

Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie)

The deinstitutionalization process in the United States (Part 1)

Yves Lecomte

Volume 13, numéro 1, juin 1988

La réinsertion sociale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030424ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030424ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lecomte, Y. (1988). Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie). *Santé mentale au Québec*, 13(1), 34-47.
<https://doi.org/10.7202/030424ar>

Résumé de l'article

Dans ce premier article, l'auteur analyse les conditions socio-économico-politiques qui ont permis que 78,5% des lits asilaires américains soient fermés en 30 ans. Il démontre ensuite comment le gouvernement des États-Unis a utilisé les mesures législatives et fiscales pour réaliser sa politique de désinstitutionnalisation, politique également influencée par les luttes légales menées par les psychiatisés et leurs défenseurs.

Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie)

Yves Lecomte*

Dans ce premier article, l'auteur analyse les conditions socio-économico-politiques qui ont permis que 78,5% des lits asilaires américains soient fermés en 30 ans. Il démontre ensuite comment le gouvernement des États-Unis a utilisé les mesures législatives et fiscales pour réaliser sa politique de désinstitutionnalisation, politique également influencée par les luttes légales menées par les psychiatisés et leurs défenseurs.

« Notre système d'hôpitaux psychiatriques d'État dessert un nombre de plus en plus réduit de personnes et à un coût sans cesse croissant. » (notre traduction) (Beal in Ashbaugh et Bradley, 1979, 105).

En 1958, le Dr H.C. Solomon, président de l'Association américaine de psychiatrie, porte un jugement très sévère sur le système asilaire américain, dont il recommande le démantèlement :

« Le grand hôpital psychiatrique est vétuste, démodé, et il sera bientôt devenu désuet ... Je ne peux concevoir qu'une évaluation actuelle de nos hôpitaux psychiatriques, effectuée avec un minimum d'objectivité, puisse éviter de conclure à leur faillite irrémédiable. Je crois donc en la nécessité de démanteler nos grands hôpitaux psychiatriques et ce, dans le plus bref délai, en procédant toutefois dans l'ordre et par étapes. » (notre traduction) (Solomon, 1958, 7).

En d'autres mots, le responsable de cette influente association préconise une réforme en profondeur du système asilaire, pivot des services de santé mentale aux États-Unis, et indique la voie des changements : la désinstitutionnalisation.

Au cours des 25 années subséquentes, le système asilaire subit une transformation d'une ampleur telle que les hôpitaux d'État et de comté (State and County

Hospitals) voient le nombre de leurs résidents réduit substantiellement, soit de 558,992 en 1955 à 120,000 en 1985 (Bachrach, 1986). Comment s'est opérée cette décroissance de 78,5 % sur une période de 30 ans ? sera l'objet d'un premier article. Plus précisément, nous élaborerons une définition de la désinstitutionnalisation, analyserons les hypothèses qui expliqueraient son avènement pour ensuite décrire en détails comment elle a été mise en place. Ensuite, dans un deuxième article, nous répondrons aux questions suivantes : que sont devenus les anciens patients des hôpitaux psychiatriques ? Où résident-ils ? Quels problèmes cette diminution du taux d'occupation asilaire a-t-elle engendrés et quelles solutions ont été proposées pour les résoudre ?

Une définition

La désinstitutionnalisation est une politique d'humanisation des soins dispensés à des personnes souffrant de troubles mentaux chroniques, qui consiste à réintégrer dans la collectivité les patients psychiatriques déjà hospitalisés et à maintenir dans leur environnement naturel les autres citoyens atteints de problèmes mentaux. La désinstitutionnalisation n'est pas un mode de traitement, mais une politique de la société destinée à assurer un traitement humain et équitable à l'ensemble des citoyens dans leur milieu de vie.

Les origines de la réforme

Entre les années 1940 et 1960, le milieu de la santé mentale aux États-Unis est en ébullition. Les criti-

* L'auteur, m.a., m.ps., est thérapeute au Centre de santé mentale, clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Saint-Luc. Il remercie madame Isabel Ferreira, messieurs Denis Maheu et Pierre Duchesneau de la bibliothèque de l'Hôpital Saint-Luc pour leur aide technique dans la réalisation de cet article.

ques du système asilaire fusent de toutes parts et un nombre croissant de groupes exigent des réformes. Les pressions exercées par ces divers partenaires mènent finalement au *Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act of 1963*. Cette loi marque le début de la réforme des services de santé mentale.

Quatre hypothèses sont formulées sur les origines de cette réforme: l'alliance des libéraux et des conservateurs, la transformation des mentalités, la création d'un oligopole (ou le complexe bureaucratique-professionnel) et le contrôle social.

