

La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental

Community tolerance of the mentally ill

Henri Dorvil

Volume 12, Number 1, June 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030372ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030372ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Dorvil, H. (1987). La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 55–65. <https://doi.org/10.7202/030372ar>

Article abstract

This article is divided into three parts. First of all, the author examines our level of tolerance concerning mental patients from a historic perspective and defines the issue. Secondly, the author identifies five variables to explain the idea of tolerance: ethnic origin, social class, sex, age and urban-rural milieu. Thirdly, he presents two case studies, carried out in Annonciation and Montreal, that show a shift towards a more positive attitude with regard to mental patients.

La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental

Henri Dorvil*

Cet article se divise en trois parties. Dans un premier temps, l'auteur trace l'histoire de la problématique de la tolérance à l'égard du malade mental et en circonscrit les enjeux. Ensuite, pour expliquer la tolérance, il fait appel à cinq variables : l'éthnie, la classe sociale, le sexe, l'âge, le milieu urbain ou rural. En dernier lieu, il présente deux études de cas, l'une faite à l'Annonciation, l'autre à Montréal, qui illustrent une transformation positive des attitudes à l'égard du malade mental.

«Des fois, je ne sais pas trop si on a le droit de dire qu'un homme est fou ou non. Des fois, je crois qu'il n'y a personne de complètement fou et personne de complètement sain tant que la majorité n'a pas décidé dans un sens ou dans l'autre. C'est pas tant la façon dont un homme agit que la façon dont la majorité le juge quand il agit ainsi». (Faulkner, 1985)

Cette citation se situe au coeur de la problématique de la tolérance telle qu'envisagée dans le cadre de cet article. L'exposé gagne en clarté si on mène cette analyse en distinguant trois niveaux : l'historique et la situation du problème, les variables explicatives de la tolérance, l'enseignement d'un terrain de recherche à propos d'une transformation positive des attitudes à l'égard des malades mentaux.

L'HISTORIQUE ET LA SITUATION DU PROBLÈME DE LA TOLÉRANCE

La *désinstitutionnalisation au Québec*, c'est essentiellement le projet d'accélération du retour du malade mental dans la société, tel qu'amorcé dans les années 60 par la psychiatrie communautaire. Traiter de ce phénomène sous l'angle de la tolérance, c'est-à-dire de la capacité pour une communauté

de supporter ce qui dévie de la norme, renvoie à deux considérations primordiales. Tout d'abord à la définition même de la déviance (Becker, 1985), propriété non du comportement lui-même mais de l'interaction entre le comportement du déviant et celui des personnes qui réagissent à ce comportement. Ensuite, d'une manière plus générale, à une problématique qui s'insère d'emblée dans ce que l'on est convenu d'appeler *l'histoire de la folie à l'âge classique*. En effet, le besoin des gens dits «normaux» à exiger que le malade mental se conforme à une certaine norme n'a pas existé de tout temps. Depuis le Moyen Âge, on considérait la folie et la raison comme étant imbriquées l'une dans l'autre et offrant un rapport d'échange constant. Sur le plan pratique, chaque ville acceptait de se charger des fous qu'elle comptait au nombre de ses citoyens. Certaines cités médiévales subvenaient aux besoins de leurs fous, à leurs soins de santé, à leurs festivités, voire à leurs pèlerinages. Seuls les vagabonds et les étrangers, tenus pour fous, étaient exclus de la Cité et se retrouvaient parfois au bout de leur errance dans des lieux d'accueil, des sortes de sanctuaires de la folie. Geel, en Belgique, a hérité de cette tradition conviviale du XIII^{ème} siècle puisque, depuis lors, des centaines de fous sont hébergés, génération après génération, dans cette collectivité normale et y évoluent dans une liberté relative.

Si la société du Moyen Âge faisait une place au fou, si la Renaissance lui permettait de s'exprimer d'une manière multidimensionnelle, arrive l'année 1657, l'époque du Grand Renfermement, qui va le

* Travailleur social et sociologue, l'auteur du présent article est titulaire de la chaire de déviance sociale à l'Université du Québec à Montréal. Il est également membre du groupe interdisciplinaire de recherches en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie (Le Girame).

réduire au silence. À partir de cette date, les hôpitaux généraux deviennent des institutions d'État où, pour des raisons économiques et morales, l'on parle chômeurs, mendiants, gueux, fous, etc.

Quiconque n'entrait pas alors dans le schéma de la rationalité, de l'efficacité et de l'éthique du travail était reconnu comme déviant et envoyé à l'asile, lieu d'exclusion pour plusieurs catégories de marginaux. Désormais, l'utilité sociale et la sécurité des citoyens deviennent les canons directeurs de la nouvelle vision de la folie et coupent court aux transcendances imaginaires qui, jusqu'alors, auréolaient la déraison. L'hôpital des fous prend le relais de la nef des fous, l'éloge de la raison éclipe l'éloge de la folie.

Un autre fait digne d'intérêt mérite d'être souligné ici parce qu'il fait la lumière sur le processus d'exclusion du fou. À la fin du Moyen Âge, si la lèpre disparaît du monde occidental, les structures de quarantaine, les léproseries, demeurent et recouvrent toute la surface de l'Europe. Du XIV^{ème} au XVII^{ème} siècle, note Foucault (1961), elles vont offrir et solliciter par d'étranges incantations une nouvelle incarnation du mal, une autre grimace de la peur, des magies renouvelées de purification et d'exclusion. Ainsi, les fous vont occuper certains espaces physiques laissés vacants par les ladres. La peur de la lèpre et la peur de la folie s'appuient l'une sur l'autre, se renforcent pour hanter l'imagination humaine. Cette peur nous habite encore : c'est la dangerosité. Des préjugés se sont solidifiés en tabous au cours des siècles. Mais 1657 demeure, dans l'histoire de l'internement, c'est-à-dire de l'exclusion, une date importante, une rupture dans la longue tradition de convivialité à l'égard du fou. Pour la première fois, le fou est interdit de séjour dans la vie normale et on le contraint à vivre dans un univers artificiel avec d'autres déviants, faisant ainsi une expérience très discutée de la normalité. Et malgré la «libération», en 1794, des enchaînés de Bicêtre, les conséquences de l'institutionnalisation sont extrêmes et laissent de profondes séquelles dans le corps et l'esprit des fous (Goffman, 1961; Lopez et Jacobson, 1974). Si l'hôpital demeure l'unique structure de soins d'importance, on lui reproche par contre d'aggraver l'état des hospitalisés en les soumettant à un régime hyper-bureaucratisé, voire totalitaire. Plus encore, cette institutionnalisation réduit considérablement la chance de ces person-

nes de se réadapter dans la société. C'est pourquoi, à la fin des années 50, lorsque les humanistes entreprirent de déverrouiller l'asile, la réinsertion sociale s'avéra un casse-tête... occidental. La porte resta entrebâillée jusqu'à nos jours. Faut-il l'ouvrir davantage? C'est la question des années 80.

