. L'utilisation des services en santé mentale a été au centre de plusieurs études ces dernières années. Certaines privilégient le point de vue des gestionnaires et des intervenants du milieu de la santé et des services sociaux, pendant que d'autres ciblent davantage l'expérience et la parole des utilisateurs de service. De même, parmi les études disponibles, une partie traite particulièrement des effets organisationnels de la mise en œuvre du dernier Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005), tandis qu'un certain nombre portent davantage leurs analyses sur les facteurs individuels qui favorisent ou freinent l'accessibilité aux services en santé mentale et sur les besoins non comblés des personnes ayant un trouble mental grave (Fleury, 2011 ; CSBE, 2012 ; Gerson et Rose, 2012 ; Lindamer *et al.*, 2012 ; Ngui *et al.*, 2012 ; Fleury *et al.*, 2012a, 2012b, 2013b). Cette deuxième catégorie d'études retiendra tout particulièrement notre attention dans la section suivante.

---

la désinstitutionnalisation ; ce sont les « héritiers » ou les « bénéficiaires » de la fermeture massive de lits psychiatriques. Toutes ont, à un moment donné, perdu de leur autonomie en lien avec un problème de santé mentale et ont eu recours à des services communautaires ou institutionnels. Certaines ont été hospitalisées (moins de 10 ans), habituellement pour une période totalisant de 3 à 5 ans, et répartie en de courtes hospitalisations. Finalement, un troisième groupe (beaucoup moins présent au sein de notre échantillon) incluant les personnes qui ont vécu le passage du « grand enfermement » à la désinstitutionnalisation. Leur trajectoire de recours aux soins se situe entre l'institutionnalisation et la désinstitutionnalisation. Ces personnes ont vécu 10 ans et plus d'internement en institution hospitalière ou psychiatrique au cours de leur vie. Il est rapidement apparu que les deux derniers groupes avaient des profils d'utilisation des services de santé mentale similaires. Pour cette raison, nous en sommes venus à les jumeler afin de ne plus former qu'un seul groupe. La littérature sur les grands utilisateurs de services en santé mentale a permis de valider nos intuitions de départ. Ce « nouveau » groupe s'avère être au cœur des réflexions proposées dans le cadre de ce chapitre.

1. Les bilans sur les besoins non comblés et l'expérience d'utilisation des services en santé mentale des « grands utilisateurs »

Dans un récent document publié sur l'état de la situation en santé mentale au Québec, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE, 2012) dresse une liste d'études qui cernent certaines difficultés auxquelles se heurtent les personnes ayant un diagnostic de trouble mental grave. On y constate, par exemple, qu'une proportion élevée de personnes aux prises avec un diagnostic de schizophrénie présentent des besoins « de base » sérieux, notamment, en matière de logement, d'alimentation et d'activités quotidiennes (Middelboe *et al.*, 2001 ; Bengtsson-Tops et Hansson, 1999 ; Wiersma *et al.*, 1998, cités dans CSBE, 2012). Ces besoins sont encore plus manifestes chez les personnes ayant un trouble mental grave conjugué à un trouble modéré ou de personnalité (Hayward, Slade et Moran, 2006 ; Phelan *et al.*, 1995, cités dans CSBE, 2012). Une autre importante étude, réalisée cette fois dans le sud-ouest de Montréal, a porté sur les besoins des grands utilisateurs de services. Cette dernière a montré que leurs principaux besoins touchaient la gestion de la détresse psychologique et l'adaptation au stress, la prise en charge de la santé physique, la gestion des symptômes psychotiques et l'argent (Fleury *et al.*, 2013a). D'autres dimensions problématiques de leur vie ont également été désignées par les participants à cette étude, comme l'intégration sur le marché de l'emploi, la garde des enfants, la prise et la gestion des médicaments, les relations sentimentales et sexuelles. Ainsi, bien que les besoins des personnes ayant un trouble mental grave aient tendance à impliquer diverses sphères de leur vie (économique, sociale, personnelle, etc.), on constate que ceux qui concernent la gestion de la maladie sont loin d'être marginaux, d'autant qu'ils perdurent généralement dans le temps (Chronister *et al.*, 2013). De fait, la gestion de la détresse psychologique, l'adaptation au stress, la gestion des symptômes psychotiques, la prise et la gestion des médicaments, qui sont autant de besoins documentés par la littérature récente (Fleury *et al.*, 2013a) renvoient tous, de près ou de loin, à la réalité apparemment problématique de la gestion quotidienne du trouble mental. Le parcours de soins de bon nombre de ces personnes, qui prend souvent la forme de va-et-vient entre rémission et rechute, y est probablement pour quelque chose. En effet, comme l'observent Gerson et Rose (2012), la gestion de la maladie mentale ou du trouble mental grave relève rarement d'un processus linéaire :

> *Severely mentally ill persons, diagnosed with schizophrenia or mood disorder, often experience a complex and disturbing illness course. Characterized by significant and sometimes disabling symptoms of delusions, hallucinations, social withdrawal, and amotivation, these patients are at high risk for relapse. Frequent relapse and*

rehospitalizations are major concerns, indicating a "downward spiral" of decreased functioning and increased dependence on others for care and support (U.S. Public Health Service Office of the Surgeon General, 2001) (p. 262).

À la lumière de ces informations, on constate que la situation des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves nécessite une approche globale de la santé et de ses déterminants puisque ces individus sont souvent confrontés à de multiples problématiques telles que le logement, l'emploi, un réseau social limité, etc. Par conséquent, le défi pour le système de santé et de services sociaux est considérable. De quel cadre s'est-il doté pour baliser les pratiques dans le domaine de la santé mentale ? La section suivante tentera d'apporter une réponse quant à ce questionnement.

2. Les enjeux de qualité des soins, de continuité et d'accessibilité des services

Dans un récent document portant sur les déterminants sociaux de la santé, le MSSS indique que « le système de santé et de services sociaux vise à assurer l'accessibilité[14], la continuité[15] et la qualité des services[16], dans tous les secteurs : public, privé et communautaire » (CSBE, 2012, p. 11). Par conséquent, l'enjeu d'une « bonne » gestion de la maladie mentale interroge, entre autres, ces trois éléments phares de la prise en charge de la santé et plus largement de ses déterminants.

---

14. « La notion d'accessibilité représente l'attribut d'une institution ou d'un service pour lesquels un accès est possible. L'accès réfère à la possibilité d'obtenir un service de santé en présence d'un besoin ressenti et d'un désir de soins (Frenk, 1992 ; Penchansky et Thomas, 1981). [… E]st considérée accessible une organisation de santé qui peut facilement être utilisée : pour laquelle il y a peu de barrières géographiques, organisationnelles, économiques ou culturelles à son utilisation par les personnes. L'accessibilité est ainsi un jugement porté sur la possibilité et la facilité avec laquelle un service ou une ressource est utilisée (Haggerty, Burge *et al.*, 2008 ; Donabedian, 1973 ; Dussault, 1993) » (Pineault *et al.*, 2008, p. 45).
15. « La continuité décrit l'absence de bris dans une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs services doivent être donnés. Ces services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse. La continuité résulte d'attributs des ressources permettant cet enchaînement : les mêmes personnes offrent les services, l'information circule entre les épisodes de soins ou entre les différents lieux où sont offerts les services » (Pineault *et al.*, 2008, p. 45-46).
16. Selon l'OMS, la qualité des services réfère à « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (OMS, 1987).

Concrètement, comment cela s'applique-t-il en ce qui a trait aux services en santé mentale et quels sont les impacts sur les plans individuel et collectif ? Quant à la question de la qualité des services, Caron *et al.* (2012) ont mis en évidence le rôle joué par la qualité des services en santé mentale offerts à la communauté dans le maintien d'une bonne santé mentale collective. En ce qui a trait à l'arrimage entre les services, le CSBE (2012) précise pour sa part que des difficultés d'accès et de continuité des services peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé. Rappelons que les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, ainsi que leur famille, sont aussi celles qui sont « les plus susceptibles de souffrir d'une organisation inadéquate des services de santé mentale (MSSS, 1998a) » (CSBE, 2012, p. 6). En ce sens, Gerson et Rose (2012) indiquent que : « *As many as 50% of high utilizers are readmitted to hospitals as a result of the emergency room visit. Lack of resources in the community has also been implicated in the emergency room to rehospitalization scenario (Arfken* et al.*, 2004)* » (p. 262). L'accessibilité s'impose donc elle aussi comme une dimension déterminante d'une bonne santé mentale collective. Elle figure d'ailleurs, au même titre que la qualité des services et la continuité, au rang des priorités en matière de prise en charge de la maladie mentale (CSBE, 2012). L'accessibilité et l'efficacité des services peuvent aider à réduire considérablement la durée d'un épisode de détresse psychologique, par exemple. Or, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010), à peine 35 % à 50 % des personnes ayant un trouble mental grave reçoivent les soins nécessaires (*needed*) dans les pays développés (*high income countries*) (p. 16). Malgré les balises dont s'est doté le MSSS, il apparait donc que de nombreux défis sont présents dans la prise en charge de la maladie mentale dans le contexte actuel.

2.1. Au-delà du profil des « grands utilisateurs » : leur expérience du système de santé et de services sociaux

Chacune à leur manière, ces études permettent de mieux identifier certaines caractéristiques des individus aux prises avec des troubles mentaux graves ainsi que leur utilisation dans les différents paliers de services en santé mentale. Mais au-delà des « profils » de ces grands utilisateurs, que savons-nous de l'expérience qu'ils font des services en santé mentale ? C'est ce point de vue et l'expérience vécue par les grands utilisateurs de services en santé mentale à titre d'« experts » du système de santé et de services sociaux qui a intéressé la présente recherche. Il s'agissait, en effet, de solliciter le savoir expérientiel de ces personnes pour ainsi porter un éclairage singulier sur les réussites, limitations et ratés associés aux objectifs d'accessibilité, de qualité et de continuité du système de santé et de services sociaux à titre de déterminants sociaux de la santé (MSSS, 2012).

Cet objectif s'inscrivait plus largement dans le courant qui tend à reconnaitre la valeur du savoir des personnes usagères dans l'organisation du système de santé. Si ce courant a pris naissance à la fin du XXe siècle, c'est tout récemment qu'il a véritablement pris son envol. Samson (2011) exprime avec justesse l'évolution de l'apport de la parole de l'usager en santé mentale :

> Mais avant même que ne se concrétise cet apport, une voix a dû émerger. Du cri solitaire de la période asilaire, en passant par le « je » qui se raconte entre pairs, à celui – courageux – qui témoigne devant autrui de son vécu, la parole devient depuis peu « expert » et pose les bases du dialogue avec les acteurs touchés (p. 2).

Dans son Plan d'action en santé mentale, le MSSS s'est d'ailleurs fixé comme objectif de « favoriser la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision » (MSSS, 2005, p. 16). Selon Clément (2011), c'est à partir de ce moment que les personnes utilisatrices des services en santé mentale ont été reconnues à titre d'« experts d'expérience » :

La notion d'« usager-expert », nous dit l'Association (provinciale) des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ),

> est liée à l'expérience et à l'expertise de la personne utilisatrice de services en santé mentale. Le terme expérience renvoie au vécu de la personne. L'expertise, quant à elle, fait référence à la personne qui devient experte de son propre vécu. En d'autres termes, la personne qui a su retirer de son vécu la connaissance (le savoir) et la compétence (le savoir-faire) peut se définir comme un usager-expert (Clément, 2011, p. 10).

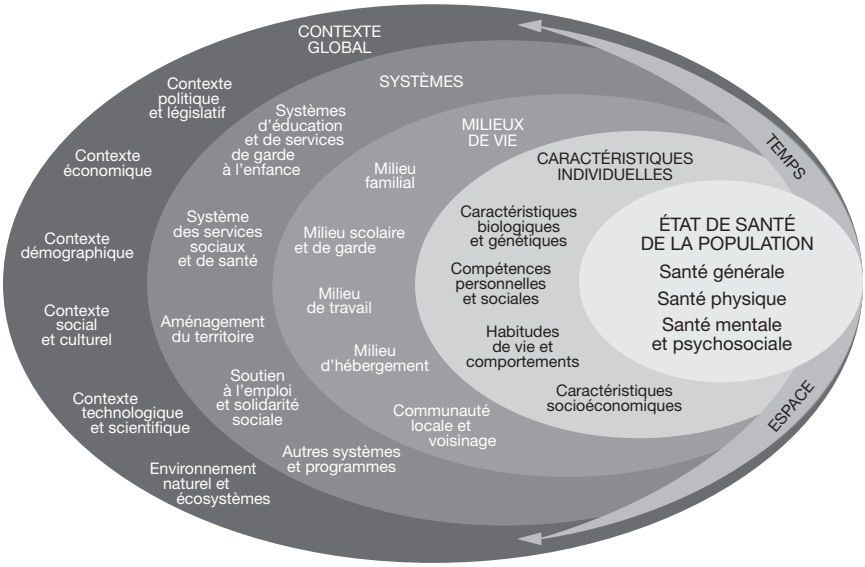
S'inscrivant dans ce courant, c'est donc de l'objectif de faire entendre la voix de certains des grands utilisateurs à titre d'experts du système de santé qu'émane ce chapitre.

3. Le cadre théorique : le système de santé et de services sociaux comme déterminant social de la santé

Tel que cela a été signalé précédemment, les problèmes de santé mentale sont parfois associés à d'autres éléments (logement, soutien au logement, emploi, formation de la main-d'œuvre, réseau social, etc.) pouvant avoir un effet négatif sur ces individus déjà fragilisés. Une compréhension globale de la santé passe donc nécessairement par l'étude de différents facteurs pouvant avoir une influence. Le MSSS (2010) propose un cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé qui illustre l'ensemble des éléments devant être considérés afin de mettre de l'avant une

FIGURE 6.1.

Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants



Source : MSSS (2010, p. 9).

perspective holistique de la santé (figure 6.1). Les différents niveaux ayant un effet sur la santé y figurent. Ils correspondent ici au macrosocial (contexte global), au mésosocial (systèmes et milieux de vie) et au microsocial (caractéristiques individuelles).

Ces différents niveaux sont tous interreliés. À titre d'exemple, les conditions de vie des individus résultent des effets des politiques sociales, des programmes sociaux, etc. S'inspirant de la pensée de Graham (2004), Dorvil (2007) précise que les caractéristiques individuelles (génétiques et physiologiques), donc le microsocial, « serviraient d'intermédiaires des déterminants sociaux sur la santé. Le rang social signe en quelque sorte la vulnérabilité à la maladie et aux lésions corporelles et psychiques » (p. 182). Bref, l'environnement global occupe une part importante de responsabilités dans les inégalités sociales en santé[17], et l'individu ne peut être tenu seul responsable de sa condition. Nous sommes inégaux devant les risques et plus particulièrement devant la maladie en raison de

17. « [U]ne répartition inégale [et systématique] d'états de santé en fonction de variables de stratification sociale [revenu, conditions de travail, conditions de vie, niveau d'éducation, type de logement, quartier habité et appartenance à un groupe discriminé] » (Dorvil, 2010, p. 267).

certaines conditions structurelles (Fassin 1992, 1996 ; Farmer, 2004). La santé mentale ne fait pas exception à l'incidence des déterminants sociaux de la santé et nous ne sommes pas tous égaux devant la folie. En ce sens, dans un récent document sur la santé mentale, l'OMS (2013) précise que :

> *Determinants of mental health and mental disorders include not only individual attributes such as the ability to manage one's thoughts, emotions, behaviours and interactions with others, but also social, cultural, economic, political and environmental factors such as national policies, social protection, living standards, working conditions, and community social supports among others* (p. 4).

Wilkinson et Picket (2013) abondent dans le même sens et rapportent que les troubles anxieux, les troubles du contrôle des impulsions et les maladies graves sont tous fortement corrélés avec l'inégalité ; les troubles de l'humeur le seraient toutefois moins. Toujours selon ces auteurs, les États-Unis dépensent *per capita* deux fois et même trois fois plus en services de santé que des pays comme le Japon, le Royaume-Uni, la Norvège ou encore le Canada. Pourtant, les États-Uniens sont en moins bonne santé que les Scandinaves. Venant appuyer l'idée selon laquelle la santé ne se résume pas exclusivement aux services de santé, Caron *et al.* (2012) mentionnent que l'état de santé mentale d'une population résulte de l'interaction entre bon nombre d'éléments, et ce, tant sur le plan individuel que populationnel. Le lien entre la pauvreté et le développement de la détresse psychologique ou encore des troubles psychiatriques est d'ailleurs le principal facteur de risque évoqué par l'auteur. Notons qu'au Canada en 2003, un quart des personnes présentant un trouble mental vivaient dans la pauvreté. Pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères, cette proportion est probablement plus élevée (Wilton, 2003, cité dans Durbin, Bondy et Durbin, 2012). Dorvil (2010) rappelle pour sa part que le diagnostic de schizophrénie serait huit fois plus fréquent chez les individus des classes modestes que chez ceux appartenant à la classe élevée (Holzer *et al.*, 1986, cité par Dorvil, 2010). L'absence de diplôme d'études secondaires aurait également un effet sur le fait d'avoir un diagnostic de psychoses affectives. Ces personnes seraient 1,8 fois plus susceptibles d'avoir ce diagnostic que celles possédant un diplôme postsecondaire (Yu et Williams, 1993, cités dans Dorvil, 2010). Il est également possible d'établir une corrélation entre un faible revenu et la dépression majeure. Tout comme pour les maladies physiques, les stratifications sociales jouent un rôle important dans la distribution des maladies mentales.

La pauvreté et plus largement les déterminants sociaux de la santé sont présents tant en amont (en tant que causes) qu'en aval (en tant que conséquences) dans la compréhension des problématiques liées à la santé mentale. Durbin, Bondy et Durbin (2012) rapportent que le stress associé à la pauvreté, au non-emploi ou encore à de mauvaises conditions de

logement peut favoriser le développement de troubles mentaux ou les aggraver. Dans un rapport intitulé *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*, l'OMS (2010) rappelle également que : « *Discrimination and exclusion from community life are common and can occur in housing, education, employment, as well as in social and family relationships. Over time, significant social and economic deprivation occurs as a consequence* » (p. 9). Dorvil (2010, p. 267) ajoute que :

> Cependant, la spécificité du trouble mental signe sa place dans le monde des déterminants sociaux de la santé. À cela faut-il ajouter le fait que cette spécificité constitue en soi une autre forme d'inégalité sociale. De plus, le stigma des troubles psychiques et l'exclusion des personnes présentant un trouble mental des sphères de la société civile comme le logement, l'emploi constituent sinon la première inégalité sociale, du moins la plus insidieuse.