L'alliance des libéraux et des conservateurs

Cette hypothèse voit la réforme comme le résultat de la coalition de deux tendances habituellement opposées: les réformateurs libéraux et les conservateurs. Les premiers souhaitent une aide accrue de la société aux citoyens démunis, et les deuxièmes sont animés d'une volonté de réduire les charges fiscales inhérentes au fonctionnement asilaire (Bachrach, 1976).

Sur la base d'études sociologiques et psychiatriques menées dans les années 50 (Goffman, 1961; Stanton et Schwartz, 1954; Belknap, 1956), les libéraux accusent les asiles d'être des institutions totalitaires, déshumanisantes, antithérapeutiques ainsi que des lieux de détention pour les indésirables qui engendrent la névrose institutionnelle (Barton, 1959). Même si les critiques qualifient les asiles de lieux d'exercice du contrôle social, elles ne souhaitent toutefois pas leur disparition mais leur transformation en un milieu plus thérapeutique. De nombreuses expériences tentées au cours de cette décennie alimentent l'espoir que les patients peuvent changer et s'améliorer (Lecomte et Tourigny, 1983).

De leur côté, les éléments conservateurs, alarmés par l'éventualité d'une faillite du système asilaire, se laissent gagner par les arguments des libéraux selon lesquels l'acceptation de leurs propositions de réforme peut entraîner une réduction des coûts du système asilaire. La conjugaison des efforts de ces deux tendances opposées et leur alliance mènent à la réforme de 1963 dont il a déjà été question plus haut.

La transformation des mentalités

Formulée par Rochefort (1983), cette hypothèse exprime l'idée qu'une transformation de la percep-

tion du malade mental s'opère de 1940 à 1960 dans les milieux intellectuels, professionnels et populaires, et prépare le terrain à une modification de la politique en santé mentale.

Des objecteurs de conscience qui résident pendant la guerre dans des asiles psychiatriques découvrent ainsi les conditions de vie des patients. Ils lancent une campagne de dénonciation du sort réservé aux malades mentaux, qui reçoit un accueil favorable dans les médias d'information de l'époque et provoque la prise de conscience, par les professionnels et les citoyens, des mauvais traitements infligés aux patients psychiatriques.

Dans les milieux professionnels, les méthodes psychiatriques 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. La conception de la maladie mentale se modifie progressivement. On ne la voit plus comme un problème strictement psychologique mais aussi social, et on considère que la responsabilité du traitement de la maladie mentale devrait incomber au gouvernement fédéral.

L'opinion publique adopte cette nouvelle conception de la maladie mentale. Alertés par le rejet de nombreux candidats au recrutement militaire, dû à des problèmes psychiatriques, et par les constatations des milieux professionnels sur l'ampleur des problèmes de maladie mentale existant au sein de la population, des citoyens s'engagent dans la lutte pour la transformation de l'asile et décident d'aider les malades mentaux. Des enquêtes menées dans les années 50 démontrent que le public comprend mieux la maladie mentale, fait preuve d'une plus grande tolérance à son égard et envisage avec plus d'optimisme l'avenir des malades mentaux. Des groupes préconisent la sortie des patients des hôpitaux et les associations de bénévoles prolifèrent (en 1960, il y a 800 associations et un million de bénévoles). La perception du malade mental par le public évolue donc substantiellement durant cette période, et ce changement des mentalités permet alors d'envisager une réforme de la politique de santé mentale.

La création d'un oligopole (ou le complexe bureaucratique-professionnel)

Foley (1975) attribue l'émergence de cette nouvelle politique de santé mentale à l'existence d'un oligopole de professionnels qui a exercé, entre 1940 et 1960, un lobbying très efficace auprès du Congrès américain et du gouvernement fédéral.

À la suite à la création, en 1946, du National Institute of Mental Health (N.I.M.H.), un groupe de professionnels en prend la direction et le contrôle; il constitue un puissant oligopole dont les décisions seront déterminantes pour l'avenir du système de santé mentale. Ainsi, cet oligopole finance des recherches sur les médicaments qui facilitent le maintien des patients dans la communauté et il encourage la formation de psychiatres à l'approche sociale par l'octroi de subventions pour des services communautaires à la population et ce, même si le Congrès américain s'oppose à un tel financement. Il suscite parmi les membres du Congrès américain un préjugé favorable à l'orientation communautaire et négocie avec les États afin d'obtenir leur participation au financement de ces activités. De plus, ces professionnels mobilisent, entre 1946 et 1955, leur réseau de relations sociales et professionnelles pour une campagne de sensibilisation de la population et du Congrès à la nécessité de mettre en œuvre un programme national de santé mentale, dans lequel la dimension communautaire jouera un rôle clé. Ce travail aboutit en 1955 à la création d'une commission d'enquête, *The Joint Commission on Mental Illness and Health*, qui a pour tâche d'étudier le système de santé mentale américain. Cet oligopole jouera un rôle décisif au sein de cette commission, qui lui attribue le mandat de désigner le président et l'admet à participer aux tractations des membres de cette commission.