En effet, depuis 1982, s'installe tranquillement dans les esprits comme dans les coeurs un projet de programme complet et adéquat de réinsertion sociale, connu officiellement sous le vocable de *désinstitutionnalisation* ou familièrement *la désins*. Il ne s'agit plus comme autrefois d'un transfert d'individu de l'institution psychiatrique à la société, mais de salles de pré-sortie, d'hébergement adéquat, de coordination de plan de services (case management), de structures de support éducationnel et créatif, d'unités de crises psychosociales, de collaboration de C.L.S.C., de bureaux privés d'omnipraticiens. Plus encore, il s'agit de déplacer le pôle principal de soins de l'institution vers la communauté, communauté à qui on demande une implication active à l'égard des patients en lieu et place de l'acceptation passive qui n'engage personne. Selon certains auteurs (Scherl et Macht, 1979), il s'avère impossible de réaliser harmonieusement la désinstitutionnalisation sans consensus, étant donné qu'elle implique que la société accepte la présence de ressources communautaires de plus en plus visibles et soutenues par tous les citoyens. Le fou ne doit pas simplement être «toléré», il doit être «intégré» et pouvoir trouver travail, estime, sociabilité, possibilités d'expression (Bozzini, 1986). Dans le contexte actuel de la désinstitutionnalisation, le citoyen ordinaire est appelé plus que jamais à jouer un rôle plus actif aujourd'hui que par le passé (Elkaim, 1977). Et c'est compte tenu de cette nouvelle donnée que la tolérance prend une importance capitale.

LES VARIABLES EXPLICATIVES DE LA TOLÉRANCE

De toute évidence, les normes sociales sont créées par des groupes sociaux spécifiques. Mais comme les sociétés modernes sont de plus en plus complexes, ces normes font rarement l'unanimité. Au contraire, elles sont hautement différenciées selon les critères d'ethnie, de classes sociales, de sexe, d'âge, de milieu. Assez souvent, les groupes qui

doivent suivre ces normes ne sont pas ceux qui les ont élaborées. Et devant des comportements étiquetés déviants, la réaction, et par ricochet la tolérance, peut varier à l'infini. Ainsi, l'idée qu'on se fait du malade mental n'est-elle pas uniforme à travers tout le champ social. La tolérance aussi.

L'ethnie

À l'époque de la colonisation, le Canada formait une société extrêmement tolérante envers ses malades, ses handicapés mentaux, ses infortunés. En terre inconnue, le coude à coude entre voisins aidait à se protéger contre les catastrophes (Des Fontaines, 1953) : la maladie, le froid, les incendies, les ennemis réels et imaginaires. Ce n'était donc pas le temps de rejeter quiconque, les malades comme les bien-portants faisant partie de la communauté. En cela, les Français, en débarquant en Nouvelle-France, amenèrent avec eux leurs coutumes ancestrales puisque, selon Foucault (1961), l'époque de la Renaissance et une bonne partie du XVII^{ème} siècle se caractérisaient par une tolérance envers toute forme de déviance.

Des auteurs comme Aird et Amyot (1980), se référant à la même époque, ont écrit 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. Plus encore, le malade mental, comme le vieillard, l'infirme, faisaient partie de cette forme d'organisation sociale qui constituait à cette époque un filet protecteur autour des handicapés de tout acabit.

Les fonctions et les tâches étaient réparties entre chacun des membres de la famille selon son sexe, son âge et ses capacités physiques et mentales. Personne n'était laissé pour compte : l'enfant, le «demeuré» et le pied-bot contribuaient, chacun suivant ses possibilités, à l'entreprise communautaire (Santerre, 1986). Cette dernière lui garantissait en retour le support nécessaire. Ce système était sous la responsabilité du chef de la famille qui, par les actes de «donation», cédait son «bien» à son fils héritier. Il s'assurait pendant certaines garanties de rente, de logement et de services, non seulement pour lui-même et sa femme mais aussi pour les autres membres de la famille non encore établis (les vieilles filles et vieux garçons) et ceux incapables de mener une vie autonome comme les infirmes et

les malades mentaux.

D'autres ouvrages consultés (Barry, 1983) témoignent de la constante sollicitude de la famille à l'égard des handicapés physiques ou mentaux. Dans ce type de société, la famille demeurait le plus sûr rempart contre la détresse sociale. C'est là que la très grande majorité des défavorisés trouvait refuge. Même au milieu des années 70, cette tolérance était courante, du moins dans les Laurentides et probablement dans d'autres coins du Québec. Que de fois des familles amenaient leurs vieillards et leurs handicapés mentaux aux veillées de fin d'année! On arrivait parfois deux jours à l'avance pour leur permettre de récupérer, afin d'être de bonne humeur au réveil.

Un autre fait digne de mention retrace la solidarité dont a toujours fait preuve la communauté à l'égard du malade mental. La tolérance vis-à-vis le malade mental trouve dans le facteur ethnique un terrain de culture. Si dans les pays européens on compte trois siècles et demi d'internement asilaire, au Québec cette tradition date d'un siècle environ. Ce qui veut dire que du début de la colonisation jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle, les fous étaient pris en charge par la communauté. Au XVIII^{ème} siècle, quelques fous prenaient place dans les loges des hôpitaux généraux de Québec, Trois-Rivières et Montréal, à côté des misérables : pauvres, gueux, etc. Encore dans la première moitié du XIX^{ème} siècle (Cellar et Nadon, 1986), le Bas-Canada n'offrait pas les conditions socio-économiques propices à l'érection d'asiles. L'industrialisation n'avait pas encore pénétré profondément cette société où environ 80 % de la population était rurale et où le réseau des solidarités familiales et villageoises arrivait encore à absorber toutes sortes d'indigents : pauvres, malades mentaux, quêteux, etc. Bref, ce n'est que trente ans environ après l'épisode du Montreal Lunatic Asylum (1839-1845), à la faveur de la montée de l'industrialisation, que les Canadiens français ont commencé à s'intéresser aux asiles et à y envoyer leurs fous. Et par un concours de circonstances, c'est vers cette époque également que le gouvernement provincial remit le contrôle de ces institutions entre les mains des religieux.