La stigmatisation expliquerait donc, en partie, les difficultés à accéder au marché de l'emploi ou encore à un logement décent. Le logement représente un exemple de l'effet des déterminants sociaux de la santé sur la santé mentale. Le manque de ressources financières, couplé parfois à des difficultés à accéder à un logement, impose aux personnes présentant une maladie mentale des logements insalubres, qui par ailleurs sont sous les normes habituelles. Ces logements se situent le plus souvent dans des quartiers défavorisés où l'environnement physique et le milieu social peuvent avoir une influence sur la santé des individus (MSSS, 2007).

La santé mentale, et plus largement les déterminants sociaux de la santé, interroge donc le rapport entre l'individu et la société. Une personne aux prises avec un problème de santé mentale doit être perçue dans sa totalité et non pas exclusivement sous son aspect biologique ou psychologique. L'ensemble des facteurs en amont ou en aval est alors inclus dans la compréhension de son cheminement. Une telle perspective permet, par exemple, d'illustrer l'imbrication des trajectoires de soins au vécu individuel, tant dans l'espace clinique que dans l'espace social. Il est alors possible de dépasser la vision médicale, en présentant la santé comme un « fait social total » (Mauss, 1968). Par conséquent, cette perspective holistique resitue les trajectoires biographiques dans l'environnement global dans lequel elles se trouvent. S'inscrivant également dans une perspective globale de la santé, Corin (1996) met de l'avant la complexité de facteurs causaux qui varient dans l'espace et le temps. Elle propose une vision de la causalité plus systémique :

> Les données quantitatives permettent aux chercheurs de déterminer les sous-groupes ou les catégories de personnes qui semblent présenter un risque particulier de santé. L'examen de leur situation sociale et culturelle permet de détecter les traits particuliers qui pourraient être associés à une vulnérabilité accrue (Corin, 1996, p. 113).

S'inscrivant dans la même ligne de pensée, Bibeau (1999) mentionne que :

> L'anthropologie et la sociologie peuvent apporter [...] un complément à l'épidémiologie en fournissant un éclairage permettant de voir comment et pourquoi s'établissent des interrelations entre des variables qui en viennent à former, dans un groupe humain particulier, un « nœud problème », ou une sorte de « dispositif pathogénique » qui favorise l'émergence de certains problèmes (p. 219).

Une telle approche permet d'établir un lien entre les individus et l'environnement dans lequel ils évoluent, et de comprendre le poids des conjonctures qui engendrent des problématiques particulières. Bibeau (1999) propose de tenter de décrire les formes sous lesquelles les nœuds problèmes se présentent au sein de groupes donnés et de porter ainsi un regard sur les réalités quotidiennes des individus. Il est alors possible de se concentrer sur les milieux de vie pour déterminer les conditions et les dispositifs structurels qui peuvent être pathogéniques (susceptibles de provoquer une maladie) et engendrer certains problèmes (physiques ou mentaux). Qu'ils soient la cause ou la conséquence des troubles mentaux, les déterminants sociaux de la santé jouent donc un rôle considérable dans la compréhension des trajectoires des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves.

Tout en conservant en toile de fond cette perspective globale sur la santé et ses déterminants et avec une volonté d'apporter une perspective complémentaire aux études épidémiologiques, nous nous attarderons plus particulièrement à un seul élément déterminant, le système de santé et de services sociaux. À travers les récits des répondants, nous tenterons d'illustrer les effets (positifs et négatifs) de l'organisation des soins sur ces derniers.

4. La méthodologie[18]

L'approche qualitative par la voie d'entretiens semi-directifs a été privilégiée dans le cadre de cette recherche. Par-delà les critères nosographiques qui, par le biais de catégories diagnostiques, définissent en termes

18. On utilise uniquement les entrevues réalisées à Québec et à Montréal dans le cadre de ce chapitre. Une trentaine d'entrevues et de *focus-group* ont toutefois été menés à Montréal, Québec, Joliette et à L'Annonciation, récemment nommée Rivière-Rouge. Le choix de ces quatre lieux est symptomatique du début difficile de la désinstitutionnalisation. Rappelons ici que la désinstitutionnalisation des soins et des services psychiatriques a été l'élément moteur du Rapport de la Commission d'études des hôpitaux psychiatriques (Bédard *et al.*, 1962). Mais en dépit de ce vent de libération (la Révolution tranquille) qui soufflait sur le Québec, malgré ses retombées bénéfiques sur la psychiatrie, l'un des bastions du conservatisme et des mythes ruraux

médicaux les réalités subjectives et sociales vécues par les grands utilisateurs des services en santé mentale, les entretiens semi-directifs offraient en effet la possibilité d'un accès différent à leur réalité, et cela à partir de l'interrogation de leurs points de vue et de leurs expériences du système de santé et de services sociaux. Les entretiens étaient structurés autour de deux axes centraux de questionnement : 1) les services utilisés tout au long de leur parcours de soins depuis le moment du premier épisode ; 2) leur appréciation générale des services utilisés à ce jour. Les données qui ont été collectées en 2010 et 2011 et que nous exposerons dans ce qui suit traitent du cas d'un échantillon composé de 12 grands utilisateurs de services (5 femmes, 7 hommes) âgés de 18 à 55 ans. Ces personnes ont en commun d'être aux prises avec un ou plusieurs diagnostics de trouble mental (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble dépressif majeur, trouble anxieux) ou de la personnalité (personnalité limite ou *borderline*). Ils ont pour lieu de résidence Québec (5) ou Montréal (7), occupent un emploi (à temps partiel ou à temps complet) (3) ou sont prestataires de l'aide sociale (8)[19].

Comme l'indique la figure 6.1, le système de santé fait partie des nombreux déterminants sociaux de la santé. Plus précisément, l'accessibilité, la continuité et la qualité du système de santé et de services sociaux sont des principes promus par le MSSS, notamment parce qu'ils sont considérés comme des facteurs favorables à l'amélioration de la santé individuelle et collective.

Or, ces thèmes de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services sont aussi ressortis très clairement des entretiens semi-directifs menés auprès de l'échantillon de répondants. C'est donc autour de ces thèmes que s'est organisé le travail d'analyse des propos recueillis qui ont servi de matériau empirique à ce chapitre. La grande expérience, voire l'« expertise » des répondants dans l'utilisation des services a permis d'apporter un éclairage singulier sur le système de santé et de services sociaux. Notamment, l'expérience unique qu'ils ont du système de santé a été

---

du Québec, le gouvernement Lesage dut permettre l'achèvement des travaux de construction de deux asiles, soit celui de Joliette et celui de L'Annonciation. Pour éviter l'asphyxie économique de ces deux régions défavorisées certes, mais aussi sous la pression de groupes de citoyens, principalement de Sillery (Québec) et de Ville-Mont-Royal (Montréal) réclamant un sursis de la désinstitutionnalisation en terre urbaine, le temps d'expérimenter en milieu rural (Laurentides et Lanaudière) le vécu des « fous » dans la communauté. On peut penser que ces groupes de citoyens n'étaient pas encore prêts à partager leur espace vital avec ces marginaux pourtant originaires majoritairement de ces deux villes.

19. L'une des répondantes bénéficiait des prestations de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) au moment de l'entretien, à la suite d'un accident de travail impliquant sa santé physique.

l'occasion de mieux comprendre la manière dont ces principes phares, en matière de continuité, d'accessibilité et de qualité, prennent corps – ou non – dans leur parcours de soins.

5. La continuité, l'accessibilité et la qualité des services en santé mentale : les points de vue et les parcours de soins des grands utilisateurs

5.1. La continuité

La plupart des répondants ont recours à une grande quantité et diversité de services en santé mentale, et cela, conjointement, alternativement ou successivement. L'utilisation qu'ils en font dépendra généralement de leurs besoins du moment, qui sont eux-mêmes appelés à évoluer dans le temps. Or, si certains répondants se réjouissent des avantages tirés d'une telle continuité dans leur parcours de soins, le maintien de cette continuité est loin d'aller de soi pour une majorité d'entre eux. La continuité, telle que nous l'entendons, renvoie à trois dimensions centrales : « informationnelle (transfert et accumulation de l'information nécessaire au traitement de la personne), clinique (les soins sont prodigués dans une séquence temporelle cohérente) et relationnelle (la relation entre le patient et les professionnels est stable dans le temps) (Haggerty, Burge *et al.*, 2008) » (Pineault *et al.*, 2008, p. 45-46). Ces trois dimensions de la continuité des services seront analysées distinctement à partir de l'expérience des répondants.

5.1.1. La dimension informationnelle

Les services disponibles : des vases pas forcément communicants

La possibilité du maintien d'une certaine continuité entre les services est d'abord associée à une composante informationnelle. Cette dimension informationnelle est décisive, entre autres parce qu'elle est souvent la première marche de l'orientation vers le « bon » service, c'est-à-dire vers celui qui saura répondre le plus adéquatement possible aux besoins manifestés, à un moment particulier, par la personne en situation de crise ou de grande vulnérabilité psychosociale[20].

20. Nous verrons que, pour plusieurs des répondants interrogés, leur vulnérabilité est aussi bien psychologique que sociale. Car à leur détresse psychique se mêle un grand dénuement socioéconomique (situation d'hébergement précaire, sans emploi, isolement social, etc.).

Or il arrive que pour différentes raisons, cette information ne soit pas donnée à la personne en détresse, par exemple, lorsque survient une situation de crise ou, encore, durant les périodes de transition entre les services. Ce vide informationnel au sujet des services disponibles peut constituer une grande source d'inquiétude pour certains répondants, notamment lorsque cela signifie se retrouver devant rien, sinon devant la réalité de la rue. C'est le cas de Jules qui, à la suite d'une arrestation pour cause d'état d'ébriété sur la voie publique, s'est retrouvé à faire un court séjour en prison. Ce dernier déplore qu'au moment de sa sortie de prison, malgré sa fragilité psychologique et le grave état de dénuement dans lequel il se trouvait, personne ne se soit occupé de lui fournir des informations sur les services à même de l'aider à se nourrir et à se loger.

> *Pourquoi vous ne me dites pas elles sont où les ressources de banque alimentaire? Au moins, en me remettant dans la rue, je ne serais pas en mode survie de me nourrir. C'est inquiétant quand tous les matins tu te lèves et c'est: « Qu'est-ce que je vais manger aujourd'hui? » C'est grave là. Et tu n'as pas d'argent et tu n'as pas de rien.* [...]
>
> *Ce que je déplore, c'est que là ils te pognent et que lorsque ton temps est fini ils te « pitchent » dans la rue. Mais tu n'as rien réglé. Tu es problématique pour la société et pour toi-même. Ils te pognent, ils te disent:*
>
> *– On te pogne un billet d'autobus.*
>
> *– Oui, mais attends un peu. Je n'ai plus de change, plus rien à part ce que j'ai sur le dos.*
>
> *– Ça ne nous regarde pas ça.*
>
> *Donc, tu ne règles pas le problème, tu remets le gars dans la rue. Là, il a faim et il faut qu'il vole pour aller manger* (Jules, 06, Qc).

Il se considère toutefois chanceux d'avoir pu, cette fois-là, éviter le pire grâce aux bons conseils d'un codétenu qui, avant le moment de sa sortie, l'avait référé à une ressource communautaire à même de l'aider. Dans son récit, Pierre fait lui aussi mention de ce manque de continuité entre les services. Pendant des années, lorsqu'il vivait des situations de crise, ce dernier explique avoir fait appel aux services de police dans l'espoir d'avoir accès à une cellule de prison le temps que son état de crise passe. C'est la manière que Pierre avait trouvée pour se protéger de lui-même dans les moments où sa santé mentale se détériorait dramatiquement. Il raconte que, dans ces moments, les policiers se sentaient bien dépourvus devant les besoins qu'il manifestait et que, généralement, ces derniers demandaient aux ambulanciers de le conduire à l'hôpital. Une fois là-bas, un traitement pharmacologique lui était administré et, au bout de quelques jours, il obtenait son congé de l'hôpital. Seulement, Pierre déplore qu'à aucun moment, ses visites au poste de police et ses courtes hospitalisations en psychiatrie n'aient été l'occasion pour lui de se voir référer des services en santé mentale, susceptibles de prendre le relais face

aux besoins et difficultés qu'il continuait d'éprouver[21]. Faute de ce type de services, il se retrouvait à reprendre le chemin de la rue, des centres d'hébergement pour personnes en situation d'itinérance ou encore des appartements insalubres : « *J'ai rencontré un policier qui était bien fin et qui a pris le temps de jaser une demi-heure. Les autres, ils n'ont pas le temps. Ils ne s'occupent pas. Ils appellent une ambulance. Tu arrives à l'hôpital, ils te donnent une piqûre. Tu es couché deux jours* » (Pierre, 05, Mtl).

Dans ces cas, tout se passe comme si le manque d'information sur la diversité des services en santé mentale existants ne faisait qu'accentuer la vulnérabilité psychosociale des personnes en situation de crise ou de grande détresse. Et, d'après les personnes interviewées, cela concernerait tout particulièrement les services de police et correctionnels qui, même si leur mandat ne vise pas particulièrement les personnes ayant des troubles mentaux, sont néanmoins amenés à intervenir de plus en plus régulièrement auprès de ces dernières. Entre autres, parce qu'il n'est pas rare que ces services servent, pour ainsi dire, de « porte d'entrée » au réseau de services en santé mentale pour des personnes qui, comme Jules, vivent dans des conditions de grande vulnérabilité.

Pour ce dernier, en effet, le service de police a été ce qui lui a permis, à un certain moment de sa trajectoire de vie, d'avoir enfin accès à des services adéquats en santé mentale. Comme le mentionne Jules, un jour, après avoir pendant plusieurs mois partagé son temps entre la rue et des appartements insalubres, il a eu la chance qu'un policier, plutôt que de procéder une fois de plus à son arrestation, le reconduise à la porte d'un organisme communautaire. Spécialisé en santé mentale, cet organisme a pu enfin l'aider à trouver des ressources cliniques (CLSC) et d'hébergement, notamment. C'est à ce moment précis que, comme il l'exprime lui-même, le « *bon tournant a commencé* », alors qu'il avait atteint le fond du « *trou* » (Jules, 06, Qc). Mais, pour Jules, ce fut là l'aboutissement d'un long et sinueux parcours de soins, qui s'étendit sur plusieurs années et qui

21. Dans son *Plan d'action stratégique en matière de santé mentale 2013-2015*, le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) fait d'ailleurs mention de cet enjeu qui est au cœur de sa pratique : « Actuellement, dans la perspective d'une approche intégrée, il existe des lacunes sur le plan de la continuité des services entre les différents secteurs d'intervention : par exemple, plusieurs fois par jour, les policiers accompagnent des personnes mentalement perturbées aux urgences hospitalières, même si cela n'est pas toujours la réponse la plus appropriée. Ces lacunes sont amplifiées par les divers flous qui existent concernant l'imputabilité des actions lorsque plusieurs partenaires sont mis à contribution dans les interventions. Les rôles et responsabilités respectives des différents intervenants sont d'ailleurs souvent méconnus lorsqu'il est question de situations impliquant des personnes mentalement perturbées ou en crise » (SPVM, 2013, p. 10).

fut parsemé d'allers-retours multiples entre la rue et les services de police et les services carcéraux. Et, dans son cas, tout porte à croire que le déficit d'information sur les services disponibles a considérablement compliqué son parcours de soins dans le système de santé et de services sociaux.

Plus généralement, le récit de ces répondants suggère ainsi que certains services avec lesquels ils ont eu affaire n'étaient pas efficacement outillés pour faire face à la complexité des situations de crise et de grande vulnérabilité qu'ils vivaient, notamment pour les référer au « bon » service. Une partie de ces intervenants donnent en effet l'impression de travailler en « silo », c'est-à-dire de moduler leurs interventions d'après les signes extérieurs de détresse ou les « symptômes » décelés chez un individu et, surtout, en fonction de la manière dont ils interpellent particulièrement et isolément leur pratique professionnelle. Ce faisant, ils négligent de prendre en considération les conditions générales (sociales, économiques, etc.) dans lesquelles se manifestent les « symptômes » observés et, partant, les différents types de services en santé mentale qui gagneraient à être mis à contribution.

Le parcours de soins d'autres répondants suggère toutefois que certains services auraient davantage l'habitude de fonctionner de pair, ce qui faciliterait le transfert d'informations vers leurs utilisateurs potentiels. Par exemple, d'après plusieurs répondants, les urgences et les centres de crise se présenteraient l'un et l'autre, auprès de leurs utilisateurs, comme des alternatives possibles en cas de situation de crise. Et l'expérience des répondants montre que lorsqu'ils disposent effectivement de cette information, ils auront ensuite tendance à moduler volontairement l'utilisation qu'ils font de ces deux services en fonction de la tournure prise par leur épisode de crise : « *Pis au centre de crise ça aussi c'était aidant. C'est sûr que ce n'est pas en continu, mais si je ne* feel *pas et que je ne veux pas être hospitalisée, bien je peux appeler au centre de crise et je demande à parler à mon intervenant* » (Jessica, 12, Mtl). Enfin, certains services, comme l'urgence psychiatrique, n'hésitent pas à rappeler à leurs utilisateurs qu'ils restent à leur disposition au cas où le besoin se ferait à nouveau sentir. Une information qui, pour certaines personnes, peut s'avérer rassurante, notamment lorsqu'aucun service, à même de prendre le relais de leurs difficultés, ne les attend à la sortie de l'hôpital : « *Bien quand je quitte, ils me disent tout le temps que s'il y a de quoi, je peux les appeler pour leur demander des conseils. Mais en général, une fois que tu as quitté, c'est pas mal comme l'hôpital normal là. Ils vont te rappeler s'il y a de quoi. Mais en général, tu es laissée…* » (Anne, 01, Mtl).

5.1.2. La dimension clinique

Quand la cohérence entre les services opère et donne des résultats

L'objectif d'une continuité dans les services est également associé à une dimension clinique. Cette dernière réfère à l'importance du maintien d'une cohérence dans la séquence d'intervention des différents services et soins prodigués à une personne. Ainsi, à l'image du transfert et de l'accumulation d'information nécessaire au traitement, la question du « bon ordre » des services s'impose comme une dimension clé du principe de continuité (Haggerty *et al.*, 2008 ; Reid *et al.*, 2002, cités dans Pineault *et al.*, 2008). Parmi les personnes interrogées, plusieurs ont clairement souligné les avantages tirés d'un enchaînement harmonieux entre les soins et les services. En effet, certains répondants mentionnent avoir été référés à un centre de crise à la suite d'une hospitalisation pour ainsi poursuivre leur rétablissement entourés d'intervenants spécialisés. Cette continuité dans l'enchaînement des soins et services peut se traduire également, comme dans le cas d'Isabelle, par le fait d'être référée, successivement, vers diverses ressources adaptées au portrait global de ses besoins et difficultés :

> [L'hôpital] *m'a référée à l'hôpital de jour Faubourg St-Jean.* […] *qui est spécialiste du TPL* [trouble de personnalité limite]. *Parce que si tu veux rentrer là, il faut que tu te fasses référer par l'hôpital. Donc j'ai comme eu le jackpot en tout. Référée au Faubourg, une maladie et un mois d'hébergement au centre de crise* (Isabelle, 07, Qc).