Grâce à sa participation au processus décisionnel, et aux appuis dont il dispose au Congrès et au gouvernement fédéral, cet oligopole peut alors se consacrer à la réalisation de son objectif: créer des services communautaires sous l'égide d'un centre de santé mentale communautaire. Pour ce, il entreprend une négociation très serrée avec ses plus puissants partenaires (American Medical Association, American Psychiatric Association, Congrès américain et membres du gouvernement fédéral), afin de réduire leurs réticences et leurs exigences. Par exemple, pour que les hôpitaux d'État acceptent la création des Cen-

tres de santé mentale communautaire (lancés en phase expérimentale à l'aide de subventions du N.I.M.H.), cet oligopole leur propose de devenir, complètement ou en partie, de tels centres ou de s'y associer. Il accepte aussi, si nécessaire, de reculer sur certains points afin de gagner des appuis (il abandonne en 1963 sa proposition de financer l'engagement de professionnels dans ces centres parce que l'American Medical Association y voyait un moyen indirect de socialiser la médecine). Ces négociations portent finalement fruit en vertu d'un compromis entre les tenants de la santé publique et ceux d'un modèle médical axé sur le développement simultané de services de soins individuels dans les milieux asilaire et communautaire, à l'aide du financement du gouvernement fédéral (ce compromis occasionnera plus tard des conflits d'ordre fiscal entre les deux tendances). Donc, en vertu de sa position et de jeux politiques, cet oligopole a pu atteindre son objectif: susciter l'adoption par le Congrès américain des mesures inspirées de sa philosophie communautaire.

Les nouveaux modes de contrôle social

Formulée par Scull (1977), cette hypothèse s'énonce comme suit: la désinstitutionnalisation est une nouvelle forme de contrôle social qui correspond au stade actuel de développement de l'économie capitaliste.

Depuis la seconde guerre mondiale, les anciens modes ségrégatifs de contrôle social s'avèrent de plus en plus coûteux et difficiles à justifier avec l'avènement de l'État providence, dont les nouveaux programmes sociaux fournissent un soutien alternatif aux malades mentaux et ce, à un coût inférieur au coût de fonctionnement de l'institution asilaire. Il devient même impérieux d'abandonner le contrôle social institutionnel car « it's phaseout before we go bankrupt » (Greenblatt, 1974).

La solution réside dans la modification des formes de contrôle social par le transfert, par le biais de la fiscalité, de la responsabilité des États sur les marginaux (Social Junk) (Scull, 1978) à des systèmes privés d'assistance qui sont moins onéreux que le système public. Ce transfert s'effectue par des mesures légales, fiscales et législatives. Quelles sont ces nouvelles formes de contrôle social et par qui sont-elles mises en œuvre?

Les nouvelles formes de contrôle social

Le contrôle social prend trois nouvelles formes : la transinstitutionnalisation, la curatelle et l'élargissement du réseau de contrôle des populations marginales par le catalogage.

La transinstitutionnalisation est le transfert des patients d'institutions financées par les États et les comtés vers des établissements tels que les centres d'accueil (nursing homes) ou les chambres et pension (board and care homes). Ces résidences sont gérées par des entrepreneurs qui assurent le logement, l'alimentation et l'habillement en contrepartie de prestations de sécurité sociale (reçues de la clientèle) ou de primes d'assurance. L'expansion de la transinstitutionnalisation est rendue possible par l'application de mesures politiques et économiques de soutien de ces résidences.

Ces résidences peuvent être administrées par des organismes à caractère public ou privé, le choix du mode de gestion dépendant des avantages comparatifs des deux formules. Ainsi, de 1964 à 1973, on observe une diminution de la proportion du budget total des centres d'accueil consacrée aux institutions à but lucratif, puisque ce pourcentage passe de 81,7 % à 73,8 %. D'autre part, la proportion du budget total consacrée aux institutions sans but lucratif s'accroît de 13 à 19,7 % au cours de la même période. Cette augmentation s'explique par les avantages financiers favorisant cette dernière option.

