

A nnexe 1

35 ANS DE
DÉSINSTITUTIONNALISATION
AU QUÉBEC
1961-1996



Ce texte a été rédigé sous la direction de Henri Dorvil et Herta Guttman. Christiane Cardinal y a travaillé à titre d'agente de recherche contractuelle, pour la recension et l'analyse des études sur l'histoire de la désinstitutionnalisation au Québec.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
INTRODUCTION.....	109
CHAPITRE 1 : LES FORMES DE PRISE EN CHARGE DE LA FOLIE ANTÉRIEURES À LA DÉINSTITUTIONNALISATION.....	113
1.1 Le fou dans la communauté.....	113
1.2 Le fou à l'asile.....	113
1.2.1 La naissance de l'asile.....	113
1.2.2 L'expansion du système asilaire.....	114
1.3 La remise en question de l'asile.....	117
1.3.1 La maladie mentale, une maladie comme les autres.....	117
1.3.2 Les fous crient au secours.....	119
CHAPITRE 2 : LA DÉINSTITUTIONNALISATION DE LA MALADIE MENTALE DE 1960 À LA FIN DES ANNÉES 1980.....	121
2.1 La première vague de désinstitutionnalisation.....	121
2.1.1 Le rapport Bédard et la sortie des patients des hôpitaux psychiatriques.....	121
2.1.2 Le rapport Bédard et le développement de services dans la communauté.....	122
2.1.3 La réforme Bédard et la désinstitutionnalisation des années 1960.....	123
2.2 La deuxième vague de désinstitutionnalisation : de 1970 à 1988.....	128
2.2.1 La réforme Castonguay.....	128
2.2.2 Le mouvement de désinstitutionnalisation de 1970 à 1988.....	129
Conclusion.....	132
CHAPITRE 3 : LES IMPACTS POSITIFS ET DISCUTABLES DU MOUVEMENT DE DÉINSTITUTIONNALISATION.....	135
3.1 Les aspects positifs de la désinstitutionnalisation.....	135
3.2 Les impacts discutables de la désinstitutionnalisation.....	138
3.2.1 Itinérance, pauvreté et ghettoïsation.....	138
3.2.2 La criminalisation des personnes présentant des problèmes de santé mentale.....	139
3.2.3 Le fardeau des familles.....	143
3.2.4 Le syndrome de la porte tournante.....	144
Conclusion.....	146

	PAGE
CHAPITRE 4 : LA DÉSINSTITUTIONNALISATION DES ANNÉES 1990.....	147
4.1 La désinstitutionnalisation : une approche communautaire et la primauté de la personne.....	148
4.2 La désinstitutionnalisation au carrefour des politiques gouvernementales de santé et des services sociaux.....	150
4.3 Le face à face entre deux philosophies de soins en psychiatrie.....	157
CONCLUSION	159
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	163
ANNEXE.....	175

INTRODUCTION

Ce texte porte sur l'évolution du secteur de la santé et, plus particulièrement de la santé mentale au Québec. Le système public de santé et des services sociaux a pris de l'expansion après la Seconde Guerre mondiale. Ce développement a été soutenu par un État de type nouveau, l'État-providence. Actuellement, le secteur de la santé et des services sociaux est en pleine période de transformations. Ces modifications se font sous l'impulsion de la crise de l'État-providence.

Au Québec, l'État-providence s'est consolidé dans le contexte de la Révolution tranquille. Cette forme d'État s'est instaurée à partir d'un modèle fordiste d'accumulation du capital comportant deux compromis :

«[...] un rapport salarial fordiste en vertu duquel les travailleurs reconnaissent les droits de gérance des patrons en échange des gains de productivité (i.e. d'avantages salariaux) et un compromis concernant la consommation collective (ex. santé, éducation) qui se matérialise par l'accès universel à des services dont l'État et ses technocrates s'approprient le contrôle.» (Lévesque, 1987, p.6)

Le modèle fordiste comme forme d'accumulation du capital repose sur une production de masse des biens domestiques et une consommation de masse. Dans ce modèle capitaliste fordiste, ce sont les citoyens-travailleurs d'un territoire national donné qui représentent la part de croissance des débouchés. L'État stimule cette demande via les politiques keynésiennes qui renvoient, entre autres, à «l'expansion des régimes de sécurité du revenu et aux dépenses en éducation et en santé.» (Bellemare, 1983, p. 173)

«C'est ainsi que l'État-providence s'est doté de lois pour donner aux travailleurs, de façon tangible et intangible, de meilleures conditions, plus de pouvoir et plus de richesse, et pour assurer un filet de sécurité aux victimes de la production capitaliste. Parallèlement, il veillait à ce que le milieu de la production demeure stable et à ce que le marché de la consommation favorise l'accumulation du capital.» (White, 1994, p. 41)

Dans ce type de modèle de développement économique et social, le plein emploi, du moins de manière tendancielle, est alors souhaitable tant pour les travailleurs que pour les entrepreneurs. De même, les politiques sociales sous forme de sécurité du revenu assurent la stabilité de la demande dans la mesure où le travailleur exclu du marché du travail par la maladie, les accidents ou l'âge de la retraite peut continuer d'être un consommateur.

Le modèle fordiste-keynésien a permis la croissance économique des années 1945-1975, qu'on appelle couramment *Les Trente Glorieuses*. Il a, en contrepartie, occasionné à l'État une augmentation importante de ses dépenses pour l'éducation, la santé, les programmes de sécurité de revenu et les salaires des fonctionnaires (Bellemare, 1983; Levasseur, 1980; Sales, 1983).

Dans le secteur qui nous intéresse plus particulièrement, soit celui de la santé, l'intervention de l'État s'est réalisée sur trois plans : le financement, la distribution et la régulation des services de soins. Trois facteurs principaux ont contribué à l'ascension des dépenses publiques dans le secteur de la santé : l'augmentation du nombre de services concentrés dans les hôpitaux; la croissance d'utilisation des services et la pression de différents groupes pour de nouveaux services; et le rattrapage salarial des employés des hôpitaux joint à une croissance des effectifs des intervenants de la santé (Renaud, 1995; Plamondon, 1983).

Dans ce contexte de développement des services de santé, le gouvernement du Québec constate, dans les années 1970, que les dépenses publiques dans ce domaine subissaient une croissance deux fois plus rapide que le produit national brut. C'est ainsi qu'après la période des «Trente Glorieuses», le contrôle des coûts apparaît comme enjeu social et dès lors émerge la nécessité de réévaluer les modèles d'intervention thérapeutique et de réadaptation. Afin de contrer les dépenses publiques, le gouvernement de l'époque fit alors appel à la rationalisation et à la coordination des services de santé et des services sociaux.

De plus, dans le monde de la recherche comme dans certains domaines de la pratique médicale, on accréditait de jour en jour l'hypothèse selon laquelle les effets directs positifs des services de soins sur la santé peuvent être contrebalancés par des effets négatifs dès lors que, pour mobiliser des ressources, ces services de soins entrent en concurrence avec d'autres activités susceptibles d'améliorer la santé. Une société dont les dépenses de soins sont si élevées qu'elle ne peut ou ne veut pas dégager de financement adapté pour d'autres activités utiles pour la santé est peut-être, en réalité, une société qui agit contre la santé de sa population (Evans et Stoddart, 1996., p. 68).

Au début des années 1980, la croissance des dépenses publiques et la difficulté de les contrôler se sont accentuées suite à la restructuration du capital sur le plan international. L'État-providence est en crise :

«Tous reconnaissent que le bouleversement des économies nationales, qui est au coeur de la crise internationale de l'État-providence, est relié à une mondialisation croissante du système économique capitaliste.» (White, 1994, p. 40)

Le contrat social fordiste ne fonctionne plus (chômage accru, fermeture d'usines, assistance sociale en croissance, etc.). Les solutions keynésiennes et monétaristes s'avèrent inefficaces pour résorber cette crise. Une réduction draconienne des dépenses publiques s'impose.

C'est alors que les années 1980 marquent le début de restrictions progressives dans les budgets alloués aux services de santé et des services sociaux, tout comme dans les programmes d'éducation et de sécurité du revenu. On a ainsi vu, au cours de cette décennie, apparaître réforme sur réforme dont l'objectif était de réduire les dépenses de l'État. La santé et les services sociaux n'ont pas été épargnés. Marc-Yvan Côté, alors ministre de la Santé et des Services sociaux sous le gouvernement libéral (1989-1993), s'engagea activement, au tournant des années 1990, dans une réforme des services de santé et des services sociaux. L'objectif, soutenait-il, est de donner aux citoyens «des services que le Québec est capable de se payer. (Dorvil et Gagné, 1992, p. 14)»

Cette réforme, présentement en cours, est désignée sous le terme de «virage ambulatoire». Le virage ambulatoire peut être ainsi défini :

«[C'est] le développement et la mise en place de nouvelles techniques d'interventions et de divers programmes de soins au sein même de la communauté permettant la résolution rapide et efficace de problèmes de santé physiques ou psychologiques de façon à éviter des hospitalisations ou d'en limiter la durée.» (Beaudry, 1996, p.1)

Le virage implique une réorganisation des services, une redistribution des ressources financières et humaines à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux. La réforme interpelle aussi la participation de la communauté. Le virage ambulatoire entraîne la fermeture de lits dans les hôpitaux, la diminution de la durée moyenne des séjours hospitaliers et la réduction du personnel hospitalier. Le virage devrait ainsi abaisser les coûts liés aux services et au personnel (Larivière, 1996).

Le virage ambulatoire soulève, par ailleurs, des enjeux sociopolitiques et économiques importants pour le secteur de la santé mentale. Il l'interpelle même tout particulièrement puisque ce secteur d'intervention a déjà subi, depuis plus de 30 ans, des transformations importantes. Le terme utilisé pour désigner ce virage particulier, dans le domaine de la santé mentale, est celui de «désinstitutionnalisation».

Les divers groupes d'intérêts impliqués dans le secteur de la santé mentale s'entendent tous à l'effet que l'on doit maintenir le principe de la désinstitutionnalisation et que ce mouvement s'est soldé par un succès mitigé. Tout le monde s'entend aussi pour dire que les conditions de réussite de ce mouvement n'ont pas été insérées dans la matrice des faits au cours de la première vague de désinstitutionnalisation. Or, dans la mesure où plusieurs études sur la désinstitutionnalisation au Québec ont relevé des problèmes liés à la manière dont ce mouvement s'est opéré, la pertinence de réexaminer son évolution en regard du virage ambulatoire actuel s'impose. C'est ce que propose ce texte.

L'objectif est de retracer ici les grandes lignes directrices de l'évolution du mouvement de désinstitutionnalisation dans le contexte socio-économique et politique des années 1960 jusqu'à aujourd'hui. Dans la mesure où le point d'intérêt porte sur la désinstitutionnalisation en tant que processus ou mouvement, ceci implique d'en définir préalablement les contours.

Le processus de désinstitutionnalisation : une définition

La désinstitutionnalisation n'est pas un mouvement propre au Québec, ni un processus qui s'adresse strictement aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale. La psychiatrie fut toutefois l'une des premières institutions intervenant auprès des déviances à appliquer un tel programme (Laberge, 1988¹). La désinstitutionnalisation des personnes présentant des problèmes psychiatriques comporte trois aspects : une philosophie, un processus et des faits

1. Selon Laberge (1988), de tels projets de désinstitutionnalisation se sont également posés, et se posent encore, en ce qui concerne les champs d'intervention à l'égard de la toxicomanie, des enfants en situation de danger, de même que des contrevenants. De plus, elle souligne l'importance d'examiner, dans le cadre de la poursuite de la désinstitutionnalisation en santé mentale, les programmes qui s'effectuent dans ces domaines pour mieux évaluer les conséquences, car les catégories de clientèle auxquelles s'adresse chaque secteur d'intervention ne sont plus aussi étanches que l'on croyait auparavant.

(Bachrach, 1978; Centraide Québec, 1990; Doré, 1986; Garant, 1985; Mercier, 1987; Wallot, 1988).

Le mouvement de désinstitutionnalisation s'appuie avant tout sur une philosophie qui met l'accent sur les droits et libertés des individus et elle vise à humaniser les soins de santé mentale. De ce point de vue, la désinstitutionnalisation repose sur un principe qui tend «à inverser les influences déshumanisantes considérées comme étant partie intégrante de l'organisation traditionnelle des soins de santé mentale.» (Garant, 1985, p.6) Dans le contexte des conditions marquant le système d'intervention auprès de la maladie mentale avant les années 1960, cette philosophie s'est exprimée sous deux formes principales : l'abandon progressif de l'asile comme modèle d'intervention auprès des personnes malades mentales et le recours limité à l'hospitalisation.

En tant que processus, la désinstitutionnalisation comporte trois composantes qui s'expriment par des faits permettant d'évaluer l'état de la situation : déshospitalisation, non-institutionnalisation et réorganisation du système de soins.

La première composante, la déshospitalisation, renvoie à une sortie des hôpitaux psychiatriques des personnes diagnostiquées. Ce mouvement d'éviction s'accompagne, dans les faits, d'une diminution des lits dans les hôpitaux psychiatriques.

La seconde composante concerne la non-institutionnalisation de personnes présentant des problèmes d'ordre psychiatrique. Il s'agit ici d'éviter, autant que possible, de recourir à l'hospitalisation pour traiter les personnes ayant des troubles mentaux. Ce mouvement s'exprime, dans les faits, par une diminution de la durée des séjours en milieu hospitalier.

La troisième composante, une réorganisation du système de soins, représente les conditions de réussite du mouvement de sortie des patients des hôpitaux psychiatriques et de non-institutionnalisation des patients. Elle a trait au déploiement de services de soins dans la communauté et de services de soutien à la réintégration sociale.

La présente étude sur l'évolution du mouvement de désinstitutionnalisation, du début des années 1960 à aujourd'hui, tient compte de ces trois composantes. Le tracé du mouvement de désinstitutionnalisation reposera simultanément sur deux types de données : quantitatif et qualitatif. Les données quantitatives renvoient à des statistiques concernant d'une part, la sortie ou la non-institutionnalisation des patients psychiatisés et d'autre part, la mise en place des divers services de santé mentale. Les données qualitatives se rapportent aux conditions politiques, sociales, culturelles et économiques qui ont tissé ce mouvement et qui se présentent comme autant de raisons explicatives de la façon dont il a évolué.

Quatre chapitres composent le texte. Le premier chapitre présente un bref portrait des formes de prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux au Québec, afin de mieux cerner sur quel contexte socioculturel s'appuie le mouvement de désinstitutionnalisation. Le deuxième porte sur le processus de désinstitutionnalisation du début des années 1960 jusqu'à la fin des années 1980. Le troisième chapitre aborde les impacts positifs et discutables du mouvement de désinstitutionnalisation, et le dernier chapitre présente la désinstitutionnalisation dans le contexte des années 1990.

CHAPITRE 1

LES FORMES DE PRISE EN CHARGE DE LA FOLIE ANTÉRIEURES À LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

Le Québec a connu deux principales formes de prise en charge des personnes ayant des problèmes mentaux avant la désinstitutionnalisation. La première forme est de type communautaire. Elle s'étend du début de la colonie jusqu'à la septième décennie du XIX^e siècle. La seconde est de type institutionnel dont le dispositif principal est l'asile. Cette forme de prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux s'échelonne sur une période d'environ un siècle.

1.1 LE FOU DANS LA COMMUNAUTÉ

Au début de la colonie, les habitants de la Nouvelle-France démontraient une attitude de grande tolérance envers l'indigence, la déviance ou la folie. En cela, les premiers colons transportèrent coutumes et représentations sociales de leur pays natal puisque, comme le retrace l'oeuvre de Foucault (1961), jusqu'à l'avènement du grand renfermement au milieu du XVII^e siècle, les Français toléraient les vagabonds, les mendiants, les handicapés ou les fous, et ils louangaient même la folie. De plus, comme le souligne Dorvil (1988), les arrivants en Nouvelle-France craignaient davantage le nouvel environnement – terre inconnue, rigueur climatique du pays, maladie, incendies, ennemis – que ses fous et ses déviants. «Ce n'était donc pas le temps de se rejeter, les malades comme les bien-portants faisaient partie de la communauté p. 66» D'autres auteurs (Aird et Amyot, 1981) expriment en d'autres mots la même réalité : avant l'ouverture du premier asile de Beauport en 1845, on connaît assez peu le sort qui était réservé aux fous depuis l'établissement d'une colonie française sur les rives du Saint-Laurent. Il semble bien que la petite société québécoise avait développé une certaine tolérance à l'égard du malade mental : on vivait avec le fou, un peu comme on tolère aujourd'hui le délinquant, le drogué et le pervers (p. 866).

1.2 LE FOU À L'ASILE

1.2.1 LA NAISSANCE DE L'ASILE

Les personnes présentant des problèmes psychiatriques au Québec entrèrent, comparativement aux États-unis et en Europe, tardivement à l'asile. Alors que l'Angleterre, la France et les États-unis² s'équipèrent, entre 1815 et 1840, d'un réseau national d'asiles, le premier asile au Québec, le Montreal Lunatic Asylum, n'ouvre ses portes qu'en 1839 (Cellard et Nadon, 1986). Cellard et Nadon expliquent ce retard dans la mise en place d'un système

2. Bicêtre (1793) et la Salpêtrière (1795), fondés par Pinel, sont les deux premiers asiles en France. *The retreat*, en Angleterre, fut fondé par Tuke en 1791. Le premier asile aux États-unis, le Friends Asylum, fut fondé en 1817 en Pennsylvanie.

asilaire par le fait que le Bas-Canada n'offrait pas, dans la première moitié du XIX^e siècle, les conditions socio-économiques propices à l'érection d'asiles. D'abord, l'industrialisation et l'urbanisation n'avaient pas encore effectué des percées importantes au Québec. De plus, environ 80 % de la population québécoise résidait à la campagne où les solidarités familiales, paroissiales et de voisinage parvenaient à résorber toutes sortes d'indigence : pauvreté, incapacité physique, incapacité intellectuelle, folie, etc.

Le Montreal Lunatic Asylum, établi au troisième étage de la prison de Montréal³, naît d'une conjoncture politique, économique et sociale particulière :

«La naissance de l'asile au Bas-Canada s'inscrit dans une série de mesures envisagées par les Britanniques afin d'assainir le climat social qui avait mené aux troubles de 1837-38⁴. Comme elle reconnaissait déjà l'asile comme instrument de contrôle social dans son milieu d'origine, l'élite anglophone ne pouvait en effet que voir d'un bon oeil son implantation en sol canadien, au moment même où les désordres et l'accroissement de l'indigence urbaine y menaçaient sa suprématie.» (Cellard et Nadon, 1986, p. 366-367)

Le Montreal Lunatic Asylum, devant être subventionné par l'État, ne devint jamais une structure permanente. Il ferma ses portes en 1845 à la suite de l'ouverture de l'asile de Beauport. Selon Cellard et Nadon (1986), il aurait semblé moins urgent, une fois les troubles matés, de construire un asile permanent à Montréal, d'autant plus que les propositions des médecins Douglas et Morrin, concernant l'établissement d'un asile à Québec, semblaient financièrement plus avantageuses pour l'État. Ces derniers acceptaient de loger les insensés en contrepartie d'un montant alloué par l'État pour chaque individu résidant à l'asile. Ce système d'affermage fut en vigueur jusqu'en 1962.

Si les premiers asiles au Québec sont sous le contrôle de médecins anglophones, à partir de l'ouverture de St-Jean-de-Dieu⁵ (1875), ce sont les communautés religieuses qui posséderont et administreront la presque totalité des futures institutions psychiatriques. À partir du moment où les asiles furent sous la gouverne du clergé catholique, les Canadiens francophones commencèrent à y référer leurs insensés (Cellard, 1991; Dorvil, 1988). C'est dire que du début de la colonie jusqu'à cette date, les personnes présentant des problèmes d'ordre psychiatrique ont avant tout été prises en charge par la communauté pour des raisons politiques, ethniques et religieuses. Les Canadiens Français refusèrent ainsi durant très longtemps d'envoyer leurs fous à l'asile dirigé par des Britanniques.

1.2.2 L'EXPANSION DU SYSTÈME ASILAIRE

Le passage d'une prise en charge communautaire à une prise en charge institutionnelle des personnes présentant des troubles mentaux s'est développé assez rapidement au Québec. Le nombre d'asiles fondés et le nombre de patients qu'on y retrouve d'une décennie à l'autre en témoignent. A la fin du XIX^e siècle, le Québec compte déjà six asiles soit St-Michel-Archange

3. L'édifice «Au Pied du courant» se situe au coin de la rue De Delorimier et du boulevard René-Lévesque qui abrite aujourd'hui le siège social de la Société des Alcools du Québec.

4. Les auteurs font référence aux Rébellions de 1837-18 des Patriotes. Dans la logique du contrôle social de l'époque, ces patriotes seraient considérés comme des rêveurs, des hallucinés à envoyer à l'asile ou des fauteurs de troubles, des révolutionnaires à emprisonner.

5. St-Jean-de-Dieu (Montréal), connu depuis 1976 sous le nom de Louis-Hyppolite-Lafontaine a été officiellement fondé en 1875, mais son origine remonterait à 1845 (Sire *et al.*, 1982), du moins le début des installations.

(1845), l'Hôpital St-Julien (1872), St-Jean-de-Dieu (1875), l'Hôpital St-Benoit (1884), l'Hôpital Ste-Elizabeth de St-Paul (1889) et le Verdun Protestant Hospital (1890). En 1901, 2 985 pensionnaires sont hébergés dans ces six établissements psychiatriques pour atteindre, en 1911, un total de 3 978 résidents⁶.

Quarante ans plus tard, cinq autres asiles parsèment le territoire québécois : l'Institut Albert Prévost (1917), l'Hôpital Ste-Anne de Bellevue (1917), le Mont-Providence de Rivière des Prairies (1920), l'Hôpital de Bordeaux (1927), l'Hôpital Sainte-Elizabeth (1952). En 1951, plus de 15 000 personnes se répartissent dans les institutions psychiatriques (Boudreau, 1984).

Le renvoi des personnes ayant des problèmes psychiatriques à l'asile correspond étroitement à la représentation qu'ont, à l'époque, les Québécois de la maladie mentale. «La manière adoptée par une société pour traiter ses déviants – le malade mental par exemple –, résulte de la représentation qu'elle a de ce groupe. (Dorvil, 1988, p. 55)» Jusqu'en 1960, les francophones conçoivent la folie comme un mal incurable provoqué par Dieu pour nous punir ou pour nous éprouver. «Le malade était donc «placé» à l'asile, et les soeurs, du fait de leur esprit d'abnégation et de leur engagement à mener une vie de chasteté, de pauvreté et d'obéissance, étaient considérées comme étant les mieux qualifiées pour prendre soin des affligés et sauver leur âme. (Boudreau, 1984, p. 54)» À cette conception de l'incurabilité et de l'origine divine de la folie correspond ce que nous pourrions nommer une thérapie rédemptrice puisque le but officiel des communautés religieuses était d'ouvrir les portes du ciel aux pauvres fous (Boudreau, 1984; Dorvil, 1988; Wallot, 1986).

Mais cette conception de l'incurabilité de la maladie mentale et de son traitement n'est pas seulement partagée par la communauté francophone. Elle est aussi présente parmi le corps médical. La conception dominante de la psychiatrie québécoise de la maladie mentale et de son traitement, jusqu'aux années 1960, repose sur le modèle neurologique couplé «du sens religieux de l'approche de la détresse, du renoncement et du sacrifice. (Wallot, 1986, p. 28)» Cellard et Nadon (1986) soulignent, quant à eux, que les médecins se désillusionnèrent rapidement quant au succès de guérison qu'ils pouvaient obtenir, compte tenu du manque de ressources financières et humaines et du surpeuplement de l'asile.