Il arrive aussi que le rôle de fil conducteur entre les différents soins et services soit concrètement exercé par un organisme qui, ce faisant, assure le maintien d'une cohérence et d'une continuité dans le parcours de soins. C'est le cas du Programme de suivi intensif dans la communauté (PACT) qui offre notamment la possibilité d'une relation de services de proximité aux personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et aux grands utilisateurs de services[22]. Comme le suggèrent Michel et Claudine, le PACT accompagne, encadre et soutient la trajectoire de soins et cherche à ce que la prise en charge embrasse la gamme de leurs difficultés et de leurs besoins, notamment en termes de médication et d'hébergement. En parlant de l'aide obtenue à sa sortie de l'hôpital, Michel raconte : « *Ce n'est pas vraiment à l'hôpital, mais c'est le PACT. Ils m'ont aidé à trouver une place où rester. La curatelle me donne mon argent, ma pension, argent de poche. Et ils viennent à tous les jours porter ma médication pour être sûr que je le prenne comme il faut* » (Michel, 08, Qc). Claudine est elle aussi

22. Des informations sur ce programme sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.institutsmq.qc.ca/soins-et-services/soins-psychiatriques/troubles-psychotiques/suivi-intensif-dans-la-communaute-pact/index.html>, consulté le 14 mai 2014.

très satisfaite de ce service : « *Quand je rentre à l'hôpital, c'est eux autres qui s'occupent de moi pareil. Quand je sors de l'hôpital, ils continuent mon suivi, ils recommencent à zéro et là ça continue* » (Claudine, 09, Qc).

Les temps morts entre les services : « seul » face à sa détresse

Mais il arrive aussi qu'interviennent des ruptures, des temps morts dans les parcours de soins. C'est souvent ce scénario qui prévaut lorsqu'aucun service n'est là pour faire le pont avec le précédent, et donc pour assurer une continuité entre eux. Ces temps morts dans la séquence d'accès aux services peuvent se traduire par des périodes de grande détresse et d'angoisse pour les personnes qui se retrouvent alors, pour un laps de temps plus ou moins long, livrées à elles-mêmes. Et lorsqu'à cette solitude dans la détresse psychologique s'ajoute une grande vulnérabilité sociale, les effets sur la personne, dans bien des cas, n'en sont que plus nuisibles. À titre d'exemple, Jules déplore qu'à sa sortie d'un centre de désintoxication, une fois sa thérapie complétée, aucune aide ne lui a été offerte pour soutenir la poursuite de son parcours de soins. Il signale n'avoir alors eu d'autre choix que de s'organiser par ses propres moyens pour trouver les ressources disponibles, notamment en matière d'hébergement. De même, Jules fait un parallèle entre cette dernière situation et les ruptures de services cliniques reçus de la part de travailleurs sociaux lors d'hospitalisations passées. Dans une situation comme dans l'autre, c'est le manque d'un suivi continu qui lui a fait défaut, et dont il affirme avoir grandement pâti : « *Ils poussent dans les travailleurs sociaux et eux ne peuvent pas te suivre après quand tu sors de l'hôpital. Donc un moment donné bien tu fais une entrevue et le travailleur social te dit : "Ok, on va te 'pitcher' à l'Auberivière ou chez vous" et après tu n'as plus de suivi* » (Jules, 06, Qc). Pierre rapporte également un manque de suivi dans la séquence de soins et de services qui a composé son parcours de soins. Dans son cas, le déficit de suivi semble avoir significativement contribué à le maintenir en situation d'itinérance pendant plus d'une vingtaine d'années, comme il le dit, avant qu'on « *le soigne* » : « *J'ai passé en cour à peu près 10 fois et c'est toujours la même affaire. Je ne* feel *pas et ils m'envoient à l'hôpital. Le docteur à l'hôpital me fait une petite piqûre dans le bureau et puis : "Envoye, va-t'en chez vous, tu es correct"* » (Pierre, 04, Mtl).

De même, plusieurs répondants ont rapporté avoir souffert d'un manque de suivi à la suite des consultations à l'urgence ou, encore, après des périodes d'hospitalisation. Par exemple, Anne se souvient d'une situation, où ses difficultés et sa demande d'aide à l'urgence ont été mal décodées par le professionnel clinique (psychiatre) consulté. Alors qu'elle se sentait en grande détresse psychologique, celui-ci lui a tout de même accordé son congé, à son grand étonnement, très peu de temps après son arrivée à l'urgence : « *Je vous dirais que c'est arrivé une fois, où le psychiatre*

avait été, excusez-moi, vraiment épais ! Pour vous donner une idée, je venais de prendre une marche sur les rails du métro. […] *Une demi-heure après être arrivée à l'urgence, le psychiatre me donne mon congé !* » (Anne, 01, Mtl). D'autres répondants ont également évoqué des situations similaires, où l'obtention perçue comme prématurée de leur congé de l'hôpital et non accompagnée d'un suivi professionnel particulier n'a fait qu'ajouter à leur détresse. Par exemple, Isabelle raconte les inquiétudes et le stress ressentis au moment où, contre son plein gré, elle a dû quitter l'hôpital : « *Qui s'enclenche, le stress, la patate qui y va et "Qu'est-ce que je vais faire chez nous toute seule ? Je ne suis pas bien pantoute là. Je suis toute seule, je ne suis pas bien. Je ne suis vraiment pas bien"* » (Isabelle, 07, Qc). Philippe fait aussi état de la détresse et de la colère déclenchées par l'obtention de son congé de l'hôpital, sans proposition de suivi particulier, alors qu'il se percevait lui-même comme encore trop fragile et instable : « *Tu es en perte d'autonomie, en perte de contrôle et ton manque de confiance s'en va. Je me souviens une fois je sortais de l'hôpital je sortais de là et je sacrais. Je n'étais pas prêt de sortir* » (Philippe, 02, Mtl).

5.1.3. La dimension relationnelle

Se sentir bien entouré

La stabilité dans le temps de leur relation avec les intervenants occupe également une place significative dans le récit des répondants. En effet, plusieurs d'entre eux affirment apprécier les bénéfices tirés de leurs rapports avec les intervenants qu'ils connaissent bien et, surtout, qui les connaissent bien. Cette stabilité relationnelle jouerait en faveur d'une prise en charge globale et continue de leurs difficultés et besoins particuliers à long terme et, cela, autant lors de situations de crise qu'en dehors de celles-ci. Par exemple, Jessica, Louise et Isabelle énumèrent tour à tour les divers services auxquels elles ont régulièrement recours, ou peuvent avoir recours en cas de besoin. Or, cette gamme de services à disposition, qui leur permettent de se sentir « bien entourées », est souvent prodiguée par des intervenants dont le suivi se fait dans la durée, à moyen, voire à long terme. Et comme le suggère leur récit, il semble que la diversité et la stabilité des relations avec leurs intervenants soient particulièrement déterminantes de la poursuite de leur rétablissement et des améliorations ressenties. Louise raconte avoir, pendant plusieurs années, eu recours aux services d'un ergothérapeute, d'un psychiatre, de son médecin de famille et d'une sexologue : « *Quatre personnes que je voyais à tour de rôle. Sinon, je n'étais pas capable de rien faire* » (Louise, 11, Mtl). Pour d'autres, c'est à travers l'urgence et le centre de crise que la diversité des ressources et des intervenants est la plus présente.

À l'urgence, ils te voient, mais ne te connaissent pas nécessairement. Il y a des psychiatres que puisque je suis allée plus qu'une fois que je connais. On me reconnaît et il a une bonne idée de c'est quoi mon genre de personnalité, comment je réagis et tout ça, mais il ne me connaît pas aussi bien que mon intervenante avec qui je peux discuter de choses en profondeur. […] *À l'urgence, ils nous voient que dans des états un peu bizarres. Pis au centre de crise ça aussi c'était aidant. C'est sûr que ce n'est pas en continu, mais si je ne* feel *pas et que je ne veux pas être hospitalisée, bien je peux appeler au centre de crise et je demande à parler à mon intervenant. Je dis : « Est-ce qu'il travaille aujourd'hui ? » « Ah oui, il arrive à 14 heures, mais là il a des rencontres jusqu'à 16 heures. Veux-tu qu'il t'appelle après ? » Je dis : « Oui » et je laisse mon nom, mon numéro de téléphone et quand il a du temps, il m'appelle. Il peut passer 15 minutes comme 1 heure avec moi, ça dépend* (Jessica, 12, Mtl).

Faire preuve de débrouillardise au nom du besoin de stabilité

Lorsqu'ils ne pouvaient pas formellement compter sur la stabilité d'une relation avec certains intervenants, quelques répondants ont pris l'initiative de certaines stratégies qui puissent leur assurer une certaine continuité relationnelle dans les soins et les services reçus. Le plus souvent, les répondants justifiaient les stratégies déployées en spécifiant qu'elles étaient une manière pour eux de pouvoir recevoir ou, au contraire, éviter les soins et services d'un intervenant particulier. Par exemple, malgré le caractère ponctuel de certains services (urgence, centre de crise), quelques répondants affirment avoir développé des astuces afin de maintenir dans le temps, autant que possible, une continuité dans leur relation avec certains intervenants des services dont ils apprécient tout particulièrement la pratique professionnelle. C'est le cas d'Anne, par exemple, qui rapporte toujours chercher à profiter des soins et services d'une psychiatre qu'elle estime tout spécialement, même si cette dernière ne pratique pas à l'hôpital qui dessert son secteur résidentiel : « *Mais j'essaie tout le temps d'aller à l'hôpital de Verdun parce que la psychiatre là-bas, elle est très gentille. Mais elle est là juste deux jours semaine. Faque je croisais mes doigts tout le temps pour que ce soit elle* » (Anne, 01, Mtl). Isabelle, de son côté, reconnaît aussi se débrouiller pour faire en sorte de profiter des soins et services d'une intervenante particulière du centre de crise, quitte à ce que cela exige de sa part d'attendre les jours où cette dernière travaille pour faire appel au centre de crise : « *Ou bien je m'arrange pour appeler la fin de semaine ou la nuit de mardi, mercredi* […] *Parce que je sais* […] *que c'est l'intervenante que j'avais avant de venir* » (Isabelle, 07, Qc). Manœuvrer ce type de stratégies, en faveur du maintien dans la durée d'une relation avec un même intervenant, n'est toutefois pas toujours du domaine du possible. Dans ces cas, il arrive que le caractère discontinu ou instable de la relation avec un même intervenant devienne une source importante de détresse. Par exemple, Jessica déplore les fréquents changements d'intervenants qui ont ponctué les différentes étapes de sa prise en charge par l'hôpital de jour.

Sans doute que certains voient des avantages dans ces changements fréquents d'intervenants. Mais pour d'autres, comme Jessica, l'impossibilité de pouvoir compter sur une relation stable avec un même intervenant pour toute la durée de la thérapie a compliqué la bonne poursuite de son rétablissement, notamment en lui donnant continuellement l'impression de repartir à zéro chaque fois que venait le moment de changer d'intervenant : « *On s'attache aux intervenants. Et quand tu t'entends bien avec un intervenant on dirait qu'après, quand il te dit : "Je ne pourrai plus te suivre. Ça va être quelqu'un d'autre", c'est un peu angoissant parce qu'on ne sait pas sur qui on va tomber* » (Jessica, 12, Mtl).

5.2. L'accessibilité des services

La question de l'accessibilité est ressortie principalement dans trois types particuliers de services en santé mentale : l'urgence, le centre de crise et les organismes communautaires. Comme nous le verrons dans ce qui suit, l'expérience et le parcours de soins des répondants témoignent, pour chacun de ces services, de barrières particulières à l'accès.

5.2.1. L'urgence : le type de trouble mental comme barrière à l'accès

Pour plusieurs des personnes interrogées, l'urgence occupe un rôle important dans la prise en charge des difficultés et de la détresse vécues, que ce soit au moment du premier épisode de crise ou d'une rechute. Différents moyens peuvent alors être empruntés pour y avoir accès, variant d'un parcours à l'autre, voire d'un épisode à l'autre. Si certains s'y présentent volontairement, pour d'autres, c'est par l'intermédiaire soit d'un proche, d'un policier, d'ambulanciers, d'un intervenant du centre de crise, d'un travailleur social, soit encore, d'un propriétaire de logements qu'ils y sont reconduits, de leur plein gré ou non. Toutefois, le seul fait de s'y rendre volontairement n'assure pas que l'on y recevra les services spécialisés espérés. Et d'après certains répondants, comme Jessica, cette barrière à l'accès serait parfois conditionnée par la nature du trouble mental vécu, dont certains appelleraient moins que d'autres une assistance médicale d'urgence aux yeux des intervenants. En effet, cette dernière affirme aujourd'hui bien connaître le fonctionnement du système de santé et s'être aperçue qu'en période de forte affluence, elle avait généralement moins de chances d'être gardée en observation, vu la gravité perçue comme relative de ses difficultés. Elle ajoute d'ailleurs que, pour cette raison, il lui arrive de chercher à moduler à la hausse la gravité de ses symptômes (par exemple, évoquer sciemment des idées suicidaires) lorsqu'elle se présente à l'urgence, de manière à s'assurer d'y être prise en charge.

> *Oui c'est ça et je pense que, on ne me l'a pas dit directement, mais j'ai observé ça un peu des fois. Il y a des jours, il n'y a personne à l'urgence et, d'autres jours, tous les lits sont pris. Donc c'est sûr qu'ils vont préférer prendre quelqu'un, mettons, qui est en grosse dépression majeure et qui a besoin de monter à l'étage se faire hospitaliser et qu'il n'est vraiment plus capable de rien faire. Ils vont garder cette personne-là, ils vont garder les psychotiques, les bipolaires en grosse manie, tu sais, qui se mettent tout nus quasiment, tu sais vraiment intense. Donc s'il n'y a pas beaucoup de lits, c'est sûr que si tu vois quelqu'un qui est un peu névrosé, anxieux, des idées noires et que c'est quelque chose qui est récurrent ils vont dire : « Il n'y a pas trop de place, donc on n'encombrera pas. » Je ne sais pas si tu comprends ?* (Jessica, 12, Mtl).

Ainsi, à en croire l'expérience de Jessica, il existerait donc une barrière organisationnelle d'accès à l'urgence, en période de forte affluence notamment, liée au nombre limité de lits disponibles. Mais, plus encore, il semble que ces périodes d'affluence se montreraient propices à la manifestation d'un autre type de barrière, cette fois-ci culturelle. Cette dernière aurait trait aux préjugés, croyances et idées reçues qui continuent d'être associées aux différentes catégories diagnostiques qui quadrillent le champ des troubles mentaux, et au degré de « dangerosité » que chacune d'elles inspire ou fait craindre. De sorte qu'il semble que ce serait parfois moins la parole et les difficultés singulières d'un individu qui seraient prises en compte par les intervenants pour juger de la nécessité de sa prise en charge à l'urgence que son profil diagnostique générique.

5.2.2. Le centre de crise : accessible à condition que la crise ne soit pas trop aigüe

Le centre de crise est considéré par plusieurs répondants comme un service aussi aidant qu'accessible, qui s'offre parfois en complément à l'urgence, et parfois en alternative. Par exemple, Jessica mentionne que « *c'est une bonne place pour prendre du recul* » (Jessica, 12, Mtl). Quant à Isabelle, elle souligne la grande disponibilité des intervenants du centre de crise :

> *Le centre de crise pour moi ce n'est que du positif. C'est sûr que la première fois j'étais stressée et ça c'est normal.* […] *Mais ça n'a pas pris du temps avant que je me sente vraiment à ma place. Tu as des intervenants 24 h/24. Si tu travailles la nuit et que tu es en crise bien tu te lèves et tu vas parler* (Isabelle, 07, Qc).

Des répondants relèvent toutefois des obstacles à l'accessibilité du centre de crise en tant qu'alternative à l'urgence. L'accès à ce service, contrairement à l'urgence, n'est pas possible à toute heure du jour. Anne raconte qu'en dehors d'une certaine plage horaire, lorsque la détresse ressentie ne peut pas attendre au lendemain, elle n'a ainsi eu d'autre choix que de se reporter à l'urgence pour recevoir des services : « *J'ai déjà eu besoin du centre de crise d'urgence. Là, il était rendu 6 heures le soir. "6 heures le soir,*

il est trop tard, ça va aller au lendemain !" Faque c'est comme laisse faire là, je vais aller à l'urgence. À part l'urgence, il n'y a pas vraiment rien que tu peux avoir sur le moment » (Anne, 01, Mtl).

5.2.3. Les organismes communautaires : des critères d'admissibilité comme obstacles à l'accès

Dans le contexte actuel, les organismes communautaires occupent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes aux prises avec un trouble mental grave (Rodriguez *et al.*, 2006). Leurs mandats sont divers, allant de la réinsertion sociale à l'accompagnement clinique et juridique, à l'hébergement. Toutefois, l'expérience de plusieurs des répondants tend à montrer que ces organismes ciblent, la plupart du temps, des populations bien circonscrites, c'est-à-dire qui ont en commun un certain profil sociodémographique et clinique, des besoins psychosociaux précis, etc. Or ce type de sélection effectuée en amont peut compliquer passablement l'accès à ces organismes communautaires, notamment pour les personnes aux problématiques soit trop multiples, soit trop complexes. Anne et Stéphane ont fait l'expérience de ce type de barrière organisationnelle. Tous deux signalent, en effet, avoir eu énormément de peine à trouver un organisme communautaire apte à leur venir en aide. Chaque fois, ils se faisaient répondre que leurs difficultés et besoins ne correspondaient pas, en pratique, au profil de la population cible. Cette situation en forme de cul-de-sac leur a fait vivre une grande détresse. Car voyant que les efforts déployés pour aller « cogner aux portes » d'organismes ne débouchaient sur rien, ils se sont sentis aussi bien livrés à eux-mêmes que laissés pour compte : « *J'ai fait plusieurs aller-retour dans plusieurs maisons. J'ai toujours été mise dehors parce que j'étais trop dépressive ou parce que je n'étais pas assez folle.* […] *J'étais soit trop, soit pas assez : "C'est où que je vais ?" Tu sais, il y a pas personne qui est capable de m'aider* » (Anne, 01, Mtl).