Cependant, il faut parler d'un cas particulier, l'Asile de Beauport, prison-caserne convertie tardivement en hôpital, propriété du docteur Douglas. Au moins deux auteurs (Paradis, 1977; Wallot,

1980) ont déjà parlé de l'aspect colonialiste de cette situation, dans l'histoire de la folie au Québec, et de la difficulté de la relation thérapeutique entre le médecin anglophone et le patient canadien français interné. Il existait une gêne à se confier au médecin appartenant à la race des colonisateurs. De là la résistance du Canadien français à envoyer son malade à l'institution du conquérant. Le comportement de la communauté va être différent une fois les asiles entre les mains des représentants légitimes au Canada français, soit les religieux, aidés en cela par les solidarités paroissiales. Même si l'essentiel du travail historiographique au Québec porte exclusivement sur l'asile, il faut reconnaître néanmoins l'ensemble des moyens que la collectivité a inventés pour venir en aide au malade mental au sein de la communauté, ce qui témoigne d'une tolérance qui ne s'est jamais démentie.

Les classes sociales

Murphy (1986) a déjà effectué une étude comparative de la prévalence de la schizophrénie dans quatorze villages de l'Est du Canada chez les Canadiens français d'un côté et les Canadiens anglais et Allemands de l'autre, ces groupes ayant le même statut socio-économique. Il a remarqué, lui aussi, une grande tolérance chez les Canadiens français pour les malades mentaux, à condition que ces derniers acceptent le statut de dépendance et le «sick role», et ce, même s'ils ne travaillent pas et se conduisent d'une manière bizarre. Alors que chez les anglophones, on rejette les malades qui ne travaillent pas.

Cependant, un constat aussi global doit être jugé avec prudence. Il ne s'agit pas d'une attitude uniforme de l'ethnie canadienne française à l'égard du malade mental. Avec l'industrialisation/urbanisation, cette société s'est différenciée. À mesure qu'elle fut traversée par des normes élevées de compétition, l'attitude a changé. La norme bourgeoise de la distance sociale, de la distinction, s'est affirmée. Aujourd'hui, pour ce qui est de la tolérance à l'égard du malade mental, la population est divisée en deux camps. Et cette division recoupe à maints égards la variable des classes sociales. En effet, face au malade mental, les pauvres et les riches réagissent différemment. Même après la période du Grand Renfermement, le peuple est demeuré plus convivial que les bourgeois et la noblesse. Que ce soit dans les oeuvres littéraires ou dans la

littérature scientifique (Hogart, 1970), l'on reconnaît habituellement une grande tolérance chez le pauvre. «Il faut prendre les gens comme ils sont, chacun a le droit de vivre, le soleil brille pour tout le monde» sont autant de maximes qui tissent la trame idéologique du pauvre. On n'a qu'à regarder de près la physionomie des quartiers du centre sud et de l'est de Montréal pour constater jusqu'à quel point le réseau et le hors-réseau de la santé et des services sociaux ont abusé de cette traditionnelle tolérance. On a pris l'habitude de concentrer dans ces milieux la plupart des résidences pour psychiatisés jusqu'à en faire presque des ghettos.

À l'opposé, l'idéal social des bourgeois est de placer les malades mentaux dans des milieux institutionnels de grand format, et ce, depuis le milieu du XVII^{ème} siècle. C'est là tout le phénomène de la marginalisation (Chartier, *in* Vigne, 1982), c'est à-dire un processus de désignation par les dirigeants (l'Église, les autorités laïques ou les milieux de notables) de tout un groupe de la population que l'on situe comme étant en marge. Le renfermement s'avère plus conforme à leur représentation de l'ordre social. Cette classe de bien nantis voit dans la population des marginaux, des éléments de danger public. Elle cherche par conséquent à continger le nombre de patients psychiatriques dans la cité, à interdire leur présence dans les zones résidentielles. L'idéologie sécuritaire va porter les bourgeois à constituer des espaces réservés à leur propre classe. Ainsi, l'on ne rencontre guère à Outremont et à Westmount de résidences pour psychiatisés.

De plus, les riches ont tendance à se montrer très discrets à l'égard de la maladie mentale d'un des leurs et très intolérants à propos des rechutes. Pour cette classe, un malade mental, c'est une tare de la lignée, une honte familiale; assez souvent ce dernier risque d'être rejeté de sa famille d'origine. Dans les années 60, plusieurs familles de quartiers huppés de Montréal envoyaient leur jeune schizophrène ou l'épouse dépressive «en pension» à l'Annonciation (160 km de Montréal). L'Hôpital des Laurentides avait cru bon d'aménager dans son enceinte des espaces chics pour abriter la folie bourgeoise. Alors qu'en général, après une cure hospitalière, le malade mental pauvre peut compter sur la compréhension et la bienveillance de sa famille.

Le sexe

Les caractéristiques sexuelles constituent un facteur de différenciation, non seulement dans la vie de tous les jours mais aussi au niveau de la tolérance à l'égard du malade mental. La presse en Occident donne une image de la folie différente s'il s'agit d'un homme ou d'une femme, à savoir : l'homme fou serait dangereux, violent et agresserait les autres, alors que la femme folle serait désespérée, retournerait sa folie contre elle-même en se suicidant, susciterait la pitié au lieu d'inspirer la peur. Ne dit-on pas couramment «fous furieux», «folles agitées»? En réaction à cette représentation courante, il s'agit de savoir si le commun des mortels est plus tolérant à l'égard des femmes malades qu'à l'égard des hommes souffrant de troubles mentaux. Sur un autre plan, on peut se demander aussi si les femmes sont plus tolérantes que les hommes à l'égard des malades mentaux.

En réalité, les hommes malades mentaux sont plus frondeurs, plus portés au passage à l'acte que les femmes, et ce, qu'il s'agisse de prises de bec, de bagarres, de voies de fait, etc. À l'Annonciation, parfois la communauté (Dorvil, 1986) fait intervenir une femme psychiatisée comme élément temporisateur pour calmer des patients désinstitutionnalisés dont le caractère est réputé trop bouillant. Elle est utilisée aussi pour faire contrepoids à des leaders négatifs du groupe des patients et sert de tête de pont dans la croisade de la normalité. Dans cette communauté villageoise, la pression sociale est plus forte sur les femmes souffrant de troubles mentaux que sur les femmes normales, particulièrement pour ce qui est de la vie nocturne dans les bars et dans les rues. Leur conduite bien réglée constitue un tribut imposant pour l'acceptation de tous et toutes les patient(e)s dans la communauté.