«Comme dans tout autre asile de ce nom, cure fermée, mise en curatelle, surpeuplement chronique, manque de personnel qualifié, séjours interminables, conditions sanitaires inadéquates, attitudes punitives des gardes et officières, fenêtres à barreaux et régime policier ainsi qu'une administration dictatoriale étaient de règle.» (Boudreau, 1984, p. 50)

De sorte que le modèle d'intervention à l'égard de la maladie mentale privilégie alors l'hébergement et la discipline plutôt que le traitement. De fait, on guérit peu à l'asile :

«Dès l'arrivée, le docteur nous fait passer un examen médical, puis le psychiatre établit un diagnostic. Par la suite, nous recevons quelque traitement approprié à notre maladie : insuline, électro-chocs ou cure du sommeil. Ensuite... rien ne suit. On nous range sur des tablettes et [...] ils (malades) ne guérissent pas, ou à peu près pas. [...] À Saint-Jean-de-Dieu,

6. Les sources citées par Boudreau (1984) proviennent des rapports annuels de la Division des hôpitaux psychiatriques, ministère de la Santé, Québec.

chaque salle a ses *reliques*. Ce sont des malades internés depuis une vingtaine d'années et qui ne songent plus à quitter l'asile où ils sont chez eux pour ainsi dire.» (Pagé, 1961, p. 43-53)

De plus, des études menées aux États-unis démontrèrent que l'asile, loin de guérir, empirait les problèmes qu'on devait y résorber. Barton (1959) considérait que les effets négatifs d'une institutionnalisation prolongée sur l'évolution de la maladie mentale résultaient sur une névrose institutionnelle : «l'indifférence, l'apathie, l'obéissance passive, l'auto-négligence et, à l'occasion, un comportement agressif. (Wallot, 1988a, p. 1282)» Mais une des études les plus critiques à l'égard de l'asile est celle menée par Goffman (1961). L'auteur démontre que les conditions sur lesquelles repose l'organisation de la vie recluse des personnes de même que les relations d'autorité entre le personnel et les patients conduisent, après un séjour passé dans ce lieu, à une dépersonnalisation, une chronicisation, une dépendance et à une perte substantielle des habiletés sociales.

Alors que l'Angleterre, la France, l'Italie et les États-unis commencent à sortir, dans les années 1950, les personnes diagnostiquées de troubles mentaux des établissements psychiatriques, le Québec fait face, à la même époque, à un problème important de surpeuplement de ses asiles. Pour résoudre ce problème, le gouvernement de Duplessis décida d'ériger trois nouveaux hôpitaux devant servir de déversoir à St-Michel-Archange et St-Jean-de-Dieu : un hôpital à Joliette (Hôpital St-Charles, en 1956), un hôpital à l'Annonciation (Hôpital des Laurentides, en 1960) et un hôpital à Sherbrooke qui ne vit cependant pas le jour mais dont la construction fut amorcée⁷.

À la veille de la réforme du système asilaire, les établissements psychiatriques au Québec sont toujours, malgré la construction de ces nouveaux asiles, surpeuplés. En 1961, plus de 20 000 personnes résident dans les établissements psychiatriques. Ce nombre impressionnant d'individus dépassait largement la capacité théorique d'hébergement des asiles. Par exemple, la capacité théorique des lits de St-Michel-Archange était de 4 368 lits alors qu'au 31 décembre 1961, 5 061 personnes y étaient hospitalisées, enregistrant ainsi un surplus de 693 patients (Rapport Bédard, 1962), surplus découlant surtout d'un nombre plus élevé d'admissions que de sorties. Les personnes, une fois référées à l'asile, entreprenaient de fait une longue carrière institutionnelle. En 1960 par exemple, pour 4 145 personnes des 5 652 patients psychiatriques résidant à St-Jean-de-Dieu, 13,17 % y séjournaient depuis un ou deux ans, 16,58 % entre deux et cinq ans, 41,62 % entre cinq et vingt ans et 28,71 % cumulaient plus de vingt ans de vie recluse⁸.

Long séjour à l'asile, conditions de vie déplorables, régime autoritaire des officières, traitement inadéquat des patients, réglementation serrée des activités quotidiennes, proximité de vie abusive, exploitation de la force de travail, lobotomie, électrochoc, médication caractérisent la psychiatrie asilaire à la fin des années 1950.

7. La Commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques, présidée par le docteur Bédard, obtint l'arrêt de la construction de cet hôpital, dès le début de son enquête. La structure d'hôpital amorcée fut subséquemment utilisée pour le développement d'un centre hospitalier universitaire.

8. La source des données provient du rapport Bédard (1962).

1.3 LA REMISE EN QUESTION DE L'ASILE

De nos jours encore, un certain courant d'opinion associe la désinstitutionnalisation à la découverte de neuroleptiques. Cependant il n'y a pas de relation de cause à effet entre les deux phénomènes. En fait, la désinstitutionnalisation a précédé cette découverte. Voici ce qu'en dit Shula Ramon (1988, p. 11), une spécialiste de la question :

«The antipsychotic drug chlorpromazine was introduced to Britain in 1954, and imipramine, and antidepressant, in 1957. The existence of effective psychotropic medication generated a new sense of optimism amongst psychiatrists. It has subsequently been claimed that the change in the psychiatric system during the 1950s was primarily due to the introduction of psychotic drugs. However, chronologically, it was not the case (Lancet, 1954; Scull, 1975), although it could be argued that these drugs influenced developments in the 1960s⁹.»

Un autre auteur (Eisenberg, 1996, p. 372), abondant dans le même sens, met en relief l'influence majeure des politiques sociales :

«The introduction of psychotropic drugs in the 1950s led to a new «cult of curability.» In the three decades following the mid-1950s, the U.S. inpatient mental hospital population fell from 560,000 to 120,000. Accelerated discharge rates were attributed entirely to pharmacotherapy although rates had begun to decline well before general drug use because of new administrative policies. Psychiatrists spoke enthusiastically about a «revolution» in psychiatry. We were unaware that a significant fraction of «de-institutionalization» was actually «trans-institutionalization»; that is, a major factor in the reduction of long stay patients in state hospitals was an increase in the nursing home population (it doubled during the 1960s). The motive behind the change was not the improvement of care but the effort by the states to claim Medicaid and Medicare funds which were not available so long as patients resided in state mental hospitals.»

Au Québec, quatre événements conjugués vont contribuer à remettre en question l'asile comme système d'intervention à l'égard de la maladie mentale : l'arrivée dans le système psychiatrique d'une nouvelle petite bourgeoisie (les psychiatres «modernistes»); une nouvelle conception de la maladie mentale; la sensibilisation du public à l'égard des conditions de vie à l'asile suite à la parution du livre choc de Jean-Charles Pagé (ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu); la nomination d'une commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques, qui sera ensuite chargée d'appliquer ses propres recommandations.

1.3.1 LA MALADIE MENTALE, UNE MALADIE COMME LES AUTRES

Dans les années 1950, on assiste à l'entrée dans le système asilaire de psychiatres nouvellement formés aux États-unis et en France, grâce à l'octroi, en 1948, de subventions du gouvernement fédéral en hygiène mentale. Au moment où ces psychiatres obtinrent leur

9 . Voir la revue médicale *Lancet* (1954) et l'auteur Scull (1975) qui partagent aussi cette opinion.

formation, le milieu psychiatrique américain faisait déjà la promotion de nouvelles méthodes thérapeutiques :

«Dans les milieux professionnels les méthodes traditionnelles font de plus en plus l'objet de critiques de la part des membres des nouvelles professions et des psychiatres avisés, qui suggèrent de nouveaux modes de traitement basés sur les récentes découvertes biologiques (les psychotropes, par exemple) ou les expériences psychosociales en cours.» (Lecomte, 1988, p. 35)

Quant à la France, celle-ci avait, dès l'après-Deuxième Guerre mondiale, amorcé une réforme du système psychiatrique comportant deux tangentes (Corin, 1986; Dorvil, 1984) : 1) la transformation de l'hôpital psychiatrique en «organisation moderne de soins axée sur des techniques relationnelles (psychiatrie institutionnelle)» et 2) le développement d'une psychiatrie «hors les murs de l'hôpital axée sur toute une gamme de soins destinés à la population. (Dorvil, 1984, p. 31)»

Les jeunes psychiatres québécois revinrent donc au pays avec une toute autre perception de la maladie mentale. Ils alléguèrent que la maladie mentale était une maladie comme les autres et qu'elle était guérissable. Cette nouvelle conception de la maladie mentale s'opposait à l'idée qu'en avaient les psychiatres traditionnels de l'époque, ce qui suscita des frictions entre traditionalistes et modernistes. Mais la divergence des opinions sur la maladie mentale et son traitement n'était pas le seul objet de conflit. Les jeunes psychiatres cherchaient aussi à s'octroyer une place au sommet de la hiérarchie institutionnelle, occupée jusque là par les communautés religieuses et les traditionalistes.

«Ces jeunes psychiatres faisaient partie de la nouvelle petite bourgeoisie québécoise qui, depuis le début des années 1950, tentait de se dégager de la tutelle cléricale et de se tailler une place importante tout près des milieux de prises de décision. [...] En 1960, l'affrontement entre les traditionalistes et les modernistes de la psychiatrie québécoise est donc imminent.» (Boudreau, 1984, p. 72)

Selon Boudreau (1984), la promotion de la guérison de la folie auprès du public et auprès des divers groupes de professionnels de la santé a constitué une des principales stratégies des psychiatres modernistes pour accéder à des postes décisionnels dans le nouveau système psychiatrique. En défendant le point de vue que la psychiatrie moderne possédait le savoir et la capacité de guérir, les psychiatres alléguèrent qu'il leur revenait de droit de décider dans ce domaine.

Même si les psychiatres modernistes visaient, à travers la réforme de la psychiatrie québécoise, à augmenter leur prestige et leur pouvoir, il ne faudrait pas minimiser le fait qu'ils défendaient aussi une approche visant à humaniser les soins des patients psychiatriques. C'est dans cette optique que le psychiatre Camille Laurin (1986, p. 106-107), soutient avoir rédigé la postface du livre de Pagé (*Les fous crient au secours*, 1961) :

«Le Québec était alors en pleine révolution tranquille. On annonçait des réformes majeures dans des secteurs fondamentaux [...] Mais la situation lamentable des malades enfermés depuis des années dans ces asiles encombrés et carcéraux ne retenait guère l'attention. [...] C'est pourquoi il me

parut essentiel, avec l'accord de mon équipe professionnelle, de cautionner le témoignage de cet ex-malade, qui faisait état d'une souffrance profonde, méconnue et aiguë par un système inadapté, inhumain et antithérapeutique. Cette fois l'opinion publique fut remuée dans ses profondeurs.»

1.3.2 LES FOUS CRIENT AU SECOURS

La publication de ce livre a, en effet, participé à l'éveil d'une critique publique concernant les conditions de vie des patients et de leur traitement inadéquat dans les asiles. Suite à ce débat public, des appels aux changements de la part de la presse, des syndicats, de la population et de l'Association des psychiatres du Québec se font pressants auprès du gouvernement Lesage. Celui-ci annonça alors une commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques. Les commissaires chargés de l'enquête furent trois psychiatres «modernistes» dont deux étaient francophones, Dominique Bédard (président) et Denis Lazure, et le troisième, un anglophone du nom de Charles A. Roberts.

Un an après l'étude de l'état des conditions de vie des patients et des modes de traitement déployés à l'asile, la Commission remet son rapport au ministre de la Santé (le docteur Alphonse Couturier) et proclame l'urgence de réformer immédiatement les services psychiatriques. Répondant favorablement à la première recommandation de la Commission, le ministre crée la Division des services psychiatriques (1962) qui aura pour mandat de mettre en oeuvre les recommandations du rapport. Parmi celles-ci figure le projet de désinstitutionnaliser les personnes ayant des troubles mentaux.

Ce projet va complètement modifier le paysage de l'intervention auprès des personnes présentant des problèmes mentaux, il va remodeler l'organisation du système de soins et multiplier le nombre de groupes intéressés par le domaine de la santé mentale.

CHAPITRE 2

LA DÉSTITUTIONNALISATION DE LA MALADIE MENTALE DE 1960 À LA FIN DES ANNÉES 1980

Les caractéristiques d'ensemble du mouvement de désinstitutionnalisation dans le secteur de la santé mentale peuvent être subdivisées, pour la période allant de 1960 à la fin des années 1980, en deux temps¹⁰. Le premier temps se situe de 1962 à 1970 et s'inscrit dans le cadre de la réforme Bédard du système psychiatrique traditionnel. Le second temps porte sur les années 1970 à 1988. Elles sont marquées, sur le plan de l'organisation des services de santé, par la réforme Castonguay-Nepveu, adoptée en 1971.

2.1 LA PREMIÈRE VAGUE DE DÉSTITUTIONNALISATION

La priorité qui marque le mouvement de désinstitutionnalisation dans les années 1960 est de faire sortir les personnes des hôpitaux psychiatriques. Quelques raisons expliquent cette tendance. On peut en relever au moins quatre : des motifs humanitaires, des motifs thérapeutiques, des motifs économiques et enfin, la croyance des psychiatres en la curabilité de plusieurs types de maladie mentale. Nous avons déjà discuté des raisons humanitaires et thérapeutiques qui motivent le renvoi des patients de l'asile. Nous nous concentrons sur les deux derniers motifs que l'on retrouve explicitement cités dans le rapport de la Commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques.

2.1.1 LE RAPPORT BÉDARD ET LA SORTIE DES PATIENTS DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Un des motifs présentés dans le rapport Bédard pour justifier la sortie des patients de l'asile est celui des économies que pourrait ainsi réaliser l'État. Il faut se rappeler que le système asilaire fait face, à la veille de la réforme, à un encombrement et à une liste d'attente importante. Cette situation signalait que l'asile était voué à prendre de l'expansion et annonçait un accroissement des coûts d'opération par le soutien financier des patients (le système du *per diem* était fixé à 2,50 \$ par personne présente dans les institutions en 1962).

Il était donc tout à fait stratégique de la part de la Commission d'enquête de rappeler au gouvernement qu'un transfert des patients vers des institutions plus petites pour les personnes sans famille (foyers d'accueil), lui permettrait de réduire ses dépenses, puisque ces foyers acceptaient d'héberger les patients en contrepartie de 2,00 \$ par personne, ce qui représentait une économie de 0,50 \$. De plus, on pouvait compter sur la reprise en charge de la personne par sa famille.

10. Les lecteurs et lectrices peuvent se référer au tableau 1 en annexe pour un aperçu général de l'évolution du secteur de la santé mentale depuis l'amorce de la désinstitutionnalisation à aujourd'hui.

Mais, si l'argument économique devait servir à justifier, sur le plan politique, la sortie des patients du système asilaire, dans les faits, la réforme Bédard a dans les faits entraîné une augmentation plutôt qu'une réduction des dépenses publiques. Cet accroissement s'est entre autres produit par l'étendue de l'assurance hospitalisation pour les interventions en psychiatrie, l'expansion du personnel professionnel soignant, le réaménagement de l'asile, etc.

L'autre motif justifiant la sortie impérative des patients de l'asile tient à l'idée que la maladie mentale est guérissable. C'est effectivement sur le terrain de la curabilité de certains types de maladie mentale que la commission Bédard a assis les principales recommandations sous-tendant sa réforme du système psychiatrique : «le seul but ultime qu'il importe d'atteindre, c'est la guérison du malade.» (Rapport Bédard, p. 9) Ce précepte, que l'on retrouve à plusieurs endroits dans le rapport Bédard, sert à légitimer l'implantation, dans l'institution hospitalière, de nouvelles ressources scientifiques, matérielles et humaines. C'est ainsi que l'équipe proposait de former du personnel aux nouvelles techniques de la psychiatrie, plus respectueuses des droits des patients, de promouvoir dans le milieu hospitalier l'enseignement et la recherche scientifique en hygiène mentale, de réaménager l'asile, d'adopter la politique de la porte ouverte et d'augmenter et diversifier le nombre de professionnels (travailleur social, psychologue, infirmier, etc.) devant intervenir auprès des patients psychiatriques.

Dans la mesure où la Commission prône que la maladie mentale est curable et que l'hospitalisation devient une manière parmi d'autres de traiter les troubles mentaux, il n'apparaît plus justifié de garder «indéfiniment» les malades enfermés dans les asiles, ni de répondre aux problèmes de santé mentale par une hospitalisation¹¹. Selon cette perspective, l'exclusion des fous n'a plus de fondement dans la pratique psychiatrique moderne¹².

Le projet de sortir les patients de l'asile exigeait néanmoins, pour répondre de sa réussite, le développement approprié de services dans la communauté.

2.1.2 LE RAPPORT BÉDARD ET LE DÉVELOPPEMENT DE SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

Le plan d'élaboration du rapport Bédard à propos des services à développer, en contrepartie des objectifs de sortir et de maintenir les personnes présentant des problèmes psychiatriques dans la communauté, repose sur trois grands principes : régionaliser, diversifier et multiplier les services dans la communauté. De ces principes découlent trois objectifs particuliers vers lesquels doit tendre la réorganisation du système psychiatrique : favoriser l'accessibilité à des services psychiatriques diversifiés en proximité du milieu de vie des patients, assurer le suivi des patients au sortir de l'hôpital et établir des programmes visant leur réadaptation et leur réinsertion sociale dans la communauté.

11. C'est sur l'idée que l'asile peut guérir la folie que la psychiatrie en France a politiquement justifié pour l'État moderne, fondé sur le droit, l'enfermement des fous (Castel, 1976).

12. De plus, on peut concevoir que cette sortie des personnes malades constitue aussi une preuve de l'efficacité de la psychiatrie moderne, confortant par la même occasion la position privilégiée que les psychiatres revendiquaient dans le cadre de la restructuration des services en psychiatrie.

Pour assurer l'accessibilité à des services psychiatriques, la commission recommanda la régionalisation des services et leur diversification. La régionalisation devait principalement se réaliser par la création de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et l'implantation d'équipes volantes multidisciplinaires dans diverses régions de la province.

Pour promouvoir la continuité des soins à la sortie de l'hôpital et favoriser la non-institutionnalisation, la commission suggéra de développer des cliniques externes, des centres de jour et de nuit, des services de soins à domicile de même que des foyers de transition pour les patients requérant une réadaptation aux exigences de la vie quotidienne.

Quant à la réinsertion sociale, deux principaux programmes furent suggérés : mettre sur pied des foyers d'accueil pour les personnes sans famille et créer des ateliers protégés pour favoriser l'insertion de la clientèle psychiatrique au marché du travail.

2.1.3 LA RÉFORME BÉDARD ET LA DÉSTITUTIONNALISATION DES ANNÉES 1960

Dès que les anciens artisans de la commission Bédard reçurent le pouvoir de réformer le système asilaire, ils s'empressèrent de réunir les conditions, mais surtout les acteurs favorables et intéressés à un tel changement¹³. La Division des services psychiatriques qu'ils animèrent au Ministère délogea ainsi les autorités en place, liées à l'ancienne version de la folie et de son traitement, pour faire place aux «modernistes». Elle a aussi incité des psychiatres à s'installer en région, en leur octroyant des primes d'éloignement et des compensations financières, là où il y avait un manque évident de chefs de file pour mener la réforme, tel qu'aux asiles de l'Annonciation (Marcel Lemieux) et de Joliette (Pierre Martel), par exemple.

La Division des services psychiatriques sous Bédard avait adopté un style de gestion bien particulier pour orchestrer la réorganisation des services dans la communauté. Elle a privilégié un modèle de «centre-périphérie à la propose-dispose» (Boudreau, 1984). Selon ce modèle, la Division des services psychiatriques (le centre) se chargeait de rappeler les grands principes d'action sur lesquels devait reposer la réforme : régionaliser, multiplier et diversifier les services psychiatriques. Il revenait alors aux psychiatres, aux postes de décision, de définir les programmes pour lesquels la Division fournissait les ressources financières nécessaires. Ce modèle de propose-dispose devait, dans l'optique de la Division, susciter le dynamisme régional et participer à la valorisation des agents réformateurs (Boudreau, 1984; Wallot, 1986).

Bien que les «modernistes» aient l'appui du gouvernement, des syndicats et, dans une certaine mesure, celui de la population, la transformation du système psychiatrique constituait un défi de taille et comportait quelques difficultés à sa réalisation. Celles-ci tenaient aux caractéristiques variées qui marquaient, en ce début de désinstitutionnalisation, les services de chaque localité comme le relève Boudreau (1984, p. 88) :

13. Les artisans de cette Commission reçurent donc le mandat du gouvernement d'appliquer leurs propres recommandations, ce qui représente, dans les annales de la politique, une occasion unique et inhabituelle.

«[...] l'emplacement et la nature des ressources institutionnelles existantes (ou inexistantes!); le nombre de lits et de patients hérités du passé ainsi que l'ampleur de la demande éveillée par les nouveaux services; la disponibilité d'un personnel qualifié et même l'attrait de la région, la collaboration de l'administration des hôpitaux et du personnel thérapeutique local; les coutumes et politiques, ainsi que la réceptivité de la communauté en général.»

Les luttes de pouvoir entre les groupes de professionnels de la santé, les conflits entre les hospitalocentristes et les communautaristes et la résistance à l'intégration de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux sont aussi des facteurs qui ont agi comme lignes directrices sur la nature des services psychiatriques développés au cours des années 1960. Quelles ont été, dans ce contexte, les principales réalisations de la première vague de désinstitutionnalisation?

Dès que le mot d'ordre fut lancé par la Division des services psychiatriques d'appliquer la réforme, les hôpitaux psychiatriques s'engagèrent dans la voie de la désinstitutionnalisation. Le plan d'action des hôpitaux psychiatriques va répondre, jusqu'en 1970, à deux objectifs principaux : déshospitaliser et diminuer l'institutionnalisation des nouveaux patients¹⁴.

De 1962 à 1970, la désinstitutionnalisation s'est traduite par un taux de sortie des patients relativement important. On peut en retracer l'ampleur, au niveau provincial, à partir de la diminution des lits disponibles dans les hôpitaux psychiatriques. En 1962, les hôpitaux psychiatriques disposaient de 19 730 lits alors qu'en 1970, le nombre diminua à 16 211 lits. La réduction fut donc de 3 519 places dans les hôpitaux psychiatriques (Doré, 1986).

Parallèlement à ces sorties, les hôpitaux psychiatriques enregistrent au cours de la même période une baisse dans le nombre d'admissions. À titre d'exemple, retenons le cas de Saint-Michel-Archange qui, en 1963, admettait annuellement 1 481 personnes et, en 1970, seulement 571 patients (Boudreau, 1984). On note également une diminution du nombre des premières admissions pour l'ensemble des hôpitaux psychiatriques, de 6 173 premières admissions en 1965, à 5 217 en 1970 (Doré, 1986).

Cette décroissance des admissions et premières admissions dans les hôpitaux psychiatriques au cours des années 1960 atteste d'un certain succès quant à la mise en place de services décentralisés des hôpitaux psychiatriques :

«Dans leurs plus beaux rêves de ces années de l'âge d'or, les modernistes avaient fait de l'hôpital général la pierre angulaire d'un système sectorisé de psychiatrie communautaire. Chaque région serait divisée en secteurs; chaque secteur offrirait à une population désignée toute la gamme de services internes et externes aigus et à long terme, d'urgence et de post-cure, et ce dans une atmosphère de coopération et de véritable prise en charge.» (Boudreau, 1984, p. 130)

14. Non-institutionnaliser peut être entendu selon deux sens : éviter l'hospitalisation et écourter la durée de l'hospitalisation.

La régionalisation des services via la création de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux a été, de l'avis de Doré (1986), la grande réalisation de la réforme Bédard. Leur nombre a doublé entre 1962 (15 départements) et 1970 (28 départements). Les années 1960 ont bel et bien amené un changement dans la distribution des soins psychiatriques. Boudreau (1984) rapporte, à cet effet, qu'en 1961 les hôpitaux généraux acceptèrent 9 % de l'ensemble des premières admissions en psychiatrie, alors que les hôpitaux psychiatriques cumulèrent 88 % d'entre elles. En 1970, la part des hôpitaux généraux concernant les premières admissions en psychiatrie atteint 38,9 % soit presque l'équivalent de ce que reçoivent les hôpitaux psychiatriques (38,6 %). Bien que ce déplacement institutionnel des hospitalisations constitue un progrès, il demeure que la part des premières hospitalisations assumées par les asiles reste importante¹⁵.