Démuni, seul et privé de services pour lui venir en aide, au moment où sa détresse psychologique était, elle, au plus fort, Stéphane confie même avoir tenté l'irréparable :

> *Toutes les démarches que je faisais me claquaient dans la face. C'est comme si personne ne voulait m'aider. Je me suis dit : « C'est beau. Plus personne ne veut m'aider. Je n'ai plus rien à vivre. » Et c'est là où j'ai pris mes pilules pour essayer de prendre ma vie. Et là je me suis réveillé à l'hôpital* (Stéphane, 05, Mtl).

5.3. La qualité des services

La qualité des services apparaît à son tour comme une dimension centrale dans le récit des répondants. Plus particulièrement, la qualité des services renvoie aux effets bénéfiques ou encore nuisibles tirés du recours à ces mêmes services. Or, comme le mentionnent Rodriguez *et al.* (2006) :

> Les personnes abordent souvent la qualité des services en racontant une histoire personnelle : l'histoire des effets positifs ou négatifs que les pratiques ont eus sur leur vie quotidienne et leur trajectoire de vie. La qualité renvoie ainsi aux expériences qui aident et qui soutiennent un processus d'amélioration ou qui lui font obstacle (2006, p. 18).

La plupart du temps, c'est aussi la manière qu'ont employée les répondants pour se prononcer sur l'appréciation qu'ils font de la qualité des services. Souvent critiques face aux services qu'ils ont reçus tout au long de leur parcours de soins, les répondants rapportent néanmoins plusieurs éléments positifs et points forts, qui viennent passablement nuancer leur appréciation du système de santé et de services sociaux. Les services des médecins de famille et des organismes communautaires sont ceux qui ont suscité le nombre le plus significatif d'appréciation chez les répondants. En ce qui a trait aux services des psychiatres, l'expérience des répondants est plus nuancée.

5.3.1. Le médecin de famille

Pour plusieurs répondants, pouvoir compter sur une relation de qualité avec un médecin de famille apparaît comme déterminant dans la tournure générale prise par leur parcours de soins. Certes, la « bonne » expertise du médecin de famille y est pour beaucoup, mais aussi la confiance qui se tisse au fur et à mesure du maintien dans le temps d'un suivi avec ce dernier. Car, comme l'explique Louise, la stabilité du suivi assuré par le médecin de famille évite d'avoir à s'éparpiller, c'est-à-dire de devoir raconter l'historique de ses difficultés à un intervenant différent chaque fois que le besoin de consulter un professionnel se fait sentir. De même, note-t-elle, cette stabilité offre le temps nécessaire au développement d'un lien de confiance qui, dans les moments plus difficiles, peut s'avérer une aide précieuse.

> *Sans médecin de famille, c'est terrible. Se promener d'une clinique à l'autre.* […] *Que ce soit en santé mentale ou n'importe quoi* [le médecin de famille] *c'est la clé.* […] *C'est comme ça que je l'ai vécu avec mon médecin. Ça faisait longtemps que je le connaissais, c'est pour ça que j'ai pu lui faire confiance dans les moments difficiles. Si tu n'as pas confiance en personne, ça ne va pas bien* (Louise, 11, Mtl).

De même, lorsqu'il est présent dans un parcours de soins, il arrive que le médecin occupe un rôle crucial, s'apparentant à une sorte de socle central autour duquel s'organisent les autres services. C'est ce que reflète l'expérience de Pierre : « *Parce que là où on reste maintenant* […] *tout était organisé pour qu'on n'ait plus à courir d'un bord et de l'autre. Tout se fait. Et si on a à gérer de quoi, bien là on en parle au médecin et lui il s'occupe de avec l'infirmière de la clinique à laquelle on va* » (Pierre, 04, Mtl). Lorsque le suivi par le médecin de famille fait preuve de stabilité, il arrive également qu'il

serve, de manière plus ou moins temporaire, de dernier filet de sécurité, notamment lorsque les autres services en santé mentale (p. ex. psychiatre) n'ont pas su, eux, se maintenir dans le temps. Anne et Louise ont vécu cette situation.

> *Quand j'ai commencé l'école, j'ai arrêté le suivi avec le psychiatre parce que je n'avais comme pas de temps là. Faque, j'ai commencé à faire affaire avec mon médecin de famille.* […] *Je la vois quand j'ai de besoin. Puis c'est super pour moi parce qu'elle connaît bien ça les relations avec les personnes de mon âge* […] *elle sait comment il faut agir avec moi* (Anne, 01, Mtl).

> [En parlant de son médecin de famille] *C'est le seul à qui je faisais confiance pour mes médicaments. Les autres, l'approche qu'ils avaient, j'étais complètement contre ça. J'avais une peur bleue de ça.* [Mon médecin de famille avait] *une approche genre : « Essaye ça, t'es pas obligée de les prendre. » Il me disait les avantages et les effets secondaires et me disait de le rappeler s'il y avait quelque chose. Tandis que la psychiatre, c'était prends ça et va-t'en ; si tu ne prends pas tes médicaments, je vais te mettre au lithium ; je vais contrôler les médicaments que tu as dans le sang. Ça ne marche pas. Je veux plus la voir cette psychiatre-là. Donne-moi-en une autre. J'ai changé plusieurs fois de psychiatre. Quand j'ai fini par en trouver un, je lui ai dit que c'est mon docteur qui fait mes médicaments. « Pas de problèmes », a-t-il dit* (Louise, 11, Mtl).

L'expérience de Jules est encore plus explicite sur ce dernier point. Ce dernier explique que si sa relation avec son médecin de famille a autant de valeur à ses yeux, c'est parce que plus qu'une stabilité, c'est la seule qui a su lui manifester de la fidélité dans le temps. Il confie que son médecin de famille est la raison du bon état de son rétablissement et que sa situation deviendrait vite beaucoup plus compliquée sans le maintien du suivi avec ce dernier :

> *S'il fallait que ce médecin de famille-là dise : « Bon bien là, c'est réglé, on n'a plus besoin de se voir », bien ça déraperait de ce côté-là. Ça déraperait avec mes médicaments.* […] *Ce qui fait que « Pourquoi est-ce que ça va bien encore ? », parce que mon médecin de famille ne m'a pas laissé tomber…* (Jules, 06, Qc).

Comme pour Jules, les bénéfices qu'Anne tire du maintien du suivi avec son médecin de famille sont significatifs. Avant d'entamer le suivi avec celle qui allait devenir sa médecin de famille, elle indique avoir eu recours aux services de l'urgence au moins à une centaine de reprises. Et, depuis l'amorce de ce suivi, qui dure depuis maintenant deux ans, elle ne s'est plus présentée à l'urgence pour des motifs liés à la santé mentale.

> *– Mais ça fait un esti de bout que je ne vais pas à l'hôpital.*
>
> *– Est-ce c'est depuis qu'elle* [médecin de famille] *te suit pour ta santé en général ?*
>
> *– Ça fait longtemps qu'elle me suit. Je vous dirais que ça fait peut-être deux ans que c'est juste elle que je vois. Avant ça, j'étais encore mal suivie… C'était pas mal avec l'urgence que je faisais affaire si ça n'allait pas.*
>
> *– Est-ce que tu dirais que tu en as moins besoin d'aller à l'urgence ?*
>
> *– Je vais à l'urgence quand je ne vais pas physiquement* (Anne, 01, Mtl).

Ainsi, le récit des répondants montre que la relation avec le médecin de famille est appréciée, à la fois pour l'expertise clinique dont elle est porteuse, mais également parce qu'elle est un gage de confiance, de respect et propice au dialogue.

5.3.2. Le psychiatre[23]

Le bilan général dressé des services et soins reçus du psychiatre contraste, la plupart du temps, avec celui fait au sujet des pratiques du médecin de famille. En général, les répondants reconnaissent l'expertise médicale des psychiatres, sur le plan diagnostique et pharmacologique notamment, laquelle fut d'ailleurs tout à fait déterminante dans le processus de rétablissement de plusieurs d'entre eux. Toutefois, ils ont été aussi nombreux à reprocher simultanément aux psychiatres leur manque d'écoute et de disponibilité ainsi que le caractère rigide, réducteur et insuffisant de leurs interventions cliniques.

Louise, par exemple, a eu du mal à trouver un psychiatre avec qui elle pouvait se sentir en confiance et écoutée. Trop orientés sur la question des « pilules » à son goût, les services obtenus des psychiatres consultés l'ont convaincue de faire affaire exclusivement avec son médecin de famille, plus « humain ».

> *Quand j'étais malade, je disais que les psychiatres c'étaient seulement les pilules. Il n'y avait pas le contact humain. C'est ce que je trouvais qu'il manquait dans leur façon de traiter les patients.* […] *Je trouve que la formation en médecine manque un peu d'humanitaire : sociologie, comportement social, je ne sais pas… J'ai fait plusieurs médecins, mais finalement c'est mon médecin* [de famille] *qui était le meilleur. Je suis restée avec* (Louise, 11, Mtl).

L'accent mis sur les médicaments dans la relation avec les professionnels de la santé, dont font partie les psychiatres, a également été soulevé par Antoine. Ce dernier déplore en effet que les interventions médicales n'aient jamais outrepassé les questions du « juste » diagnostic et de la « bonne » médication. Alors que, de son point de vue, bien d'autres dimensions de sa réalité, comme personne aux prises avec un trouble mental grave, auraient nécessité un accompagnement par un professionnel de la santé. Sans le dénoncer, l'expérience de Pierre confirme néanmoins, elle

---

23. Les commentaires abordant la relation avec le psychiatre se doivent d'être nuancés selon le contexte de pratique de ces professionnels. En ce sens, Dorvil (2007) précise que : « La psychiatrie de secteur est largement sous-financée et n'a pas les moyens de refuser les patients de son secteur. Il arrive qu'en dépit de l'humanisme, à la base du modèle, la prescription de médicaments à la chaîne demeure le seul moyen de juguler le flot de patients, en majeure partie de la classe pauvre » (p. 194). Ce contexte vient évidemment teinter la dynamique relationnelle entre le médecin et ses patients et ressort très clairement dans les récits des personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche.

aussi, l'importance de la place prise par la question des médicaments dans la relation avec son ancien psychiatre[24] : « *Tout le temps que j'ai passé avec lui* [le psychiatre], *si j'ai fait une heure en tout à travers les années… J'allais dans le bureau 5 minutes* [pour renouveler la prescription pour un an] » (Pierre, 04, Mtl). Le reproche du manque d'écoute des psychiatres se double, pour certains, de celui d'une disponibilité trop restreinte. En effet, le long délai qui, souvent, sépare les rendez-vous et la période de temps restrictive qui leur est allouée limitent considérablement, aux yeux de certains répondants, l'accessibilité aux services du psychiatre. Une situation jugée regrettable par Jessica, par exemple, pour qui la disponibilité réduite de son psychiatre ne lui permet jamais d'éclairer de manière satisfaisante les interrogations suscitées par son diagnostic et ses diverses implications sur sa vie. Et, note-t-elle, ces interrogations demandent une expertise pointue que ne possèdent pas les autres professionnels de la santé, notamment les psychoéducateurs, qu'elle consulte aussi en parallèle.

> *Oui, pis il y a une affaire par exemple qui pourrait être faite. Parce que tu sais, des fois, on est limité dans le temps et, oui, en psychoéducation* [nom de la thérapie de groupe qu'elle suit], *ils m'expliquent un petit peu c'est quoi le trouble limite, ils expliquent un peu c'est quoi les troubles qui sont liés et tout ça, mais moi j'ai besoin de comprendre, j'ai besoin d'en savoir plus que ce qu'ils donnent. C'est superficiel et j'ai beaucoup beaucoup de questions. Donc, eux autres, en groupe ils me disent : « C'est un peu trop précis, je te réfère à ton psychiatre. » Et, à un moment donné, j'ai été voir l'animateur et j'ai dit : « Écoute, tu me réfères toujours à mon psychiatre. Mais moi j'ai juste une demi-heure avec lui aux deux mois. Comment veux-tu qu'il réponde à toutes mes questions ? » J'aimerais ça, je lis par moi-même, je m'informe, mais il y a des choses que j'aimerais pouvoir prendre le temps avec un médecin et qu'il m'explique* (Jessica, 12, Mtl).

Pour d'autres répondants, c'est surtout la rigidité de la pratique médicale des psychiatres qui agace. Cette rigidité prend généralement la forme d'un manque d'ouverture et de souplesse dans le dialogue avec le patient, ainsi que d'une tendance à réduire l'individualité de ce dernier aux caractéristiques associées à son étiquette diagnostique. Jessica, par exemple, explique le mal qu'elle a eu avant de finalement convaincre son psychiatre d'aller chercher une deuxième expertise, celle d'un collègue, qui puisse confirmer ou infirmer le profil diagnostique qu'il avait établi pour elle. Elle regrette que son psychiatre ait attendu si longtemps avant d'obtempérer à sa requête, puisque si aujourd'hui il se dit volontaire à solliciter une deuxième expertise, elle perçoit que c'est en bonne partie pour des raisons de lassitude et d'irritation devant son insistance.

> *Bien, écoute, justement ça, de la façon qu'il me l'a proposé : « Je vais te référer. » Moi ça fait longtemps que j'aurais aimé ça qu'il le fasse, juste pour me sécuriser. Ça ne veut pas dire que je veux arrêter* [avec lui], *mais d'avoir un autre avis, que ce soit fait une fois pour toutes, qu'on aille au bout de la chose et pas en dernier*

24. Il est maintenant suivi par son médecin de famille.

> *recours genre : « Je suis blasé, je suis tanné », quasiment, « Je me débarrasse de toi. »* […] *Je trouve qu'avec les psychiatres, c'est un peu plus difficile. Peut-être parce que, je ne sais pas, ils n'ont pas tous un syndrome de Dieu, mais c'est quand même « Je suis médecin, je suis psychiatre, je suis spécialiste. Toi, bien tu as des problèmes »* (Jessica, 12, Mtl).

D'après Jessica, ce manque d'ouverture devant sa demande d'une seconde expertise est lié à la tendance des psychiatres à faire du profil diagnostique du patient le nœud explicatif de l'ensemble de ses conduites. Cette tendance pèse sur Jessica, et aussi sur Antoine, qui tour à tour évoquent une sorte de réflexe des psychiatres consistant à réduire l'individualité de leurs patients à leur étiquette diagnostique ou, du moins, à faire peu de cas de leurs histoire et attributs personnels propres dans le cours de leur pratique. Car, à leur sens, même lorsqu'ils partagent un même profil diagnostique, les individus restent entre eux foncièrement différents, singuliers. Et ils déplorent que cela ne transparaisse pas plus dans les interventions des psychiatres.

> *Je trouve que plus d'ouverture, plus écouter ce que le patient dit et d'arrêter de penser que ce que la personne dit c'est ses traits* [de personnalité] *ou son problème* [de santé mentale]. *De plus, remettre en question, je ne sais pas. J'ai l'impression que des fois il y a trop de rigidité là-dedans.* […] *Je pense qu'à ce niveau-là, des fois, il y en a qu'il faudrait vraiment qu'ils se remettent en question, qu'ils aillent chercher des avis extérieurs. Et que, justement, les recherches prouvent telle et telle affaire, d'accord, mais une bonne intervention, c'est d'adapter à la personne et c'est du cas par cas. Chaque être humain est différent. Donc, de ne pas se dire : « L'étude montre que oui, il y a une généralité, mais peut-être qu'avec cette personne-là, c'est autre chose »* (Jessica, 12, Mtl).

> *J'ai été docile, je l'ai écouté, il m'a écouté, il a fait son diagnostic dans sa tête ; et il a dit : « Lui, il est comme ça. » À partir de ça, le reste s'ensuit. Moi, je pense qu'il y a des aspects que le médecin ignore de ma personne. Il ne m'a jamais demandé si j'étais un joueur d'échecs, car j'en suis un. Il ne m'a jamais demandé si j'avais fait les jeux du Québec. Il n'a pas pris le portrait de la personne. Il a pris les choses telles quelles et il a fonctionné à partir de ça. Moi, je ne me sens pas respecté dans mon droit le plus fondamental* (Antoine, 10, Mtl).

Cette tendance à réduire l'individu à son diagnostic complique, selon Antoine, la possibilité de sortir de la condition de bénéficiaire ou d'usager passif, trop souvent réservée aux personnes qui, comme lui, sont aux prises avec des troubles mentaux graves. Comme il l'explique, il arrive que les psychiatres négligent de sonder et de considérer avec sérieux les aspirations et les objectifs personnels de leurs patients. À la place, déplore Antoine, ils se contentent d'offrir un suivi périodique, qui sert essentiellement au renouvellement de la prescription et à l'autorisation d'un accès au supplément d'aide sociale pour contraintes sévères à l'emploi. Et ce faisant, ils négligent de travailler à la pleine réinsertion sociale du patient dans la vie sociale, notamment au marché du travail. Et comme c'est au psychiatre qu'il revient, en dernière instance, de décider de la levée ou

non de la contrainte à l'emploi d'un patient, ce dernier dépend entièrement de l'aval de son psychiatre, indépendamment du niveau de sa détermination. Une situation qui peut être une source de grande impuissance et de colère, comme dans le cas d'Antoine. En effet, ce dernier tolère mal d'être maintenu contre son gré dans un statut d'« assisté », qui l'exclut et l'isole de la société en le « gardant » chez lui d'une manière comparable, à son sens, à l'enfermement en institution psychiatrique qui était réservé, à l'époque, aux personnes comme lui.

> *J'ai des buts, des objectifs, du vécu, un diplôme, de l'expérience, et je suis bilingue : est-ce que je peux travailler ? À mon avis, la réponse est oui. Selon lui, la réponse est non.* […] *On règle tout en donnant un chèque. En 1950, ils les enfermaient dans des institutions. Aujourd'hui, on ne les enferme plus, mais ça revient au même. Ils te gardent chez vous et te donnent un chèque* [d'aide sociale]. *Pour eux, c'est tout. Ça s'arrête là. Il y a plus que ça. Il faut aller de l'avant, faire parler les gens, les faire sortir de l'isolement.* […] *J'appelle ça une prison plein air* (Antoine, 10, Mtl).