À Montréal, la différenciation sexuelle (Dorvil, 1984) sert de critère de sélection dans les maisons d'hébergement : familles d'accueil, pavillons. Les femmes psychiatisées sont réputées plus tranquilles, plus «fines», plus propres, plus «travaillantes». Les responsables de ces ressources intermédiaires voient plusieurs avantages dans leur choix. Tout d'abord,

«elles se gardent toutes seules, font le ménage, font à manger, lavent le linge non seulement de mon mari mais aussi de mes deux pensionnaires hommes»,

explique une responsable de famille d'accueil. Autre avantage, les patientes ne dérangent pas le voisinage et sont souvent plus acceptées que les hommes. Le milieu environnant se montre en général plus compatissant à leur égard. En dernier lieu, les patientes sont préférées aux patients parce qu'elles sont moins sujettes à des réadmissions, selon la perception de certaines responsables de maisons d'hébergement. Cette considération est d'une importance capitale si l'on considère les difficultés, pour quelques maisons d'hébergement, de rencontrer les exigences du prêt hypothécaire, à cause du manque à gagner dû aux réhospitalisations des bénéficiaires.

L'âge

Homme ou femme, les patients sortis des institutions lors de la première vague de désinstitutionnalisation (1962-1978) ont à peu près le même âge. Dans le nouveau contexte désinstitutionnel, les catégories d'âge semblent plus tranchées : d'un côté, des femmes autour de la cinquantaine ; de l'autre, de jeunes hommes en bas de 35 ans, à qui on évite l'institutionnalisation. Les hommes d'âge mûr se rencontrent moins, ou bien l'institution psychiatrique aurait tendance à garder les hommes et à libérer les femmes, parce que réputées plus «débrouillardes», comme nous l'avons mentionné plus haut.

Néanmoins, cette variable de l'âge apporte un autre éclairage sur la tolérance, puisque les jeunes patients sont considérés plus exigeants, plus fermes dans leurs demandes (plus «tannants») et alimentent le syndrome de la porte tournante, d'où le rejet manifeste des ressources intermédiaires traditionnelles. En fait, ces jeunes patients sont plus instruits que la génération précédente et présentent souvent des problèmes associés à la toxicomanie. Sous l'étiquette péjorative *young adult chronic patient* se cache avant tout un problème de socialisation. Le groupe des 18-35 ans est constitué des enfants de la *Révolution tranquille*, éduqués d'une manière plus libérale, donc habitués à exprimer leurs besoins, à revendiquer leurs droits, contrairement aux psychotiques d'autrefois, socialisés sous l'égide d'une morale chrétienne plus rigoureuse et plus portés à refouler leurs désirs et leurs sentiments. À notre avis, de jeunes psychotiques ont toujours existé, ceux d'aujourd'hui comme ceux d'hier sont semblables sur le plan sémiologique. Mais la représentation so-

cial de cette catégorie de malades mentaux reconnus comme détestables, manipulateurs, exigeants, provocateurs, risque de renverser la tolérance dont a toujours fait preuve la société à l'égard du «bon vieux psychotique» tranquille, et de renflouer le stigmate de la maladie mentale. C'est pourquoi la prestigieuse revue *Hospital and Community Psychiatry* conteste l'utilisation de l'appellation *jeune patient adulte chronique*, comme ne répondant pas à des critères scientifiques établis (Estroff, 1987). Il faut parler de préférence de jeunes adultes souffrant de schizophrénie, de jeunes adultes avec troubles psychiatriques sévères et récurrents, de jeunes adultes avec troubles affectifs, toutes ces expressions se montrent plus précises, ou, tout au moins, convenables et non empreintes de rejet.

La variable du milieu urbain ou rural

Faut-il remonter jusqu'à Jean-Jacques Rousseau pour retrouver en Occident l'origine de l'éloge de la nature? Néanmoins, à tort ou à raison, depuis fort longtemps, la tradition a toujours voulu que la nature, le grand air de la campagne, constituent une thérapie en soi pour diverses maladies. C'est peut-être pour cette raison que les milieux ruraux abritent encore aujourd'hui des sanatoriums et des asiles psychiatriques. Cependant, comme nous le verrons plus loin, la tolérance à l'égard de ces structures et des malades mentaux n'est pas une «vertu» de tous les milieux ruraux. En général, selon que l'on habite en milieu rural ou urbain, l'attitude envers le malade mental varie. Plusieurs auteurs se sont penchés sur le phénomène. Une sociologue (Langlois, 1975) a déjà mené une enquête sur les attitudes d'une population semi-rurale devant la présence de 44 patientes désinstitutionnalisées qui vivent dans cette communauté, travaillant le jour au centre hospitalier psychiatrique, et sur la réaction de ces dernières en réponse aux attitudes de la population. Cette étude fait état d'un manque flagrant de relations personnelles et sociales entre personnes «présument saines» et les psychiatisées, ce qui empêche ces dernières d'assumer un rôle normal au sein de la société, ce qui les pousse également à se retirer entre elles et à vivre en ghetto. À l'exception de la moitié des 22 logeuses qui considèrent les patientes hébergées comme leurs propres filles, la réaction de la communauté est généralement négative.

Plus récemment, Melanson-Ouellet (1980), dans un sondage, a tracé quelques paramètres de l'attitude de la population québécoise vis-à-vis la maladie mentale, les services psychiatriques et le handicapé mental. Il advient que 72 % des Québécois sont d'avis que la plupart des malades mentaux ne sont pas dangereux. La population semble rejeter l'asile psychiatrique et pourtant 82 % des répondants s'opposeraient à son éventuelle fermeture. De plus, plus le degré d'intimité exigé avec le malade est grand, plus la population se montre réticente à son égard. Ce qui nous fait penser à toute la problématique du «mental map» et des échelles de distance sociale (Benz et Edgerton, 1971).