Par la deuxième mesure, la curatelle, un certain nombre de patients incapables de gérer eux-mêmes leurs biens sont pris en charge et souvent placés dans les établissements de contrôle social mentionnés précédemment. Enfin, le désir des institutions du secteur public de conserver leur rôle de contrôle social (la raison d'être de leur existence), entraîne l'élargissement des pratiques de contrôle. Ainsi, le catalogage accru des populations qui vivent des difficultés permet la définition de nouvelles clientèles, auparavant négligées, qui sont susceptibles de recourir aux diverses institutions.

L'« entrepreneurship »

Ce contrôle social est dorénavant exercé par un nouvel « entrepreneurship » : l'entrepreneurship par programme dans le secteur public ; l'entrepreneurship à but lucratif dans le secteur privé ; et l'entrepreneurship professionnel à but lucratif comporte à la

fois des activités par programme et des activités lucratives.

L'entrepreneurship par programme est florissant dans le secteur public car il permet aux institutions et aux États de se partager des sommes considérables provenant des fonds publics et d'assurer ainsi leur survie ou l'expansion de leurs activités.

L'entrepreneurship à but lucratif réalise ses profits en touchant des prestations d'assistance sociale fédérale ou des prestations d'assurances privées qui financent le coût des soins aux déviants. Ces entreprises peuvent être la propriété d'un individu, d'une corporation ou de partenaires.

L'entrepreneurship professionnel comprend trois modèles différents : des psychiatres, propriétaires d'une institution ou actionnaires minoritaires, adoptent le mode de fonctionnement propre à une entreprise à but lucratif ; d'autres, tout en étant propriétaires de l'institution, y travaillent comme professionnels ; enfin, certains autres ne font qu'exercer leur profession en tant qu'employés de ces institutions.

Des conflits d'intérêts peuvent surgir, par exemple, lorsque des psychiatres sont à la fois propriétaires d'un hôpital psychiatrique et professionnels pratiquant dans ce même hôpital. Certains exerceront leurs fonctions à la clinique externe et seront rétribués par les patients sur une base tarifaire. Ils pourront aussi offrir d'autres formes de thérapie à des clients subventionnés par le secteur public et obtenir ainsi des honoraires additionnels de ce secteur. Enfin, ces psychiatres peuvent décider de l'occupation des lits vides en hospitalisant certains de leurs patients de la clinique externe qui attendent leur hospitalisation. Ils maximisent ainsi les possibilités de rémunération offertes par les institutions (Warren, 1981).

Par ces nouvelles formes de contrôle social, l'État atteindra son objectif, à savoir réduire l'accroissement des coûts à un rythme acceptable tout en contrôlant ses populations : « le taux global d'institutionnalisation par 100.000 habitants aux États-Unis est plus élevé en 1970 qu'en 1950 » (Teknekron, 1978).

Le processus

Le processus de la désinstitutionnalisation se caractérise par une série d'ajustements continuels aux niveaux législatif, légal et fiscal (cf. tableau 1).

TABLEAU 1
Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis

Années	Mesures légales	Mesures fiscales	Commissions présidentielles et rapports d'enquête	Mesures législatives	Nombre de résident(e)s en asile
1946		PL 725		PL 487	
1947					
1948					
1949					
1950					
1951					
1952					
1953					
1954					
1955			The Joint Commission on Mental Illness and Health	PL 182	558922
1956				PL 911	
1957					
1958					
1959					
1960			Action for Mental Health		535540
1961					
1962		PL 87-543			
1963				PL 88-164	
1964				PL 89-105	475202
1965		PL 89-156 PL 89-97			
1966	R. v. C. L. v. C.				
1967				PL 90-31	
1968					
1969					
1970	A.H. v. V. of T.			PL 91-211	317619
1971					
1972	W. v. S. L. v. S. S. v. B.	PL 92-603			
1973				PL 93-112 PL 93-45	
1974	C. of W. P. v. F. V. of B. T. v. B.				
1975	D. v. D. Willowbrook	PL 93-647		PL 94-63	189674
1976	D. v. W.				
1977			Returning the Mentally Disabled to the Community	Community Support System	
1978			The President's Commission on Mental Health	PL 95-622	
1979	R. v. O.			PL 96-398	132200
1980		PL 96-265	Toward a National Plan for the Chronically Mentally Ill		
1981				PL 97-35	
1982					
1983					
1984					
1985					120000

1^{ère} PÉRIODE: 1955-65
DIMINUTION DE 12.3 %

2^e PÉRIODE: 1965-75
DIMINUTION DE 53.8 %

3^e PÉRIODE: 1975-85
DIMINUTION DE 12.4 %

Les mesures législatives

Quatre lois importantes consacrent la nouvelle politique de santé mentale. Ce sont : The Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act de 1963 ; The Community Mental Health Centers Amendments de 1975 ; The Mental Health Systems Act de 1980 ; The Omnibus Budget Reconciliation Act de 1981.

The Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act

Le 31 octobre 1963, le président Kennedy signe l'adoption d'une loi (PL 88-164) qui alloue des crédits à la construction de 145 Centres de santé mentale communautaire. Ces centres seront la pierre angulaire des services de santé mentale et permettront aux patients des asiles de réintégrer leur communauté (Musto, 1983).

Cette loi est l'aboutissement d'un cheminement de 17 ans. Après la seconde guerre mondiale, le gouvernement fédéral décide de s'engager progressivement dans le domaine de la santé mentale par le financement de projets de recherche et de nouveaux modes de traitement en vertu du pouvoir que lui confère le National Mental Health Act de 1946 (PL-487). Ainsi, entre 1946 et 1962, le National Institute of Mental Health (N.I.M.H.), qui coordonne l'application de ces programmes, finance 3000 projets de recherche, 1500 projets de formation de professionnels et 400 projets de cliniques de santé mentale communautaire, créant ainsi les conditions de la mise sur pied des futurs centres.

Incité à poursuivre la réforme, le gouvernement fédéral vote en 1955 le Mental Health Study Act (PL-182) qui institue une commission d'enquête, The Joint Commission on Mental Illness and Health, pour étudier en profondeur le système de soins en santé mentale.

En 1961, la commission publie un rapport-synthèse intitulé *Action for Mental Health*, dans lequel elle recommande la conversion du système hospitalier psychiatrique (state hospitals) en un milieu thérapeutique où seront dispensés des services aux malades les plus gravement atteints, et la création de cliniques de santé mentale devant fournir des soins cliniques communautaires dans chaque secteur comptant au plus 50,000 habitants ; et « réduire le besoin ressenti par de nombreuses personnes qui sont aux prises avec des problèmes de maladie mentale,

d'une hospitalisation prolongée ou répétitive. » (notre traduction) (p. 262).

La mise en application de ce rapport donne lieu à de multiples tractations entre les divers partenaires de la santé mentale et aboutit à la loi PL 88-164 (Foley, 1975) autorisant la construction de centres de santé mentale communautaire.

Les organismes intéressés à créer de tels centres doivent, pour être éligibles au financement prévu dans cette loi, satisfaire aux conditions suivantes : présenter un plan prévoyant l'institution de cinq services obligatoires : soins ambulatoires, hospitalisation, urgence 24 heures sur 24, consultation et formation et hospitalisation partielle. L'inclusion de cinq autres services est également souhaitée mais non obligatoire : évaluation, réadaptation et traitement pour les anciens patients des asiles psychiatriques, ainsi que recherche, formation et supervision des stagiaires.

Les coûts d'opération de ces services doivent être assumés par d'autres sources que le gouvernement fédéral (ce n'est que partie remise car deux ans plus tard, ils seront en grande partie supportés par ce palier de gouvernement).

L'analyse de ce plan de services révèle une lacune qui aura des conséquences désastreuses pour beaucoup de patients chroniques : les services destinés aux patients asilaires ne sont pas obligatoires.

Community Mental Health Centers Amendments

Entre 1963 et 1973, l'adoption de quatre autres lois (PL 89-105 en 1965 ; PL 90-31 en 1967 ; PL 91-211 en 1970 ; PL 93-45 en 1973) fournira les crédits nécessaires à la construction et au fonctionnement de ces centres.

L'allocation de ces sommes aurait dû créer dans ces centres de santé mentale des conditions propres à favoriser l'administration de soins adéquats aux patients asilaires. Or, les critiques de la politique de désinstitutionnalisation des malades mentaux chroniques se font de plus en plus vives à partir de 1970, divers facteurs ayant empêché les centres de santé mentale communautaire de jouer le rôle que les partenaires institutionnels et politiques voudraient leur voir assumer (Chu et Trotter, 1974). En réponse à ces critiques, des amendements à la loi de 1963, intitulés Community Mental Health Centers Amendments of 1975 (PL 94-63), sont finalement apportés le 29 juillet 1975.

Cette loi édicte des normes qui éliminent les placements institutionnels injustifiés, créent des alternatives à ces placements et dans les cas où le maintien en institution est jugé approprié, améliorent la qualité des soins dispensés aux patients dans ces institutions.