La place de premier plan qu'occupe encore l'asile dans la distribution des soins psychiatriques et le type de clientèle qu'il reçoit (surtout des cas chroniques), à la fin des années 1960, tient à trois raisons principales et reliées entre elles.

Il importe d'abord de souligner que les différents systèmes d'organisation des services mis en place par divers pays occidentaux, pour suppléer à la désinstitutionnalisation, ont été structurés en fonction du statut que l'on réservait à l'asile (Corin et Lauzon, 1986). Ce statut renvoie à deux modèles opposés. Un des modèles préconise l'abolition de cette structure «parce qu'elle est essentiellement mauvaise» et l'autre repose sur l'idée que «l'on doit la transformer en outil thérapeutique, qu'il faut à la fois la modifier et l'ouvrir sur l'extérieur en l'articulant à un réseau de ressources extra-hospitalières. (Corin et Lauzon, 1986, p. 46)» Le premier modèle caractérise la réforme italienne et le second, celle de la France mais aussi celle du Québec. La principale raison du maintien de l'asile dans le cadre du mouvement de désinstitutionnalisation au Québec, tiendrait donc au fait que la Division des services psychiatriques ne visait pas l'abolition de l'asile. Au contraire, «on lui réservait un rôle thérapeutique de choix au coeur d'un réseau dynamique et varié de services communautaires. (Boudreau, 1984, p. 115)»

La réaffirmation du rôle de l'asile dans la distribution des services, de même que l'orientation thérapeutique de pointe à laquelle on le destine, avait néanmoins sa contrepartie. Elle ressuscitait de la part de la communauté, plus que l'on s'y était attendu, les vieilles habitudes d'utilisation de l'asile. Elle a aussi permis aux hôpitaux généraux d'opérer une sélection de la clientèle en renvoyant les cas les plus difficiles vers l'asile. C'est ainsi que Jean-Marc Bordeleau, au moment de sa démission à la surintendance de Saint-Jean-de-Dieu, en 1971, dénonçait la duplicité du système psychiatrique qui s'est établie au cours des années 1960 :

«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)

15. Dès 1965, les hôpitaux psychiatriques rencontrent un taux important de réadmissions (42 %) et dès 1970, les réadmissions (51 %) dépassent le taux des premières admissions (46 %) (Doré, 1987, p. 145). Nous reviendrons sur la question des réadmissions multiples (syndrome de la porte tournante).

Malgré cet approvisionnement continu de l'asile, un nombre important de patients ont bel et bien quitté les hôpitaux psychiatriques. Certains auteurs soulignent qu'à ce seul titre la désinstitutionnalisation est un succès (Doré, 1987; Wallot, 1988b). Toutefois, «l'enthousiasme, en partie symbolique, du vidage important des grands hôpitaux (Wallot, 1988b, p.24)» ne s'est pas accompagné des ressources de soutien et d'insertion sociale qu'exigeaient le retour et le maintien des personnes malades mentales dans la communauté (Boudreau, 1984; Doré, 1987; Guberman, Dorvil et Maheu, 1987; Losson et Parratte, 1988).

Ce soutien devait être, en grande partie, assuré par les équipes multidisciplinaires des cliniques externes. Or, d'après les quelques données recueillies au cours des années 1960, ce soutien s'est avéré presque inexistant. «On en veut pour preuve l'absence quasi totale de «follow-up» et de révision concernant les malades libérés du système hospitalier; l'absence aussi totale de contact avec la famille du malade, avec son employeur, son milieu de vie [...]. (Rapport Bélanger, 1973, p. 15 cité par Boudreau, 1984, p. 127)» Selon Boudreau (1984), le soutien apporté aux patients retournés dans la communauté a consisté à fixer des rendez-vous pour leur distribuer des médicaments.

Sur le plan des mesures de réinsertion sociale, le tableau n'est guère plus reluisant. «Les foyers de transition et ateliers protégés font partie des plans, des projets, mais font rarement la transition du papier à la réalité concrète. (Boudreau, 1984, p. 127)» S'ajoute au manque des ateliers protégés, le problème du contenu des programmes de formation au travail que l'on y dispense. Ces programmes sont axés sur des activités occupationnelles¹⁶ qui ne permettent pas aux personnes d'atteindre un niveau d'employabilité sur le marché du travail, ni d'aspirer à des emplois intéressants¹⁷. Il faut se rappeler, qu'à cette époque, le marché de l'emploi se spécialise de plus en plus et que l'organisation du travail repose dans plusieurs secteurs sur les principes tayloriens et fordien (tâche répétitive, monotone et dépourvue de savoir-faire)¹⁸. C'est ainsi que le Front de libération populaire des patients, dans le cadre du programme de désinstitutionnalisation à l'hôpital des Laurentides, manifeste en 1970 son mécontentement :

Le Front condamne le programme d'intégration et de réhabilitation à la vie «normale» dans le village, il dénonce l'exploitation financière des patients par certains marchands du village; [...] il ajoute que le travail en ateliers protégés ne leur donne pas les diplômes nécessaires pour trouver un bon emploi; ils ne peuvent aspirer qu'à devenir des laveurs de vaisselle. (Boudreau, 1984, p. 121)

Par ailleurs, le renvoi des patients des hôpitaux pose aussi la question du milieu de vie dans lequel ils sont retournés. Bien que les familles ont assumé une grande part de ces retours, plusieurs patients se sont retrouvés sans famille pour les «accueillir». La commission Bédard avait à cet effet recommandé, pour pallier à ce manque, la création de foyers d'accueil. «Placer le patient psychiatrique qu'on sort de l'hôpital dans un cadre familial de substitution

16. Dans un documentaire portant sur l'évolution de la psychiatrie au Québec (*De la matrice à l'asile* produit par Boudreau, Côté, Morin et Autopsy en 1982), il est fait mention qu'au cours des années 1980, les activités des ateliers protégés pour les femmes consistaient à tricoter, à faire du macramé, la cuisine, etc. Ces activités peuvent être intéressantes en soi, mais elles n'offrent aucune qualification à l'emploi. La psychiatrie concevait-elle que la place des femmes était à la maison?

17. Une autre difficulté à l'accès à l'emploi tient des préjugés à l'égard des personnes ayant des problèmes psychiatriques.

18. Les formes tayloriennes et fordien d'organisation du travail ont entraîné à la fin des années 1960, parmi la classe ouvrière industrielle, un désinvestissement au travail. Dans les années 1980, ce désenchantement prend de l'ampleur : on conteste la société de consommation et on refuse toute forme de travail aliénant. Ce mouvement de contestation a été surtout attribué aux jeunes (Grell, 1985).

a été et demeure une des grandes ambitions des promoteurs de la désinstitutionnalisation dans sa version québécoise. (Losson et Parratte, 1988, p. 1291)»

Selon Doré (1986), il y aurait quand même eu des efforts pour favoriser l'hébergement des personnes présentant des troubles mentaux au sortir de l'hôpital. En 1970, il y avait quelques 2 013 places en foyers affiliés. Par contre, le rapport Bélanger indiquait qu'au 11 novembre 1971, des 49 665 personnes inscrites auprès des établissements psychiatriques du Québec, 6,5 % vivaient dans des foyers affiliés ce qui, de l'avis de Boudreau (1984, p. 127), était nettement insuffisant : «Des foyers affiliés, il y en a peu, compte tenu des besoins : 575 lits pour Saint-Jean-de-Dieu et 249 lits pour Saint-Michel-Archange.» Cette carence se constate tout particulièrement lorsque l'on examine directement les trajectoires des personnes au sortir d'un hôpital psychiatrique. Boudreau (1984) relève ainsi qu'en 1970, 1 675 personnes ont été libérées de Saint-Michel-Archange et de ce nombre : 53 % ont été retournées dans leur famille; 39,8 % se sont retrouvées dans des *endroits divers*; 4,2 % ont été transférées vers d'autres institutions; et seulement 2,3 % ont été placées en foyers.

Outre le trop petit nombre de foyers affiliés, au début des années 1970, on commence à se questionner sur la qualité de vie des patients ainsi hébergés : «[...] ce genre de ressources traditionnelles a été critiqué de tous bords comme étant de mini-asiles où le psychiatisé mène une vie végétative (manger, dormir, se bercer...)» (Dorvil, 1984, p. 35) L'étude de Murphy (1972) sur les conditions de vie des patients en foyers d'accueil signale «le peu de contact entre patients et propriétaires, la réglementation et l'uniformité de la vie, le manque d'activités, de loisirs ainsi que l'absence d'amitié entre les patients.» (Boudreau, 1984, p. 127)

Dans l'ensemble, la critique concernant la première vague de désinstitutionnalisation porte à l'effet que le mouvement s'est principalement traduit par une sortie importante des personnes des hôpitaux psychiatriques, alors que les ressources devant assurer leur maintien et leur réinsertion sociale restèrent inexistantes. Autrement dit, sur le plan du soutien et de l'intégration sociale, le programme de la commission Bédard n'a pas été suivi. Les alternatives à l'hospitalisation sont demeurées des vœux pieux. De sorte qu'à la fin des années 1960 et au début des années 1970, le projet de désinstitutionnalisation au Québec fait face à deux nouvelles problématiques. D'abord, un nombre de personnes massivement sorties des hôpitaux psychiatriques et une nouvelle clientèle dont une partie est en voie de chronicisation. Ensuite, l'organisation des services psychiatriques (manque de programmes, de ressources dans la communauté) et le fonctionnement du système de soins (discontinuité des soins, philosophies d'intervention) n'offrent aucune alternative à l'hospitalisation. En conséquence, ces modalités de désinstitutionnalisation ont contribué, dès la fin des années 1960, à l'encombrement des urgences et à une hausse des réadmissions. Elles ont aussi entraîné des difficultés de réinsertion sociale pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Bref, si les années 1960 ont donné lieu à une amorce de désinstitutionnalisation, les enjeux liés à ce mouvement soulèvent encore de nombreux problèmes lorsque, dans les années 1970, on entame la réforme Castonguay-Nepveu du système de santé et des services sociaux.

2.2 LA DEUXIÈME VAGUE DE DÉINSTITUTIONNALISATION : DE 1970 À 1988

La deuxième vague de désinstitutionnalisation s'inscrit dans le cadre d'une réforme globale du système des services de santé et des services sociaux. Cette réforme fut introduite par la commission Castonguay-Nepveu chargée de faire une enquête, en 1966, sur la santé, le bien-être et la sécurité du revenu.

Cette commission favorisa l'entrée de nouveaux acteurs, communément appelés les technocrates, dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Les technocrates conçoivent l'organisation du système de santé et des services sociaux dans une perspective «managériale». Celle-ci vise la productivité et la rentabilité des services. Les technocrates cherchent, par ailleurs, à étendre «leur pouvoir sur l'organisation des services, en plaçant leurs fournisseurs- professionnels, établissements et autres- sous le contrôle de conseils d'administration, de conseils régionaux et surtout des bureaucraties. (Renaud, 1995, p. 196)»

Plusieurs des technocrates de la commission Castonguay-Nepveu entrèrent, peu de temps après le dépôt de leurs rapports, au gouvernement libéral de Robert Bourassa, élu en 1970. Parmi ceux-ci, Claude Castonguay sera nommé ministre des Affaires sociales. Selon Boudreau (1984, p. 155), l'entrée des technocrates dans le système de santé et des services sociaux «signifia pour les psychiatres la fin officielle de leur alliance avec l'État, ainsi que les débuts d'une période de crise.»

2.2.1 LA RÉFORME CASTONGUAY

La réforme Castonguay a été officiellement adoptée en 1971. Elle a introduit des changements importants sur le plan de l'administration et l'organisation des services socio-sanitaires. Elle a aussi créé de nouvelles structures telles que les centres locaux de services communautaires (CLSC), les conseils régionaux de santé et des services sociaux (CRSSS), les départements de santé communautaire (DSC) et la distinction entre centre hospitalier de courte et de longue durée (Loi 65).

La promotion de ce nouveau système de distribution de soins et de services sociaux s'est fondée sur un nouveau discours. On ne parle plus de maladie, mais de santé. La santé devient une question de droit et relève désormais de la responsabilité de l'État :

«On ne parle donc plus de maladie mais bien de santé; non plus de soins personnels individualisés, mais bien de santé publique. La santé n'est plus un privilège, mais bien un droit; elle n'est plus la responsabilité personnelle du médecin auprès de son patient, mais bien celle du gouvernement auprès de la collectivité.» (Boudreau, 1984, p. 157)

La commission a adopté une approche globale de la santé qui devait être assurée par la mise en place d'une gamme de services de prévention, de traitement et de réadaptation. De plus, elle préconisait, sur le plan de la distribution des soins, la gratuité, l'accessibilité et l'universalité des soins.

Le nouveau programme proposé par la commission Castonguay-Nepveu est aussi marqué par des intentions de réduire les coûts dans le secteur de la santé. La rationalisation, la coordination des services de santé et des services sociaux de même que les critères de rentabilité et de productivité constituent les bases de l'atteinte de cet objectif (Boudreau, 1984; Plamondon, 1986; Renaud, 1995) :

«On voulait non seulement assurer la gratuité des services -une mesure qui était d'ailleurs imposée par le plan fédéral-, mais aussi essayer d'intégrer, de systématiser et de planifier les rôles et les fonctions des diverses composantes de l'organisation sociosanitaire de manière à réduire les coûts et à fournir de meilleurs services à toute la population, sans distinction de revenu et de lieu de résidence.» (Renaud, 1995, p. 194)

Dans ce nouveau modèle d'organisation et de distribution des services de soins et de services sociaux, la maladie mentale n'est pas considérée comme une question à part. La commission Castonguay-Nepveu a nié toute spécificité à la maladie mentale et prôné l'intégration des services destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale dans le réseau des services sociosanitaires généraux (Bibeau, 1986; Boudreau, 1984; Corin et Lauzon, 1986; Gaucher, 1987; Wallot, 1988b). Les technocrates ont justifié cette intégration en reprenant au pied de la lettre le slogan véhiculé par les psychiatres modernistes. L'argument a consisté à dire que si la maladie mentale, comme le prétendaient les psychiatres, est une maladie comme les autres, il n'est donc pas nécessaire de la traiter de façon particulière.

Les technocrates ont aussi ébranlé le pouvoir des psychiatres en éliminant les structures qui avaient été mises à leur disposition lors de la réforme précédente : budget protégé, coordonnateurs régionaux et Division des services psychiatriques. Mais ceci n'est pas la seule source de l'ébranlement du pouvoir des psychiatres. Leur leadership sur l'équipe psychiatrique multidisciplinaire est aussi remis en question par les autres professionnels et fait l'objet de nombreux conflits pendant les années 1970 (Boudreau, 1984; Plamondon, 1983; Poirier, Gagné et Dorvil, 1989; Wallot, 1988b). La réforme Bédard avait en effet encouragé la venue dans le système psychiatrique d'un personnel nouveau (travailleur social, psychologue, ergothérapeute, infirmière psychiatrique) qui apportait ses théories et ses techniques ainsi qu'une volonté de faire reconnaître sa compétence dans ce domaine d'intervention :

«Comme l'écrira le Comité de la psychiatrie du Québec (1977-1978), qui sera créé en 1977, les équipes multidisciplinaires sont de véritables lieux de querelles interdisciplinaires et de débats insolubles sur la nature des pouvoirs et du leadership, au nom de la responsabilité clinique, le psychiatre revendiquant le leadership de l'équipe psychiatrique multidisciplinaire, leadership contesté par les autres membres de l'équipe.» (Wallot, 1988b, p. 26)

2.2.2 LE MOUVEMENT DE DÉSINSTITUTIONNALISATION DE 1970 À 1988

La réforme Castonguay faisait partie des stratégies de l'État québécois pour créer un système rationnel de santé tout en limitant les coûts (Doré, 1986; White, 1993). Ce second objectif prit une place prépondérante avec la crise financière des dépenses publiques au début des années 80. C'est ainsi qu'en 1982, le gouvernement coupe dans le budget des services de santé et des services sociaux, affectant aussi les services psychiatriques. De plus, des pressions se

sont accrues pour que diminue le nombre de lits dans les établissements de soins de longue durée dont font partie, selon la Loi 65, les hôpitaux psychiatriques (Doré, 1986; White, 1993). Le mouvement de désinstitutionnalisation au cours des années 1970-1980 perd de son élan humanitaire et prend une forte coloration économique (Dorvil, 1988; Lefebvre, 1987; White, 1993).

Pendant les années 1970-1980, la diminution des lits psychiatriques se poursuit, mais de façon moins importante que sous la réforme Bédard. Alors qu'entre 1962 et 1970, soit une période couvrant huit années, on enregistre une baisse de 3 519 lits, celle-ci atteint entre 1971 et 1986, équivalant à une période de 16 ans, le nombre de 4 241 lits de moins (Doré, 1986). Par contre, cette deuxième vague de déshospitalisation amène dans la communauté des personnes qui ont une carrière institutionnelle plus importante que celles de la première vague (Doré, 1986). De plus, le volet de non-institutionnalisation prend plus d'importance au cours de cette période. Il va se traduire, pour la nouvelle génération de personnes ayant des problèmes de santé mentale, soit celle qui n'a pas connu l'institutionnalisation sous le système asilaire, par des hospitalisations brèves et répétitives¹⁹ :

«Cette clientèle, constituée pour une bonne part de jeunes adultes (de 18 à 35 ans), effectue de multiples séjours dans des unités de courte ou de longue durée, ou dans des ressources communautaires. Ainsi, l'objectif récent de non institutionnalisation serait en bonne partie atteint, bien que ce ne soit pas nécessairement de manière adéquate.» (Gaucher, 1987, p. 122)

Sur le plan du développement des services devant répondre aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale, on note quelques gains au cours de cette période. Parmi ceux-ci, il y a création de nouveaux départements²⁰ de psychiatrie dans les centres hospitaliers de courte durée, implantation de nouvelles cliniques externes et extension de ressources intermédiaires. Par contre, ce développement n'a pas été encore là suffisant pour assurer aux personnes désinstitutionnalisées et non institutionnalisées le soutien dont elles avaient besoin pour vivre dans la communauté et s'intégrer socialement (Doré, 1987). Tout comme sous la réforme Bédard, on a continué à négliger, sous la réforme Castonguay, l'aspect de l'intégration sociale et le maintien des personnes dans le milieu de vie.

De plus, le développement des services s'est poursuivi selon une logique contraire à l'optique de la désinstitutionnalisation. Au lieu que les ressources humaines et financières suivent les personnes dans la communauté, elles ont été dirigées vers le milieu hospitalier. La logique à partir de laquelle s'est orienté le développement des services socio-sanitaires s'adressant aux personnes ayant des problèmes de santé mentale ne laisse donc aucun autre choix que de s'adresser aux hôpitaux.

Parallèlement au manque de services de réadaptation et de soutien, la pratique psychiatrique institutionnelle québécoise, comme ailleurs en Amérique du Nord, s'est orientée de plus en plus vers la voie de la médicalisation (Cook et Wright, 1995; Corin et Lauzon, 1986; Poirier, Gagné et Dorvil, 1989; White, 1993). Cette tangente au Québec s'est opérée sur le plan des structures, des théories de la «maladie mentale» et des interventions thérapeutiques :

19. Ces hospitalisations répétitives qui accompagnent le mouvement de désinstitutionnalisation renvoient au phénomène qualifié de syndrome de la porte tournante.

20. Il y avait 15 départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux en 1962. En 1970, le nombre monte à 28 et grimpe, en 1986, à 61 départements (St-Laurent, 1986).

«[...] la plus grande partie des recherches vise à découvrir le substrat génétique et les mécanismes biochimiques sous-jacents aux différents problèmes; on tend à utiliser avec rigueur des thérapies médicamenteuses et spécifiques à chaque entité nosographique; on accorde de manière corollaire une importance croissante à la précision du diagnostic et à sa standardisation (en référence à la classification du DSM III en Amérique du Nord) plus qu'aux dynamiques psychologiques ou relationnelles sous-jacentes.» (Corin et Lauzon, 1986, p. 47)

C'est ainsi que dans le contexte de la non-institutionnalisation et de la médicalisation accentuée des pratiques thérapeutiques, de plus en plus de personnes ayant «des troubles mentaux graves et chroniques ont commencé à être soignées à titre de patients externes et uniquement sur le plan médical à l'aide de tranquillisants et de neuroleptiques. (White, 1993, p. 82)» Le réseau public de santé offre ainsi très peu de services psychosociaux aux personnes désinstitutionnalisées et non institutionnalisées.

Devant ces circonstances -manque de services de soutien et d'intégration sociale, aggravation des problèmes sociaux et médicalisation des pratiques institutionnelles- on vit apparaître à la fin des années 1970 un mouvement de protestation contre la psychiatrie institutionnelle. Ce mouvement, ralliant divers professionnels déçus du fonctionnement du système public de santé, des tenants des sciences sociales, des féministes, des militants et bénévoles communautaires de même que des ex-psychiatrisés, dénonce les pratiques institutionnelles de la psychiatrie. On condamne l'abus de l'usage des médicaments, les relations de pouvoir entre soignants et soignés, les biais sexiste et de classe des diagnostics et des thérapies médicales ainsi que la déshumanisation des soins (Gaucher, 1987; Plamondon, 1983).

Ce mouvement de contestation a donné naissance à divers groupes alternatifs offrant des services de réadaptation, d'hébergement, d'intervention, d'entraide et de défense des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ces groupes communautaires partagent une philosophie qui vise la réinsertion sociale des psychiatrisés à partir du développement de l'autonomie des individus et du contrôle des moyens de soutien par les personnes elles-mêmes (philosophie de «l'empowerment»). Ces groupes vont entrer en compétition avec le réseau public et constituer un des pôles conflictuels dans le milieu de la santé mentale au cours des années 1980-1990 :

«Une partie importante de la clientèle s'est donc tournée vers les petites ressources communautaires et alternatives pour aller y chercher les contacts chaleureux et personnalisés que la psychiatrie institutionnelle ne pouvait plus leur offrir. La nostalgie d'un retour de la psychiatrie à l'humanisme médical d'antan reflète notamment une émulation et une certaine compétition face à ces petites structures qui s'en sont distinguées.» (Poirier, Gagné et Dorvil, 1989, p. 168)

Conclusion

La désinstitutionnalisation au Québec rencontre, à chaque décennie, une idéologie des troubles mentaux promue par des groupes d'intérêts qui cherchent, dans la psychiatrie, un domaine où oeuvrer, se faire valoir et dominer.

Car à diverses périodes de son histoire, la psychiatrie au Québec [...] a été l'objet de luttes d'élites successives, d'enjeux politiques et de relations d'influence. Ces courants et contre-courants, ces vagues périodiques d'enthousiasme et d'indifférence en ont modelé et remodelé les structures d'organisation et la matrice de gestion. (Boudreau, 1984, p.14)

C'est ainsi que les psychiatres «modernistes» ont véhiculé une nouvelle idée de la folie - une maladie comme les autres - disqualifiant celle que soutenaient les religieuses -la folie est un don (punition) de Dieu. Il importe toutefois de souligner que l'idéologie des psychiatres «modernistes» à propos de la maladie mentale ne soutenait pas tant l'idée de désinstitutionnaliser les personnes ayant des problèmes de santé mentale que de les guérir à l'aide des nouveaux médicaments :

En effet, dans les années 60, les investissements se sont faits massivement du côté de la pharmacothérapie. Les neuroleptiques ont contribué à la sortie des patients des asiles, ces médicaments ayant concouru à faire disparaître les symptômes actifs comme l'agitation, l'agressivité, la violence. Cependant, il aurait fallu investir également du côté social afin de combattre les symptômes passifs (retrait social, isolement, non-communication) qui empêchent toute réelle intégration. (Poirier, Gagné et Dorvil, 1989, p. 172)

Durant la décennie suivante, les psychiatres perdent du terrain. Ils se font couper l'herbe sous le pied par les technocrates qui véhiculent que la santé mentale est un droit pour tous et que la «folie», étant une maladie comme une autre, se traite dans le cadre des principes généraux à la base du système de soins.