Par contre, une recherche récente (Lamontagne, 1984) sur l'attitude des Montréalais devant la maladie mentale établit à un peu plus de 50 % le nombre de personnes qui entretiennent des attitudes positives vis-à-vis les malades mentaux, et ce, peu importe le sexe, l'âge ou la scolarité. Faut-il pour cela conclure que la ville est plus tolérante à l'égard du malade mental que le milieu rural? La relation n'est pas aussi simple. Le monde urbain ne constitue guère une réalité homogène et l'attitude à l'égard du malade mental varie d'un quartier à l'autre. D'ailleurs, ces dernières années, plusieurs conseils de ville, sous la pression des plaintes des habitants des quartiers résidentiels, ont entraîné en cour des propriétaires de foyers d'accueil qui hébergeaient des ex-patients psychiatriques. Une auteure (Mannoni, 1979) souligne à juste titre le rapport tolérance-intolérance :

«Plus la société est industrialisée, plus on vit dans les villes, plus on vit dans un état de solitude radicale et avec des gens qui sont d'une intolérance radicale... Il est très intéressant de voir que toute une catégorie de gens rejetés dans les villes peut trouver une possibilité d'être accueillie dans des lieux assez pauvres, dans des villages».

À notre avis, il faut nuancer davantage pour cerner un phénomène aussi complexe. En ville comme à la campagne, les malades mentaux sont acceptés en fonction de facteurs précis (durée du temps de séjour dans la communauté, nombre et qualité des fréquentations, degré d'adaptation du malade, dissémination de leur visibilité, apport économique de leur présence, etc.). L'attitude de la communauté face au comportement du malade mental s'avère capitale pour le fonctionnement dans la société de tou-

tes les personnes avec un long passé institutionnel. Le degré de tolérance, c'est-à-dire la capacité de supporter ce qui dévie de la norme sociale (Gentilli et Coppo, 1983), est plus en relation avec les caractéristiques mêmes de la société qu'avec le degré majeur ou mineur de définition de la norme. Plusieurs marginaux fuient les milieux ruraux, à cause d'un conformisme étouffant, pour la ville plus libertaire. Ce sont des pseudo-communautés où l'idée de normalité se fait l'instrument des intentions d'exclusion, de vexation, d'auto-valorisation et de revalorisation d'autrui. Une communauté réelle produira, grâce à une normativité chorale, concorde, communautaire et donc vécue et vivante, une norme capable de refléter l'ensemble des volontés, traditions, coutumes et besoins de la société entière; elle cherchera à remettre dans la norme le déviant avec la même sollicitude qu'un organisme qui se préoccupe de la coexistence harmonique de ses différentes parties. Une norme bien définie, toujours selon ces deux auteurs, peut coexister avec une remarquable capacité de tolérance vis-à-vis la déviance et avec la volonté effective de l'assumer. Ces derniers trouvent que les conditions de vie des villes modernes (qui sont anonymes, aliénantes, compétitives) alimentent le sentiment d'extranéité, la conflictualité interindividuelle et favorisent la dynamique de refus et de margination.

Il faut mentionner deux autres études sur la tolérance en milieu urbain. Selon une enquête menée dans plusieurs villes de Californie (Segal, 1980), le prototype de quartier qui accueille le plus favorablement le malade mental demeure le quartier non traditionnel. Et c'est dans le quartier de classe moyenne conservatrice que l'on retrouve la réaction la plus hostile à l'intégration sociale des résidents de maisons d'accueil. Cependant, dans les milieux moyennement accueillants, les responsables de ces foyers ont un rôle à jouer dans la promotion sociale de leurs pensionnaires. Une étude menée à Toronto par des géographes (Dear et Taylor, 1982) trace le profil des quartiers qui acceptent le malade mental comme parlant anglais, ayant peu d'enfants, étant habités par des gens instruits et constitués d'une population dense, parfois en transit, bref un territoire à multiple vocation; par contre, les quartiers qui rejettent le malade mental sont identifiés comme essentiellement résidentiels, possédant une population stable, mais peu dense, parlant diverses

langues, moins instruites et ayant beaucoup d'enfants.

En dernier lieu, l'étude de Smith (1981) à New York révèle une moindre tolérance dans les rues adjacentes et très éloignées d'un hôpital psychiatrique, alors que l'acceptation s'avère élevée dans les zones intermédiaires.

Devant la variabilité de la tolérance, aussi bien entre la ville et la campagne qu'à l'intérieur même de chacune de ces entités, il est intéressant de constater sur place une transformation positive des attitudes à l'égard du malade mental. C'est ce que nous examinerons dans la prochaine section.

L'ENSEIGNEMENT D'UN TERRAIN DE RECHERCHE

À la fin des années 50, les établissements psychiatriques du Québec se trouvèrent aux prises avec une surpopulation, un peu comme aujourd'hui. La construction de nouveaux asiles constitua une des solutions retenues par le ministère de la Santé de l'époque pour héberger cette démographie galopante. Menacée d'asphyxie économique, l'Annonciation fut l'une des municipalités choisies pour abriter un hôpital de 778 lits, qui devait servir de déversoir au trop plein des asiles urbains, principalement l'hôpital St-Jean-de-Dieu, devenu aujourd'hui le centre hospitalier Louis-H. Lafontaine. Connaissez-vous une municipalité où le nombre de malades mentaux atteint presque celui des gens soi-disant normaux? Eh bien! L'Annonciation comptait à cette époque 1 042 habitants et l'Hôpital des Laurentides, 778 patients.

C'était tout un événement, au début des années 60, de regarder passer dans la très étroite rue principale du village plusieurs convois d'autobus amenant les patients à l'hôpital. La population épiait à travers les persiennes. La frayeur était à son comble lorsque les autobus venaient de l'aile psychiatrique de la prison de Bordeaux. Ils étaient précédés et suivis de voitures de la Sûreté du Québec — à cette époque la police provinciale, la fameuse P.P. «Il ne fallait pas qu'ils s'échappent ceux-là!» témoignent les édiles municipaux, aujourd'hui à la retraite. Le désordre entraînait au village, l'insécurité était à la hausse. L'intolérance était telle qu'une requête en bonne et due forme du conseil municipal fut acheminée au gouvernement du Québec exigeant l'installation d'une clôture métallique haute de 12 pieds

Bien des démarches auprès des autorités provinciales, bien des mesures sur le plan municipal, ont été alors projetées pour interdire le séjour du malade mental dans la cité, pour endiguer l'imminence du danger qu'il représentait et pour protéger la collectivité des gens «normaux». Ce serait trop long de les évoquer toutes dans le cadre de cet article. Nous allons de préférence nous concentrer sur des cas types de transformation des attitudes à l'Annonciation et à Montréal.