Ainsi, en plus des cinq services essentiels prévus antérieurement, la loi oblige les Centres à offrir sept autres services : services spécialisés pour les enfants et les personnes âgées ; consultation auprès des tribunaux et des agences publiques pour l'évaluation des individus en attente d'admission dans les hôpitaux d'État ; continuité de soins pour les patients suivis après leur sortie d'une institution de santé mentale ; maisons de transition pour les patients qui reçoivent leur congé d'une institution de santé mentale ; assistance des alcooliques et des toxicomanes.

Cette loi tente donc d'éliminer les injustices causées aux patients chroniques et incite les centres à dispenser des services essentiels à l'état psychique de ces patients. Toutefois, l'aide financière allouée est insuffisante pour la réalisation des objectifs de ces centres.

Mental Health Systems Act

L'adoption de la loi PL 94-63 ne mettra pas fin aux critiques de la politique de désinstitutionnalisation. Par exemple, le General Accounting Office (G.A.O.) (1977) mentionne que les Centres n'ont pas fait diminuer les premières admissions dans les hôpitaux d'État, ni fourni des services de soins continus aux personnes sorties de ces institutions, ni développé un système coordonné pour les malades mentaux. Ils auraient plutôt dispensé des soins à des individus sains mais insatisfaits de leur vie (Scherl et Macht, 1979).

Pour répondre aux critiques sur ses programmes de Centre de santé mentale, le N.I.M.H. lance en 1977 un programme pour les malades chroniques : le système de soutien communautaire (Community Support System) destiné à aider les patients chroniques à vivre dans la communauté (Turner et Ten Hoor, 1978). Ce programme servira de modèle à la Commission présidentielle que le président Carter crée durant la même année pour analyser les problèmes soulignés par le G.A.O., et réévaluer les besoins en santé mentale. Cette Commission remet, le 15 février 1978, divers rapports dont l'un intitulé *The Institutionalization, Rehabilitation and Long-*

term Care, dans lequel la Commission conclut que le système en vigueur n'a pas favorisé une qualité de vie adéquate pour les patients chroniques ni des services appropriés à leur condition. La Commission note que des milliers de personnes demeurent à l'hôpital en raison de l'absence d'alternatives communautaires ; que des milliers de patients reçoivent leur congé des hôpitaux sans une préparation adéquate et que des milliers d'autres sont réinstitutionnalisés dans des centres d'accueil ou des chambres et pension dont les conditions d'hébergement s'apparentent aux conditions existant dans les asiles et qui sont de qualité inférieure à celles offertes par les hôpitaux. Elle conclut en recommandant de définir comme priorité nationale la satisfaction des besoins de cette clientèle.

À la suite du dépôt de ce rapport, le président Carter fait voter la loi 95-622 en 1978 pour reconduire le financement des Centres, et entreprend une action législative qui, après de multiples discussions et compromis entre les divers partenaires, mène à l'adoption le 7 octobre 1980 du Mental Health Systems Act (PL 96-398) (Foley et Sharfstein, 1983).

Cette loi renferme notamment les constatations suivantes :

« Le processus de transfert ou de relocalisation, dans leurs communautés naturelles, des malades mentaux chroniques dont les placements institutionnels étaient injustifiés ou inappropriés, ne s'est pas toujours accompagné d'un processus assurant à ces personnes les services de santé mentale et de soutien nécessaires à leur vie dans la communauté. » (notre traduction)

« Un ensemble complet et coordonné de services publics et privés adéquats de santé mentale et de soutien accessible dans des zones géographiques à toutes les personnes qui en ont besoin, et basés sur la coopération de tous les partenaires, aux niveaux local, étatique et fédéral, demeure le moyen le plus efficace et le plus humain de dispenser à la majorité des malades mentaux les soins de santé mentale et le soutien requis par leur état. » (notre traduction)

Cette loi consacre la priorité à la santé mentale communautaire et aux services destinés aux groupes les plus vulnérables notamment les patients chroniques ; elle établit que les Centres de santé mentale doivent accorder une attention spéciale aux patients chroniques et offrir à leur clientèle les 12 services

obligatoires énoncés en 1975 ; elle redéfinit les rôles respectifs du fédéral, des États et des communautés locales dans la gestion des services mis sur pied par le fédéral en remettant aux États la responsabilité de ces Centres et des autres programmes de santé mentale par l'intermédiaire d'une agence ; elle accroît les exigences de planification et d'imputabilité des services mis sur pied à l'aide de fonds publics (par exemple, les États qui désirent assurer la gestion exclusive des fonds fédéraux doivent satisfaire à certains critères afin d'améliorer le traitement et les soins dispensés aux malades mentaux chroniques) ; elle favorise des relations plus étroites entre les établissements qui offrent des soins de santé mentale et de santé en général, et les programmes de prévention de la maladie mentale ; et elle met l'accent sur les droits des patients (15 de ces droits sont inscrits dans la loi).