«Les fonctionnaires et les technocrates du M.A.S. sont à ce point préoccupés durant ces années à mettre sur pied un système unique et parfaitement intégré des services socio-sanitaires [...] qu'ils sont incapables de faire entrer dans leurs organigrammes toute spécificité de services [...] comme dans le cas des problèmes psychiatriques. Le discours prévalent des bureaucrates de l'époque s'articulait essentiellement autour des notions d'intégration, d'uniformité, de planification et de gestion rationnelle d'un système unique issu de la Loi 65 et intégrant le médical, le social et le communautaire.» (Bibeau, 1986, p. 28)

Les structures et les services en psychiatrie sont alors intégrés dans le système global des Affaires sociales et les technocrates évacuent du Ministère la Division des services psychiatriques, question de réduire le pouvoir décisionnel des psychiatres²¹.

21. La Division sera remplacée par le Comité de la santé mentale du Québec en 1971. Contrairement aux visées du Comité de la santé mentale qui espérait faire reconnaître la spécificité de la maladie mentale et corriger les oublis de la commission Castonguay-Nepveu, le Comité, selon Bibeau (1986), n'avait dans l'esprit des administrateurs du Ministère qu'une fonction consultative.

Les années 1980 s'amorcent sur une nouvelle conception idéologique de la folie portée par divers groupes issus de la communauté et constituant le mouvement alternatif. Ce mouvement considère que les conditions socio-économiques et l'oppression des minorités sont producteurs de troubles mentaux. On reconnaît la responsabilité de la société dans la production de la maladie et de la santé. On refuse le monopole des professionnels sur les problèmes de santé mentale et on revendique la responsabilité des individus à prendre en main leur «propre destin» afin d'éviter la psychiatrie. Les modèles d'intervention que l'on préconise consistent dans le rapprochement de l'aidé et de l'aidant, l'écoute, les thérapies psychosociales et la participation des individus aux décisions qui les affectent.

Les années 1980 sont donc marquées dans le champ de la santé mentale par la coexistence de conceptions divergentes des troubles mentaux où entre en jeu une redéfinition des rapports entre professionnels de la santé, entre la psychiatrie institutionnelle et les usagers, entre les pratiques institutionnelles et les pratiques alternatives. Dans la redéfinition de ces rapports s'insère aussi la question de la désinstitutionnalisation.

Les aspects positifs et discutables de la désinstitutionnalisation amènent néanmoins les divers groupes d'intérêts sur le terrain de deux consensus. Les aspects positifs conduisent à souscrire au maintien de la désinstitutionnalisation. Les conséquences négatives, prenant de plus en plus d'ampleur dans les années 1980, amènent différents groupes de professionnels de la santé mentale et divers groupes de pression à réclamer une réforme (White, 1993). Celle-ci s'entamera par l'adoption en 1989 d'une *Politique de santé mentale*.

Nous discuterons au chapitre suivant des impacts positifs et discutables de la désinstitutionnalisation avant d'aborder la *Politique de santé mentale* et les années 1990. Ce tour d'horizon permettra de mieux apprécier d'une part, les raisons autres qu'économiques de souscrire à la désinstitutionnalisation et d'autre part, la nécessité de repenser ce projet compte tenu des divers problèmes signalés dans la littérature.

CHAPITRE 3

LES IMPACTS POSITIFS ET DISCUTABLES DU MOUVEMENT DE DÉSINSTITUTIONNALISATION

Bien que la recherche souligne davantage les aspects négatifs de la désinstitutionnalisation – non pour nier la valeur de ce principe, mais bien pour signaler les modifications qui doivent être apportées à ce projet afin de mieux répondre aux besoins des personnes présentant des problèmes de santé mentale, d'améliorer la qualité et les conditions de vie de celles-ci et de viser une réelle intégration sociale –, ce mouvement comporte aussi des aspects positifs²².

3.1 LES ASPECTS POSITIFS DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

D'entrée de jeu, on peut considérer que la désinstitutionnalisation, malgré certains écueils, a été préférable à une politique généralisée et systématique d'enfermement à vie de personnes ayant des problèmes de santé mentale.

La sortie des asiles a ainsi permis à plusieurs personnes de retrouver leur liberté, même si pour un bon nombre d'entre elles ce congé s'est accompagné de retours multiples à l'hôpital psychiatrique. La non-institutionnalisation a aussi favorisé, pour la nouvelle clientèle, des hospitalisations sans pour autant signifier un retrait social définitif ou interminable de la communauté. En évitant l'institutionnalisation à long terme, cette politique a conduit globalement à une diminution de la durée des séjours passés à l'hôpital pour des soins en santé mentale (Doré, 1986; Losson et Parratte, 1988; St-Laurent 1986). On a ainsi limité pour plusieurs personnes la perte d'habiletés sociales généralement associée à des hospitalisations à très long terme.

Par ailleurs, l'ouverture de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et l'implantation de cliniques externes ont contribué à démystifier la maladie mentale et ont favorisé une approche plus humaine dans le traitement des troubles mentaux. La désinstitutionnalisation s'accompagnerait même d'un souci de prévention. Par contre, des auteurs (Bakey, 1977; McCubbin, 1994) ont avancé que l'industrie pharmaceutique a fait ses choux gras avec la désinstitutionnalisation en ouvrant tout le champ des problèmes de la vie quotidienne au contrôle des médicaments psychoactifs. Ainsi, cette industrie a contribué, pour leur produit, à transformer les structures de santé mentale dans la communauté en quelque chose de plus qu'une simple extension de débouchés :

«Deinstitutionalization clearly benefited the drug companies, since the removal of asylum walls contributed to a blurring of the distinctions between those considered severely and mildly mentally ill, making it easier to reach a vast new market of stressed and troubled people.» (McCubbin, 1994, p. 43)

22. Les lecteurs et lectrices peuvent se référer au tableau 2, en annexe, pour un résumé des aspects positifs de la désinstitutionnalisation.

Il y a ici un risque de surenchère à médicaliser dès l'enfance tous les malheurs existentiels et à leur apporter pour seule réponse une médication que l'on dit «appropriée». Des problèmes existentiels (hyperactivité, «syndrome prémenstruel», épuisement professionnel, alcoolisme, toxicomanies, etc.) laissent progressivement le cadre sociopolitique de leur naissance pour passer sous la coupe du paradigme biomédical. Ce risque est d'autant plus inquiétant qu'il côtoie un discours préventif de plus en plus prégnant.

En dépit de cette tendance à la médicalisation concomitante à la désinstitutionnalisation, d'autres aspects positifs existent si l'on se donne la peine de les recenser. Parmi ceux-ci le fait que la psychiatrie sorte de l'asile et s'ouvre davantage sur l'extérieur a certainement participé à la démythification des méthodes thérapeutiques. Derrière les remparts de l'asile, l'imaginaire social avait tendance à exagérer les diverses interventions thérapeutiques de la psychiatrie, que l'on pense ici à la célèbre iconographie représentant un guérisseur armé d'un vilebrequin cherchant compulsivement la pierre philosophale de la folie dans le crâne d'un fou solidement attaché à une chaise ou à des films comme *Vol au dessus d'un nid de coucou* (*One flew over the cuckoo's nest*) du cinéaste d'origine Tchèque Milos Forman. Contrairement à l'exercice de la «médecine des insensés» dans les asiles d'autrefois, la pratique de la psychiatrie en hôpital général, en clinique externe et aussi en bureau privé a contribué à la rapprocher du monde ordinaire, de la vie en général.

Le changement sémantique de notion – maladie versus trouble mental, problèmes de santé mentale – a contribué à adoucir la représentation séculaire terrifiante de la folie. Plus qu'un simple ajustement «politically correct», il s'agit pour le patient psychiatrique, si l'on croit au pouvoir cabalistique des mots, d'un passeport qui facilite quelque peu le passage au tourniquet de la vie en société.

Le succès de la désinstitutionnalisation pose aussi la question de la capacité d'accueil et d'acceptation de la communauté à l'égard des personnes manifestant des troubles mentaux. Il faut se rappeler que l'asile constituait pour les Québécois une réponse bien ancrée au problème de la folie avant que ne s'amorce la désinstitutionnalisation. Autour de cette pratique sociale plus que centenaire, il s'est, en effet, construit toutes sortes de croyances et de préjugés à l'égard des personnes ayant des problèmes mentaux (dangereuses, imprévisibles, etc.). Plusieurs chercheurs ont ainsi relevé le fait que, dans la première vague de désinstitutionnalisation, la communauté étant mal préparée à recevoir les patients déshospitalisés, on a surévalué son niveau de tolérance (C.S.M.Q., 1981; Dorvil, 1987a, 1988; Dulac, Corin et Murphy, 1988; Guberman, Dorvil et Maheu, 1987; Langlois, 1975). Le retour des patients psychiatriques dans la communauté se heurta donc au peu d'ouverture des communautés à leur égard : «Les normaux se montrent plus que réticents à partager leur espace social avec ces nouveaux venus. (Dorvil *et al.*, 1995, p. 7)»

Par contre, plusieurs études démontrent, depuis l'amorce du mouvement de désinstitutionnalisation, qu'il y a une évolution, lente mais positive quant aux perceptions et attitudes des Québécois à l'égard des personnes ayant des problèmes mentaux. Les résultats font ressortir que plus la communauté entre en contact et côtoie les personnes ayant des problèmes de santé mentale, plus les préjugés, notamment celui de la dangerosité, et les attitudes de méfiance s'estompent (Dorvil, 1988; Dorvil *et al.*, 1995; Lamontagne, 1993; St-Laurent et Clarkson, 1989; Maheu et Dorvil, 1994).

C'est ainsi que l'enquête de Melanson-Ouellet (1980), portant sur les attitudes des Québécois à l'égard de la maladie mentale, rapportait que 72 % des individus interrogés considéraient comme non dangereuses la plupart des personnes ayant des troubles mentaux. Neuf ans plus tard, St-Laurent et Clarkson (1989) relevaient que 93 % des répondants québécois, âgés entre 18 et 44 ans, croyaient que la plupart des personnes ayant des problèmes de santé mentale n'étaient pas dangereuses²³. Dans un sondage mené auprès de 772 Québécois, Lamontagne (1993) notait que 65 % d'entre eux avaient une attitude positive envers les personnes présentant des troubles mentaux. De plus, l'intégration sociale fut mentionnée comme premier facteur améliorant le traitement de la maladie mentale. Ce dernier résultat rejoint l'idée fréquemment exprimée par des Montréalais lors d'une enquête récente portant sur leurs perceptions et attitudes vis-à-vis de la maladie mentale (Dorvil *et al.*, 1995). Dans cette étude, 65 % des personnes soutiennent que la meilleure façon d'aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale est de les laisser vivre dans la communauté. Cette recherche conclut sur un ton optimiste quant à une ouverture de plus en plus grandissante des communautés à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale :

Les barrières s'estompent au niveau de l'intégration dans la société des personnes suivies en psychiatrie. Et en général les attitudes deviennent de plus en plus positives. Plus les PMM [personnes malades mentales] vont vivre dans la société, plus la société va apprendre à les connaître, à banaliser leur manière d'être, plus l'acceptation ira de soi. (Dorvil *et al.*, 1995, p. 166)

La désinstitutionnalisation a aussi favorisé la constitution d'associations de parents, d'amis et d'ex-patients. Ces associations se sont regroupées autour d'objectifs d'entraide et de défense des droits des personnes présentant des troubles mentaux (Doré, 1986; Gaucher, 1987). Ces dernières ont ainsi acquis par l'intermédiaire de ces groupes un droit de parole, des lieux pour exprimer leur vécu, leurs besoins, des alternatives à la surmédicalisation de même qu'un appui dans la défense et le respect de leurs droits.

Il faut aussi noter que l'insuffisance des services et des ressources de soutien social et d'intégration sociale, conditions garantissant la réussite du mouvement de désinstitutionnalisation, a aussi amené les associations de parents et d'amis à former des groupes de pression pour réclamer de l'État les ressources adéquates et nécessaires à l'intégration du patient psychiatrique. De plus, la lutte menée sur le terrain de la défense des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale a conduit tout dernièrement au renforcement des droits des usagers dans la réforme du Code civil (1994) et à la reconnaissance d'un nouveau droit d'accompagnement dans la loi 120 (Morin, 1995). C'est là un début d'une pleine reconnaissance de citoyenneté à la personne avec un handicap psychiatrique.

23. Les attitudes et croyances à l'égard de la maladie mentale varient néanmoins selon divers paramètres : sexe, âge, ethnie, distance sociale, classe sociale, proximité des contacts avec la maladie mentale, etc.

3.2 LES IMPACTS DISCUTABLES DE LA DÉINSTITUTIONNALISATION

Bien que la politique de désinstitutionnalisation comporte des aspects positifs, le bilan qu'en dresse la recherche tend plutôt à en faire ressortir les problèmes²⁴. Les plus souvent cités sont le syndrome de la porte tournante, la pénurie des services de traitement, de soutien et d'intégration dans la communauté, les impacts sur la famille des patients et le rejet des plus démunis vers la voie de l'itinérance et de la criminalisation.

3.2.1 ITINÉRANCE, PAUVRETÉ ET GHETTOÏSATION

Dans les années 1980, les groupes communautaires et de bienfaisance offrant des services à une population itinérante constatent la présence accrue, parmi celle-ci, de personnes ayant des problèmes de santé mentale :

Aux États-unis comme au Québec, on a observé que les centres desservant les itinérants recevaient une proportion de plus en plus grande de clients présentant des problèmes de santé mentale alors que leur clientèle était traditionnellement composée d'alcooliques. (Garant, 1985, p. 38)

Le phénomène de l'itinérance a pris de l'ampleur dans les années 1980 et le profil de la population sans-abri s'est considérablement transformé au cours de cette décennie, de sorte qu'on ne parle plus d'un profil, mais de portraits diversifiés (Laberge *et al.*, 1995; Fournier et Mercier, 1996) : jeunes adultes, adolescents, femmes, hommes, personnes ayant des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme, de toxicomanie, etc.

En 1987, la ville de Québec estimait qu'il y avait 400 personnes itinérantes circulant au centre-ville. Parmi le contingent des itinérants de la ville de Québec, on évaluait que le nombre de personnes désinstitutionnalisées se situait entre 50 % et 60 % (cité par Centraide Québec, 1990).

Montréal abrite aussi de nombreux itinérants. En 1987, un relevé effectué par le Conseil canadien de développement social, estimait le nombre d'itinérants montréalais à 10 000 (cité dans Gagné et Dorvil, 1988). Parmi ce nombre d'itinérants, les études évaluent qu'il y aurait entre 40 % et 50 % de personnes qui présenteraient un trouble mental et 10 % d'entre elles auraient une maladie mentale sévère (Mercier *et al.*, 1994). Maladie mentale et itinérance entretiennent des rapports étroits réversibles comme l'expliquent Gagné et Dorvil (1988, p. 74) :

S'il est vrai qu'une profonde désorganisation personnelle peut conduire à l'itinérance, il est tout aussi vrai qu'adopter un tel mode de vie peut contribuer au développement de comportements et d'idéations généralement attribués aux pathologies mentales.

Plusieurs auteurs expliquent l'itinérance des personnes ayant des problèmes de santé mentale en pointant directement comme cause la désinstitutionnalisation. Selon Gagné et

24. Les lecteurs et lectrices peuvent se référer au tableau 3, en annexe, pour un résumé des aspects discutables de la désinstitutionnalisation.

Dorvil (1988), on a trop étroitement associé l'itinérance avec les personnes ayant des troubles mentaux à ce mouvement. Il faut situer l'explication de ce mode de vie dans les conditions sociales qui lui sont liées : chômage, pauvreté, crises économiques, pénurie de logements et problèmes migratoires.

Lors de la première vague de désinstitutionnalisation, la déshospitalisation s'est faite de façon chaotique. La question du logement pour ces ex-hospitalisés se posait donc avec acuité. De ceux-ci, certains ont été placés dans des résidences d'accueil, d'autres ont été repris en charge par leur famille et d'autres se sont retrouvés devant la nécessité de se trouver un abri. Étant la plupart sans emploi, ayant de faibles revenus (retirant des prestations d'aide sociale) et confrontés aux préjugés des communautés, les ex-patients psychiatriques se sont concentrés dans les maisons de chambre des quartiers les plus pauvres, là où le logement est le moins dispendieux et où la marginalité est mieux acceptée (Centraide Québec, 1990; Dorvil, 1987, 1988; Garant, 1985; Mercier, 1988). «A cause de leurs faibles revenus aussi bien que de la ségrégation, les ex-patients se retrouvent repoussés vers les quartiers les plus délabrés des centre-villes où ils tendent à former des ghettos. (Mercier, 1988, p. 1301)»

Obtenir un abri est une chose. Pouvoir le conserver en est une autre. «Un geste politique peut se traduire par notre capacité de discerner qu'il est impossible de vivre de prestations de l'aide sociale, avec 487 \$ par mois ou 5 844 \$ par année. (Morin, 1988, p. 124)» Se retrouvant dans la communauté sans encadrement et soutien, éprouvant des difficultés à gérer leur maigre budget et souvent exploitées par les propriétaires, des personnes déshospitalisées se sont retrouvées, après quelque temps, dans la rue.

Par ailleurs, dans certaines zones urbaines, dont le centre-ville de Montréal où résidaient plusieurs ex-patients psychiatriques, les résidents ont été expropriés par des promoteurs immobiliers pour y construire des édifices à bureau et des parcs de stationnement. Il y a ainsi eu, entre 1977 et 1981, environ 5 000 chambres qui ont disparu du marché à Montréal (Lee, 1987). De plus, de nombreuses communautés locales et gouvernements municipaux (par le zonage résidentiel) ont fortement résisté à l'implantation de toute forme d'hébergement et de ressources pour les personnes présentant des troubles mentaux (Dorvil, 1984, 1988; Morin, 1988). L'itinérance est avant tout une question d'accès à des logements adéquats et permanents à des prix abordables (Laberge *et al.*, 1995, Lee, 1987). De plus, dans le cas de personnes présentant des troubles mentaux graves, un soutien quotidien pour garder un logement s'avère indispensable, tant et aussi longtemps que leur situation l'exige, pour qu'elles puissent s'y sentir à l'aise et entrer en contact avec l'environnement social.

Si les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont de la difficulté à obtenir et conserver un abri, nombre d'entre elles se retrouvent aussi, un jour ou l'autre, devant les tribunaux pénaux. Problème de santé mentale, itinérance et criminalisation sont des problématiques qui se rencontrent.

3.2.2 LA CRIMINALISATION DES PERSONNES PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

La criminalisation de personnes présentant des problèmes de santé mentale n'est pas un phénomène nouveau. Par contre, selon plusieurs études, on assisterait depuis une vingtaine d'années à une augmentation du nombre de personnes présentant des problèmes de santé

mentale qui seraient refoulées vers le système pénal (Hoffman, 1990; Teplin, 1983; Van de Kerchove, 1990).

Les chercheurs proposent diverses explications à cette situation. Elles visent la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques, les réformes légales concernant les conditions de traitement des personnes présentant des problèmes de santé mentale – restriction du critère d'hospitalisation involontaire, droit de refus au traitement, droit des professionnels de refuser de soigner un individu –, l'organisation présidant à la distribution des services sociaux et de santé mentale; et la compression des budgets alloués aux services sociaux et de santé.

Peu importe les explications avancées, il y a consensus quant à l'inacceptabilité de la criminalisation de personnes présentant des problèmes de santé mentale, surtout lorsqu'elles sont impliquées – ce qui est le plus souvent le cas – dans de petits délits. On considère que ces personnes ne devraient pas être traitées par le système pénal, mais être prises en charge par d'autres ressources.

On attire surtout l'attention, à l'heure actuelle, sur la forte présence dans le système carcéral de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Une enquête de la direction des Services correctionnels du Québec (1993) signale à cet effet que 30 % de l'ensemble de la population carcérale présenterait des problèmes de santé mentale (cité par Caron, 1996). Parmi celle-ci, un certain nombre de personnes sont détenues en milieu carcéral avant leur procès.

L'un des principaux motifs de cette détention avant procès repose sur le fait qu'un tribunal a un doute quant à l'aptitude des personnes à subir leur procès en raison de problèmes mentaux. Ce doute donne lieu à des renvois en observation psychiatrique pour évaluation de l'état mental des accusés. Ces évaluations, produites par des psychiatres, peuvent se dérouler en milieu carcéral (par exemple à Parthenais pour les hommes ou à Tanguay pour les femmes) ou en milieu hospitalier. L'étude de Laberge *et al.* (1991), concernant des justiciables signalés par des agents du système pénal, entre le 1er juin et le 30 novembre 1990, comme ayant des problèmes de santé mentale et ayant comparu à la Cour municipale de Montréal, rapporte que 56 % des personnes pour lesquelles le tribunal avait eu un doute quant à leur aptitude à subir leur procès furent acheminées en institution carcérale plutôt qu'en institution psychiatrique. Le principal déterminant du renvoi en institution carcérale, pour évaluation de l'aptitude à subir son procès, réside dans le fait que les personnes n'aient pas de lieu de résidence au moment où elles comparaissent devant la Cour municipale de Montréal (Cardinal, 1995).

Les personnes déclarées aptes à subir leur procès à la suite de leur observation en psychiatrie²⁵ sont sérieusement pénalisées compte tenu du fait que les infractions commises sont généralement mineures. Si bien qu'une forte proportion de la clientèle psychiatrie-justice est condamnée à la prison (Hochstedler, 1986, 1991; Laberge *et al.*, 1991; Menzies, Chunn et Webster, 1992). De plus, les personnes envoyées en observation psychiatrique avant leur procès sont davantage pénalisées, pour un même type d'infraction, que les personnes n'ayant pas été évaluées sur leur état mental (Hochstedler, 1986; Walsh, 1990). L'étude de Cardinal (1995) portant sur les pratiques de définition des déviations par les agents intervenant dans le processus pénal fait ressortir que les types de réponse qu'apporte le tribunal à l'issue des

25. La majorité des personnes envoyées en observation psychiatrique reviennent, après des séjours variables, aptes à subir leur procès.

procédures (retrait de plainte, probation assortie de conditions médicales à respecter, incarcération) dépendent grandement de la façon dont les psychiatres définissent (bon malade, mauvais malade, mauvais malade et infracteur, infracteur), dans les rapports envoyés au tribunal, les personnes qu'ils ont évaluées pour aptitude ou non à subir leur procès.

Par ailleurs, des études démontrent que les personnes présentant des troubles mentaux sont plus souvent arrêtées²⁶ que les autres suspects qui ne sont pas perçus comme malades (Durbin, Paseward et Albers, 1977; Mellick, Steadman et Cocozza, 1979; Rappeport et Lassen, 1966; Schuerman et Kobrin, 1984). Les résultats de Teplin (1984a) à ce propos sont surprenants. Des 506 personnes impliquées dans un événement défini comme suspect, par les policiers, 46,7 % des personnes présentant des problèmes de santé mentale ont été arrêtées alors que 27,9 % des personnes ne présentant pas de problèmes de santé mentale ont été appréhendées. Selon cette étude, les personnes présentant des troubles mentaux ont une probabilité d'arrestation de 20 % de plus élevée que les autres suspects.

L'étape policière représente un moment important quant à la criminalisation même des personnes présentant des problèmes de santé mentale. C'est en effet à cette étape que se jouent les possibilités de déviation ou d'entrée dans le système pénal. Cette entrée dans le système pénal, dans le cas de personnes présentant des problèmes de santé mentale, répond à une combinaison de variables qui intervient généralement dans toute autre arrestation. Leur entrée peut dépendre de la gravité de l'infraction, de la présence d'antécédents judiciaires, de l'intention des plaignants et de l'attitude du suspect à l'égard des policiers (Bittner, 1967; Bonovitz et Bonovitz, 1981; Cardinal, 1995; Murphy, 1986; Teplin 1983; Teplin et Pruett, 1992).