L'Annonciation

En dépit du vent d'intolérance du début, deux ans après l'installation de ce complexe hospitalier dans un plan de psychiatrie communautaire (retour du malade mental dans la communauté), l'Annonciation reçoit dans son enceinte le plus fort contingent de patients réinsérés dans la plupart des villes et villages avoisinants. Ainsi, parmi les 2200 habitants actuels de l'Annonciation, 223 sont des patients désinstitutionnalisés depuis 1963. L'accueil est jugé être de «bon» à «très bon», selon notre recherche menée entre 1982 et 1986. Que s'est-il passé entre temps?

Tout le monde s'accorde pour dire que l'Hôpital des Laurentides joue un rôle de croissance économique de première importance, non seulement à l'Annonciation mais dans toute la sous-région. Il fournit 60 % de tous les emplois directs de cette localité, sans compter les emplois indirects. Mentionnons l'importance de son budget, soit 24 millions en 1986, dont 77 % en salaires. L'hôpital fournit aussi en taxes le tiers du budget de cette municipalité. Bref, au cours de notre enquête, la quasi totalité des personnes interrogées sont unanimes :

«Sans l'hôpital, l'Annonciation serait un village fantôme, redeviendrait une place d'assistés sociaux...»

Conscients du poids économique de l'institution hospitalière, les autorités de la direction des services psychiatriques à Québec ainsi que celles de l'Hôpital des Laurentides se retrouvaient en position de force pour exiger la collaboration des édiles municipaux dans leur plan de psychiatrie communautaire. En plus des transactions politiques, les psychiatres, les psychologues, ainsi que les autres professionnels de la santé, ont misé sur une stratégie en deux points.

Tout d'abord, ils sont arrivés à contrôler la peur

de la communauté à l'égard des malades mentaux en les sortant progressivement et en les disséminant sur tout le territoire. En effet, les autorités de l'hôpital ne sont jamais parties en croisade pour que les gens apprennent à vivre avec ces malades mentaux. Elles ont, de préférence, opté pour la mise en situation au sein de la communauté. Donc, sortie progressive pour ne pas cambrioler l'inconscient collectif de la population et pour ne pas provoquer le rejet, et dissémination pour prévenir la ghettorisation.

Ensuite, pour soutenir les premiers pas du patient dans la communauté, on a eu recours aux préposés aux malades, qui sont natifs de la sous-région. Rappelons que les psychiatres et autres professionnels viennent tous de Montréal, ainsi que les patients psychiatriques. En général, une personne a beaucoup plus de chance de se faire accepter dans une société quand elle y est introduite par un membre de cette société. Les préposés ont accompagné les patients dans les rues du village, les ont présentés à leurs familles, ont joué au baseball avec eux, ont ouvert les premières familles d'accueil, des maisons de transition. La communauté a suivi l'exemple. Au début, il se trouvait des employés d'hôpital qui avaient tellement peur des malades qu'ils cachaient un bâton sous leur bureau au cas où... Ce sont ces mêmes employés qui, trois ans après, se feront les ambassadeurs de la cause du malade mental dans la communauté. Un exemple parmi d'autres permet d'illustrer les frictions entre les deux courants de cette communauté : ceux qui sont pour la tolérance, ceux qui sont contre. Encore une fois, les premiers défendront avec conviction les intérêts des patients contre les atteintes des seconds.

Le patron d'un restaurant bien connu de l'Annonciation refuse de servir cinq patients de l'hôpital, qui sont accompagnés d'une infirmière du service de soirée. Quelques jours après, l'affaire est étalée à la une dans un journal régional¹ où l'infirmière relate l'incident. Par la suite, l'essentiel des faits sera porté officiellement à la connaissance des autorités hospitalières. Ce témoignage et cette prise de position d'une infirmière situent très bien la problématique du malade mental dans la société :

«Par un jeudi soir assez froid, cinq clients de l'hôpital et leur monitrice décidèrent d'aller prendre un café au restaurant.

Calmement assis à leurs tables, la serveuse vint

m'annoncer qu'elle ne nous servirait rien sous aucune considération. Ordre du patron (supplément...).

Je lui demandai pourquoi? On me référa à l'assistante-directrice qui me dit que notre argent ne valait rien et qu'elle ne nous servirait pas. Quelle honte, quel manque de respect envers l'être humain. Et dire que ce restaurant sert des clients qui sont en état d'ébriété avancé et qui, à l'occasion, s'amuse à «pogner» les cuisses des serveuses. C'est une grave offense à ma qualité d'infirmière responsable que de sous-estimer ma compétence à juger du choix des clients pouvant sortir accompagnés.

Je suis fortement indignée devant le manque humanitaire de respect apporté à des gens qui ont le droit de vivre et que l'on veut réhabiliter.

Il en est même devenu que l'argent de ces personnes a une odeur et en perd même sa valeur.

En espérant que ces personnes qui manquent de chaleur humaine ne soient jamais aux prises avec une maladie mentale quelconque, car elles devraient combien on a besoin de réconfort.

Et, combien de ces personnes ne seraient pas internées si la société était plus indulgente.

Cela se passait dans un lieu *public*, appelé restaurant...!»

Garde...

Infirmière assistante.

Responsable du service de soirée, 4^{ème} Sud.

Par la suite, dans une lettre envoyée au propriétaire du restaurant, le président du conseil d'administration de l'hôpital fait référence à la loi, assurant l'exercice des droits des personnes handicapées du Québec (Art. 112), et à la charte des droits et libertés de la personne (Art. 15), pour déplorer les comportements discriminatoires envers les malades mentaux ; il menace même de porter plainte à l'Office des handicapés du Québec.

À la manière discriminante de ceux qui refusent de donner aux malades mentaux les mêmes services qu'aux gens normaux, s'oppose l'attitude humaniste d'acceptation. Mais cette lutte est toujours à recommencer. Dans ce cas-ci, un stigmaté détruit les droits d'un individu ; et une fois stigmatisée, cette personne n'est plus tout à fait humaine (Goffman, 1975).