5.3.3. Les organismes communautaires

Les récits des répondants suggèrent que les organismes communautaires revêtent un rôle décisif dans leur parcours de soins, et ce, malgré l'aspect bien souvent sinueux de ce dernier et malgré les multiples obstacles rencontrés. Car il n'est pas rare que les répondants se soient heurtés à des désaccords ou à des conflits avec les organismes côtoyés (concernant, par exemple, leur philosophie générale ou certaines de leurs pratiques d'intervention) ou, encore, à des barrières à l'accès[25]. Mais, en règle générale, l'appréciation qu'ils font des services est globalement positivement connotée. Dans plusieurs cas, les services obtenus des organismes communautaires ont constitué un moment décisif, tant de leur parcours de soins que de leur processus de rétablissement. Par exemple, pour Anne, l'aide reçue[26] lui a permis d'en finir avec les conditions d'hébergement précaires, de reprendre confiance en elle, de renouer avec certaines responsabilités et, surtout, de se sentir « plus normale » : « *Ça me permet d'avoir plus de responsabilités, de me sentir plus normale. Avant ça je me sentais comme une itinérante.* […] *Merci à eux autres* » (Anne, 01, Mtl). L'expérience de Philippe rappelle celle décrite par Anne. Après une première hospitalisation et une thérapie en centre de désintoxication, il explique que c'est son passage dans un organisme sans but lucratif, qui offre des services de type intermédiaire et communautaire en santé mentale et visant la réinsertion sociale, qui « *a changé sa vie* ».

> *Donc, c'était le premier séjour à l'hôpital et là mon problème de toxicomanie n'était toujours pas réglé et le problème de santé mentale traînait aussi avec le temps. J'étirais la sauce, comme on dit, le plus longtemps possible jusqu'au moment*

25. Ce point a été abordé précédemment.
26. Dans le cas d'Anne, il s'agit d'une Auberge du Cœur.

> *où j'étais vraiment rendu sur la drogue dure et j'ai fait une thérapie. Je me suis retrouvé à La Maison L'Échelon et, depuis ce temps-là, ça a changé ma vie. Ça a commencé à débloquer sur plusieurs affaires* […] *Mais j'ai vraiment eu de l'aide de quelqu'un, de gens autour de moi qui étaient de bonnes personnes. Je me suis accroché à ça et j'ai cheminé avec ça. Je me suis accroché à eux autres. Je leur ai fait confiance. J'ai parlé de mes problèmes, mes bobos. Juste des fois le fait d'en parler ça c'est comme réglé. Avec le temps les symptômes se sont comme affaissés. Ça a comme diminué. Ça prenait moins de place. Donc j'ai laissé de la place pour d'autres choses. C'est un peu de parcours* (Philippe, 02, Mtl).

À d'autres moments, les organismes communautaires sont surtout appréciés pour le rôle décisif joué en matière de réintégration en emploi. Pour Louise, par exemple, l'intervention de L'Arrimage a été centrale dans la possibilité de renouer avec le marché du travail. C'est par le concours de cet organisme qu'elle a travaillé sa confiance perdue, à la suite d'une rechute, et qu'elle a pu actualiser son curriculum vitæ et exercer ses compétences à passer un entretien d'embauche.

> *Oui, ils* [organisme L'Arrimage] *m'ont soutenue dans mes recherches d'emploi. Le manque de confiance qu'on a quand on sort de la maladie. Ces personnes-là aident à recroire en soi. Ce fut en étapes. J'ai commencé à travailler 3 jours, pas tout de suite 5 jours. Ça m'a aussi donné une continuité dans le temps. Quand je suis partie du 2e organisme communautaire, je savais plus où aller. Je suis retournée à L'Arrimage pour faire d'autres démarches, d'autres CV. On a fait des simulations d'entrevues parce que pour moi, c'était très difficile de parler de moi. Surtout de ne pas trop parler de la maladie* (Louise, 11, Mtl).

Enfin, parfois l'intervention des organismes communautaires est appréciée dans la routine du quotidien, pour sa capacité à briser l'isolement et à organiser, un tant soit peu, l'emploi du temps des personnes sans emploi, notamment :

> *Bien le matin je me lève, je déjeune. Après ça j'écoute un petit peu la TV. Je vais prendre une marche. J'écoute de la musique. Je fume la cigarette. L'après-midi je vais à un organisme qui s'appelle L'Odyssée bleue. Ils font de la peinture, café-rencontre, bingo, arts plastiques, exercices, etc.* (Michel, 08, Qc).

5.4. Que retenir ?

Les récits des répondants tendent à confirmer qu'ils sont les « héritiers » de la désinstitutionnalisation et qu'ils auraient probablement été confrontés aux mesures d'internement en hôpitaux psychiatriques à une autre époque. Leurs trajectoires, ponctuées d'allers-retours entre les différentes ressources communautaires, leur grande utilisation de l'urgence, les hospitalisations répétées, mais également leur détresse face à un système qui ne répond pas toujours à leurs besoins, illustrent la réalité de ces personnes aux prises avec des troubles mentaux graves dans le contexte actuel.

Dans la perspective présentée précédemment et qui positionnait le système de santé en tant que déterminant social, les analyses ont permis d'explorer les trois éléments clés proposés par le MSSS (2012) en matière de services et de soins : la continuité, l'accessibilité et la qualité des services. À travers les récits des répondants, il est apparu que certains de ces éléments ont pu avoir un effet négatif sur leur état de santé. En ce qui a trait à la continuité, il apparaît que le manque d'information quant aux services disponibles peut représenter une source importante d'inquiétude et nuire à leur état de santé déjà fragilisé en période de crise. Tel que nous l'avons mentionné, les troubles graves sont parfois corrélés avec des difficultés quant à l'hébergement ou encore l'emploi, et les ressources ne semblent pas toujours aptes à offrir une prise en charge combinant l'ensemble de ces problématiques. La multiplication des ressources et des besoins des personnes usagères engendre des trajectoires discontinues auxquelles le système semble parfois contribuer en amplifiant la vulnérabilité psychosociale chez ces grands utilisateurs. Les récits des répondants illustrent donc l'effet du travail en silo et d'un manque de perspective globale sur la situation des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et sur les conditions générales (sociales, économiques, etc.) qui sont la toile de fond de la réalité de ces personnes usagères. Conséquemment, la cohérence entre les services s'avère pour sa part protectrice et une séquence adéquate entre les ressources peut être très aidante. Les organismes communautaires, qui sont au cœur de cette restructuration de la prise en charge de la maladie mentale, jouent parfois un rôle de fil conducteur qui maintient la cohérence entre les services et permet de dresser un portrait global de la réalité de ces personnes. Dans ce contexte de grande utilisation des ressources, la stabilité relationnelle entre les personnes usagères et les intervenants peut parfois être difficilement observable. Encore une fois, ces bris thérapeutiques peuvent être une source de détresse et d'angoisse pour les personnes usagères. Au contraire, lorsqu'elle est présente, la stabilité permettrait une prise en charge plus globale et continue, une plus grande satisfaction, et serait en fin de compte un facteur déterminant dans la poursuite du rétablissement.

Le thème de l'accessibilité est également apparu comme déterminant dans les trajectoires des répondants et plus particulièrement pour l'urgence, le centre de crise et les organismes communautaires. À titre d'exemple, l'urgence occupe une place plus significative dans les récits des répondants. Malgré une grande accessibilité apparente, il n'en demeure pas moins que certaines barrières organisationnelles (nombre de lits, forte affluence, etc.) et culturelles (perception des troubles mentaux, préjugés, évaluation de la dangerosité, etc.) ont été rapportées. Pour le centre de crise, malgré une appréciation de cette ressource, une plage horaire limitée est perçue comme un obstacle à l'accessibilité. Finalement, les organismes communautaires, de par la sélection des personnes usagères selon certains

critères liés à leurs mandats, entravent aussi l'accès à ce type de ressources dans certaines situations. Ces difficultés à accéder à la « bonne ressource » ont, dans certains cas, poussé les répondants à commettre l'irréparable… Ces barrières représentent donc une grande source d'angoisse et de détresse pour les individus qui y sont confrontés.

Finalement, le thème de la qualité de service illustre également l'effet (positif ou nuisible) du système de santé chez ces grands utilisateurs. Malgré les discours souvent négatifs des répondants, il n'en demeure pas moins que des éléments positifs ont également été identifiés. Par exemple, la stabilité apportée par le suivi auprès du médecin de famille est rapportée par plusieurs comme étant bénéfique, voire essentielle, à la prise en charge de leur maladie. Le médecin de famille se présente souvent comme celui qui permet d'assurer la continuité, l'accessibilité et la qualité des soins. En ce sens, le système de santé ressort comme un déterminant positif de la santé. Malgré la reconnaissance de la grande expertise des psychiatres, l'expérience des répondants avec eux vient toutefois nuancer leur perception sur la qualité des services. Parfois source de frustration et d'inquiétude, le suivi avec les psychiatres a souvent déçu les répondants. Finalement, les organismes communautaires, tout comme le médecin de famille, semblent très aidants pour ces grands utilisateurs. En effet, malgré certaines barrières quant à l'accessibilité, les expériences vécues auprès des organismes communautaires sont évaluées très positivement. Pour plusieurs personnes, ils représentent même un tournant décisif dans leur trajectoire.

Les récits des répondants, à travers les thèmes de la continuité, de l'accessibilité et de la qualité des soins, illustrent donc l'effet (positif et négatif) de l'organisation des soins en santé mentale à titre de déterminants sociaux de la santé.

Conclusion

L'approche basée sur les déterminants sociaux préconisée dans le cadre de ce chapitre met de l'avant une perspective globale de la santé. Qu'est-ce que les déterminants sociaux de la santé finalement ? Tout simplement des actions réalisées hors du champ particulier de la santé (par exemple, le programme OLO, la sécurité alimentaire, la formation de la main-d'œuvre, l'emploi, le logement, le soutien au logement, etc.) qui ont une influence bénéfique sur la santé des individus et des populations. Nous avons ici décidé de centrer notre attention sur le système de santé, mais un exercice similaire aurait également pu être fait sur le logement ou encore l'emploi ou plus largement sur les politiques gouvernementales en matière de santé mentale, car tous ces éléments sont partie prenante des déterminants sociaux de la santé. Les résultats présentés, tout en se limitant à une parcelle de la réalité, permettent tout de même d'illustrer la pertinence d'une

perspective basée sur les déterminants sociaux de la santé. Globalement, les trajectoires des répondants illustrent le lien entre les troubles psychiques et l'exclusion sociale. À travers les récits de ces personnes, les déterminants sociaux de la santé apparaissent tant en amont (en tant que causes) qu'en aval (en tant que conséquences) et démontrent que les facteurs de protection qui pourraient amoindrir les effets des stress ne sont pas également répartis dans la société et viennent renforcer l'idée de l'importance d'une prise en charge globale de la santé.

En ce qui a trait aux savoirs expérientiels, qui étaient également au cœur de notre démarche, il importe de rappeler qu'autrefois, la parole du fou était nulle et non avenue. La situation a bien changé. Alors que l'expertise était réservée aux savoirs des médecins psychiatres, elle est actuellement partagée avec les patients à qui l'on reconnaît leur savoir expérientiel. Dans le cadre de cette étude, les récits des répondants les positionnent indéniablement en tant qu'experts de l'organisation des soins. La santé n'est donc plus l'exclusivité de la médecine. Dans son Plan d'action en santé mentale, le MSSS (2005) a d'ailleurs reconnu la place des personnes usagères dans l'organisation des soins. Dans ce courant, qui tend à redonner un rôle actif aux personnes usagères, certains parlent même de « démocratie sanitaire » ou encore d'« expertise profane » (Bureau et Hermann-Mesfen, 2013). L'Université Laval a, pour sa part, mis sur pied un programme de formation pour les pairs aidants qui positionnent ces derniers en tant que dispensateurs de soins tout en assurant une reconnaissance académique aux savoirs des personnes usagères[27]. Il est intéressant de rappeler que le fait d'acquérir une formation permet d'améliorer l'état de santé et de bien-être individuel (NIACE, 2010, cité dans Jouet, 2009)[28]. Selon Jouet (2009, p. 37), « c'est dans le vécu et dans ce qui pourrait être qualifié d'expertise de ce vécu que les malades vont pouvoir surmonter les obstacles intrinsèques à la maladie mentale, non seulement dans la symptomatologie mais également dans son retentissement au niveau social et professionnel ». Cette reconnaissance des savoirs expérientiels ouvre la porte à une plus grande diversité dans l'offre de soins en santé mentale, tout en permettant aux aidants de s'outiller pour combattre

27. Pour obtenir plus d'informations sur ce programme, vous pouvez vous référer à <https://capsuleweb.ulaval.ca/pls/etprod7/bwckctlg.p_disp_course_detail?cat_term_in=201201&subj_code_in=SVS&crse_numb_in=U002> (consulté le 14 mai 2014).
28. Le projet européen Emilia est un exemple concret de l'utilisation des savoirs des personnes usagères dans leur rétablissement : « C'est cette voie, innovante en santé mentale, que la recherche-action européenne Emilia a souhaité explorer. Elle considère les personnes atteintes de troubles psychiques comme experts de leur maladie : au travers d'un programme d'accompagnement à l'emploi et de formations basées sur les principes de l'accès à tous citoyens à l'éducation tout au long de la vie et à l'emploi, d'une part et sur les approches du rétablissement et de l'*empowerment* d'autre part » (Jouet, 2009, p. 37).

les effets sociaux de la maladie mentale située en aval de leur trajectoire. En effet, les inégalités sociales, souvent rattachées à leur condition, sont omniprésentes et une formation de pair aidant pourrait faire baisser le poids de la stigmatisation qui les infériorise et leur permettre de se positionner positivement sur la carte des déterminants sociaux de la santé.

Bibliographie

BACHRACH, L. L. (1976). *Deinstitutionalization : An Analytical Review and Sociological Perspective*, Washington (D. C.), National Institute of Mental Health.

BACHRACH, L. L. (1978). « A conceptual approach to deinstitutionalization », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 29, p. 573-578.

BACHRACH, L. L. (1992). « What we know about homelessness and many mentally ill persons : An analytical review and commentary », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, p. 453-464.

BÉDARD, D. *et al*. (1962). *Rapport de la Commission d'études des hôpitaux psychiatriques T2* (rapport Bédard), Québec, Commission d'études des hôpitaux psychiatriques.

BIBEAU, G. (1999). « Une troisième voie en santé publique », *Ruptures*, vol. 6, nº 2, p. 209-236.

BOWERSOX, N. W *et al*. (2012). « Predictors of rehospitalization in high-utilizing patients in the VA psychiatric medical system », *The Psychiatric Quarterly*, vol. 83, nº 1, p. 53-64.

BUREAU, E. et J. HERMANN-MESFEN (dir.) (2013). « Patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie et santé*, <http://anthropologiesante.revues.org/1248>, consulté le 19 mars 2014.

CARON, J. *et al*. (2012). « Prevalence of psychological distress and mental disorders, and use of mental health services in the epidemiological catchment area of Montreal South-West », *BMC Psychiatry*, vol. 12, p. 183.

CHRONISTER, J. *et al*. (2013). « The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness », *Journal of Community Psychology*, vol. 41, nº 5, p. 582-600.

CLÉMENT, M. (2011). « La participation, les temps de la parole et le mouvement des usagers des services de santé mentale au Québec », *Le partenaire*, vol. 20, nº 2, p. 4-13.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE – CSBE (2012). *État de la situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec, CSBE.

CORIN, E. (1996). « La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie », dans R.G. Evans *et al*. (dir.), *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 103-141.

DORVIL, H. (1986). *Les patients(es) qui activent la porte tournante : étude clinique et socio-démographique d'une clientèle majeure à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*, Montréal, Centre de recherche psychiatrique, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

DORVIL, H. (2007). « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale », dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux. Théories et méthodologies de la recherche*, t. 3, Québec, Presses de l'Université du Québec, coll. « Problèmes sociaux et interventions sociales », p. 169-202.

DORVIL, H. (2010). « Le stigma comme forme d'inégalité sociale en santé mentale », dans H. Dorvil et M. Thériault (dir.), *Problèmes sociaux, médiation communautaire, recherche et santé*, Montréal, Cahiers scientifiques de l'ACFAS, nº 112, p. 267-291.

DORVIL, H. *et al.* (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Comité de la santé mentale du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

DURBIN A., S. J. BONDY et J. DURBIN (2012). « The association between income source and met need among community mental health service users in Ontario, Canada », *Community Mental Health Journal*, vol. 48, nº 5, p. 662-672.

FARMER, P. (2004). « An anthropology of structural violence », *Current Anthropology*, vol. 45, nº 3, p. 305-325.

FASSIN, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses universitaires de France.

FASSIN, D. (1996). *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France.

FLEURY, M. J. (2011). « The implementation of integrated networks of mental health services in Quebec : Context of introduction, state of implementation and the views of general practitioners », *Santé publique*, vol. 23, p. S155-S159.

FLEURY, M. J. *et al.* (2011). « Typology of adults diagnosed with mental disorders based on socio-demographics and clinical and service use characteristics », *BMC Psychiatry*, vol. 11, p. 67.

FLEURY, M. J. *et al.* (2012a). « Comprehensive determinants of health service utilisation for mental health reasons in a Canadian catchment area », *International Journal for Equity in Health*, vol. 11, p. 20.

FLEURY, M. J. *et al.* (2012b). « GP group profiles and involvement in mental health care », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 18, nº 2, p. 396-403.

FLEURY, M. J. *et al.* (2013a). « Typology of persons with severe mental disorders », *BMC Psychiatry*, vol. 13, p. 137.

FLEURY, M. J. *et al.* (2013b). « Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders », *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 11, p. 92.

GERSON, L. D. et L. E. ROSE (2012). « Needs of persons with serious mental illness following discharge from inpatient treatment Patient and family views », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 26, nº 4, p. 261-271.

GRAHAM, H. (2004). « Social determinants and their unequal distribution : Clarifying policy understandings », *The Milbank Quarterly*, vol. 82, nº 2, p. 101-124.

JOUET, E. (2009). « Le savoir expérientiel dans le champ de la santé mentale : le projet Emilia », *Recherches en communication*, nº 32, p. 35-51.

LESAGE, A. (1997). « Le rôle des hôpitaux psychiatriques », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, nº 2, p. 25-32.

LINDAMER, L. A. *et al.* (2012). « Predisposing, enabling, and need factors associated with high service use in a public mental health system », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 39, nº 3, p. 200-209.

MAUSS, M. (1968). *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses universitaires de France.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (1997). *Orientation pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2005). *Plan d'action en santé mentale. La force des liens (2005-2010)*, Québec, MSSS, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/8409aa194a47b7c385257020006bce71?OpenDocument>, consulté le 15 novembre 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2007). *La santé autrement dit… Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Québec, MSSS, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/1a165acb041a1e7a852572db004c26f3?OpenDocument>, consulté le 24 juin 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultats d'une réflexion commune*, Québec, MSSS, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-202-02.pdf>, consulté le 25 juin 2013.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2012). *Mieux comprendre pour mieux agir. La santé et ses déterminants*, Québec, MSSS, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>, consulté le 15 novembre 2013.