Deux mois plus tard, un volumineux rapport du Department of Health and Human Services Steering Committee on the Chronically Mentally Ill (1980) énumérera les nombreux besoins et services dont a besoin cette clientèle, et quantifiera le coût de ces services à plus de \$15 milliards.

Omnibus Budget Reconciliation Act

Le changement de l'administration américaine consécutif aux élections du 29 janvier 1981 viendra contrecarrer la mise en application de la loi 96-398. L'équipe Reagan propose plutôt un changement d'orientation qui va à l'encontre de ce qui avait été fait à ce jour. La volonté politique d'améliorer les soins donnés aux malades mentaux n'existe plus.

Le 13 août 1981 est votée la loi PL 97-35 (Omnibus Budget Reconciliation Act). Cette loi réduit de 25 % le montant des subventions fédérales accordées aux États pour les services de santé mentale, entre autres les Centres, et modifie complètement la loi de 1980, sauf en ce qui a trait aux droits des patients. La loi renforce le pouvoir de contrôle des États sur les programmes de santé mentale, au détriment du gouvernement fédéral dont le rôle se résume dorénavant à celui de simple transmetteur de fonds des États. Quant à ces derniers, ils peuvent maintenant signer des contrats avec des agences publiques ou privées en vue de la mise sur pied de services pour les patients chroniques. Les modèles de relation entre les États et les Centres de santé mentale communautaire varieront à l'avenir d'un État à l'autre. Le

changement d'orientation du gouvernement fédéral est donc radical.

Pour mesurer l'ampleur de ce changement, prenons pour exemple le mode de financement. Depuis leur création les Centres de santé mentale communautaire sont classés comme un programme par catégorie (categorical program). Ce type de programmes répond à la nécessité du gouvernement fédéral d'intervenir en faveur de groupes spéciaux ou de leur fournir des services lorsqu'ils n'en reçoivent pas. Il constitue la garantie que les besoins des populations spéciales sont satisfaits par le fédéral. Il comprend en outre le plus souvent des services légaux et de défense des droits axés vers une réforme structurelle qui puisse favoriser ces populations, et se concentre sur les besoins nationaux. Il tend à créer des situations administratives stables et des collèges électoraux puissants. Ce programme a une imputabilité très forte et doit répondre à des exigences fédérales.

La loi 97-35 privilégie le programme de financement par subvention globale (ainsi 25 programmes dont celui des Centres de santé mentale sont regroupés sous 4 ou 5 programmes de subvention globale : Frazier et Parron, 1986). Le changement est majeur car ce programme comporte des objectifs plus larges, réduit les demandes d'imputabilité et transfère les fonds fédéraux directement aux États et aux autorités locales. Ce programme exige en effet moins de contrôle de la part du fédéral et permet l'allocation des subventions fédérales, par les autorités étatiques et locales, à des programmes aux buts et objectifs plus larges.

Le motif invoqué pour justifier ce changement est que les gouvernements d'État et locaux sont plus proches des gens dans le besoin, et savent mieux où et comment les ressources doivent être allouées. Mais, dans les faits, le programme de subvention globale sert surtout à réduire les budgets consentis par le gouvernement fédéral.

Ce changement d'orientation annonce des jours sombres pour les malades mentaux chroniques. En effet, le financement par subvention globale comporte une réduction des fonds alloués, ce qui risque d'entraîner également une diminution des services offerts aux patients chroniques d'autant plus que les États connaissent en ces années 80 une crise financière importante. Cette réduction s'accompagne aussi de compressions budgétaires dans les programmes sociaux fédéraux qui vont accroître la détérioration des conditions de vie des malades chroniques (La

Presse signalait, en 1987, l'existence de 3 millions de sans-abri aux États-Unis, dont une bonne proportion souffrait de troubles psychiatriques). Enfin, les Centres de santé mentale communautaire connaîtront pour leur part des difficultés financières accrues car la population de démunis ne peut défrayer le coût des services ou payer des assurances à cet effet (52 % de la clientèle des Centres vit en-dessous du seuil de pauvreté). Ces Centres délaisseront quelque peu les patients chroniques pour offrir des services à une clientèle « payante ».