Leur entrée dans le système pénal peut aussi dépendre des caractéristiques de la situation combinées aux exigences du travail policier (Borzecki et Wormith, 1985; Cardinal, 1995; Rogers, 1990; Teplin, 1984a; Teplin et Pruett, 1992). Ces arrestations peuvent survenir dans le cadre de situations d'urgence (crise, actes de violence à répétition, par exemple), de situations se déroulant dans l'espace public et de situations où il y a une incertitude quant aux comportements des personnes :

«However, the double uncertainty of the public highly visible context in which officers were forced to make such decisions and the unpredictable behaviour demonstrated by the subjects, gave officers little room to wait and see what *might* of occurred had they not intervened.» (Rogers, 1990, p. 229)

Dans de telles situations, il serait plus urgent de répondre à une situation de crise que de déterminer quelle option serait la plus appropriée.

L'arrestation des personnes présentant des troubles psychiatriques se pose aussi en lien avec les pratiques de renvoi des policiers de personnes malades mentales aux services de santé mentale dans la mesure où l'hospitalisation peut constituer une alternative à l'arrestation. L'hypothèse soumise par certaines études quant à la fréquence d'arrestations de personnes présentant des problèmes de santé mentale est qu'elle tiendrait en grande partie des

26. Même si un individu commet un acte interdit par la loi pénale et que les policiers en ont connaissance (principale porte d'entrée dans le processus judiciaire), il n'y a pas de facto une arrestation. Les policiers disposent, en effet, d'un pouvoir discrétionnaire qui leur permet de décider d'arrêter certains individus alors qu'ils en dévient d'autres du système pénal.

contraintes d'accès à des soins (Laberge et Morin, 1995; Laberge, Morin et Robert, 1995; Matthews, 1970; Teplin, 1984a, 1984b, Teplin et Pruett, 1992). Les résultats de plusieurs recherches convergent vers le constat que les personnes pouvant être référées par des policiers à des services psychiatriques sont sujettes à de nombreux refus de prise en charge. Ces refus sont en partie justifiés par les conditions générales d'accès aux services de santé et en partie déterminés par la réticence des professionnels de la santé à traiter avec les clients psychiatrie-justice, que l'on considère souvent dangereux, dérangeants et non motivés à se faire soigner.

Le système pénal pourrait ainsi constituer une voie d'accès à des soins pour les personnes qui n'entrent pas dans les critères légaux, organisationnels et idéologiques d'admission des services de santé mentale. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que c'est une voie d'accès qui porte à conséquence parce qu'une fois que le processus pénal est engagé, celui-ci est rarement enrayeré.

Par ailleurs, le fait que des personnes malades mentales soient criminalisées entraîne l'intervention de deux systèmes, pénal et psychiatrique, qui sont tous deux onéreux à faire fonctionner. Les dépenses publiques qu'entraîne ce double fonctionnement pourraient être réduites s'il y avait une plus grande facilité d'accès à des soins et des services sociaux, sans qu'il soit nécessaire de passer par le système pénal pour y accéder.

Il serait donc important pour diminuer les coûts que représente l'intervention de ces deux systèmes, mais surtout pour contrer une réponse sociale inappropriée à l'égard des troubles mentaux, d'enrayer le renvoi des personnes ayant des problèmes de santé mentale au système pénal. Il faudrait d'abord sensibiliser les policiers du vécu de ces personnes. Il serait aussi de mise d'instaurer des mesures facilitant, pour les policiers, les possibilités de référence des personnes à des ressources hospitalières et communautaires comme alternative à leur arrestation. Ceci demanderait entre autres de la part du milieu de la santé mentale d'être plus réceptif quant aux besoins de ces personnes qu'à ses intérêts professionnels (i.e. traiter de beaux cas et de bons malades). De plus, s'il y avait plus de ressources visant à apporter du soutien aux personnes malades mentalement et s'il y avait continuité de soins intégrée dans la communauté, ceci contrerait fort probablement un bon nombre de situations problèmes, la plupart du temps mineures, qu'occasionnent parfois des personnes présentant des problèmes de fonctionnement social. Par conséquent, les policiers seraient appelés à moins intervenir pour de telles situations, car le recours aux services policiers peut être tout simplement fait dans l'intention d'obtenir de l'aide à cause d'un manque de disponibilité de ressources :

La plupart du temps, on fait venir la police. L'alternative qu'on a, nous autres les parents, quand ils sont en crise, c'est la police. Il n'y a pas d'autres recours que ça. Faire traiter ton enfant comme un criminel (Guberman, 1990, p. 74).

D'où l'importance de considérer de plus près la situation des familles ayant la charge d'une personne présentant des problèmes de santé mentale. Le fardeau qui pèse sur les familles, dépourvues de soutien, de reconnaissance de leur apport et qui se retrouvent parfois en situation de crise, soulève toute la fragilité d'un processus de désinstitutionnalisation qui repose en grande partie sur la responsabilité de la famille.

3.2.3 LE FARDEAU DES FAMILLES

La famille joue un rôle important dans la prise en charge et le soutien de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Elle constitue, depuis l'amorce de la désinstitutionnalisation, l'une des principales sources de soutien de ces personnes (Dorvil et Carpentier, 1996; Guberman, Dorvil et Maheu, 1987). De plus, les personnes qui ont un problème de santé mentale grave se retrouvent le plus souvent à vivre dans leur famille (Carpentier, Dorvil et Lesage, 1992; Gibbons *et al.*, 1984; St-Onge et Lavoie, 1987; Spiegel et Wissler, 1986). Il importe aussi de souligner que cette prise en charge familiale est principalement assumée par des femmes (Guberman, 1990; St-Onge, Lavoie et Cormier, 1995).

De toute évidence, les familles assurant la responsabilité d'un parent présentant un problème de santé mentale doivent subir des impacts négatifs pouvant affecter la qualité de vie de l'ensemble de la famille. Les habitudes familiales se trouvent ainsi complètement bouleversées; il y a une augmentation du nombre de tâches à partager et accroissement des responsabilités; les activités sociales et les loisirs sont limités; et, dans bien des cas, un parent avec des problèmes de santé mentale perturbe sérieusement l'équilibre émotionnel de la famille (Creer et Wing, 1974; Guberman, Maheu et Maillé, 1991; Jutras, Veilleux et Renaud, 1989; Wasow, 1996).

Le fardeau peut aussi se traduire par des pertes économiques et financières. «Dans la plupart des cas, le jeune adulte est sans emploi, il vit des prestations d'aide sociale et doit compter sur l'aide financière de sa famille pour assumer une partie de ses dépenses. (Dorvil et Carpentier, 1996)» De plus, la famille est aussi restreinte dans les options de travail dont les femmes assument principalement les conséquences. Ce sont elles qui réduisent leur nombre d'heures de travail ou qui se voient dans l'obligation d'abandonner leur emploi.

C'est dans ce contexte du lourd fardeau assumé par les familles que les chercheurs ont mis en relief les difficultés qu'elles rencontrent par rapport au système de soins et par rapport à l'absence de ressources dans la communauté. Les études évaluent qu'il y a un manque flagrant quant au soutien que reçoivent les familles et que celles-ci vivent des rapports difficiles avec les professionnels en psychiatrie. «En effet, les rapports avec la psychiatrie sont décriés par toutes : absence de disponibilité, soutien réduit à la médication, absence de reconnaissance des parents. (Guberman, 1990, p. 74)» Les contacts avec le personnel soignant sont très peu fréquents ou totalement absents comme en témoignent les données recueillies par St-Onge, Lavoie et Cormier (1995, p. 105) :

En effet, 27 participantes n'avaient jamais rencontré le psychiatre ou le médecin traitant leur enfant et 39, jamais l'infirmière psychiatrique malgré le fait que les troubles durent en moyenne depuis 5 à 10 ans.

De plus, les professionnels de la santé mentale ont plutôt une attitude négative vis-à-vis des familles. Celles-ci se sentent rejetées, coupables et blâmées par les professionnels. Ces attitudes de blâme seraient fortement liées à l'idée que la famille, et tout particulièrement la mère, est responsable de l'apparition de problèmes mentaux chez l'un de ses membres (Dorvil et Carpentier, 1996; Guberman, 1990; Gaucher, 1987; St-Onge, Lavoie et Cormier, 1995; Wasow, 1996). Les attitudes de blâme placent les familles sur la défensive et privent l'équipe de soins d'informations qui pourraient les aider à mieux comprendre la personne

malade mentalement et lui offrir un traitement mieux adapté à ses besoins (St-Onge, Lavoie et Cormier, 1995; Gaucher, 1987). Quand même il y a là, en effet :

«un réel effort collectif pour sortir la personne handicapée des limbes du social et la réimplanter au coeur de la cité, par l'intermédiaire de la famille et des structures d'entraide communautaire. Autre temps, autres moeurs. Si la famille était reconnue jadis par le corps psychiatrique comme un bouillon de culture de la «maladie mentale», sous l'influence de la psychanalyse notamment, les techniques psycho-éducatives veulent rendre cette même famille tant décriée performante dans la logistique de la réinsertion sociale.» (Dorvil, Renaud et Bouchard, 1994, p. 715).

Contrairement à la fonction de bouc émissaire d'autrefois, la famille devient ainsi pour les besoins de la cause désinstitutionnelle un *milieu-thérapie*.

Toutefois pour alléger le fardeau des familles, celles-ci veulent : 1) être informées, dès le début de l'apparition des troubles, de la maladie, des symptômes, du traitement tout particulièrement en ce qui concerne l'administration des médicaments et des effets secondaires; 2) des conseils pour intervenir dans des situations de crise et dans la vie quotidienne de la famille; 3) une continuité des soins assurée entre autres par des visites à domicile; 4) le développement de ressources communautaires principalement dans les domaines du logement et du travail; 5) une attitude plus favorable des professionnels de la santé mentale à l'égard de la famille.

3.2.4 LE SYNDROME DE LA PORTE TOURNANTE

Le syndrome de la porte tournante est apparu dès le milieu des années 1960. Il s'agit ici de réadmission, de réhospitalisation ou de réinstitutionnalisation. Le syndrome de la porte tournante peut être défini comme étant le «va-et-vient incessant des patients psychiatriques entre l'hôpital (asile) et la communauté. (Dorvil et Carpentier, 1996, p. 4)»

Dès 1970, les hôpitaux psychiatriques réadmettent plus qu'ils n'admettent pour une première fois des patients. Dorvil (1987b) relevait ainsi que 72,3 % de toutes les admissions à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine constituaient des cas de réadmission. D'autres études ont démontré qu'environ le tiers des patients déshospitalisés sont revenus à l'hôpital dans les six mois suivant leur congé et, dans les deux ans suivant leur congé, ce sont 70 % à 75 % des patients désinstitutionnalisés qui sont revenus à l'hôpital (Wasylenki, 1996; Stein, 1996).

Diverses explications ont été apportées aux réadmissions multiples. Certains y voient un lien avec la diminution de la durée du séjour en milieu hospitalier. D'autres les associent aux difficultés de réinsertion sociale du patient et au désengagement de la famille. Certains soulignent qu'elles sont aussi liées à la nature même de la maladie mentale comportant des rechutes et au manque de soutien dans la communauté. Une équipe du Clarke Institute of Psychiatry à Toronto a suivi 747 patients à leur sortie de l'hôpital et a clairement mis en évidence le manque de planification concernant la sortie de ces personnes ainsi que la surestimation des professionnels de la santé de leurs besoins médicaux au dépens de leurs besoins liés au travail, au logement et aux loisirs (Wasylenki, 1996).

Le syndrome de la porte tournante constitue un grave problème en psychiatrie. Dorvil et Carpentier (1996) en dressent les contours. Pour les intervenants en santé mentale, cette situation crée un sentiment d'impuissance dont la responsabilité est souvent reportée sur le malade lui-même (ne vient pas à ses rendez-vous, ne prend pas ses médicaments, n'est pas motivé... alors c'est la rechute, la réhospitalisation). Un retour à l'hôpital représente aussi pour les patients un sentiment d'échec «surtout pour ceux qui veulent vivre dans la société et qui se trouvent par le fait même dans l'impossibilité de remplir des rôles socialement attribués. (Dorvil et Carpentier, 1996, p.22)» De plus, après de multiples retours à l'hôpital, les familles ont tendance à retirer leur soutien à la personne malade mentale. Enfin, les réadmissions entraînent des frais importants dans le secteur de la santé mentale.

Dorvil et Carpentier (1996, p. 24) interprètent le phénomène de la porte tournante comme étant autant «le témoignage de l'incohérence de l'organisation des soins que comme celui d'un trouble de comportement réfractaire aux interventions thérapeutiques conventionnelles.» Il faut aussi porter une attention particulière au fardeau émotif et financier que représente pour les familles la charge d'un de leurs membres malade. Il y a deux raisons à cela. D'abord, plus de la moitié des personnes qui ont un problème chronique vivent dans leur famille et les deux tiers des cas d'admission et de réadmission proviennent du domicile familial. De plus, les résultats de la recherche démontrent que les réadmissions ont un rapport étroit avec le fait que les familles vivent des situations de stress élevées et assument un lourd fardeau (Dorvil et Carpentier, 1996; Gallo, 1989; Joyce, 1981).

S'il y avait une continuité dans les soins, des services de soutien adéquats pour les familles et des programmes d'accompagnement, de réinsertion au travail et au logement pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale, les réadmissions pourraient diminuer et probablement de façon importante. Ceci exigerait entre autres que les intervenants agissent dans le milieu du patient et non le contraire (Stein, 1996). De plus, il faut apporter un soutien social aux familles prenant charge d'un de leurs membres malade mentalement : mise sur pied de programmes d'information sur les troubles mentaux et sur les façons d'intervenir, création de services de répit pour les familles de même que pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves ou moins graves, car celles-ci vivent aussi des situations de stress par rapport aux attentes de leurs proches. Bref, le *mental crisis* devrait être géré ailleurs qu'à l'hôpital, par exemple lors de visites à domicile par une équipe thérapeutique (un médecin ou une infirmière et une travailleuse sociale), dans des cliniques externes, dans des CLSC et évidemment dans des centres de crise. Déjà les *crisis team* sont reconnus (Zavirsek, 1996) comme élément de prévention d'hospitalisation. À l'Hôpital général de Montréal, des travailleuses sociales, des infirmières visiteuses en contact étroit avec un médecin (décompensation, réévaluation diagnostique) arrivent à juguler le flot de patients du syndrome de la porte tournante. L'opération s'avérerait d'autant plus facile que la psychiatrie est déjà sectorisée, contrairement à la médecine physique spécialisée qui doit desservir parfois une clientèle disséminée sur cent kilomètres à la ronde. Plus encore, les CLSC à vocation de première ligne sont territorialisés aussi (Fournier, 1996). Les services à domicile constituent une suggestion du rapport Bédard dans les années 1960.

Conclusion

Le phénomène de la porte tournante a tellement pris de l'ampleur vers le milieu des années 1970, qu'il incite le gouvernement à agir. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux se penche alors sur le dossier de santé mentale et commence à constater les ratés du processus de désinstitutionnalisation.

Premièrement, on se rend compte qu'il y a pénurie de services et de programmes devant fournir un soutien aux personnes malades mentales qui sont retournées ou qui vivent dans la communauté. De fait, ce qui fut développé ce sont des services rattachés au secteur hospitalier (départements de psychiatrie, cliniques externes, ressources intermédiaires) absorbant, avec les hôpitaux psychiatriques, environ 85 % des budgets alloués en santé mentale. Cette extension se comprend dans la mesure où il y avait des groupes d'intérêts pour en assurer le développement, car ce point d'ancrage a permis à la psychiatrie de se déployer sous le giron de la médecine biologique, la plus valorisée, ce qui lui conféra pouvoir, prestige et reconnaissance sociale.

Deuxièmement, on s'interroge sur la capacité d'accueil et d'acceptation de la communauté envers les personnes présentant des problèmes psychiatriques. Le Ministère va ainsi sonder le terrain de la tolérance des Québécois à l'égard de la maladie mentale (Langlois, 1975; Melanson-Ouellette, 1980). Par ailleurs, dès 1981, le Comité de la santé mentale du Québec soumet au Ministère un avis concernant un programme d'information de masse en santé mentale en vue de sensibiliser la population à la santé mentale.

Ce début de réflexion du Ministère apporta quelques modifications dans la première moitié des années 1980. On vit apparaître quelques programmes visant la formation des personnes en charge des résidences d'accueil et la mise sur pied de projets (appel téléphonique) visant à inciter les personnes à respecter leur rendez-vous en clinique externe («follow-up»). Il y a eu aussi création de nouvelles ressources intermédiaires²⁷. De plus, on note au sein du gouvernement du Québec un début d'intérêt pour les services offerts par des groupes communautaires oeuvrant dans le champ de la santé mentale. Cet intérêt va se traduire par leur financement (White, 1993). Les budgets accordés aux ressources communautaires sont toutefois dérisoires. Par exemple, en 1984-1985, à Montréal, «61,8 % du budget allait aux hôpitaux psychiatriques, 22,3 % aux hôpitaux de courte durée, 2,9 % aux C.L.S.C., et seulement 2,5 % au secteur des ressources communautaires. (Poirier et Gagné, 1988, p. 141)»

Les aspects positifs de la désinstitutionnalisation ont été longtemps ignorés. Prenant le contre-pied de l'idéologie asilaire encore dominante, ce document les a reconnus en début de ce chapitre. Il faudrait en ce cas qu'un son de cloche plus positif soit entendu, ne serait-ce qu'occasionnellement (Vaillancourt et Jetté, 1997). Mais les ratés du mouvement de désinstitutionnalisation n'en continuent pas moins de se manifester pendant que le Ministère poursuit sa réflexion sur l'organisation du système de santé dans le but de formuler une politique en santé mentale (1989).

27. Ces ressources ont été établies dans la perspective d'assurer la continuité des soins aux patients qui quittent l'hôpital. La continuité des soins qu'elles doivent assurer se restreint, selon plusieurs chercheurs, à l'hébergement et la médication. On n'a ainsi que déplacé le lieu de l'institutionnalisation, passant d'établissements gigantesques à des lieux plus petits. Les chercheurs font référence à ce phénomène comme étant de la transinstitutionnalisation.

CHAPITRE 4

LA DÉINSTITUTIONNALISATION DES ANNÉES 1990

Avant que le gouvernement n'énonce sa *Politique de santé mentale*, le MSSS a étudié les différentes perspectives de la notion de santé mentale, l'organisation et la distribution des soins. Ce travail de réflexion a généré différents avis du Comité de la santé mentale du Québec, des comptes rendus de recherche, le rapport Harnois²⁸ (1987) et le rapport Rochon (1988). Ces deux rapports ministériels arrivèrent aux mêmes constats :

- des services compétitifs entre eux et une discontinuité des soins,
- des services de santé mentale pris en otage par les groupes d'intérêts,
- reconnaissance de l'importance des ressources communautaires et leur sous-financement.

Le gouvernement du Québec va répondre à ces trois constats en s'appuyant en partie sur les recommandations du rapport Harnois (1987) dont le titre *Pour un partenariat élargi* annonce le pivot sur lequel va reposer la *Politique de santé mentale* (1989). Selon le Ministère, le partenariat constitue une approche et non une «ligne de conduite réglementaire» (*Politique de santé mentale*, 1989, p. 26). Il implique trois conditions : «la reconnaissance du potentiel de chacun des partenaires, l'existence de rapports ouverts entre ceux-ci et l'adoption d'objectifs communs.»

Les partenaires désignés sont la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale, les familles ou les proches, les groupes communautaires et les intervenants du réseau des services de santé et des services sociaux. La mise à contribution de ces partenaires porte sur la planification et la conception de services devant s'opérer à deux niveaux, au niveau de la personne et au niveau de chacune des 16 régions administratives. Dans le premier cas, il s'agit du plan de services individualisé (PSI) et dans le second cas, du plan régional d'organisation de services (PROS) dont les conseils régionaux ont le mandat d'en assurer la coordination. C'est la notion de besoin, circonscrite dans une approche bio-psycho-sociale de la santé mentale, qui est mise de l'avant comme principe mobilisateur des partenaires désignés dans l'élaboration des PSI et des PROS.

De plus, la désinstitutionnalisation demeure une priorité gouvernementale. Elle est retenue comme principe d'orientation dans la *Politique de santé mentale* et la loi 120 (modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux). Elle s'impose aussi dans le cadre du virage ambulatoire.

28. Le rapport Harnois provient des travaux menés par le comité chargé de préparer un projet de politique en santé mentale dont le président était le docteur Gaston Harnois. Ce comité fut formé sous le gouvernement du Parti libéral du Québec, en juin 1986 par la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Thérèse Lavoie-Roux. Le rapport Rochon émane de la Commission d'enquête sur la Santé et les Services sociaux du nom de son président, le docteur Jean Rochon. Cette commission fut créée en juin 1985 par le gouvernement du Parti Québécois.

4.1 LA DÉINSTITUTIONNALISATION : UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE ET LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE

Le Rapport Harnois sur lequel repose la Politique concédait que la désinstitutionnalisation s'était restreinte à un processus de sortie de l'institution et qu'il était temps d'appréhender ce mouvement de façon plus large afin qu'il réfère à :

- une réintégration, dans des conditions appropriées, de personnes ayant séjourné ou séjournant dans des milieux institutionnels;
- une humanisation des milieux de vie substitués et institutionnels afin de permettre aux personnes qui y séjournent de jouir d'une qualité de vie décente;
- une disponibilité d'un réseau de services en mesure d'offrir à la personne et à son milieu l'aide et le soutien nécessaires pour le maintien dans la communauté;
- une acquisition de capacités et de compétences qui vont favoriser, pour la personne quel que soit son milieu de vie, la reprise en main de sa situation (Rapport Harnois, 1987, p. 24).

Cette définition est balisée dans le rapport Harnois et la Politique par cinq orientations. La première orientation renvoie à assurer la primauté de la personne. Ceci implique :

«[...] le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement. C'est également miser sur ses capacités, tenir compte de son point de vue, favoriser sa participation et celle de ses proches.» (*Politique de santé mentale*, 1989, p. 23)

La primauté de la personne représente le chapiteau des quatre autres orientations de la Politique. Ces orientations concernent l'accroissement de la qualité des services; la répartition équitable des ressources en fonction des besoins et l'accès à une diversité de services le plus *près possible des milieux de vie* [...]; la recherche de solutions *dans le milieu de vie* implique que les différents types de services déjà mis en place au sein des *communautés et par elles* doivent être privilégiés et soutenus; et la consolidation d'un partenariat «suppose la mobilisation concertée de la personne, de ses proches, des intervenants, de la communauté, des ressources publiques et de celles du milieu».

Pour assurer la primauté de la personne, la Politique préconise qu'elle soit informée et participe aux décisions qui la concernent notamment dans l'élaboration de son plan de services individualisé (PSI). Le PSI nous est présenté, dans la *Politique de santé mentale*, comme un moyen d'action privilégié pour assurer la primauté de la personne. Chaque établissement offrant des services pendant une longue période à des bénéficiaires ou devant fournir à des bénéficiaires des services de santé et des services sociaux pour une période prolongée est tenu, selon les articles 102 et 103 de la Loi 120, d'élaborer un PSI. Chaque plan de services doit identifier les besoins du bénéficiaire, les objectifs poursuivis, les services nécessaires et la durée pendant laquelle ces services devront lui être fournis. Le plan de services individualisé vise, selon le Ministère, à assurer la continuité et la coordination des interventions.

Bien que plusieurs intervenants reconnaissent la philosophie derrière les plans de services, ils déplorent le caractère obligatoire et les risques de bris de confidentialité de ces plans. De plus, le PSI se présente dans la pratique plutôt comme un outil administratif qu'un outil qui respecte la primauté de la personne (Fortier, 1994). En fait, le PSI est un outil qui sert avant tout à la circulation des patients dans un réseau complexe et fragmenté ainsi qu'à éviter le dédoublement de services.