NGUI, A. N. *et al.* (2012). « A multi-level study of the determinants of mental health service utilization », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 60, nº 2, p. 85-93.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (1987). *Normes de soins infirmiers. Vers l'orientation de la qualité des soins*, Genève, OMS.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2010). *Mental Health and Development : Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*, Genève, OMS, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf?ua=1>, consulté le 19 mars 2014.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2013). *Draft Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*, <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-en.pdf>, consulté le 15 novembre 2013.

PINEAULT, R. *et al.* (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*, rapport de recherche et résumé, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne.

POTVIN, N. *et al.* (1997). *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale,* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

RODRIGUEZ, L. *et al.* (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Changer de perspective*, Québec, Presses de l'Université du Québec, coll. « Problèmes sociaux et interventions sociales ».

SAMSON, E. (2011). « Carnet de l'éditrice », *Le partenaire*, vol. 20, nº 2, p. 3.

SERVICE DE POLICE DE LA VILLE DE MONTRÉAL – SPVM (2013). *Plan d'action stratégique en matière de santé mentale 2013-2015. L'intervention policière auprès de personnes mentalement perturbées ou en crise*, Montréal, SPVM, <http://www.spvm.qc.ca/upload/documentations/Plan_stategique_sante_mentale_FINAL.pdf>, consulté le 15 octobre 2013.

WILKINSON, R. et K. PICKETT (2013). *L'égalité, c'est mieux : pourquoi les écarts de richesse ruinent nos sociétés*, Montréal, Écosociété.

CONCLUSION

« DES ACTES D'UNE SI COMPLÈTE AUDACE »
SAISIR LA DÉSINSTITUTIONNALISATION DANS SON HISTOIRE

Martin Pâquet[1]

Mycroft Mixeudeim : Un certain dépaysement
brusque peut vous geler sur place.
Ils vérifient sans se lasser l'efficacité des méthodes
qu'ils ont pour me faire taire à volonté.
Gauvreau (1993 [1956], p. 108)

1. Bien qu'issu du monde de la santé et de la pathologie, l'enjeu de la désinstitutionnalisation en santé mentale soulève pour l'historien du politique un ensemble de questions qui renvoient au noyau dur de son expertise. On l'a vu : les études de ce recueil témoignent chacune, implicitement et explicitement, de ce questionnement qui ne se cantonne pas au seul pacage des politiques institutionnelles. Dans la foulée des études de cas qui ont exploré ce terrain d'enquête, le présent texte offre une réflexion sur le noyau dur de l'expertise historienne : la discipline historique comme pratique qui *rend raison* du passé, les *stratégies microsociales* d'exercice du pouvoir en matière de santé mentale, les *logiques macrosociales* qui structurent

1. L'auteur adresse ses remerciements à Andrée Courtemanche, Marie-Claude Thifault, Émilie Guilbeault-Cayer et Martin Pelletier.

le mouvement de désinstitutionnalisation au cours des XXe et XXIe siècles. Sur ces assises, il serait ainsi possible de saisir la désinstitutionnalisation en santé mentale dans son histoire.

2. D'abord, l'enjeu de la désinstitutionnalisation en santé mentale pose la discipline historique comme une pratique de production d'un savoir qui, du passé, veut rendre raison. Or, et de manière paradoxale, faire l'histoire de la folie et de ses manifestations, c'est foncièrement faire raison de l'irraison. Étudier ces phénomènes dans le temps implique dès lors un ordonnancement des faits en arguments pour en assurer la compréhension. Cet exercice cognitif exige une souplesse dialectique et une empathie pour tenir compte de la nature subjective de l'objet d'étude, objet qui n'existe que sous le regard de l'Autre. En effet, l'état de folie se définit par l'établissement de normes sociales et médicales dont la détermination est exogène. Le fou ne se définit pas comme tel ; il le devient par rapport à des normes sociales et médicales qui, par l'établissement d'un diagnostic constatant l'écart avec la moyenne, le désignent sous cette catégorie pathologique.

On voit ici la complexité de la démarche : l'historien dispose de témoignages d'individus qui se situent en dehors de la norme et dont il doit reconstituer autant que faire se peut la logique. Cette logique trouvant son sens par l'établissement d'un diagnostic confirmant la pathologie mentale, il devient donc ardu de *saisir* pleinement le *témoignage anormal* en soi et pour soi afin de le *comprendre selon un ordre*. Cette tâche est ardue puisqu'elle implique d'abord de libérer la parole d'individus enfermés entre autres dans leur propre discours. Toutefois, cette libération de la parole passe par un intermédiaire obligé[2] : l'analyste qui la recueille par les méthodes ethnographiques de l'enquête orale. L'opération ethnographique de collecte des témoignages peut néanmoins déceler une richesse heuristique certaine, richesse qui permet de rendre raison d'une expérience hors des normes. Ainsi, la trentaine d'entrevues colligées par Nérée St-Amand et Jean-Luc Pinard dans leur chapitre, traduit l'expérience de ces psychiatrisés du Nouveau-Brunswick, où les normes sociales renvoient à celles de la médecine mais aussi aux divisions ethniques, de langue et de classe. Il en va de même des « héritiers » de la désinstitutionnalisation au Québec, dont l'analyse menée par Marie-Ève Carle, Laurie Kirouac et Henri Dorvil permet de mieux comprendre leur intégration dans un cadre normatif, celui d'usagers de services médicaux et paramédicaux.

2. D'où la richesse de la correspondance personnelle des internés de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu au tournant du XXe siècle, dont Cellard et Thifault (2007) ont révélé la teneur. Produit de la propre plume des internés, leur témoignage gagne en valeur d'authenticité.

3. Au-delà des questions du savoir et du témoignage, l'enjeu de la désinstitutionnalisation en santé mentale se perçoit aussi sous l'angle du discours et des pratiques de l'autorité. Dès lors, l'historien cherche à cerner l'exercice du pouvoir par lequel l'autorité sous toutes ses formes devient légitime et efficace. Ici, les discours et les pratiques ressortissent à l'action stratégique. Se situant à une échelle microsociale, l'historien s'acharne alors à déceler les traces laissées par les acteurs dans les différentes sources, soit les rapports de divers types, la correspondance, les textes législatifs et administratifs, etc. Il le constate alors : par ses stratégies mises en œuvre en matière de santé mentale, l'autorité sous toutes ses formes aménage un ordre rationnel et efficace qui classe les manifestations de l'irraison afin de les réduire. Mycroft Mixeudeim, le personnage de la pièce autobiographique de Claude Gauvreau (1993 [1956], p. 108), rappelle justement l'effet premier de ces stratégies sur le témoignage des aliénés : les tenants de celles-ci « vérifient sans se lasser l'efficacité des méthodes qu'ils ont pour me faire taire à volonté ». Dans le cas de la désinstitutionnalisation, cet aménagement d'un ordre rationnel et efficace se manifeste par l'instauration de procédures de rationalisation normative : la rationalisation de l'enquête et de la résolution de problème.

D'abord, il y a les procédures de l'enquête. Sur un plan individuel, ces procédures relèvent d'abord de la pensée médicale (Grmek, 1999 ; Peitzman et Maulitz, 1999) puisque la désinstitutionnalisation s'inscrit dans la relation entre le soignant et le soigné. L'historien cherche donc à reconstituer les étapes de l'enquête médicale : la classification préalable fondée sur la nosologie ; l'anamnèse et les entretiens ; la collecte des données matérielles et biologiques ; la mise en relation des résultats de l'enquête identifiés selon des critères de cohérence et de pertinence ; leur analyse afin d'en dégager un diagnostic, un pronostic et une thérapie. Présentées ici sous une forme schématique, ces étapes rationnelles gagnent en complexité grâce aux interactions entre les différents intervenants, constituant ainsi un système expert (Cicourel, 2002) avec le médecin spécialiste dans le cadre de son équipe de recherche, les infirmières, les techniciens biomédicaux et, bien sûr, le soigné au cœur du processus. Dans leur chapitre, Marie-Claude Thifault et Martin Desmeules relèvent d'ailleurs ces étapes d'enquête médicale qui précèdent la décision de faire sortir un patient de l'institution asilaire, notamment dans le contexte où se déploie le modèle de la médecine de laboratoire après la Seconde Guerre mondiale.

Sur un plan collectif, les procédures de l'enquête renvoient aussi aux méthodologies des sciences sociales, à l'instar de celles de la sociologie, de la criminologie et du travail social. Ces méthodologies sont celles de la construction heuristique de l'objet d'étude ; de la composition du corpus documentaire ; des opérations de critique, de généralisation et de

comparaison (Désveaux *et al.*, 2012). Ces méthodologies, elles sont aussi au cœur de la démarche des multiples commissions d'enquête et comités de travail se penchant sur la santé mentale. Dans sa compréhension du mouvement de la désinstitutionnalisation, l'historien se réfère ainsi aux trois commissions d'enquête au Nouveau-Brunswick – le *Mental Health Survey* de 1920 ; la Commission sur l'Hôpital provincial, dirigée par J. B. M. Baxter en 1945 ; la Commission sur le système de santé mentale de 2009, présidée par Michael McKee –, aux initiatives québécoises à l'instar de la Commission d'études des hôpitaux psychiatriques sous le magistère de Dominique Bédard en 1962 ou du comité de travail supervisé par Gaston Harnois en 1987 ; ou encore à la Commission ontarienne de restructuration des soins de santé, créée en 1996. Chaque rapport, chaque étude produits par ces instances investigatrices fournissent de précieux renseignements sur les tenants et les aboutissants des stratégies d'exercice du pouvoir en santé mentale : la classification selon des catégories communes et univoques, l'établissement de la norme et de la déviance, la rhétorique de la pathologie, la mise en place de la légitimité grâce au discours et aux pratiques d'autorité, etc.

Sans se borner aux opérations d'enquête et de collecte de l'information, les procédures de rationalisation relèvent aussi de la résolution du problème. Ici, le regard de l'historien porte sur une triple échelle d'observation microsociale : celle des actes médical, infirmier et administratif. Premier geste puisqu'il touche à la pathologie même, l'acte médical propose une intervention auprès du soigné sous trois types : thérapeutique, curatif ou palliatif. Comme les études de ce recueil le retracent, un changement paradigmatique dans la conception de la pathologie et de son traitement a cours pendant la seconde moitié du XXe siècle : désormais, le fou peut être soigné, voire guéri. Dès lors, l'acte médical ne se résume plus à des mesures palliatives comme l'internement en cure fermée. La résolution de problème en santé mentale se manifeste de plus en plus grâce aux soins, des soins qui connaissent des avancées spectaculaires entre autres avec le développement de la pharmacopée dès les années 1950. Isabelle Perreault et Michel Guilbault soulignent d'ailleurs les espoirs engendrés par le déploiement de la psychopharmacologie à des fins thérapeutiques au Québec de 1940 à 1970, notamment avec l'emploi des neuroleptiques comme la chlorpromazine – mieux connue sous le nom de Largatil.

Au cours de la même période, les changements de paradigme relèvent aussi des autres échelles microsociales. Ainsi, l'acte infirmier ne se circonscrit plus à la prestation de soins ancillaires par rapport au travail du médecin, travail dont le prestige social devient hégémonique au cours du XIXe siècle (Chabot, Hickey et Pâquet, 2012). Plutôt, il cherche dorénavant à accompagner le patient en le considérant globalement dans son humanité fondamentale – à l'instar des facteurs caritatifs découlant des valeurs

du *caring* (Watson, 1979). Ces valeurs deviennent hégémoniques dans la dernière partie du siècle. Sandra Harrisson et Marie-Claude Thifault montrent la mise en œuvre du système du *care* dans le cas de l'Ontario entre 1976 et 2006.

Quant à l'acte administratif, il est le fait des fonctionnaires des bureaucraties hospitalière et étatique. Il se fonde sur des catégories de domination rationnelle identifiées naguère par Max Weber (1995 [1923]) : une activité continue liée à des règles, découlant de compétences précises et hiérarchiques, obéissant à des principes de séparation des tâches, de conformité et d'absence d'appropriation des postes par les titulaires. Dans le domaine de la santé publique, l'historien note l'établissement d'un modèle de sécurité sociale au Canada et au Québec avec l'avènement de l'État-providence (Guest, 1995 ; Lamontagne et Prémont, 2011) – dit beveridgien du nom de l'économiste britannique William Beveridge –, modèle dont les principes de solidarité et d'universalité orientent l'acte administratif en soins médicaux et hospitaliers en santé mentale. À partir de la Seconde Guerre mondiale, les administrateurs veulent donc assurer une allocation adéquate des ressources ainsi qu'un respect des droits individuels et de l'ordre public afin d'obtenir un rendement optimal. À cet effet, il n'est pas du tout anodin qu'une bureaucratie rompue aux impératifs du rendement – celle de l'armée canadienne – soit novatrice en matière de réinsertion des psychiatrisés après la Seconde Guerre mondiale, comme le signalent Alexandre Pelletier-Audet et André Cellard. Il en va maintenant du respect des droits du citoyen mais aussi d'une rationalisation des ressources humaines, ressources dont le potentiel ne peut plus être gaspillé par l'enfermement en institution ou par l'incurie administrative.

4. Si les stratégies d'exercice du pouvoir s'expriment sur un plan microsocial, l'historien remarque rapidement leurs effets structurants sur un plan macrosocial pour les XXe et XXIe siècles au Québec et au Canada francophone. Ici, le mouvement de désinstitutionnalisation se retrouve distendu entre trois logiques régulatrices, qui confinent aussi aux procédures de résolution de problème, soit celles de la pensée juridique, de la gouvernance et de l'économie marchande.

D'abord, la logique du Droit, logique hégémonique de la Modernité actuelle, fait sentir sa force. Dans le domaine de la désinstitutionnalisation et de ses incidences juridiques, Thémis ne précède pas Asclépios : il l'accompagne. En effet, le Droit ne cherche pas à résoudre des problèmes médicaux. Plutôt, il vise à dénouer les litiges entre deux parties, litiges issus de la condition pathologique et de son traitement, en se référant à l'établissement de la preuve, à la règle de droit ainsi qu'aux principes de justice et de légitimité politique (Dworkin, 1994 [1986]). Avec l'expansion du domaine des droits individuels, qui étend son empire avec les conventions

internationales et étatiques de l'après-guerre, la donne change de manière importante en matière de santé mentale. Ainsi, l'Assemblée des Nations Unies adopte en 1991 les *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale*. Ces principes stipulent des libertés fondamentales et des droits de base, soit ceux relatifs « aux meilleurs soins de santé mentale disponibles, dans le cadre du système de santé et de protection sociale ». De plus, « toute personne atteinte de maladie mentale ou soignée comme telle doit être traitée avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine ». Enfin, les principes 7 et 9 restent fidèles à l'esprit du mouvement de désinstitutionnalisation en énonçant que « tout patient a, dans la mesure du possible, le droit d'être traité et soigné dans le milieu où il vit », et que « le traitement de tout patient doit tendre à préserver et à renforcer son autonomie personnelle » (Organisation des Nations Unies, 1991).

Les consensus internationaux découlent de décisions étatiques préalables. Au Québec et au Canada francophone, la logique juridique se déploie ainsi depuis les années 1960. Le fou n'est plus nécessairement aliéné de ses droits civiques : il n'est plus placé automatiquement sous le régime de la curatelle publique. Adoptée au Québec en 1972, la Loi sur la protection du malade mental met aussi fin à l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire et sans appel : celui du surintendant médical qui, sur la foi d'un rapport, décidait de l'internement ou de la fin de la cure fermée (Bédard, 1996). L'internement étant décidé à la suite d'une ordonnance de la Cour, le citoyen souffrant d'une pathologie mentale dispose dès lors de recours tels que ceux des commissions d'examen et de révision. Tel que le mentionne la juriste Emmanuelle Bernheim (2012), la logique du règlement du litige impose la confrontation entre deux rôles antagonistes – le patient psychiatrisé comme défendeur, l'établissement psychiatrique et le psychiatre comme demandeurs. Il devient donc « nécessaire d'incorporer dans le droit des critères objectivants qui permettront une démonstration satisfaisante au regard de la preuve et une décision impartiale » (Bernheim, 2012, p. 110). Ces critères objectivants ainsi que la reconnaissance préalable de la plénitude des droits de l'aliéné, président à toute décision, que cette dernière ressortisse à la cure fermée ou à la désinstitutionnalisation. Ils constituent donc des éléments structurants dans la compréhension historique et actuelle de la désinstitutionnalisation.

La deuxième logique macrosociale relevée par l'historien est celle de la Gouvernance. Les procédures de résolution de problème renvoient également aux sciences du gouvernement telles qu'elles se ramifient depuis le XIXe siècle, et à leur usage dans la gouverne des affaires publiques. Gouverner, c'est d'abord gérer la complexité en fonction du maintien et de l'épanouissement du bien commun. À cet effet, pour reprendre la métaphore de Pierre Bourdieu (1998, 2012), l'État moderne possède deux

mains : la droite responsable des budgets et de l'allocation des ressources – soit le maintien du patrimoine public –, la gauche de la mission sociale et des services aux citoyens – soit l'épanouissement du potentiel civique. Au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick, le développement historique de l'appareil étatique voit ces deux mains s'animer chacune à tour de rôle. Sous le régime de l'État-providence issu de l'après-guerre, la main gauche remplit des fonctions de plus en plus complexes afin d'assurer une offre de service adéquate pour le respect et l'épanouissement des droits des citoyens. Sous celui de l'État néolibéral en place depuis les années 1980, la main droite serre sa poigne pour tenter de réduire les effets jugés délétères d'une dette publique importante. Le jeu de ces deux mains de l'État est particulièrement explicite en matière de politique sociale, en ce qui concerne notamment la désinstitutionnalisation en santé mentale. Ainsi, au moment du dévoilement de la principale politique québécoise en cette matière, Thérèse Lavoie-Roux, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, juge en janvier 1989 que « le véritable objectif » de cette politique « est de permettre à la personne qui souffre, de trouver dans notre société les appuis nécessaires pour améliorer sa condition psychique, et ce, en respectant son rythme et ses besoins ». De plus, cette politique « vise à favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population ». Trois stratégies du ministère s'inscrivent alors en ce sens : « améliorer le fonctionnement des structures en place, offrir aux intervenants de meilleurs outils de travail, ou donner encore plus de services en respectant les disponibilités financières » (Lavoie-Roux, 1989, p. 3-4).