Montréal

Nous retrouvons ce même esprit d'ouverture et de responsabilité sociale chez les travailleurs de la santé, dans les ressources intermédiaires qui s'implantent dans les quartiers résidentiels de l'île de Montréal :

«Ici, c'est un quartier où les gens comprennent beaucoup. C'est des gens humains. Ils comprennent que ces gens-là ont besoin d'un foyer comme les autres. Des fois, je ne le sais pas, moi, les gens qui n'acceptent pas ça, c'est des gens qui ne comprennent pas. Ils ne comprennent pas ce que c'est la maladie mentale. Parce que si quelqu'un a fait une dépression, ça ne veut pas dire qu'il va être agressif et sauter sur tout le monde. Parce que avec les médicaments, aujourd'hui, y fonctionnent bien. Mais dans le quartier, ici, j'ai jamais eu de problème, y ont toujours été bien acceptés».

À 160 kilomètres de distance, les éléments en faveur du malade mental, de la démystification et de la justice sociale émaillent le discours des intervenants.

L'on retrouve également les paramètres courants à propos de la tolérance, soit la division de la population en deux camps, ceux qui sont pour la convivialité avec les malades mentaux et ceux qui veulent les refouler hors de la cité. De plus, il faut noter aussi l'importance de l'impact économique qui place les commerçants parmi les citoyens plus accueillants pour ces nouveaux consommateurs.

Il faut ajouter également que la tolérance épouse à maints égards les contours du monde techn urbain, comme l'anonymat et la stratification des quartiers. Ce sont les voisins immédiats qui sont le plus souvent au courant de la présence des patients désinstitutionnalisés, alors que le quartier dans sa totalité ignore tout de l'expérience de réinsertion sociale. «Comme partout en ville, les gens s'occupent peu de tous leurs voisins». C'est un peu l'indice de la ghettoisation du malade mental au sein de la société. Faut-il le redire à nouveau? Les quartiers populaires, les quartiers où la vie communautaire est à l'honneur, les quartiers à forte concentration d'immigrants sont plus réceptifs à la vie du malade mental en société. Les gens du quartier viennent rencontrer les patients et leur passent des contrats : decapage de meubles, tonte de gazon, etc.

Dans les quartiers résidentiels, les travailleurs de

la santé rivalisent d'imagination pour dédramatiser la présence des «fous» et embarquer les voisins dans le train de la réinsertion sociale. Ainsi, on consulte le curé, les leaders du quartier, les voisins immédiats, le C.L.S.C., les groupes communautaires pour expliquer l'objectif poursuivi par le projet. La population développe vite une attitude de tolérance. Que de voisins font des cadeaux utilitaires à des maisons de réhabilitation, leur apportent des fleurs, viennent enlever gratuitement la neige devant l'entrée! Et pourtant, ce sont surtout les quartiers récalcitrants à la désinstitutionnalisation qui font l'objet de «nouvelles de presse» et de reportages télévisés. On parle abusivement de la réaction négative d'un quartier de l'est de Montréal contre l'installation d'une maison de réinsertion sociale pour ex-détenus. Par contre, on se souvient à peine des luttes juridiques et politiques menées par les propriétaires de foyers d'accueil, le C.S.S.M.M., contre le règlement de zonage de la ville de Pointe-aux-Trembles interdisant l'hébergement de patients psychiatriques dans des quartiers résidentiels (Dorvil, 1984). Et on a définitivement oublié la lutte du maire Trépanier de Granby pour l'ouverture d'un foyer de réhabilitation sociale sur le boulevard Leclerc, un quartier huppé de cette ville.

Tout au long de cet article, nous avons été sensibilisés à la fluidité et à la complexité de la tolérance à l'égard du malade mental. Le rejet et l'isolement dont les malades mentaux (et aussi les handicapés physiques et les déficients intellectuels) font l'expérience constituent le reflet des croyances quant aux menaces qu'ils pourraient faire peser sur l'ordre public. En effet, ce ne sont que des croyances, puisque recherches après recherches (Vinet, 1974; Poupart, 1982) établissent que maladie mentale et dangerosité ne sont pas épistémologiquement liées. Il y a autant sinon plus de comportements agressifs chez le personnel soignant que chez le malade mental. De plus, tout le monde sait que les malades mentaux ne présentent pas de risques plus élevés que la population en général. Le terrain de la tolérance est tellement délicat qu'il ne faut pas le brusquer par des campagnes de publicité à tambour battant. On risque de réveiller le vieux démon de l'intolérance et de stigmatiser davantage le malade mental. Il faut procéder à une sensibilisation par personne interposée, soit à la manière de l'Annonciation, par des travailleurs de la santé et des

leaders de la communauté, soit à la manière en vogue dans certains quartiers montréalais, par l'intermédiaire de groupes communautaires. Les Américains aussi conseillent l'intervention «douce» au lieu de l'action intensive (Baron, 1980). Même si l'industrialisation-urbanisation a fortement polarisé les classes sociales et stigmatisé la différence, on peut compter sur la tolérance traditionnelle de la population qui remonte au début de la colonisation. La chaleur humaine entourant Ti-Coune dans le téléroman *Le temps d'une paix* en est une preuve éloquente. Et, à ce niveau, l'existence, la reconnaissance et le financement adéquat des ressources intermédiaires, des groupes alternatifs et communautaires s'avèrent un atout capital, ne serait-ce que pour accompagner les premiers pas du psychiatrisé qui retourne dans la communauté. C'est là une condition *sine qua non* de l'acceptation du malade mental dans la communauté. Au contraire, selon la conclusion heureuse d'une expérience américaine en Virginie (Peterson, 1986), c'est la performance réalisée par les patients désinstitutionnalisés à travers des programmes de réinsertion sociale (travail et apprentissage des habiletés sociales) qui contribue le plus à changer les attitudes négatives de la communauté à l'égard du malade mental et à prévenir les réhospitalisations. Rappelons, à cet égard, notre définition du début, à savoir que la déviance réside non seulement dans le comportement étiqueté mais aussi dans la réaction du système immunitaire social. Bref, l'acceptation du malade mental plonge ses racines dans tout ce que l'Occident a inventé en termes d'entraide communautaire, dans ses valeurs fondamentales qui s'énoncent ainsi (Plante, 1985).

«Qu'est-ce que je peux faire pour le bien de...»

«Mon enfant, mes parents...»

«Mon ami, mon concitoyen...»

Dans ces conditions... humaines, l'éloge de la folie deviendra tout simplement l'éloge de la différence pour l'avènement d'une société plurielle.

NOTE

1. Les références aux données d'archives, de journaux et d'entrevues pour cette section sont tirées de ma thèse de Ph.D., voir références bibliographiques.