Bien que l'article 10 de la loi 120 dicte le droit pour tout usager de participer à l'élaboration de son plan de services, l'exercice de ce droit n'est pas pour autant assuré. Par exemple, seulement 21 usagers sur 150 clients rencontrés lors de l'implantation de plans de service individualisé dans la région de Montréal ont participé à la formation du PSI donnée par le MSSS et seulement huit usagers participèrent à l'élaboration de leur PSI (Fortier, 1994).

Par ailleurs, le discours de la Politique se situe dans une approche communautaire qui privilégie : «la recherche de solutions dans le milieu de vie de la personne; une association étroite avec ce milieu; l'adaptation des services aux caractéristiques spécifiques des communautés locales et de leurs membres. (Morin, 1992, p. 23)» D'où la reconnaissance, par le gouvernement, de l'apport d'acteurs hors du réseau public tels que les familles et les groupes communautaires.

La Politique reconnaît le rôle important que jouent les familles comme principal milieu de vie des personnes présentant des problèmes de santé mentale et souligne qu'elles ont été laissées sans information, soutien et reconnaissance de leur apport par le système de soins. A ce titre, la Politique propose, dans son plan d'action, d'apporter une aide psychosociale et des services de répit à la famille afin de prévenir son épuisement. Ces recommandations sont importantes, comme le souligne Guberman (1990), parce qu'elles répondent à plusieurs problèmes vécus par les familles. Toutefois, rétorque Guberman (1990), la Politique considère la famille comme le meilleur lieu de réinsertion sociale et ne tient pas compte du libre choix des personnes tant celles (parents, mères) qui doivent assurer l'insertion que celles qui doivent être réinsérées :

[...] je crois que les femmes sont nombreuses, qui sont impliquées dans la prise en charge d'un-e proche psychiatisé-e à cause d'un manque d'alternatives ou sous pression de professionnels, ce n'est pas une intervention visant l'amélioration de la dynamique familiale ni quelques jours de congé qui peuvent améliorer leur situation. [...] Bien sûr, il faut offrir un soutien aux femmes/familles qui décident de s'impliquer. Mais il faut surtout s'assurer que chacune ait un choix réel devant cette éventualité. (Guberman, 1990, p.74-76)

Quant aux personnes adultes psychiatisées, surtout les plus jeunes, elles désirent garder une autonomie par rapport à leur famille et leur premier choix de lieu résidence n'est pas le foyer familial (Brown *et al.*, 1962; Doré, 1986, Tousignant, 1987²⁹).

La communauté incluant la famille se présente comme une des solutions à la crise actuelle des dépenses publiques dans le secteur de la santé. Plusieurs déplorent que cette communauté ne soit pas définie dans la *Politique de santé mentale*. On se demande qui fait partie de la communauté. Il semble, selon le discours même de la Politique, que la

29. Ces auteurs sont cités par Guberman (1990).

communauté se conçoit comme étant tout ce qui est hors du réseau public de la santé et des services sociaux dont les groupes communautaires.

La reconnaissance des groupes communautaires se pose inévitablement dans l'optique où le gouvernement entend poursuivre le mouvement de désinstitutionnalisation. D'ailleurs, organismes communautaires et désinstitutionnalisation sont deux thèmes traités à la même rubrique du plan d'action de la Politique, *pour des solutions dans le milieu de vie des personnes*.

La reconnaissance des groupes communautaires par le gouvernement se justifie par le fait qu'ils offrent déjà des ressources intégrées dans les communautés. Le gouvernement est bien entendu intéressé par ces groupes parce qu'ils coûtent moins cher à subventionner (bénévolat, personnel non syndiqué) que les structures du réseau public. Or, les groupes communautaires ne peuvent assumer toutes les ressources nécessaires pour la simple raison qu'ils ne sont pas assez nombreux.

Le communautarisme dans la distribution des services de santé et des services sociaux est à construire et représente une solution plus avantageuse pour garantir la qualité et l'accessibilité aux services qu'une privatisation (Vaillancourt, 1996). Pour ce faire, le gouvernement doit compter sur les ressources humaines du secteur public de la santé, ce qui exige toutefois qu'une partie de celles-ci sorte de l'hôpital. Ce transfert n'est pas sans poser quelques difficultés et représente un enjeu sociopolitique important dans le contexte où l'État est en train de redéfinir son rôle dans la distribution des services. Cela entraîne la redéfinition des rôles et territoires d'un secteur traversé par plusieurs groupes d'intérêts qui défendent avec raison leurs privilèges par crainte et de perdre leur emploi ou que leurs conditions de travail et salariales se dégradent. La communautarisation ne représente pas automatiquement un phénomène qui est positif en soi pour la qualité des emplois et des services, comme l'explique Vaillancourt (1996). Il faut que les acteurs sociaux, et plus précisément les groupes communautaires et le personnel du secteur de la santé et des services sociaux parviennent, en collaboration, à imposer politiquement le respect de certaines conditions qui permettront d'assurer des emplois durables, décents et des services de qualité.

Voyons comment se pose cette éventuelle communautarisation dans le cadre de la politique de désinstitutionnalisation que maintient le gouvernement du Québec.

4.2 LA DÉINSTITUTIONNALISATION AU CARREFOUR DES POLITIQUES GOUVERNEMENTALES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Depuis le début des années 1990 au Québec, le discours gouvernemental rapporté par les médias, discuté par les médecins, psychiatres, administrateurs, syndicats, infirmiers, travailleurs sociaux, groupes communautaires, etc., porte sur le virage ambulatoire. Selon Larivière (1996, p. 1), le virage ambulatoire se définit comme étant un ensemble de transformations technologiques dans l'organisation des *soins physiques* «qui font que les tests diagnostics peuvent être accélérés, que les chirurgies d'un jour (moins invasives) occupent une place de plus en plus importante et qu'une gamme plus étendue de soins peuvent être

administrés à domicile [par les personnes elles-mêmes, des proches ou encore des infirmières] ou en cliniques externes.»

Ces progrès dans les pratiques médico-hospitalières ont introduit une nouvelle norme du nombre de lits requis par 1 000 habitants. Cette norme se situerait autour de 2,5 lits selon le Conseil de la santé et du bien-être (cité par Larivière, 1996). A l'heure actuelle, on note que tous les gouvernements des pays développés sont aux prises avec une crise financière dans les dépenses publiques et révisent à la baisse le nombre de lits nécessaires pour leurs citoyens.

Au Québec, cette réduction s'impose aussi dans le secteur de la santé mentale qui, rappelons-le, a déjà amorcé un tel virage depuis les années 1960. Toutefois, le Ministère a constaté qu'il y avait un écart important du nombre de lits disponibles pour 1 000 habitants au Québec comparativement à l'Ontario. Turgeon (1991) signalait ainsi qu'en 1987, le Québec comptait 0,55 lit de courte durée psychiatrique par 1 000 habitants alors que l'Ontario en avait 0,30 par 1 000 habitants. De plus, si l'on tient compte à la fois des lits psychiatriques de longue et de courte durée, le Québec disposait en 1993 de 1,0 lit par 1 000 habitants alors que l'Ontario n'en comptait que 0,58 par 1 000 habitants en 1992 (Breton *et al.*, 1995). Il n'en fallait pas davantage pour que certains, au ministère de la Santé et des Services sociaux, entrevoyent la possibilité d'une diminution du nombre de lits psychiatriques au Québec.

Par contre, si la fermeture de lits en santé physique s'appuie en grande partie sur les nouvelles technologies médicales qui permettent la résolution plus rapide des pathologies et handicaps physiques, dans le secteur de la santé mentale, la désinstitutionnalisation ne se pose pas dans les mêmes termes.

«Le virage ambulatoire en santé mentale est essentiellement dû à l'évolution des connaissances et des pratiques cliniques au niveau pharmacologique [...] c'est dire le rôle joué par les établissements hospitaliers» soutient l'Association des hôpitaux du Québec (1996, p.7). Or, si la pharmacologie a pu faciliter la désinstitutionnalisation de la première vague, dans la seconde vague, on reproche justement à la psychiatrie institutionnelle de s'être restreinte à une pharmacothérapie qui n'a pas donné de résultats satisfaisants. Pour plusieurs – psychiatres, psychologues, sociologues, groupes alternatifs – cette pratique de la psychiatrie a amplement fait ses preuves, puisque toute la pharmacopée utilisée depuis les années 1950 n'a apporté aucune guérison³⁰. La médication apaise les symptômes aigus de la maladie mentale, elle ne guérit pas grand chose. De plus, ces médicaments comportent des effets secondaires que l'on tente de contrôler en ajoutant aux prescriptions initiales d'autres médicaments qui ont aussi des effets secondaires :

«La médication constitue une barrière presque infranchissable pour la réinsertion : elle diminue souvent les facultés cognitives des sujets et leurs capacités motrices, elle les rend moins communicatifs, plus distants, souvent endormis. Dans de telles conditions, il est bien difficile de rebâtir un réseau social, de chercher du boulot, de participer à des activités communautaires en dehors des milieux psychiatriques.» (Poirier et Gagné, 1988, p. 139)

30. Ce que l'on déplore, ce n'est pas tant l'utilisation de médicaments en psychiatrie que leur surutilisation et le fait que la psychiatrie institutionnelle s'y restreigne et néglige totalement la relation d'aide, d'écoute et d'intervention sur le plan social (Cohen *et al.*, 1996; Cohen, 1996; Nadeau, 1996; Poirier et Gagné, 1988; Stein, 1996).

On comprend dans ce contexte que le modèle biomédical de la psychiatrie n'est pas une condition suffisante pour maintenir les personnes manifestant des troubles mentaux dans la communauté puisque plusieurs reviennent à l'hôpital et toutes ressortent sans être guéries. Les commissaires du rapport Bédard avaient pourtant entrevu cette carence, puisqu'ils recommandaient que les patients désinstitutionnalisés puissent bénéficier d'une gamme de services et de soutien dans la communauté afin d'assurer la continuité des soins et l'intégration sociale des personnes présentant des problèmes de santé mentale. Or, rien ou si peu a été fait sur ce plan. C'est ainsi que le sous-développement de ressources alternatives à l'hospitalisation s'est répercuté de deux façons sur le processus de désinstitutionnalisation. Les personnes ne peuvent quitter l'hôpital faute d'une approche psychosociale, de places et de programmes de réinsertion sociale, et inversement, des personnes sont hospitalisées alors qu'elles auraient pu continuer à vivre dans leur milieu (Mercier, 1987). De plus, cette insuffisance de ressources dans la communauté produit un processus de réinstitutionnalisation des personnes malades mentales qui s'effectue par le biais du système pénal.

À la fin des années 1980, il devint de plus en plus évident que la désinstitutionnalisation, pour des raisons thérapeutiques, humanitaires et économiques, devait être soutenue par l'implantation et le recours à des ressources dans la communauté. Cela exigeait, par conséquent, d'attribuer des fonds à ces ressources situées hors de l'hôpital. En cette matière, le ministère de la Santé et des Services sociaux a aussi constaté que le Québec était là encore en retard par rapport à l'Ontario. Le gouvernement du Québec a investi en 1990-1991, 4,2 % du budget total en santé mentale dans les ressources communautaires alors qu'en 1992-1993, les dépenses pour les ressources communautaires en Ontario représentent 11,3 % (Breton, Tétrault et Brunet, 1995). Mais avant de conclure là-dessus, il faudrait confirmer les types de services ciblés «communautaires» dans les deux provinces voisines.

Reconnaissant l'importance des ressources dans la communauté et leur sous-financement, le rapport Harnois (1987) recommandait que les groupes communautaires qui assumaient déjà une partie des ressources voient leurs subventions immédiatement doublées. Le Ministère devant tenir compte de la crise financière de l'État-providence a toutefois opté pour une toute autre stratégie afin de financer les ressources à instaurer dans les communautés. Les grandes lignes de cette stratégie furent élaborées dans la *Politique de santé mentale* (1989). Cette stratégie est triple.

Premièrement, les hôpitaux psychiatriques ont la directive de planifier la fermeture de lits. Chaque établissement psychiatrique doit obligatoirement élaborer un plan de désinstitutionnalisation. Il doit prévoir le transfert des personnes des hôpitaux et la réallocation des ressources à l'extérieur de l'hôpital dans le but de suivre les patients dans la communauté. De plus, les plans de désinstitutionnalisation doivent être conçus en lien avec les plans de service individualisé et les plans régionaux d'organisation des services (PROS) de chacune des 16 régions administratives. Une hypothèse circulant au ministère de la Santé et des Services sociaux jugerait ainsi souhaitable d'abaisser d'ici l'an 2000 le nombre de lits psychiatriques de 1,0 lit par 1 000 habitants à 0,4 lit par 1 000 habitants.

Deuxièmement, la réduction du nombre de lits va permettre de réaliser des économies qui devront permettre une réallocation de fonds vers les ressources oeuvrant dans les communautés (*Politique de santé mentale*, 1989). À ce sujet, une autre hypothèse considérée au ministère de la Santé et des Services sociaux voudrait que l'on vise, d'ici à cinq ans, à ce que les services intrahospitaliers et extrahospitaliers se partagent moitié moitié le budget alloué à

la santé mentale. On peut se demander quel pourcentage du 50 % réservé aux services extrahospitaliers pourrait aller aux ressources communautaires?

Troisièmement, s'appuyant largement dans son plan de réaménagement du réseau de la santé mentale sur les groupes communautaires, le Ministère fit d'eux des partenaires devant décider avec les autres de la planification et de la réorganisation des services au niveau de chaque région. C'est dans le cadre de cette planification, sous la responsabilité des régies régionales, que les groupes communautaires doivent s'entendre avec les autres partenaires sur le partage de l'assiette budgétaire en santé mentale, éventuellement allouée à chacune des 16 régions. Cela signifie que les ressources communautaires reçoivent désormais des subventions par l'entremise des conseils régionaux³¹ «à la condition de s'inscrire toutefois dans la gamme de services régis par les plans [régionaux] d'organisation de services (Morin, 1992, p.25)» Or, les organismes communautaires ne sont pas en position de pouvoir pour dicter leurs conditions aux comités tripartites chargés de la planification régionale des services (Boudreau, 1991a, 1991b; Turgeon et Landry, 1996).

Les régies régionales ont eu le mandat de s'assurer que chaque région détermine les modalités d'organisation des services en santé mentale pour une période de trois à cinq ans. Cette planification devait être faite dans un processus de concertation entre les partenaires formant les comités tripartites. Les comités devaient être composés d'un tiers de représentants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, d'un tiers d'organismes communautaires offrant des services en santé mentale et d'un tiers composé de représentants des différentes communautés de la région et des organisations engagées dans des secteurs dont les actions peuvent avoir une influence sur la promotion de la santé mentale, la prévention et la réinsertion.

Le Ministère avait prévu pour avril 1990 la mise en application effective des plans d'organisation de services dans chaque région. Or, en novembre 1994, il n'y avait que deux régions sur seize dont le plan avait été intégralement accepté par le Ministère et par conséquent, ces dernières étaient les seules à recevoir la gestion du budget régional en santé mentale. Les quatorze autres régions sont encore en train de définir et de réajuster leur plan, considéré incomplet par le Ministère (Turgeon et Landry, 1996).

La planification régionale des services de santé mentale présente plusieurs obstacles compte tenu de l'ampleur et de la complexité du secteur, des multiples groupes d'intérêts et du pouvoir que détiennent certains acteurs siégeant sur les comités tripartites (Turgeon et Landry, 1996). La démarche de planification de chacune des régions est animée par une même dynamique qui fait en sorte que les véritables enjeux sont escamotés :

«les psychiatres participent peu ou pas à l'exercice; les représentants des établissements possédant déjà des ressources importantes en soins et services psychiatriques sont pris à partie par les autres membres; les représentants des autres établissements revendiquent unanimement des ressources supplémentaires; ceux des organismes communautaires doivent d'abord apprendre à se familiariser avec un langage technocratique qu'ils ne maîtrisent pas bien, à travailler ensemble, à se concerter dans un cadre technocratique qui ne leur

31. Auparavant, les groupes communautaires recevaient des subventions de la Direction de la santé mentale ou du ministère de la Santé et des Services sociaux.

est pas familier; [...] et les centres hospitaliers possédant des ressources importantes en soins psychiatriques s'assurent généralement qu'ils n'y perdront pas au change lors de l'opération de désinstitutionnalisation en assurant eux-mêmes les services alternatifs qui seront offerts dans la communauté.» (Turgeon et Landry, 1996, p. 9 et 16).

De plus, l'exercice de planification régionale des services oblitère aussi les enjeux que pose la poursuite de la désinstitutionnalisation :

«La disponibilité de crédits de développement semble avoir orienté les travaux vers des solutions nécessitant l'ajout de services, sans véritable remise en cause de l'utilisation des ressources disponibles. Par voie de conséquence, le choix clairement énoncé dans la Politique de poursuivre le mouvement de désinstitutionnalisation et de mieux l'encadrer n'a pas influencé de façon significative les décisions exprimées dans les planifications régionales. Les rares plans de désinstitutionnalisation qui ont vu le jour se sont butés à d'interminables délais d'approbation ou ont été réalisés en solo, sans concertation régionale.» (Paquet, 1995, p. 53)

La stratégie gouvernementale qui doit amortir les dépenses publiques dans le secteur de la santé mentale et qui impose aux différents groupes d'intérêts de «s'entendre» sur la reconfiguration du système de santé mentale pose manifestement des problèmes d'opérationnalisation.

D'abord le partenariat ne résout en rien les conflits d'intérêts mutuels d'une part, entre les groupes communautaires et les groupes de professionnels et d'autre part, entre les groupes de professionnels eux-mêmes. Les groupes communautaires veulent une reconnaissance de leur action thérapeutique (aidant naturel) non explicitement statuée dans la *Politique de santé mentale*. Les groupes alternatifs ont été inclus dans une catégorie large d'organismes communautaires. De plus, les professionnels s'opposent fermement à cette reconnaissance. Les psychiatres considèrent que l'action thérapeutique ne relève pas des compétences des groupes communautaires, qu'ils doivent se limiter au soutien des familles et aux changements des mentalités (Boudreau, 1991b, p. 17-18) :

«Dr. Yves Lamontagne [président de l'Association des médecins-psychiatres du Québec], says a reporter in *Le Soleil* on January 17, 1989, «is perfectly in agreement with their participation (of these groups) in helping change mentalities towards mental illness or in offering help to families. But he is not ready to accept that they do therapy. What is important, says Dr. Lamontagne, is specialized professional resources, not mental health on the cheap.»

La position de l'Association des médecins-psychiatres du Québec est claire : «Partnership yes, as long as we are the leaders. (Boudreau, 1991b, p. 11)» La Corporation professionnelle des psychologues du Québec se range, elle aussi, du côté des psychiatres. Elle revendique le même statut que les psychiatres : «It is time for the state to realize psychiatry and psychology are the only two professions whose specificity is the treatment of mental health problems. (Boudreau, 1991b, p. 15)» Le défi pour les groupes alternatifs est de taille. Comment peuvent-ils être assurés d'obtenir des subsides dans un tel contexte de non-reconnaissance de leur statut spécifique?

L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec et les associations des infirmiers et infirmières revendiquent, elles aussi, une pleine reconnaissance de leurs actions en santé mentale. Ces associations contestent la hiérarchie de pouvoir qui marque le système actuel des soins et des services sociaux en psychiatrie. L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec veut une reconnaissance équivalente aux autres professionnels de la santé, de la nature du travail de ses membres qui a toujours été basé, soutient-elle, sur le partenariat : «mobilizing persons, families, helping groups, and communities into a helping relationship and toward the solution of given problems. (Boudreau, 1991b, p. 15)» L'Ordre des travailleurs sociaux dit oui au partenariat, mais «as long as we are all of equal value (Boudreau, 1991b, p. 15)».

Quant aux associations des infirmiers et infirmières du Québec, elles se disputent une place dans la hiérarchie décisionnelle des équipes multidisciplinaires. Ces associations conçoivent le partenariat comme :

«[...] must refer to a group of actors united horizontally, that is with the same responsibilities and the same power of decision toward a common target. Within the present hierarchical scale, where nurses are at the bottom, this is impossible.» (Boudreau, 1991b, p. 16)

Les ergothérapeutes dont les plans d'intervention visent à développer, à restaurer et à maintenir le rendement occupationnel de l'individu par l'utilisation d'activités humaines courantes et significatives ou à l'aide de moyens compensatoires réclament aussi une participation active au virage amorcé dans le système de santé (Ordre des ergothérapeutes, 1996).

Par ailleurs, le partenariat suppose que les différents partenaires sont égaux, alors qu'ils ne le sont pas (Boudreau, 1991a, 1991b). Il ne suffit pas que les comités tripartites reposent sur une représentation équivalente des parties pour désamorcer les inégalités de pouvoir entre les différents groupes d'intérêts et créer un vrai partenariat «if especially powerful «partners» afterwards or at the local level still act the way they have always acted, that is, with mighty struggles against encroachment on territories, privileges, and prerogatives (Boudreau, 1991a, p. 324).

À cette définition du partenariat, doivent être ajoutées les conditions de sa réalisation :

«[...] dans la société partenariale, les acteurs doivent avoir des droits et des devoirs réciproques. Ils doivent avoir un pouvoir et des responsabilités comparables. Ils doivent retirer des avantages tangibles ou intangibles de même importance. Bref, ils doivent être égaux dans la coopération. Cette équité – les Américains disent *fairness* – est essentielle [...] sans équité, il n'y a pas de partenariat.» (Dommergues, 1988, p.26)

Il y a plusieurs contraintes structurelles qui empêchent un véritable partenariat, poursuit Boudreau (1991a, p. 324). Elles concernent :

«They are imbedded in the restrictive Canadian health insurance plan which, by reimbursing only medical care, restricts access to alternatives and thus gives the medical profession a virtual monopoly in care, and guarantees its

dominance over the entire mental health system; they are imbedded in restrictive collective conventions, which guarantee exclusivity of practice to various professional groups, wittingly setting limits and boundaries within which partnerships can be negotiated and enacted; they are inherent in the inequality of resources, in the organizational ability and clout of the various partners, in the increasing tendency on the part of government to hire mainly part-time personnel in the health and social services, and in the network's difficulty in maintaining qualified personnel.»

Le politologue Vincent Lemieux, quant à lui, explique le jeu des acteurs à partir des stratégies d'alliance pour organiser ou non des résistances. Il distingue ainsi six grandes alliances qui tentent d'influencer l'évolution du système de santé et des services sociaux dans le contexte du virage ambulatoire :

- l'alliance médicale regroupe la majorité des médecins, à l'exception de ceux qui travaillent dans les CLSC et les Directions de la santé publique (DSP) des régions régionales;
- l'alliance communautaire qui rallie des acteurs appartenant à des CLSC et à des groupes qui gravitent autour d'eux, ainsi que des personnes travaillant dans des DSP;
- l'alliance administrative est faite de fonctionnaires du Ministère mais aussi de plusieurs cadres du réseau, dans les hôpitaux et dans les régions régionales en particulier;
- l'alliance «managériale» est nouvelle : ses protagonistes, moins nombreux que ceux des autres alliances, ont cherché sinon à privatiser certaines activités du secteur public, du moins à y introduire plus de concurrence par des méthodes de gestion inspirées du secteur privé; cette alliance recrute ses participants dans la fonction publique, dans le réseau de la santé mais aussi au sein du Parti libéral;
- l'alliance du Parti libéral, travaillant en conjonction avec les autres alliances;
- l'alliance du Parti québécois, qui s'associe elle aussi aux autres alliances. (Lemieux, 1994, p. 107)

Chacune de ces alliances présente une vision différente à propos des thèmes suivants :

- la valorisation de la hiérarchie par opposition à la polyarchie (c'est-à-dire la multiplication des centres de décision), comme mode de régulation des affaires publiques;
- la volonté d'égalisation (recherchée par les alliances communautaire et péquiste par exemple) par rapport à la volonté de différenciation (recherchées par les alliances médicale et managériale, par exemple);
- le degré variable de savoir-faire des différentes alliances : le savoir-faire politique, le savoir-faire critique et le savoir-faire technique. (Fournier, 1996, p. 70)

Dans ce contexte de blocages organisationnels, comment ne pas penser à la théorie de la «circulation des élites» développée au début du siècle par Vilfredo Pareto dans son *Traité de sociologie générale* de 1919 dans lequel il écrivait :

«Lorsque cette incessante circulation des élites se réalise, elle contribue à maintenir l'équilibre du système social, dans la mesure où elle assure la mobilité ascendante des meilleurs esprits; elle concourt en même temps au changement social, car la circulation des élites entraîne la circulation des idées» (Rocher, 1969, p. 408).