Gouverner, ce n'est pas seulement gérer, c'est aussi prévoir. On l'a vu aussi : cet État établit des dispositifs de constitution d'un savoir empirique et rationnel, jugé légitime et efficace, qui servira ensuite à réguler les situations problématiques (Pâquet, 2008) – les différentes commissions d'enquête portant sur la santé mentale participent de ces dispositifs. Ce savoir préalable est consubstantiel au principe de précaution qui guide les politiques publiques aux XXe et XXIe siècles (Beck, 2001 [1986]). L'avènement du principe de précaution depuis la Seconde Guerre mondiale engendre deux conséquences en matière de politique de désinstitutionnalisation. La première est quantitative : elle relève de l'augmentation conséquente du nombre et du type d'intervenants. En parallèle avec la complexité croissante du secteur médical et paramédical dans les établissements hospitaliers, la désinstitutionnalisation implique la présence de nouveaux experts œuvrant à l'extérieur de ces établissements : intervenants en travail social et en santé mentale, psychologues et experts psychosociaux, éducateurs, administrateurs et gestionnaires, personnel de soutien, etc. L'augmentation du nombre d'intervenants implique un resserrement de certaines normes afin d'assurer la protection du public. Elle suppose aussi une saisie plus large des variables dans la prise de décision de la désinstitutionnalisation – la

gestion des risques, médicaux comme actuariels, exige une connaissance la plus complète possible des facteurs de la dangerosité en lien avec l'état mental et avec l'aptitude à consentir aux soins.

La seconde conséquence est qualitative. Au cours des années 1980, l'avènement des politiques de désinstitutionnalisation en santé mentale se déroule en parallèle à l'hégémonie de nouveaux modèles de gestion administrative dans l'appareil étatique, mieux connus sous l'appellation générique de *nouvelle gestion publique* (*new public management*). Avant les réformes des années 1970 et 1980, l'enfermement asilaire se caractérisait par une bureaucratie hiérarchique, où le surintendant médical et, au-dessus de lui, le ministre de la Santé, étaient les ultimes instances décisionnelles et imputables. Ce mode de gestion administrative correspond à celui de l'État selon le système de Westminster : suivant une chaîne de décision pyramidale, le ministre est l'ultime responsable imputable devant le Parlement (Dwivedi et Gow, 1999). Prônée par le gouvernement de Margaret Thatcher puis par d'autres gouvernements néolibéraux en Occident, la nouvelle gestion publique promeut un partage subsidiaire des rôles entre les instances de pilotage et d'exécution afin d'améliorer le rapport entre le coût et l'efficacité du service. Dès lors, les citoyens sont considérés comme des consommateurs pour lesquels l'État doit rendre le meilleur service au moindre coût, en déléguant l'exécution de ces services à des entités autonomes (Charbonneau, 2011). À la suite des rapports de Pierre Fortier sur la privatisation, de Paul Gobeil sur l'organisation gouvernementale et de Reed Scowen sur la déréglementation, la politique québécoise en santé mentale applique en 1989 ces principes de gestion administrative. La ministre Thérèse Lavoie-Roux est explicite à cet effet en insistant sur « le rôle majeur que cette politique donne à nos partenaires ; au niveau local avec les municipalités, au niveau régional par une opération de décentralisation ; et enfin, au niveau gouvernemental par la concertation interministérielle ». Pour elle, « cette politique de santé mentale doit être l'occasion pour le gouvernement du Québec de donner l'exemple d'un véritable partenariat » (Lavoie-Roux, 1989, p. 8). La désinstitutionnalisation en santé mentale n'a pas que des avantages thérapeutiques : ils sont aussi gestionnaires et, surtout, ils tendent vers l'idéal tant désiré d'*efficacité*.

C'est dans ce contexte que la troisième logique macrosociale, celle de l'Économie marchande, s'affirme vigoureusement en matière de désinstitutionnalisation. Tout comme les autres intervenants en matière de santé, les disciples d'Hippocrate fréquentent depuis longtemps la place du Marché et le commerce des maladies, les aliénistes n'y faisant guère exception. De plus, l'explosion des budgets des institutions asilaires au XXe siècle, notamment avec le développement des technologies médicales dès la Première Guerre mondiale, contribue fortement à la désuétude de l'option de l'enfermement curatif mais aussi au recours à la désinstitutionnalisation

à partir des années 1950. Là, l'historien distingue deux phénomènes économiques à l'œuvre avec le mouvement de désinstitutionnalisation en santé mentale. Si le rapport de Dominique Bédard de 1962 parle encore de malades mentaux dans ses propositions de désinstitutionnalisation (Guilbeault-Cayer, 2009), il se produit à partir des années 1990 un double glissement à la fois terminologique et sémantique. Ainsi, un peu moins de 10 ans après la Politique québécoise en santé mentale de 1989, à la suite du constat du vérificateur général du Québec en décembre 1996 à l'effet de la sous-utilisation des services dans la communauté, le ministère de la Santé et des Services sociaux énonce son *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*. Désormais, les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont désignées sous le vocable de *clientèles*, clientèles pour lesquelles les régies régionales doivent nommer les responsables de la prestation et de la coordination des services (Québec, 1998). Les fous devenant des clients – soit des consommateurs de soins et de services –, l'approche clientéliste en matière de désinstitutionnalisation reflète cette logique de l'économie marchande qui s'infiltre dans l'entrelacs des relations sociales, politiques et médicales.

La logique économique n'est pas seulement un phénomène relatif aux services en santé mentale, elle se manifeste avec puissance dans le cadre des relations avec les industries, dont au premier chef l'industrie pharmaceutique – parfois connue sous l'appellation de *Big Pharma*. Le présent recueil l'a montré avec justesse : avec ses découvertes en psychopharmacologie, cette dernière est aux origines du mouvement de désinstitutionnalisation des années 1950. La logique économique se fait ici marchande : l'industrie vend un produit destiné à des consommateurs, produit dont la vente est encadrée par des règles étatiques. *Big Pharma* possède ainsi un dispositif actif et puissant de marketing auprès des médecins, et de lobbyisme auprès des instances de l'État. Il faut dire ici que les activités de lobbyisme importent au Canada et au Québec, où le cycle de vie du médicament fait l'objet de règlementations sévères au fédéral – le brevetage et les lois relatives à l'innovation – et au provincial – l'inscription des nouveaux produits au régime public (Mathieu, 2007). Vu son approche thérapeutique fondée sur la pharmacopée, le mouvement de désinstitutionnalisation en santé mentale engendre donc un potentiel de rentabilité certain pour l'industrie pharmaceutique. Le traitement et le suivi des patients à l'extérieur des établissements de santé bénéficient de l'avènement de nouveaux médicaments que l'industrie peut vendre à bon profit.

Toutefois, la logique économique et marchande n'est pas ici hégémonique comme le constate l'historien. La course à l'innovation pharmaceutique a ainsi son revers : elle engendre des coûts de production prodigieux, joints à des difficultés croissantes de mise en marché et à une

concurrence accrue de la part des produits génériques. Ces coûts, l'industrie pharmaceutique cherche à les réduire en refilant la facture aux consommateurs. Ceux-ci rechignent à payer, notamment pour les produits de valeur douteuse (Law, 2006). Les cas très médiatisés de défaillance de la réglementation pharmaceutique, comme les controverses judiciarisées de la *thalidomide* et plus récemment du Vioxx, inquiètent également les citoyens et les responsables politiques. Le principe de précaution jouant de pair avec celui de l'universalité des soins, les décideurs ne soumettent pas unilatéralement la thérapie à la férule stricte de la *Lex Mercadoria* : il importe aussi de saisir le contexte macroéconomique. Bien que le coût des médicaments constitue entre le cinquième et le quart de l'enveloppe budgétaire en santé mentale[3] au Québec des années 2000, l'État provincial considère que « l'optimisation d'une thérapie médicamenteuse doit reposer sur une perspective globale et non se limiter à l'aspect budgétaire immédiat ». En effet, « un meilleur usage des médicaments dans le traitement de problèmes de santé mentale peut avoir pour conséquence d'accroître la consommation de certains médicaments plus coûteux, mais aussi d'améliorer la qualité de vie et l'intégration sociale du patient » (Québec, 2007, p. 45). Ainsi en est-il de l'intégration au travail, qui peut être remise en cause par l'appauvrissement engendré par l'absence de compensations financières relatives à la prise de médicaments (Québec, 2005).

5. *In fine*, la saisie de la désinstitutionnalisation en santé mentale au Québec et au Canada francophone constitue pleinement pour l'historien un enjeu. Un enjeu de savoir historique, où le témoignage du fou heurte sa volonté de rendre raison. Un enjeu d'exercice microsocial du pouvoir, où les procédures de l'enquête et celles de la résolution de problème renvoient aux stratégies des différents acteurs, lesquelles s'inscrivent à l'intérieur d'actes singuliers : ceux de la médecine, des soins infirmiers, de l'administration. Un enjeu de structures macrosociales, où les logiques du Droit, de la Gouvernance et de l'Économie traversent le mouvement de la désinstitutionnalisation, le modulant et l'orientant à travers le temps.

En fait, dans la saisie de la désinstitutionnalisation en santé mentale, l'historien du politique se trouve confronté à un autre paradoxe épistémologique – celui d'une enquête sur un lieu qui se dissout –, ce dernier renvoyant ensuite à un enjeu éthique. Il sait d'expérience que l'exercice du pouvoir – quel qu'il soit – s'exprime non seulement dans les êtres et le temps, mais aussi dans l'espace. Dans son examen du pouvoir, il le discerne en des lieux, des espaces particuliers et connotés : le lieu du combat politique – l'agora, le forum, l'espace public, le champ social –, le lieu de

3. À raison de 20,65 % en 2000-2001 et 22,92 % en 2002-2003. Pourcentage établi à partir des données de Québec, 2005, p. 79.

mémoire, le lieu de l'institution – ici, l'asile, l'établissement psychiatrique et hospitalier, le cabinet du médecin, le Parlement, le ministère, le tribunal, etc. Cependant, la désinstitutionnalisation implique la dissolution du lieu d'exercice du pouvoir : le fou n'est plus entre quatre murs, il est ici et ailleurs. Désormais, l'étude historique, si elle se veut exhaustive, ne peut plus se cantonner dans ces lieux où le pouvoir s'installe. L'exercice du pouvoir s'incarnant dès lors dans les corps, l'historien du politique le cherche maintenant ailleurs. Il peut le trouver dans ce biopouvoir identifié naguère par Michel Foucault, un biopouvoir qui prend des formes variables sous le jeu des échelles d'observation. Pour saisir aux fins de la compréhension historique ce biopouvoir évanescent et fluide, l'historien du politique en fait un enjeu éthique. Ici, comme dans toute autre matière, la démarche historienne est une démarche de reconnaissance : celle de la plénitude et de la dignité de l'humanité. Le fou, l'aliéné, le désinstitutionnalisé devient alors un sujet de l'histoire, et non plus un simple objet d'étude. En le reconnaissant ainsi, le savoir historique se fait émancipateur : en rendant raison de l'expérience humaine au cœur de la désinstitutionnalisation, l'historien n'enferme plus le fou entre les murs de son discours.

6. Le dramaturge Claude Gauvreau (1993 [1956], p. 205) exprimait autrefois l'enjeu de la désinstitutionnalisation en santé mentale. Sa parole a une résonance toute particulière à l'oreille de l'historien, soucieux de l'enjeu éthique de sa discipline.

> Mycroft Mixeudeim (Les yeux hagards ; comme si quelqu'un d'autre parlait en lui) :
>
> Il faut poser des actes d'une si complète audace, que même ceux qui les réprimeront devront admettre qu'un pouce de délivrance a été conquis pour tous.

Bibliographie

BECK, U. (2001 [1986]). « Logique de la répartition des richesses et logique de la répartition du risque », *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier, p. 35-90.

BÉDARD, D. (1996). « Acquis importants en santé mentale », dans Y. Lecomte (dir.), *20 ans de santé mentale au Québec. Regards critiques des acteurs et des collaborateurs*, Montréal, Santé mentale au Québec, p. 11-14.

BERNHEIM, E. (2009). « Le droit à l'information des patients gardés en établissement : un instrument essentiel de promotion des valeurs démocratiques et du statut citoyen », *McGill Law Journal/Revue de droit de McGill*, vol. 54, p. 547-577.

BERNHEIM, E. (2012). « Des "étiquettes juridiques". La catégorisation par le droit en santé mentale », *Lien social et Politiques*, nº 67, printemps, p. 107-121.

BOURDIEU, P. (1998). « La main gauche et la main droite de l'État », dans *Contre-feux*, Paris, Liber-Raison d'agir, p. 9-17.

BOURDIEU, P. (2012). *Sur l'État. Cours au Collège de France, 1989-1992*, Paris, Éditions du Seuil, coll. « Raison d'agir ».

CELLARD, A. et M.-C. THIFAULT (2007). *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Boréal.

CHABOT, J., D. HICKEY et M. PÂQUET (dir.) (2012). *Autour de la médicalisation. Perspectives historiques, pratiques et représentations, XVe-XXe siècles*, Québec, Presses de l'Université Laval.

CHARBONNEAU, M. (2011). « Les modèles d'organisation et de gestion de l'administration publique : de Weber au nouveau management public », dans N. Michaud (dir.), *Secrets d'États ? Les principes qui guident l'administration publique et ses enjeux contemporains*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 297-318.

CICOUREL, A. J. (2002). *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris, Éditions du Seuil.

DÉSVEAUX, E. *et al.* (2012). *Faire des sciences sociales*, t. 1, *Critiquer*, t. 2, *Généraliser*, t. 3, *Comparer*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en sciences sociales.

DWIVEDI, O. D. et J. I. GOW (1999). *From Bureaucracy to Public Management. The Administrative Culture of the Government of Canada*, Toronto, University of Toronto Press.

DWORKIN, R. (1994 [1986]). *L'empire du droit*, Paris, Presses universitaires de France.

GAUVREAU, C. (1993 [1956]). *La charge de l'orignal épormyable*, Montréal, Hexagone.

GRMEK, M. (1999). « Le concept de maladie », dans M. Grmek (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, t. 3, *Du romantisme à la science moderne*, Paris, Seuil, p. 147-167.

GUEST, D. (1995). *Histoire de la sécurité sociale au Canada*, Montréal, Boréal.

GUILBEAULT-CAYER, É. (2009). « L'Institut universitaire en santé mentale de Québec », *The History of Madness in Canada/L'histoire de la folie au Canada*, <http://historyofmadness.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=43&lang=fr>, consulté le 19 mars 2014.

LAMONTAGNE, R. et M.-C. PRÉMONT (2011). « Le secteur de la santé et des services sociaux au Québec : au cœur des enjeux de l'administration publique », dans N. Michaud (dir.), *Secrets d'États ? Les principes qui guident l'administration publique et ses enjeux contemporains*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 529-558.

LAVOIE-ROUX, T. (1989). « Politique de santé mentale », allocution de madame Thérèse Lavoie-Roux, ministre de la santé et des services sociaux, Montréal, 16 janvier.

LAW, J. (2006). *Big Pharma : How the World's Biggest Drug Companies Control Illness*, New York, Carroll & Graf.

MATHIEU, R. (2007). *Les modes d'influence de l'industrie pharmaceutique novatrice : le cas de la Politique du médicament au Québec*, mémoire de maîtrise (science politique), Québec, Université Laval.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES (1991). *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé*, A.G. res. 46/119, 46 GAORSupp. No. 49 à 189, U.N. Doc. A/46/49 (1991), <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/french/t2pppmif.htm>, consulté le 19 mars 2014.

PÂQUET, M. (2008). « Pensée scientifique et prise de décision politique au Canada et au Québec », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 17, nº 1, automne, p. 175-192.

PEITZMAN, S. J. et R. C. MAULITZ (1999). « L'élaboration du diagnostic », dans M. Grmek (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, t. 3, *Du romantisme à la science moderne*, Paris, Seuil, p. 169-185.

QUÉBEC (1998). *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

QUÉBEC (2005). *La force des liens. Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

QUÉBEC (2007). *La politique du médicament*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

WATSON, J. (1979). *Nursing. The Philosophy and the Science of Caring*, Boston, Little, Brown and Company.

WEBER, M. (1995 [1923]). *Économie et société*, t. 1, *Les catégories de la sociologie*, Paris, Plon.

NOTICES BIOGRAPHIQUES

Marie-Ève Carle a obtenu un baccalauréat en anthropologie de l'Université Laval (2000), une maîtrise en intervention sociale de l'Université du Québec à Montréal (2003) et un Ph. D. en anthropologie de l'Université de Montréal (2011). Elle est actuellement de retour à l'Université du Québec à Montréal où elle effectue une maîtrise en travail social. Ses intérêts de recherche portent notamment sur les inégalités sociales en santé et sur les savoirs des personnes vulnérables.

André Cellard est professeur émérite au Département de criminologie de l'Université d'Ottawa. Historien de formation, il se spécialise dans l'histoire sociale du Québec, plus particulièrement dans celle des soins psychiatriques dans la province : il a publié *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850* (Boréal, 1989) et, avec Marie-Claude Thifault, *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu* (Boréal, 2007).

Martin Desmeules a obtenu sa maîtrise en histoire à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) en 2009. Il est coordonnateur au Centre d'histoire des régulations sociales (CHRS) depuis 2011 et professionnel de recherche en histoire depuis 2009. Ses activités de recherche ont porté sur l'histoire des régulations sociales, sur la santé des minorités linguistiques canadiennes (avec Louise Bouchard, il a signé *Minorités de langue officielle du Canada. Égales devant la santé?* (Presses de l'Université du Québec, 2011),

sur l'histoire des soins infirmiers psychiatriques et de la désinstitutionnalisation en santé mentale et sur l'histoire de la solidarité et du volontariat international au Québec.

Henri Dorvil est travailleur social et titulaire d'un doctorat en sociologie de l'Université de Montréal. Il est professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal et chercheur associé à l'axe de psychiatrie sociale du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Ses travaux de recherche portent notamment sur la stigmatisation associée aux troubles mentaux, particulièrement dans les domaines du logement, de l'emploi et des médias de masse.

Michel Guilbault est diplômé de l'Université Laurentienne de Sudbury en histoire (2008) et en éducation (2009). Il est sur le point d'entreprendre une maîtrise en histoire à l'Université d'Ottawa, laquelle sera consacrée à l'analyse de l'évolution du discours chez Adrien Arcand entre 1946 et 1967. Il s'intéresse à l'étude du processus de déchristianisation dans le cadre des mutations identitaires occidentales – notamment au Canada français – ainsi qu'à son incidence sur les institutions sociales.

Sandra Harrisson est étudiante au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa sous la supervision de la Dre Marie-Claude Thifault. Détentrice d'une bourse de la Chaire de recherche sur la francophonie en santé et des IRSC, recherche *Le champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale*, elle s'intéresse au processus de transition entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire des patients psychiatrisés en situation minoritaire francophone de la région d'Ottawa, entre 1976 et 2006.