RÉFÉRENCES

- AIRD, G., AMYOT, A., 1980, La psychiatrie communautaire, in Lalonde, P., Gruenberg, F.J., eds, *Psychiatrie clinique. Approche contemporaine*, Chicoutimi, Gaëtan Morin Éditeur, 857-875.

- BARON, R.C., 1980, L'intolérance au retour du malade mental : Données du problème et solution, *Transitions*, n° 3, 58-68.
- BARRY, F. 1983, Familles et domesticité féminine au milieu du XVIII^{ème} siècle, in Fahmy-Eid, N., ed., *Maîtresses de Maison, Maîtresses d'École, Famille et Éducation*, Montréal, Boréal Express, 225-235.
- BECKER, H., 1985, *Outsiders — Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions A.M. Métailié.
- BENTZ, W.K., EDGERTON, J.W., 1971, The consequence of labeling a person as mentally ill, *Social Psychiatry*, 6, 29-33.
- BOZZINI, L., 1986, L'expérience de l'Italie, in Corin, E. et al., eds, *Sortir de l'asile?*, Avis C.S.M.Q., Les Publications du Québec, Gouvernement du Québec, 229-301.
- CELLAR, A., NADON, D., 1986, Ordre et désordre : Le Montréal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec, *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 39, n° 3, 345-367.
- DEAR, J.M., TAYLOR, S.M., 1982, *Not on our street : Community Attitudes to Mental Care*, London, Pion, 180 p.
- DESFONTAINES, P., 1953, Le rang, type de peuplement rural du Canada français, in Rioux, M. et al., eds, *La Société Canadienne-Française*, Montréal, Éditions H.M.H., 19-43.
- DORVIL, H., 1984, *Pour une politique des ressources alternatives à l'hôpital Louis-H. Lafontaine*, Document inédit, 30 p.
- DORVIL, H., 1984, Les ressources alternatives au C.H. Louis-H. Lafontaine, *Administration Hospitalière et Sociale*, novembre-décembre, 31-41.
- DORVIL, H., 1986, *La représentation sociale de la maladie mentale dans une région voisine d'un hôpital psychiatrique du Québec*, Thèse de Ph.D., Département de Sociologie, Université de Montréal, 351 p.
- ELKAIM, M., 1977, *Réseau alternatif à la psychiatrie*, Paris, Union Générale d'Éditions, 442 p.
- ESTROFF, S.E., 1987, No more young adult chronic patient, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, n° 1, 5.
- FAULKNER, W., 1985, *Tant que j'agonise*, Paris, Folio n° 302.
- FOUCAULT, M., 1961, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon.
- GENTILI, C., COPPO, P., 1983, L'apport de quelques considérations ethno-psychiatriques à l'idée de normativité, *Perspectives Psychiatriques*, V, n° 94, 353-356.
- GOFFMAN, E., 1968, *Asiles*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOFFMAN, E., 1975, *Stigmata (Les visages sociaux des handicapés)*, Paris, Éditions de Minuit, Coll. Le Sens Commun, 15 p.
- GOULD, P., WHITE, R., 1974, *Mental Maps*, New York, Baltimore, Penguin Books Inc., 203 p.
- HOGART, R., 1970, *La culture du pauvre*, Paris, Éditions de Minuit, 420 p.
- JULEN, R., 1982, Le problème des agressions en milieu psychiatrique, *Objectif Prévention*, Montréal, 2-4.
- LAMONTAGNE, Y., ELIE, R., GAYDOS, S., 1984, L'attitude des Montréalais devant la maladie mentale, une enquête d'opinions, *L'Union Médicale du Canada*, 113, n° 5, 346-350.
- LANGLOIS, L., 1975, *Attitudes envers les malades mentaux qui vivent hors de l'hôpital psychiatrique*, Projet de recherche R.S. 150, Ministère des Affaires sociales, Québec, 148 p.
- LOPEZ, G., JACOBSON, E., 1974, The effects of institutionalization on intelligence, *American Journal of Community Psychiatry*, 2, 387-391.
- MANNONI, M., 1979, *Les raisons de la folie*, Adout, J., ed., Paris, Flammarion, 112.
- MELANSON-OUELLET, A., 1980, *Étude sur la connaissance et les perceptions des services psychiatriques au Québec*, E.E. 053-80, Ministère des Affaires sociales, 185 p.
- MURPHY, H.B., 1966, Community variables and the prevalence of schizophrenia, *Transcultural Psychiatric Research*, III, 5.
- PARADIS, A., et al., 1977, L'émergence de l'asile québécois au XIX^{ème} siècle, *Santé mentale au Québec*, II, n° 2, 10.
- PETERSON, C.L., 1986, Changing community attitudes toward the chronic mentally ill through a psychosocial program, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, n° 2, 180-183.
- PLANTE, M. 1985, *L'intervention en santé mentale : Du modèle institutionnel vers le modèle écologique*, Direction Générale de la Santé, Ministère des Affaires sociales, 98 p.
- POUPART, J., 1982, L'expertise de la dangerosité, *Criminologie*, XV, n° 2, 7-25.
- SANTERRE, R., 1986, Vieillir au Québec hier et aujourd'hui, in *Ouvrage Collectif, La Morphologie Sociale en Mutation au Québec*, Montréal : Cahiers de l'ACFAS, 247-266.
- SCHERL, D.J., MACHT, L.R., 1979, Deinstitutionalization in the absence of consensus, *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 599-604.
- SEGAL, S.P., 1980, Neighbourhood types and community reaction to the mentally ill : A paradox of intensity, *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 345-359.
- SMITH, C.J., 1981, Hospital proximity and public acceptance of the mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, n° 3, 178-180.
- VIGNE, E., 1982, La naissance de la marginalité (entretien avec Roger Chartier), *L'Histoire*, n° 43, 106-111.
- VINET, A., 1974, *Un asile psychiatrique au Québec : institution et signification de la maladie mentale*, Thèse de doctorat, Département de Sociologie, Université Laval, 234 p.
- WALLOT, H., 1980, A view on the socio-political history of psychiatric case in French Canada with particular reference to Québec asylums, *Social Science and Medicine*, 14A, 485-494.

SUMMARY

This article is divided into three parts. First of all, the author examines our level of tolerance concerning mental patients from a historic perspective and defines the issue. Secondly, the author identifies five variables to explain the idea of tolerance: ethnic origin, social class, sex, age and urban-rural milieu. Thirdly, he presents two case studies, carried out in Annonciation and Montreal, that show a shift towards a more positive attitude with regard to mental patients.