4.3 LE FACE À FACE ENTRE DEUX PHILOSOPHIES DE SOINS EN PSYCHIATRIE

Si les groupes professionnels ne s'entendent pas entre eux sur les termes du partenariat, ils ne s'entendent pas non plus assez souvent sur les méthodes de traitement de ces troubles mentaux graves et récalcitrants. Ainsi, cette section de chapitre doit prendre acte et témoigner d'un sujet de controverse : les cliniques spécialisées vs les cliniques de secteur. Ce débat est loin d'être chose du passé. Plus encore, il risque, dans le sillage du virage ambulatoire, de déborder les cercles cliniques traditionnels et de configurer les relations entre les cliniques extrahospitalières en général et les services de santé mentale de première ligne dans les CLSC.

Les cliniques de secteur se sont développées dans les années 60 en rupture avec les effets dépersonnalisants des asiles surpeuplés, avec une attention spéciale pour le contact personnalisé avec l'usager et un préjugé favorable pour la prévention. Les structures prennent donc racine dans le courant français de *Psychiatrie de secteur* et le courant anglo-saxon du *Community psychiatry* ou du *Community mental health care*. Ancrées sur un territoire donné, elles doivent répondre aux demandes des services psychiatriques de la communauté ambiante, participer à l'oeuvre de démystification des troubles mentaux et d'acceptation des usagers par la coopération avec diverses ressources locales. Il s'agit d'une psychiatrie de type généraliste devant traiter sans discrimination tous les troubles mentaux, du plus grave au moins grave. Et comme il existe des spécialistes divers au sein de chaque équipe multidisciplinaire de secteur, chaque usager devrait trouver théoriquement chaussures à ses pieds.

Quant aux cliniques spécialisées, elles sont arrivées en force dans le paysage des soins psychiatriques au cours des années 80 même si l'idée de l'approche par diagnostic était déjà présente dans la classification des troubles mentaux des premiers asiles. Ces initiatives doivent leur apparition au bouillonnement d'idées et aux essais cliniques, d'ordre pharmacologique surtout, qui ont suivi la période de contestation dite de l'antipsychiatrie. Contrairement aux cliniques de secteur ayant pignon sur rue, ces cliniques spécialisées logent habituellement aux rez-de-chaussée des hôpitaux avant d'émigrer éventuellement dans le quartier résidentiel des cités et villes. Nous trouvons ainsi toute une kyrielle de cliniques : clinique d'hyperactivité, clinique des jeunes adultes schizophrènes, clinique des psychotiques chroniques, clinique du lithium ou de l'humeur, clinique «Les axes 2», i.e. les troubles de personnalité en référence au DSM-111-R, clinique du trouble de personnalité limite, clinique des phobies, etc. Les caractéristiques précises de ces pathologies servent de frontières ou

plutôt de critères d'admission. Les deux formules cliniques ont été prises à partie par les tenants des clans respectifs.

Pour certains (Borgeat, 1994), les cliniques de secteur ont failli à leur mission première de prévention. Si la prévention dite tertiaire consistant à mieux traiter les patients chroniques a été effectuée avec succès, la prévention primaire et la prévention secondaire ont été par contre illusoire. De plus, l'équipe de secteur s'est substituée à l'omnipraticien qui, traditionnellement, servait de première ligne médicale. Ce qui a «balkanisé» la psychiatrie, rompant ainsi la communication avec les autres branches de la médecine et s'isolant dans une sous-culture tricotée serrée.

Pour d'autres (Renaud, Bouchard et Guertin, 1995), l'organisation de secteur a le mérite d'offrir une gamme de services de base variés et adaptés le plus souvent aux besoins de la clientèle. Contrairement au ton triomphaliste des tenants de l'hypothèse biologique dominante dans les cliniques spécialisées, ces thérapeutes déclarent : on n'a qu'à circuler dans les unités de soins et les salles d'attente des départements de psychiatrie pour se rendre compte que nous sommes loin d'avoir trouvé tous les remèdes à la maladie mentale. L'équipe de secteur travaille en étroite collaboration avec des partenaires du territoire desservi : omnipraticien, CLSC, travailleurs de rue, ressources d'hébergement en vue de maintenir une qualité de vie chez les usagers. Mais la collaboration commence d'abord à l'intérieur même de l'équipe qui partage ses compétences pour un meilleur service à l'usager (Guérette, 1996) : le médecin ne fait pas que prescrire, l'infirmière que piquer, la travailleuse sociale que placer, le psychologue que tester ni l'ergothérapeute qu'animer des travaux manuels. De plus, chaque intervenant est responsable entièrement de ses cas en fonction de son expérience et va facilement chercher, si nécessaire, l'expertise des collègues qu'il fait également bénéficier de ses propres compétences. Toute autre formule comporte un coût prohibitif en argent comme en matériel humain.

À notre avis, il existe un risque certain d'exclusion dans les deux formules cliniques. Certains usagers peuvent se retrouver entre deux secteurs pour toutes sortes de raisons. Quant aux cliniques spécialisées, elles rejettent assez souvent les cas réputés *difficiles* ou n'entrant pas dans leurs hypothèses de recherche sans oublier évidemment les situations de double diagnostic. Ce qui constitue dans les deux situations un handicap pour le droit du patient à choisir son thérapeute.

Dans le réseau intégré des soins et des services de santé mentale vers lequel on tend, il y a de la place pour un arrimage des cliniques spécialisées avec les cliniques de secteur en concertation avec les ressources communautaires. Le principe d'une psychiatrie humaniste demeure cependant intangible, à savoir qu'on ne saurait fragmenter les troubles mentaux en rondelles de saucisson et diviser ainsi l'intégrité de la personne humaine. Pourtant, Edouard Zarifian, (1994) un doyen de la psychiatrie biologique française, se montre on ne plus explicite sur la spécificité de la souffrance psychique :

«La maladie somatique, c'est une pathologie d'organe ou de système, avec des lésions, des signes objectifs quantifiables et une rupture par rapport à la norme. La souffrance psychique n'implique aucun organe ou système (du moins d'une manière formellement démontrée à ce jour); aucune lésion n'a pu être mise en évidence, il n'existe aucun signe objectif et la distinction entre le normal et le pathologique reste flou et variable» (Zarifian, 1994, p. 131-132).

CONCLUSION

Le gouvernement du Québec ne reculera pas. Il va fermer des lits en psychiatrie. En tout, 3 000 sur une période de 5 ans. Qui pourrait s'offusquer de cette décision? En effet, nous dit un auteur (Fournier, 1996) :

«en psychiatrie, on hospitalise beaucoup trop au Québec. En 1990, les deux tiers des quelque 13 000 lits des centres hospitaliers psychiatriques que comptait le Canada se trouvaient au Québec, qui ne compte pourtant qu'un peu plus du quart de la population canadienne.»

Cette situation cause plusieurs inquiétudes, surtout parmi les professionnels oeuvrant dans le milieu hospitalier. Cela crée aussi des conflits et tensions entre pratiques hospitalières et pratiques communautaires de même qu'entre professionnels. Chaque groupe d'intérêts placé devant cette inévitabilité cherche à préserver son territoire, ses privilèges.

Le débat à l'heure actuelle dans le secteur de la santé mentale se situe entre autres sur cette fermeture de lits et la reconfiguration du système de santé et des services sociaux. La question qui se profile est la suivante : est-il possible de diminuer davantage le nombre de lits psychiatriques tout en préservant la qualité de vie des patients et des services?

Certains soutiennent que non, car l'expérience n'a pas été très heureuse, surtout pour les personnes qui présentent des troubles graves. Encombrement des urgences, réadmissions multiples, itinérance, criminalisation sont directement désignés comme conséquences de la fermeture de lits. Devant la politique gouvernementale de fermer des lits, la solution la plus acceptable pour ces tenants serait de créer de nouvelles ressources intermédiaires, mais un peu plus petites qu'auparavant, question de ne pas reproduire le phénomène de transinstitutionnalisation.

D'autres soutiennent que si l'expérience de la désinstitutionnalisation n'a pas été tout à fait heureuse, c'est parce qu'on n'a pas mis en place les structures qu'il fallait, qu'on n'a pas financé adéquatement les ressources communautaires. Des expériences locales démontrent qu'il est possible d'organiser un système de soins et de services sociaux de qualité sans recours à un modèle d'hospitalisation à long terme (Hoffman, 1995; Kingsley et Towell, 1988; Lesage et Tansella, 1993; Stein, 1996). Divers modèles d'organisation et de programmes sont possibles, mais sept conditions sont essentielles :

1. Il faut créer des ressources dans la communauté et qu'elles soient conçues et dispensées en collaboration par les divers groupes professionnels et communautaires. Cela implique trois choses : qu'il y ait une redistribution des argents alloués aux ressources dans la communauté, un changement important dans les pratiques des professionnels devant oeuvrer dans la communauté et non plus strictement à l'hôpital et une reconnaissance des perspectives des divers groupes communautaires et professionnels.
2. Il faut une continuité dans les soins. Pour assurer cette continuité, l'aide et le soutien doivent être disponibles de façon illimitée, c'est-à-dire qu'il faut envisager qu'ils puissent être requis pendant toute la vie de la personne. De plus, cette continuité doit être

appréhendée dans une perspective qui agit dans le milieu des personnes pour les soutenir quotidiennement dans les difficultés qui peuvent se présenter à propos du logement, de la réadaptation et de l'intégration sociale, ce qui indique d'aller visiter les personnes présentant un handicap psychiatrique à leur domicile. De plus, les intervenants doivent donner des informations sur les troubles mentaux en agissant directement dans le milieu social des usagers, soit les familles, les proches, les voisins, les propriétaires de logement et les employeurs.

3. Il faut offrir aux usagers non seulement une accessibilité à des logements décents, peu dispendieux pour toutes les personnes qui désirent un chez-soi, mais aussi des services de soutien flexibles et appropriés (Vallée, 1996) car «un manque de commodité dans ce domaine comme dans celui du travail pousse beaucoup de patients psychiatriques vers la marginalisation, surtout pour des personnes très peu habituées à contrôler leur espace de vie» (Morin, 1993).
4. Il faut des lits psychiatriques en nombre suffisant dans les hôpitaux généraux. Les hôpitaux ne doivent être utilisés que pour des situations de crise. Dans ce contexte, les réadmissions ne doivent pas être perçues comme étant négatives. La réadmission comporte aussi des aspects positifs : «Elle peut dans certains cas prévenir le bris des relations sociales existantes (dans la famille, le milieu de travail), l'itinérance urbaine, voire le suicide [et la criminalisation]. (Dorvil, Elie et Carpentier, 1991)»
5. Le *mental crisis* devrait être géré ailleurs qu'à l'hôpital, par exemple lors de visites à domicile par une équipe thérapeutique (un médecin ou une infirmière et une travailleuse sociale), dans des cliniques externes, dans des CLSC et évidemment dans des centres de crise. Les services à domicile constituent, est-il nécessaire de le rappeler, une suggestion du rapport Bédard des années 1960. Il est grand temps que l'on passe à l'acte.
6. Comme partout ailleurs, le secteur de la santé mentale est traversé par des conflits d'intérêts. La réalité de la désinstitutionnalisation a permis de constater qu'il existe de grandes divergences entre les intérêts de la psychiatrie, des compagnies pharmaceutiques, des autres organisations et ceux des personnes vivant avec des handicaps psychiatriques (McCubbin et Cohen, 1996). Dans le débat entourant la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux, il s'agit bel et bien d'une «foire d'empoigne» où chacun tire la couverture de son côté. Dans cette lutte pour le contrôle de la nouvelle structure du «community mental health care», y aura-t-il un lieu d'écoute pour la parole du «client» des services de santé mentale?

Comme le leitmotiv principal de la *Politique de santé mentale* est la *primauté de la personne*, le temps est maintenant venu de considérer une fois pour toutes les personnes avec handicaps psychiatriques non comme des objets, mais comme des agents de cette nouvelle politique. Pour cela, il faut que tous les pourvoyeurs des services de santé mentale soient à l'écoute de l'expression des intérêts et des aspirations de ces «nouveaux citoyens».

7. La situation économique actuelle fragilise différentes catégories de citoyens et les phénomènes d'exclusion sont profonds et menacent la cohésion sociale. Historiquement, le gouvernement du Québec s'est toujours montré généreux envers les déshérités du

sort. Mais depuis deux décennies environ, le Fonds monétaire international (FMI) les conseils d'administration des multinationales, les maisons de cote de crédit (Moody's investors etc), les barons de la finance, ceux que Giovanni Berlinguer (1996) appelle les *fondamentalistes monétaires*³² sont obsédés par le déficit zéro, la dette, l'inflation et obligent tout gouvernement à sabrer dans les programmes sociaux.

La majorité des usagers des services de santé mentale sont des assistés sociaux et comme tels sont victimes de ces coupures de transferts sociaux. Pour cette catégorie de citoyens déjà assiégés par la souffrance psychique, le rejet, la dévalorisation, il faudrait maintenir coûte que coûte leurs conditions socio-économiques à un niveau décent. C'est une question de solidarité et d'éthique sociales. Comme on dit couramment dans les cénacles de sociologie de la santé, une société qui produit des malades ne se rachète pas toujours en leur offrant uniquement des soins gratuits.

Le projet de poursuivre la désinstitutionnalisation en santé mentale et les connaissances cumulées de l'expérience de ce mouvement depuis 35 ans placent tous les acteurs sociaux devant un moment crucial. C'est le moment, comme le soulignent Dorvil et Carpentier (1996, p. 35) :

«de recentrer le débat sur le statut du fou, sur sa citoyenneté, sur sa différence et d'offrir une véritable intégration au patient qui comprend période de transition (congé d'essai, groupe de pré-sortie, d'intégration, etc.), structures sanitaires d'appoint (centre de jour, de crise, hospitalisation partielle), accueil et accompagnement communautaires, soutien à l'entourage immédiat, travail adapté, enfin exercice de communication, de formation à la participation sociale. [...] Et si l'aide doit venir du communautaire, du monde associatif [...], il faudrait penser à financer le communautaire adéquatement.»

La poursuite de la désinstitutionnalisation exige donc un soutien financier et politique stable de la part des autorités publiques, car malgré le fait que le gouvernement fait face à des contraintes économiques, il ne faudrait pas négliger la qualité de vie des patients et la qualité des services (Bachrach, 1993).

Enfin, l'État a besoin de se familiariser avec les voies les plus efficaces en santé mentale, avant de consentir de nouveaux déboursés ou tout simplement des réallocations de fonds déjà affectés en santé mentale.

32. Allocution de Giovanni Berlinguer, le père de la politique de santé en Italie, recevant le doctorat *honoris causa* de l'université de Montréal. en présence de Jean Rochon, Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Mai 1996

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AIRD, G, et A.. AMYOT. (1981). «La psychiatrie communautaire», dans *Psychiatrie Clinique : Approche contemporaine*, sous la direction de P. Lalonde et F. Grunberg, Gaétan Morin éditeur, p. 857-875
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (1996). «La reconfiguration des soins et services en santé mentale», *Journée d'étude des CH psychiatriques et des CHSGS avec département de psychiatrie*, Commission de la santé mentale.
- BACHRACH, L. (1993). «La qualité des services aux malades mentaux : implications et politiques», *Santé mentale au Québec*, Vol. 18, No 2, p. 21-31.
- BACHRACH, L. (1978). «A conceptuel Approach to Deinstitutionnalization», *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 29, p. 573-578.
- BAKEY, L. (1977). «Happiness is Only a Pill Away : Madison Avenue Rhetoric Without Reason», *Addictive Diseases*, Vol. 3, p. 273-286.
- BEAUDRY, P. (1996). «Les défis du virage ambulatoire dans les services de santé mentale à Montréal», *Santé mentale au Québec*, Vol. 21, N° 1, p. 67-68..
- BÉDARD, D., LAZURE, D. et C.A. ROBERTS (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Ministère de la Santé du Québec.
- BELLEMARE, D. et L. POULIN (1983). *Le plein emploi pourquoi?*, Montréal, Presses universitaires du Québec.
- BERLINGUER, G. (1996). «Allocution du récipiendaire», Université La Sapienza, Italie, p. 33-34 dans le *Livre des comptes rendus du 9e congrès de l'International Association of Health Policy*, 13-16 juin, Presses de l'Université de Montréal, 242 p.
- BIBEAU, G. (1986). «Le facteur humain en politique. Application au domaine de la santé mentale», *Santé mentale au Québec*, Vol. 11, No 1, p. 19-41.
- BITTNER, E. (1967). «Police Discretion in Emergency Apprehension of Mentally Ill Persons», *Social Problems*, Vol. 14, p. 278-292.
- BONOVITZ, J.C. et J.S. BONOVITZ (1981). «Diversion of the Mentally Ill into the Criminal Justice System : The Police Intervention Perspective», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 138, p. 973-976.
- BORZECKI, M.A. et J.S. WORMITH (1985). «The Criminalization of Psychiatrically Ill People : A Review With a Canadian Perspective», *The Psychiatric Journal of The University of Ottawa*, Vol. 10, p. 241-247.

- BOUDREAU, B., CÔTÉ, B., MORIN, P. et AUTOPSY (1982). *De la matrice à l'asile*, documentaire sur 2 vidéocassettes (88m).
- BOUDREAU, F. (1991a). «Partnership as a New Strategy in Mental Health Policy : The Case of Québec», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 16, No 2, p. 307-329.
- BOUDREAU, F. (1991b). «Stakeholders as Partners : The Challenges of Partnership dans Quebec Mental Health Policy», *Canadian Journal of Community Mental Health*, Vol. 10, No 1, p. 7-28.
- BOUDREAU, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions St-Martin.
- BORGEAT, F. (1994). «Quelques inconvénients de la psychiatrie de secteur : un plaidoyer contre la sectorisation», *Revue canadienne de psychiatrie*, Vol. 39, Mars, p. 85-90.
- BRETON, M., TÉTRAULT, M. et J. BRUNET (1995). *Salles d'urgence, situation en santé mentale : questionnements et pistes d'action*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- CARDINAL, C., (1995). *La construction des identités d'infacteur et de malade mental à travers le processus pénal*, Thèse de doctorat, Montréal, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal, 348 p.
- CARPENTIER, N., DORVIL, H. et A. LESAGE (1991). «Utilization of out - patient services by first and second generation Italian Immigrants and French-Canadian patients with previous psychiatric hospitalization», *Santé Culture Health*, Vol. 8, N° 3, p. 285-309.
- CARON, R. (1996). «La prison transformée en hôpital psychiatrique», *Le Journal de Québec*, 7 mai.
- CASTEL, R. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit.
- CELLARD, A. (1991). *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850*, Montréal, Éditions du Boréal,
- CELLARD, A. et D. NADON (1986). «Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, Vol. 39, No 3, 345-368.
- CENTRAIDE QUÉBEC (1990). *La santé mentale et les manifestations de la désinstitutionnalisation sur le territoire de la région 03*, Charlesbourg, Comité santé mentale et désinstitutionnalisation.
- COHEN, D., CALLOUI-COHEN, S. et ASSOCIATION DES GROUPE D'INTERVENTION ET DE DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1996). *Guide critique des médicaments de l'âme*, Montréal, Éditions de L'Homme.
- COHEN, D. (1996). «Les "Nouveaux" médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé?», *Sociologie et Sociétés*, Vol. 28, No 2, p. 17-33.

- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1981). *Avis pour un programme d'information de masse en santé mentale*, Québec, Ministère des Affaires Sociales.
- COOK, J.A. et E.R. WRIGHT (1995). «Medical Sociology and the Study of Severe Mental Illness : Reflections on Past Accomplishments and Directions for Future Research», *Journal of Health and Social Behavior*, Special Issue, p. 95-114.
- CORIN, E. (1986). «L'expérience de la France», dans *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, sous la direction de E. Corin, L. Tessier, G. Séguin-Tremblay et L. Bozzini, C.S.M.Q., Québec, Les Publications du Québec, p. 15-121.
- CORIN, E. et G. LAUZON (1986). «Les évidences en questions», *Santé mentale au Québec*, Vol. 11, No 1, p. 42-58.
- CREER, C. et J.K. WING (1974). *Schizophrenia at Home*, Surbiton, National Schizophrenia Fellowship.
- DOMMERGUES, P. (1988). *La société de partenariat - Économie, territoire et réactivation régionale aux États-Unis et en France*, Paris, Afnor-Anthropos.
- DORÉ, M. (1987). «La désinstitutionnalisation au Québec», *Santé mentale au Québec*, Vol. 12, No 2, p. 144-157.
- DORÉ, M. (1986). *Un bilan de la désinstitutionnalisation au Québec*, Québec, document présenté au Comité de la politique de santé mentale.
- DORVIL, H. (1988). *Histoire de la folie dans la communauté, 1962-1987*, Montréal, Éditions Emile-Nelligan.
- DORVIL, H. (1987a). «La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental», *Santé mentale au Québec*, Vol. 12, No 1, p. 55-65.
- DORVIL, H. (1987b). «Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine», *Santé mentale au Québec*, Vol. 12, No 1, p. 79-89.
- DORVIL, H. (1984). «Les ressources alternatives au C.H. Louis-H. Lafontaine», *Administration hospitalière et sociale*, Vol. 30, No 6, p. 31-41.
- DORVIL, H., BISSON, J., SÉVIGNY, O., BENOÎT, M. et L. DUPUIS. (1995). *Attitudes et croyances des Montréalais à l'égard des personnes malades mentales et des personnes déficientes intellectuelles*, Montréal, GRASP, Université de Montréal et département de travail social à l'Université du Québec à Montréal, 207 p.
- DORVIL, H., ELIE, R. et N. CARPENTIER (1991). *Étude comparative des réadmissions chez les Canadiens-français, les Italiens, les Haïtiens de St-Léonard et de Rivière-des-prairies*, Rapport final de recherche déposé au CQRS (RS-1539088) 117p., annexes en sus.
- DORVIL, H., et N. CARPENTIER (1996). «Discontinuité des soins, manque de support aux familles et syndrome de la porte tournante», Soumis, *Sciences sociales et Santé*.

- DORVIL, H., et J. GAGNÉ (1992). «La délicate cohabitation du communautaire et de l'institutionnel en santé mentale. Entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté», *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 5, No 1, p. 7-23.
- DORVIL, H., RENAUD, M. et BOUCHARD, L. (1994). «L'exclusion des personnes handicapées», dans *Traité des problèmes sociaux*, sous la direction de F. Dumont, S. Langlois, et Y. Martin, Québec, IQRC., p. 711-738.
- DULAC, G., CORIN, E., et H.B.M. MURPHY (1988). *Les attitudes du public et la désinstitutionnalisation*, Montréal, Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche du Centre hospitalier Douglas.
- DURBIN, J.R., PASEWARD, R.A. et D. ALBERS (1977). «Criminality and Mental Illness : A Study of Arrest Rates in a Rural State», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 134, p. 80-83.
- EISENBERG, L. (1996). «Book review of Gerald N. Grob. The Mad Among US : A History of the Care of America's Mentally Ill», *Journal of Public Health Policy*, Vol. 17, No 3, p. 370-374.
- EVANS, R.G. et G.L. STODDART (1996). «Produire de la santé, consommer des soins», dans *Être ou ne pas être en bonne santé-biologie et déterminants sociaux de la maladie*, sous la direction de R.G. Evans, M.L. Barer et T.R. Marmot, PUM, John Libbey Eurotext, Montrouge, Londres, Rome, p. 37-73.
- FORTIER, L. (1994). *La politique de santé mentale : analyse du plan de services individualisé*, Maîtrise en intervention sociale, Montréal, Université du Québec à Montréal. Texte inédit (Politiques sociales et crise de l'État-providence/INS7220), décembre, 37 p.
- FOUCAULT, M. 1990 (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- FOURNIER, J. (1996). «Splendeurs et misères du virage ambulatoire», *Possibles*, Vol. 20, No 3, p. 66-83.
- FOURNIER, L. et C. MERCIER (1996). *Sans domicile fixe. Au delà du stéréotype*, Montréal, les Éditions du Méridien, 341 p.
- GAGNÉ, J. et H. DORVIL (1988). «L'itinérance : le regard sociologique», *Revue québécoise de psychologie*, Vol. 9, No 1, p. 63-78.
- GALLO, J.J. (1989). «The Effect of Social Support on Depression in Caregivers of the Elderly», *The Journal of Family Practice*, Vol. 4, p. 430-440.
- GARANT, L. (1985). *La désinstitutionnalisation en santé mentale. Un tour d'horizon de la littérature*, Québec, Ministère des Affaires sociales.
- GAUCHER, D. (1987). «Pour une *Politique de santé mentale* : tirer profit de l'histoire», *Santé mentale au Québec*, Vol. 12, No 2, p. 114-128.