Laurie Kirouac est titulaire d'un doctorat en sociologie, réalisé en cotutelle à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et à l'Université Charles-de-Gaulle Lille 3. Ses intérêts de recherche, qui s'inscrivent dans une sociologie de l'individu, portent sur les troubles de santé mentale et sur les transformations du travail. Elle est actuellement chercheure postdoctorale (Paris 1, IDHE-ISST).

Martin Pâquet, professeur au Département des sciences historiques de l'Université Laval, est titulaire de la Chaire pour le développement de la recherche sur la culture d'expression française en Amérique du Nord (CEFAN). Œuvrant en anthropologie historique, il s'intéresse aux multiples expressions des cultures politiques au Québec, au Canada et dans les francophonies nord-américaines depuis les révolutions de la fin du XVIIIe et du début du XIXe siècle jusqu'à nos jours. Ses intérêts s'étendent aussi aux études migratoires dans une perspective transnationale.

Alexandre Pelletier-Audet est candidat au doctorat en histoire à l'Université d'Ottawa. Ses travaux portent sur l'histoire contemporaine de la déviance et de la mort dans une perspective socioculturelle. Sa recherche doctorale est consacrée à l'évolution des sensibilités et des réactions sociales face au suicide en Occident au cours du XXe siècle.

Isabelle Perreault, professeure adjointe au Département de criminologie de l'Université d'Ottawa, est spécialisée en histoire de la psychiatrie et de la sexualité. Elle étudie les réactions sociales face aux comportements relevant de la déviance mentale, les savoirs scientifiques expliquant ces comportements et les traitements psychiatriques, plus particulièrement la lobotomie. Elle travaille actuellement sur la désinstitutionnalisation psychiatrique en contexte de minorité linguistique, les bases épistémologiques d'une *sciencia sexualis* et d'une sociologie historique du suicide au Québec.

Jean-Luc Pinard, titulaire d'une maîtrise en service social de l'Université d'Ottawa (2011), étudie au programme de doctorat dans cette même discipline. Il est boursier de la recherche *Le champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale*, subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada. Diplômé de l'Université de Sherbrooke (1977) et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) (1989), il a monté et dirigé divers groupes et associations d'entraide et de défense des droits. La protection des droits humains, la participation citoyenne, l'*empowerment* et surtout la complexité de leur authentique mise en œuvre en présence des structures institutionnelles contemporaines font partie de ses champs d'intérêt. Il a dirigé, de 1991 à 2010, un organisme d'aide, d'accompagnement et d'action politique voué à la défense des personnes psychiatrisées. Coauteur de *Repenser la qualité des services de santé mentale dans la communauté. Changer de perspective* (Presses de l'Université du Québec, 2006), il poursuit actuellement des activités de recherche et d'enseignement et s'intéresse à la population francophone du Nouveau-Brunswick.

Nérée St-Amand est professeur à l'École de service social de l'Université d'Ottawa et s'intéresse à la santé mentale en contexte minoritaire, particulièrement dans son Acadie natale. Constatant les contradictions des systèmes de soins, il explore les approches complémentaires et alternatives dans le domaine de la santé tout autant que dans l'ensemble des professions d'aide. Il est un des fondateurs de la revue *Reflets* et de l'École de service social de l'Université d'Ottawa. En 2008, il signe, avec Eugène LeBlanc, *Osons imaginer : de la folie à la fierté*, volume qui présente l'histoire de la santé mentale des deux derniers siècles au Nouveau-Brunswick. En 2011, il publie *Repenser le service social*, où il propose diverses façons de renouveler nos façons de penser et d'intervenir. Il est l'un des seuls intellectuels au Canada à savoir intégrer la dimension spirituelle à ses écrits scientifiques.

Marie-Claude Thifault, historienne spécialiste de l'univers asilaire québécois et canadien, est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa et titulaire de la Chaire de recherche sur la francophonie canadienne en santé. Auteure de nombreux articles sur l'enfermement asilaire au XXe siècle, elle a aussi coécrit avec André Cellard *Une toupie sur la tête* (Boréal, 2007) et dirigé l'ouvrage collectif *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de santé au Québec et au Canada* (Presses de l'Université d'Ottawa, 2012). Elle pilote maintenant le projet Déhospitalisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale, également subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada (2013-2016).

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES

Henri Dorvil – directeur
Guylaine Racine – codirectrice

Dans les tripes de la drogue et de la violence
Mieux comprendre ces jeunes
Marlène Falardeau
2014, ISBN 978-2-7605-4014-9, 258 pages

Responsabilités et violences envers les femmes
Sous la direction de Katja Smedslund et David Risse
2014, ISBN 978-2-7605-3984-6, 400 pages

Pratiques innovantes de gestion dans les offices d'habitation
De la poignée de porte à la poignée de main
Paul Morin, Jeannette LeBlanc et Jean-François Vachon
2014, ISBN 978-2-7605-3975-4, 170 pages

Les travailleurs pauvres
Précarisation du marché du travail, érosion des protections sociales et initiatives citoyennes
Sous la direction de Pierre-Joseph Ulysse, Frédéric Lesemann et Fernando J. Pires de Sousa
2014, ISBN 978-2-7605-3937-2, 298 pages

Violence envers les femmes
Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation
Sous la direction de Maryse Rinfret-Raynor, Élisabeth Lesieux, Marie-Marthe Cousineau, Sonia Gauthier et Elizabeth Harper
2014, ISBN 978-2-7605-3914-3, 358 pages

Le travail social et la nouvelle gestion publique
Sous la direction de Céline Bellot, Maryse Bresson et Christian Jetté
2013, ISBN 978-2-7605-3902-0, 264 pages

Le soutien aux familles d'enfants gravement malades
Regards sur des pratiques novatrices
Sous la direction de Manon Champagne, Suzanne Mongeau et Lyse Lussier
2013, ISBN 978-2-7605-3784-2, 238 pages

Le travail social
Théories, méthodologies et pratiques
Sous la direction d'Elizabeth Harper et Henri Dorvil
2013, ISBN 978-2-7605-3103-1, 464 pages

La souffrance à l'épreuve de la pensée
Sous la direction de Nicolas Moreau et Katharine Larose-Hébert
2013, ISBN 978-2-7605-3771-2, 238 pages

La gestion des risques en protection de l'enfance
Logiques d'action et quête de sens
Annie Lambert
2013, ISBN 978-2-7605-3742-2, 272 pages

Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui
Repenser la non-conformité
Sous la direction de Marcelo Otero et Shirley Roy
2013, ISBN 978-2-7605-3652-4, 412 pages

Expériences d'intervention psychosociale en contexte de violence conjugale
Sous la direction de Sonia Gauthier et Lyse Montminy
2012, ISBN 978-2-7605-3631-9, 314 pages

Entre itinérance et fin de vie
Sociologie de la vie moindre
Dahlia Namian
2012, ISBN 978-2-7605-3515-2, 236 pages

Innover pour mobiliser
L'actualité de l'expérience de Michel Blondin
Michel Blondin, Yvan Comeau et Ysabel Provencher
2012, ISBN 978-2-7605-3498-7, 192 pages

Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux
Sous la direction de Simon Lapierre et Dominique Damant
2012, ISBN 978-2-7605-3495-7, 268 pages

Contrer le décrochage scolaire par l'accompagnement éducatif
Une étude sur la contribution des organismes communautaires
Danielle Desmarais
2012, ISBN 978-2-7605-3416-2, 216 pages

Les transitions à la vie adulte des jeunes en difficulté
Concepts, figures et pratiques
Martin Goyette, Annie Pontbriand et Céline Bellot
2011, ISBN 978-2-7605-3203-8, 344 pages

Minorités de langue officielle du Canada
Égales devant la santé ?
Louise Bouchard et Martin Desmeules
2011, ISBN 978-2-7605-3197-0, 118 pages

Le mouvement de l'être
Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale
Ellen Corin, Marie-Laurence Poirel et Lourdes Rodriguez
2011, ISBN 978-2-7605-3072-0, 218 pages

Arts martiaux, sports de combat et interventions psychosociales
Sous la direction de Jacques Hébert
2011, ISBN 978-2-7605-2980-9, 376 pages

Vieillir au pluriel
Perspectives sociales
Sous la direction de Michèle Charpentier, Nancy Guberman, Véronique Billette, Jean-Pierre Lavoie, Amanda Grenier et Ignace Olazabal
2010, ISBN 978-2-7605-2625-9, 532 pages

Mais oui c'est un travail!
Penser le travail du sexe au-delà de la victimisation
Colette Parent, Chris Bruckert, Patrice Corriveau, Maria Nengeh Mensah et Louise Toupin
2010, ISBN 978-2-7605-2549-8, 158 pages

Adolescence et affiliation
Les risques de devenir soi
Sous la direction de Robert Letendre et Denise Marchand
2010, ISBN 978-2-7605-2512-2, 246 pages

Le monde des AA
Alcooliques, *gamblers*, narcomanes
Amnon Jacob Suissa
2009, ISBN 978-2-7605-2464-4, 134 pages

Vivre en famille d'accueil jusqu'à mes 18 ans
Voir ou ne pas voir mes parents?
Louise Carignan, Jacques Moreau et Claire Malo
2009, ISBN 978-2-7605-2426-2, 222 pages

Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale
Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques?
Sous la direction de Jean-François Pelletier, Myra Piat, Sonia Côté et Henri Dorvil
2009, ISBN 978-2-7605-2432-3, 168 pages

Mobilité, réseaux et résilience
Le cas des familles immigrantes et réfugiées au Québec
Michèle Vatz Laaroussi
2009, ISBN 978-2-7605-2400-2, 268 pages

Proximités
Lien, accompagnement et soin
Sous la direction de Michèle Clément, Lucie Gélineau et Anaïs-Monica McKay
2009, ISBN 978-2-7605-1605-2, 386 pages

Visages multiples de la parentalité
Claudine Parent, Sylvie Drapeau, Michèle Brousseau et Eve Pouliot
2008, ISBN 978-2-7605-1591-8, 486 pages

Penser la vulnérabilité
Sous la direction de Vivianne Châtel et Shirley Roy
2008, ISBN 978-2-7605-1563-5, 264 pages

Violences faites aux femmes
Sous la direction de Suzanne Arcand, Domminique Damant, Sylvie Gravel et Elizabeth Harper
2008, ISBN 978-2-7605-1561-1, 624 pages

L'habitation comme vecteur de lien social
Sous la direction de Paul Morin et Evelyne Baillergeau
2008, ISBN 978-2-7605-1540-6, 324 pages

Vivre son enfance au sein d'une secte religieuse
Comprendre pour mieux intervenir
Lorraine Derocher
2007, ISBN 978-2-7605-1527-7, 204 pages

L'itinérance en questions
Sous la direction de Shirley Roy et Roch Hurtubise
2007, ISBN 978-2-7605-1524-6, 408 pages

Solitude et sociétés contemporaines
Une sociologie clinique de l'individu et du rapport à l'autre
Marie-Chantal Doucet
2007, ISBN 978-2-7605-1519-2, 198 pages

Problèmes sociaux – Tome IV
Théories et méthodologies de l'intervention sociale
Sous la direction de Henri Dorvil
2007, ISBN 978-2-7605-1502-4, 504 pages

Amour et sexualité chez l'adolescent – Fondements, Guide d'animation, Carnet de route
Programme qualitatif d'éducation sexuelle pour jeunes hommes
Hélène Manseau
2007, ISBN 978-2-7605-1513-0, 194 pages

Les transformations de l'intervention sociale
Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?
Sous la direction de Evelyne Baillergeau et Céline Bellot
2007, ISBN 978-2-7605-1504-8, 258 pages

Problèmes sociaux – Tome III
Théories et méthodologies de la recherche
Sous la direction de Henri Dorvil
2007, ISBN 978-2-7605-1501-7, 550 pages

Lutte contre la pauvreté, territorialité et développement social intégré
Le cas de Trois-Rivières
Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann
2007, ISBN 978-2-7605-1490-4, 168 pages

Pas de retraite pour l'engagement citoyen
Sous la direction de Michèle Charpentier et Anne Quéniart
2007, ISBN 978-2-7605-1478-2, 210 pages

Enfants à protéger – Parents à aider
Des univers à rapprocher
Sous la direction de Claire Chamberland, Sophie Léveillé et Nico Trocmé
2007, ISBN 978-2-7605-1467-6, 480 pages

Le médicament au cœur de la socialité contemporaine
Regards croisés sur un objet complexe
Sous la direction de Johanne Collin, Marcelo Otero et Laurence Monnais
2006, ISBN 2-7605-1441-2, 300 pages

Le projet Solidarité Jeunesse
Dynamiques partenariales et insertion des jeunes en difficulté
Martin Goyette, Céline Bellot et Jean Panet-Raymond
2006, ISBN 2-7605-1443-9, 212 pages

La pratique de l'intervention de groupe
Perceptions, stratégies et enjeux
Ginette Berteau
2006, ISBN 2-7605-1442-0, 252 pages

Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté
Changer de perspective
Lourdes Rodriguez, Linda Bourgeois, Yves Landry et al.
2006, ISBN 2-7605-1348-3, 336 pages

L'intervention sociale en cas de catastrophe
Sous la direction de Danielle Maltais et Marie-Andrée Rheault
2005, ISBN 2-7605-1387-4, 420 pages

Trajectoires de déviance juvénile
Natacha Brunelle et Marie-Marthe Cousineau
2005, ISBN 2-7605-1372-6, 232 pages

Revenu minimum garanti
Lionel-Henri Groulx
2005, ISBN 2-7605-1365-3, 380 pages

Amour, violence et adolescence
Mylène Fernet
2005, ISBN 2-7605-1347-5, 268 pages

Réclusion et Internet
Jean-François Pelletier
2005, ISBN 2-7605-1259-2, 172 pages

Au-delà du système pénal
L'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciarisés et marginalisés
Sous la direction de Jean Poupart
2004, ISBN 2-7605-1307-6, 294 pages

L'imaginaire urbain et les jeunes
La ville comme espace d'expériences identitaires et créatrices
Sous la direction de Pierre-W. Boudreault et Michel Parazelli
2004, ISBN 2-7605-1293-2, 388 pages

Parents d'ailleurs, enfants d'ici
Dynamique d'adaptation du rôle parental chez les immigrants
Louise Bérubé
2004, ISBN 2-7605-1263-0, 276 pages

Citoyenneté et pauvreté
Politiques, pratiques et stratégies d'insertion en emploi et de lutte contre la pauvreté
Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann
2004, ISBN 2-7605-1261-4, 330 pages

Éthique, travail social et action communautaire
Henri Lamoureux
2003, ISBN 2-7605-1245-2, 266 pages

Travailler dans le communautaire
Jean-Pierre Deslauriers, avec la collaboration de Renaud Paquet
2003, ISBN 2-7605-1230-4, 158 pages

Violence parentale et violence conjugale
Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées
Claire Chamberland
2003, ISBN 2-7605-1216-9, 410 pages

Le virage ambulatoire : défis et enjeux
Sous la direction de Guilhème Pérodeau et Denyse Côté
2002, ISBN 2-7605-1195-2, 216 pages

Priver ou privatiser la vieillesse ?
Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix
Michèle Charpentier
2002, ISBN 2-7605-1171-5, 226 pages

Huit clés pour la prévention du suicide chez les jeunes
Marlène Falardeau
2002, ISBN 2-7605-1177-4, 202 pages

La rue attractive
Parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue
Michel Parazelli
2002, ISBN 2-7605-1158-8, 378 pages

Le jardin d'ombres
La poétique et la politique
de la rééducation sociale
Michel Desjardins
2002, ISBN 2-7605-1157-X, 260 pages

Problèmes sociaux – Tome II
Études de cas et interventions sociales
Sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer
2001, ISBN 2-7605-1127-8, 700 pages

Problèmes sociaux – Tome I
Théories et méthodologies
Sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer
2001, ISBN 2-7605-1126-X, 622 pages

COLLECTION

PROBLÈMES SOCIAUX ET INTERVENTIONS SOCIALES

Henri Dorvil – directeur
Guylaine Racine – codirectrice

L'ISOLEMENT EN ASILE, TRAITEMENT GRANDEMENT UTILISÉ À LA FIN DU XIXe SIÈCLE pour guérir la folie, a été remis en question au fur et à mesure que le XXe siècle passait. La conception des réseaux de santé, le développement des disciplines psychiatrique et psychologique dans l'après-guerre, la découverte des neuroleptiques au début des années 1950 et les contrecoups de la Révolution tranquille, accompagnés d'un vent de décléricalisation, ont mené à une révolution psychiatrique : la désinstitutionnalisation.

Cet ouvrage expose les tenants et les aboutissants d'une première vague de désinstitutionnalisation qui a marqué les années 1960 et 1970 en contexte canadien-français (Québec, Ontario et Nouveau-Brunswick). Proposant une étude sociohistorique et une analyse critique de cette période charnière en santé mentale, les auteurs évaluent les conséquences des transferts sur la vie des patients sortis des asiles ainsi que le rôle des intervenants en matière d'accompagnement. Ils soulèvent également des pistes d'intervention entourant les nouveaux enjeux de la prise en charge des personnes souffrant de maladie mentale.

Alliant criminologie, histoire, sociologie, travail social et sciences infirmières, l'ouvrage traite autant de politiques d'hygiène mentale, de contrôle social, de médicaments psychotropes que de marginalisation des malades mentaux. Il met au jour un vaste patrimoine matériel et immatériel de la santé mentale au Canada.

Marie-Claude Thifault, historienne spécialiste de l'univers asilaire québécois et canadien, est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa. Elle est titulaire de la Chaire de recherche sur la francophonie canadienne en santé et directrice de l'Unité de recherche sur l'histoire des soins infirmiers.

Henri Dorvil, ouvrier de la première heure (1965) en psychiatrie communautaire (désormais appelée « désinstitutionnalisation »), est aujourd'hui professeur titulaire à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal. Ses travaux de recherche portent notamment sur la stigmatisation associée aux troubles mentaux, particulièrement dans les domaines du logement, de l'emploi et des médias de masse.

Ont collaboré à cet ouvrage
Marie-Ève Carle, André Cellard, Martin Desmeules, Henri Dorvil, Michel Guilbault, Sandra Harrisson, Laurie Kirouac, Martin Pâquet, Alexandre Pelletier-Audet, Isabelle Perreault, Jean-Luc Pinard, Nérée St-Amand, Marie-Claude Thifault

IRSC CIHR

Chaires de recherche sur la francophonie canadienne
SANTÉ

PUQ.CA

ISBN 978-2-7605-4063-7
9 782760 540637