- GOFFMAN, E. 1968 (1961). *Asiles*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1989). *Politique de santé mentale*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec.
- GRELL, P. (1985). *Étude du chômage et de ses conséquences : les catégories sociales touchées par le non-travail*, Groupe d'analyse des politiques sociales, Montréal, École de service social, Université de Montréal.
- GUBERMAN, N. (1990). «Les femmes et la politique de santé mentale», *Santé mentale au Québec*, Vol. 15, No 1, p. 62-84.
- GUBERMAN, N., DORVIL, H., et P. MAHEU (1987). *Amour, bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Publications du Québec.
- GUBERMAN, N., MAHEU, P., et C. MAILLÉ (1991). *Et si l'amour ne suffisait pas... Femmes, familles et adultes dépendants*, Montréal, Les Éditions du Remue-Ménage.
- GUÉRETTE, L. (1996). «En psychiatrie, l'hôpital d'enseignement et l'hôpital dispensateur de soins sont-ils incompatibles?», *Communication au 3e colloque provincial services sociaux hospitaliers*, Université du Québec à Montréal, 6 p.
- HARNOIS, G., et C.P.S.M.Q. (1987). *Pour un partenariat élargi, Projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Québec, Publications du Québec.
- HOCHSTEDLER, E. S. (1991). «Specifying "Criminalization" of the Mentally Disordered Misdemeanant», *The Journal of Criminal Law and Criminology*, Vol. 32, p. 334-359.
- HOCHSTEDLER, E. S. (1986). «Criminal Prosecution of the Mentally Disordered», *Law and Society Review*, Vol. 20, p. 279-292.
- HOFFMAN, B. (1995). «Psychiatry Without Asylums: A Look at Italy's Mental-Health System and the Implications for Canada», *Annales CRMCC*, Vol. 28, No 1, p. 16-20.
- HOFFMAN, B. (1990). «The Criminalization of the Mentally II», *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 35, p. 166-169.
- JOYCE, P.R. (1981). «The Revolving Door Patient», *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 22, No 4, p. 397-403.
- JUTRAS, S., VEILLEUX, F., et M. RENAUD (1989). *Des partenaires reconnus : Les aidants des personnes âgées en perte d'autonomie*, Rapport de recherche, GRASP.
- KINGSLEY, S., et D. TOWELL (1988). «Planning for High-quality Local Services» dans *Community Care in Practice*, sous la direction de A. Lavender et F. Holloway, Holloway, John Wiley and sons Ltd, p. 51-73.

- LABERGE, D. (1988). «D'une forme instituée à une autre : considérations sur l'analyse de la désinstitutionnalisation», *Revue internationale d'action communautaire*, 17/57, p. 33-40.
- LABERGE, D., COUSINEAU, M.M., MORIN, D. et S. ROY (1995). «De l'expérience individuelle au phénomène global : configurations et réponses sociales», *Les Cahiers de recherche du CRI*, No 1, Montréal, Département de sociologie, UQAM, juin, 23 p.
- LABERGE, D., LANDREVILLE, P., MORIN, D., ROBERT, M. et N. SOULLIÈRE (1991). «Le traitement judiciaire des personnes connaissant des problèmes de santé mentale», *Les Cahiers du GRAPPP*, No 13, Montréal, Centre international de criminologie comparée de l'Université de Montréal et du Département de sociologie de l'UQAM, 221 p.
- LABERGE, D., et D. MORIN (1995). «The Overuse of Criminal Justice Dispositions : Failure of Diversionary Policies in the Management of Mental Health Problems», *International Journal of Psychiatry and the Law*, Vol. 18, No 4, p. 389-414.
- LABERGE, D., MORIN, D., et M. ROBERT (1995). «De la prise en charge pénale à l'intervention psychiatrique : modes de circulation et impacts de la nouvelle législation criminelle», *Revue canadienne de Santé mentale communautaire*, Vol. 14, N° 1, p. 103-122.
- LAMONTAGNE, Y. (1993). «Perceptions des Québécois à l'égard de la maladie mentale», *L'Union médicale du Canada*, Vol. 122, No 5, p. 334-343.
- LANCET, 1954. Editorial : «Unlocked doors», *Lancet*, 2, 953.
- LANGLOIS, L. (1975). *Attitudes envers les malades mentaux qui vivent hors de l'hôpital psychiatrique*, Projet de recherche R.S. 150, Québec, Ministère des Affaires sociales.
- LARIVIÈRE, C. (1996). «Santé mentale et virage ambulatoire», *Santé mentale au Québec*, Vol. 21, N°1, p. 61-66.
- LAURIN, C. (1986). «La maladie mentale : un défi à notre conscience collective», *Santé mentale au Québec*, Vol. 11, No 1, p. 105-116.
- LECOMTE, Y. (1988). «Le processus de désinstitutionnalisation aux Etats-Unis (première partie)», *Santé mentale au Québec*, Vol. 12, No 1, 33-47.
- LEE, J. (1987). «La désintoxication à l'heure des sans-abri et l'Année internationale», *Perception*, Vol. 10, No 4, p. 17-20.
- LEFEBVRE, Y. (1987). «Chercher asile dans la communauté», *Santé mentale au Québec*, Vol. 12, No 1, 66-78.
- LEMIEUX, V. (1994). «Les politiques publiques et les alliances d'acteurs», dans *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, sous la direction de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Begin et G. Bélanger, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 107-127.

- LESAGE, A.D., et M. TANSELLA (1993). «Comprehensive Community Care Without Long Stay Beds in Mental Hospitals : Trends from an Italian Good Practice Area», *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 38, 187-194.
- LEVASSEUR, C. (1980). «De l'État-providence à l'Etat disciplinaire» dans *L'Etat du Québec en devenir*, sous la direction de P. Bergeron et R. Pelletier, Montréal, Boréal-Express, p. 285-328.
- LÉVESQUE, B. (1987). *Les relations Etat-Coopératives (1960-1987) : Anciens et nouveaux compromis*, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal. Texte ronéotypé écrit pour un colloque international sur les relations État-coopératives tenu à l'Université de Sherbrooke, 31 mai-4 juin, 36 p.
- LOSSON, J.-P., et J. PARRATTE (1988). «La désinstitutionnalisation au Québec», *L'information psychiatrique*, Vol. 64, No 10, p. 1289-1298.
- MAHEU, P. et H. DORVIL (1994). *Tabous et Santé mentale*, Editions l'Association canadienne pour la Santé mentale, filiale de Montréal, 69 p.
- MATTHEWS, A. (1970). «Observations on Police Policy and Procedure for Emergency Detention of the Mentally Ill», *Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, Vol. 61, p. 283-295.
- MCCUBBIN, M. (1994). «Deinstitutionalization : The Illusion of Disillusion», *The Journal of Mind and Behavior*, Vol. 15, No 1-2, p. 35-53.
- MCCUBBIN, M., et D. COHEN (1996). «Extremely Unbalanced : Interest Divergence and Power Disparities Between Clients and Psychiatry», *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 19, No 1, p. 1-25.
- MELANSON-OUELLET, A. (1980). *Étude sur la connaissance et les perceptions des services psychiatriques au Québec*, E.E. 053-80, Québec, Ministère des Affaires sociales.
- MELICK, M. E., STEADMAN, H.J., et J. J. COCOZZA (1979). «The Medicalization of Criminal Behavior among Mental Patients», *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 20, p. 228-237.
- MENZIES, R.J., CHUNN, D.E., et C.D. WEBSTER. (1988). «Female Follies : The Forensic Psychiatric Assessment of Women Defendants», *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 15, p. 179-194.
- MERCIER, C. (1988). «Le patient psychiatrique chronique dans la communauté : son expérience de vie», *L'information psychiatrique*, Vol. 64, No 10, p. 1301-1307.
- MERCIER, C. (1987). *La désinstitutionnalisation : orientation des politiques et distribution des services*, Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec.

- MERCIER, C., FOURNIER, L. et G. RACINE (1994). «L'itinérance», dans *Traité des problèmes sociaux*, sous la direction de F. Dumont, S. Langlois, et Y. Martin, Québec, IQRC., p. 739-764.
- MORIN, P. (1995). «Ordre et normes : la psychiatrie obligatoire», dans *Médicalisation et contrôle social*, sous la direction de L. Bouchard, et D. Cohen, Actes du Colloque du 62e Congrès de l'ACFAS, Montréal, Les cahiers scientifiques, No 84, p. 67-80.
- MORIN, P. (1994). *Espace urbain montréalais et processus de ghettoïsation de populations marginalisées*, Thèse de Doctorat en Sociologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, 317 p.
- MORIN, P. (1992). «La politique québécoise de santé mentale : espoir ou faux départ?», *Santé mentale au Canada*, Vol. 40, No 1, p. 22-26.
- MORIN, P. (1988). «Le rôle social des municipalités dans une politique de santé mentale», *Santé mentale au Québec*, Vol.13, No 1, p. 119-124.
- MURPHEY, G. (1986). *Special Care. Improving the Police Response to the Mentally Disabled*, Washington D.C, Police Executive Research Forum.
- MURPHY, H.B.M. (1972). «Les foyers nourriciers : une nouvelle arrière-boutique?», *L'Hygiène mentale au Canada*, Supplément, No 71, p. 2-21.
- NADEAU, L. (1996). «Note critique sur les "Nouveaux" médicaments de l'esprit», *Sociologie et Sociétés*, Vol. 28, No 2, p. 35-38.
- ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES (1996). *Continuum de soins, réseau interactif de services en réhabilitation. Mémoire sur la transformation du réseau et son impact sur les services de réadaptation offerts à la population*.
- PAGÉ, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours. Témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Les Éditions du Jour.
- PAQUET, R. (1995). «La Politique de santé mentale : l'action en région. Réflexion d'un acteur», *Santé mentale au Québec*, Vol. 20, No 1, p. 49-56.
- PLAMONDON, M. (1983). «Les alternatives en santé : enjeux et perspectives», *Santé mentale au Québec*, Vol. 8, No 1, p. 100-106.
- POIRIER, M. et J. GAGNÉ (1988). «Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés», *Santé mentale au Québec*, Vol. 13, No 1, p. 132-143.
- POIRIER, M., GAGNÉ, J. et H. DORVIL (1989). «De l'État-providence à l'Etat-limite : la nouvelle Politique de santé mentale du Québec», *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 2, No 1, p. 165-176.
- RAMON, S. (1988). «Community Care in Britain», dans *Community Care in Practice*, sous la direction de A. Lavender, et F. Holloway, John Wiley and sons Ltd, p. 9-25.

- RAPPEPORT, J. et G. LASSEN (1966). «The Dangerousness of Female Patients: A Comparison of the Arrest Rate of Discharged Psychiatric Patients and the General Population», *American Journal of Psychiatry*, Vol. 123, p. 413-419.
- RENAUD, M. (1995). «Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un Etat narcissique», dans *Santé et Société au Québec, XIX et XX siècle*, sous la direction de P. Keating et O. Keel, Montréal, Boréal, p. 189-264.
- RENAUD, S., BOUCHARD, C. et M. GUERTIN (1995). «Quelques avantages de la psychiatrie de secteur : Plaidoyer pour un dispositif de soins riche et varié», *Santé mentale au Québec*, Vol. 20, N° 1, p. 261-268.
- ROCHER, G. (1969). «Introduction à la sociologie générale», Tome III, Hurtubise HMH, Ville Saint-Laurent.
- ROGERS, A. (1990). «Policing mental disorder : controverses, myths and realities», *Social Policy and Administration*, Vol. 24, p. 226-236.
- SALES, A. (1983). «Intervention de l'Etat et positions idéologiques des dirigeants des bureaucraties publiques et privées», *Sociologie et Sociétés*, Vol. 15, No 1, p. 13-42.
- SCHUERMAN, L., et S. KOBRIN (1984). «Exposure of community mental health clients to the criminal justice system. Client/criminal or patient/prisoner», dans *Mental Health and Criminal Justice*, sous la direction A. Teplin, Beverly Hills, Sage, p. 87-118.
- SCULL, A. (1975). *Decarceration*, Londres, Prentice Hall.
- SIRE, J., SIRE-BAHU, J. et J.-L. TOURET (1982). «Histoire de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal : de sa création à la fin des années 60», *L'information psychiatrique*, Vol. 58, No 10, p. 1291-1304.
- STEIN, L. (1996). «Le modèle PACT (Programme de traitement affirmatif dans la communauté)», Colloque : *Le traitement communautaire pour les malades mentaux : vers la réussite*, Montréal, Département de psychiatrie de l'Université McGill, la Maison des Etapes, AMI-Québec Alliance pour les malades mentaux, et les Ressources résidentielles en santé mentale de l'hôpital Douglas, 31 mai.
- ST-LAURENT, D. (1986). *Programme de consultation d'experts. Dossier «santé mentale»*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec.
- ST-LAURENT, D. et M. CLARKSON (1989). «Intégration, les barrières s'estompent», *Santé et Société*, Vol. 11, No 2, p. 23-25.
- ST-ONGE, M., LAVOIE, F. et H. CORMIER (1995). «Les difficultés perçues par des mères de personnes atteintes de troubles psychotiques face au système de soins professionnels» *Santé mentale au Québec*, Vol. 20, No 1, p. 89-118.

- TEPLIN, L. (1984a). «Criminalizing Mental Disorder : The Comparative Arrest Rate of the Mentally Ill», *American Psychologist*, Vol. 39, p. 794-803.
- TEPLIN, L. (1984b). «Managing Disorder : Police Handling of the Mentally Ill», dans *Mental Health and Criminal Justice*, sous la direction de A. Teplin, Beverly Hills, Sage, p. 157-175.
- TEPLIN, L. (1983). «The Criminalization of the Mentally Ill : Speculation in Search of Date», *Psychological Bulletin*, Vol. 94, p. 54-67.
- TEPLIN, L. et N. PRUETT (1992). «Police as Streetcorner Psychiatrist : Managing the Mentally Ill», *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 15, p. 139-156.
- TURGEON, J. (1991). *Les soins hospitaliers de courte durée au Québec : une analyse comparative*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- TURGEON, J. et R. LANDRY (1996). «Les plans régionaux d'organisation de services de santé et sociaux au Québec : un dispositif de mise en cohérence de l'action publique?», À paraître, *Politiques et management public*.
- VAILLANCOURT, Y. (1996). «Sortir de l'alternative entre privatisation et étatisation dans la santé et les services sociaux», dans *Société civile, État et économie plurielle* sous la direction de B. Eme, L. Favreau, J.L. Laville et Y. Vaillancourt, UQAM, CNRS-Paris, UQAH., p. 148-224.
- VAILLANCOURT, Y., avec le concours de C. JETTÉ (1997). «Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et la santé : Rôle de l'état, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel», Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales /LAREPPS, UQAM, rapport No. 97-05, 301 p.
- VALLÉE, C. (1996). *Le soutien au logement pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants*, Québec, Association québécoise de la réadaptation psychosociale (AQRP), 62 p.
- VAN DE KERCHOVE, M. (1990). «Droit pénal et santé mentale», *Déviance et Société*, Vol. 14, p. 199-206.
- WALLOT, H. (1988a). «L'idéologie de la désinstitutionnalisation en psychiatrie», *L'information psychiatrique*, Vol. 64, No 10, p. 1281-1286.
- WALLOT, H. (1988b). «Pour un bilan des services psychiatriques et de santé mentale au Québec», *Santé mentale au Québec*, Vol. 13, No 2, p. 21-34.
- WALLOT, H. (1986). *Histoire organisationnelle des services psychiatriques et de santé mentale au Québec*, Chicoutimi, Département de santé communautaire de l'Hôpital de Chicoutimi.
- WALSH, A. (1990). «Twice Labeled : The Effects of Psychiatric Labeling on the Sentencing of Sex Offenders», *Social Problems*, Vol. 37, p. 375-389.

- WASOW, M. (1996). «Perspectives familiales sur le traitement communautaire : la complexité et l'ambiguïté», Colloque : *Le traitement communautaire pour les malades mentaux : vers la réussite*, Montréal, Département de psychiatrie de l'Université McGill, la Maison des Etapes, AMI-Québec Alliance pour les malades mentaux, et les Ressources résidentielles en santé mentale de l'hôpital Douglas, 31 mai.
- WASYLENKI, D. (1996). «Le virage vers les services communautaires en psychiatrie, comme on l'a vécu en Ontario», Colloque : *Le traitement communautaire pour les malades mentaux : vers la réussite*, Montréal, Département de psychiatrie de l'Université McGill, la Maison des Etapes, AMI-Québec Alliance pour les malades mentaux, et les Ressources résidentielles en santé mentale de l'hôpital Douglas, 31 mai.
- WHITE, D. (1994). «La gestion communautaire de l'exclusion», *Revue Internationale d'action Communautaire*, Vol. 32, p. 37-52.
- WHITE, D. (1993). «Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Les cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec», *Sociologie et Sociétés*, Vol. 25, No 1, 1993, p. 77-97.
- ZARIFIAN, E. (1994). *Des paradis pleins la tête*, Paris, Odile Jacob.
- ZAVIRZEK, D. (1996). «The crisis team as a form of preventing psychiatric hospitalisation», *Breakthrough*, Vol. 1, No 1, p. 11-22.

ANNEXE

TABLEAU 1
CARACTÉRISTIQUES DU SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE DANS LE CADRE DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

CARACTÉRISTIQUES	PÉRIODE : 1962-1970	PÉRIODE : 1971-1988	PÉRIODE : 1989-2002
Système	Système psychiatrique	Système global des Affaires sociales	Réforme du système des Affaires sociales : communauté, partenariat, primauté personne
Commissions	Commission Bédard	Commission Castonguay-Nepveu	Commission Harnois, Commission Rochon
Conception de la maladie mentale	La maladie mentale, une maladie comme les autres	La santé mentale, un droit de tous	Approche bio-psycho-sociale de la santé mentale.
Promoteurs	Psychiatres «modernistes»	Technocrates, administrateurs, MAS	État (MSSS) : crise des finances publiques, Fonds monétaire international, Maison des cotes de crédit, etc.
Groupes d'intérêts	Groupes de professionnels équipe multidisciplinaire : psychiatre, psychologue, travailleur social, infirmier, ergothérapeute	Idem Plus : groupes communautaires groupes de défense des droits des usagers	Idem Plus : spécialistes des coûts (efficacité et efficience)
Fermeture de lits (estimations à partir de données obtenues du MSSS)	1962-1970 : 3 519 lits psychiatriques	1971-1976 : 2 246 lits psychiatriques 1977-1988 : 4 241 lits psychiatriques	- 1989-1996 : 3 724 lits psychiatriques - Objectif du MSSS 1997-2002 : fermeture de 3 000 lits psychiatriques Abaisser d'ici 5 ans le nombre total de lits (courte et longue durée) de 1,0 pour 1 000 habitants à 0,4 pour 1 000 habitants
Départements psychiatriques dans les hôpitaux généraux	1962 : 15 départements 1970 : 28 départements	1986 : 61 départements	1994 : 58 départements (après fusions de départements)
Ressources/programmes soutien et réinsertion	Constats : Manque flagrant Psychothérapie Tendance marquée à la médication	Constats : Améliorations, mais nettement insuffisantes Pharmacothérapie	Constats : Manque de ressources et programmes dans la communauté Nouvelle génération de neuroleptiques Services en compétition et discontinuité dans les soins Services de santé mentale pris en otage par les groupes d'intérêts.

TABLEAU 2
ASPECTS POSITIFS DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

DÉSHOSPITALISATION	TRAITEMENT	ATTITUDES	SOUTIEN SOCIAL
<p>Phénomène :</p> <p>Mesure préférable à un enfermement à vie</p> <p>Diminution des séjours passés à l'hôpital</p> <p>Limitation de la perte des habiletés sociales</p>	<p>Phénomène :</p> <p>Approche plus humaine</p> <p>Démystification des troubles mentaux</p> <p>Démystification des traitements thérapeutiques</p>	<p>Phénomène :</p> <p>Évolution positive quant aux perceptions et attitudes des Québécois à l'égard des usagers.</p>	<p>Phénomène :</p> <p>Mobilisation du réseau de soutien social</p> <p>Constitution d'associations de parents, d'amis et d'ex-patients</p>
<p>Explications :</p> <p>Favoriser la non-institutionnalisation</p> <p>Laisser vivre les personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté est la meilleure façon de les aider</p>	<p>Explications :</p> <p>Ouverture des départements psychiatriques dans les hôpitaux</p> <p>Traitement en milieu ouvert et en clinique externe</p>	<p>Explications :</p> <p>Plus la communauté entre en contact et côtoie les personnes ayant des troubles mentaux, plus les préjugés et les attitudes de méfiance s'estompent</p>	<p>Explications :</p> <p>En restant désormais dans la communauté, l'usager a trouvé un droit de parole et un appui dans la défense et le respect de ses droits</p>

TABLEAU 3
ASPECTS DISCUTABLES DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

ITINÉRANCE	CRIMINALISATION	FARDEAU DES FAMILLES	SYNDROME DE LA PORTE TOURNANTE
<p>Phénomène :</p> <p>Ampleur dans les années 1980</p> <p>1987 : nombre d'itinérants à Montréal, 10 000. De ce nombre, on estime que de 40 % à 50 % de personnes présenteraient des troubles mentaux</p>	<p>Phénomène :</p> <p>Augmentation du nombre de personnes ayant des problèmes de santé mentale dans le système pénal</p> <p>Probabilité d'arrestation plus élevée que chez les autres suspects</p>	<p>Phénomène :</p> <p>Famille est une des principales sources de soutien des usagers</p> <p>Famille ayant la charge d'un usager subit impacts qui peuvent influencer la qualité de vie de l'ensemble de la famille</p>	<p>Phénomène :</p> <p>Va-et-vient incessant des usagers entre l'hôpital et la communauté</p> <p>Apparaît au milieu des années 1960</p>
<p>Explications :</p> <p>Chômage, pauvreté, crise économique, spéculation immobilière, pénurie de logements adéquats et abordables, manque de soutien au logement</p>	<p>Explications :</p> <p>Restriction du critère d'hospitalisation involontaire, droit de refus au traitement, droit des professionnels de refuser des soins, organisation de la distribution des soins, problèmes d'accès à des soins pour des personnes présentant plusieurs problèmes</p>	<p>Explications :</p> <p>Manque flagrant en ce qui a trait au soutien des familles et des usagers à leur charge</p> <p>Rapports difficiles avec professionnels de la santé mentale</p> <p>Manque d'information sur les troubles mentaux et conseils sur intervention</p> <p>Manque de ressources communautaires surtout domaines du logement, du travail et des loisirs</p>	<p>Explications :</p> <p>Difficultés de réinsertion sociale de l'utilisateur</p> <p>Nature même des troubles mentaux qui comportent des rechutes et manque de soutien dans la communauté et d'aide à la famille</p> <p>Témoignage de l'incohérence de l'organisation des soins comme celui d'un trouble de comportement réfractaire aux interventions thérapeutiques conventionnelles</p>