Mesures légales

Au cours de cette période de 30 ans, l'appareil judiciaire est sollicité à émettre des avis juridiques sur six points de droit touchant la vie en asile et un autre relatif à la vie dans la communauté. Ce sont le droit au traitement, le droit à l'alternative la moins restrictive, le droit au refus du traitement, l'internement involontaire, le droit à la rémunération, le droit à la protection contre les préjudices, et les règlements de zonage.

Les droits

• Le droit au traitement

Ce droit a été invoqué pour la première fois dans la cause *Rouse v. Cameron* en 1966. Le juge Bazelon statue que le patient déclaré non coupable pour cause d'aliénation mentale et hospitalisé par la suite a le droit de recevoir des soins requis par son état. Le fondement constitutionnel de ce jugement est établi dans la cause *Wyatt v. Stickney* en 1971. Le juge Johnson statue que le patient a un droit constitutionnel au traitement et énumère les conditions d'un véritable traitement. Ce sont : des soins individuels adéquats, un environnement psychologique et physique humain, un personnel qualifié et suffisant pour administrer le traitement, et des plans de traitement individualisés. Le juge définit aussi une série de critères du droit au traitement.

• Le droit à l'alternative la moins restrictive

Un prolongement de cette doctrine est le droit à l'environnement le moins restrictif. Dans la cause *Lake v. Cameron* en 1966, le juge Bazelon statue qu'un patient ne peut être hospitalisé contre sa volonté si une alternative qui viole moins son droit

à la liberté est possible (placement dans la communauté) (Lamb, 1984).

Dans la cause *Dixon v. Weinberger* en 1975, le juge soutient que le gouvernement a la responsabilité de placer les patients dans d'autres lieux que l'hôpital et que si ces alternatives n'existent pas, il doit les développer. En 1975, un juge du U.S. District Court de Washington D.C., statue que le traitement en un lieu qui soit le moins restrictif possible est un droit statutaire et que des alternatives doivent être créées si elles n'existent pas.

• Le droit au refus du traitement

En 1979, dans la cause *Rogers v. Okin*, le juge Tauro statue que les patients ont le droit de refuser les psychotropes et la réclusion forcée, sauf s'il y a danger de violence extrême, de blessures personnelles et de tentatives de suicide.

• L'internement involontaire

En 1968, dans l'État de la Californie, le *Lanterman-Petris Short Act* rend la procédure d'internement involontaire beaucoup plus complexe qu'auparavant, à tel point qu'il devient très difficile de garder indéfiniment des patients contre leur volonté. Mais cette loi crée un autre problème : le bien-être et la sécurité de certains patients dans la communauté ne sont plus préservés et le problème de l'itinérance est accru.

En 1972, dans la cause *Lessard v. Schmith*, le juge établit que la dangerosité d'un individu doit être prouvée au-delà de tout doute raisonnable et que l'internement involontaire pour une durée indéfinie ne constitue qu'un recours ultime utilisé en cas d'échec d'un traitement donné dans un environnement moins restrictif.

En 1975, dans la cause *O'Connor v. Donaldson*, la Cour Suprême juge inconstitutionnelle la détention par un État d'un individu non dangereux, capable de subvenir à ses besoins seul ou avec l'aide de sa famille et de ses amis. La Cour confirme ainsi le droit à la liberté pour les malades mentaux non dangereux.

• Le droit à la rémunération

Dans la cause *Souder v. Brennan* en 1973, le juge statue que les patients hospitalisés qui accomplissent un travail doivent recevoir une rétribution compétitive à celle du marché du travail pour un travail

équivalent, et que le salaire des patients doit être fixé en conformité avec les normes du « Fair Labor Standards Act » édicté en 1966, et appliqué par le Secretary of Labor. Lors de l'audition de la cause, fut cité l'exemple d'un patient qui travailla durant 33 ans dans une institution, à raison de 29 jours par mois, pour un salaire mensuel de \$10.

• **Le droit à la protection contre les préjudices**

En 1975, dans le cas Willowbrook dans l'État de New York, le juge statue que la Constitution garantit aux résidents d'hôpitaux psychiatriques le droit de ne pas subir de préjudices.

• **Les règlements de zonage**

Pour s'opposer à l'implantation dans leur quartier de logements pour patients psychiatriques, par crainte que le caractère du quartier soit altéré, que la paix soit troublée, ou que la valeur des propriétés diminue (Halpern et al., 1980), les citoyens demandent aux autorités municipales d'émettre des ordonnances de restriction de zonage.

Pour détourner ces ordonnances, les intervenants font appel au pouvoir judiciaire, et évoquent habituellement deux arguments à l'appui de leur cause. La résidence communautaire fonctionne comme un ménage (« single house-keeping ») et opère à la façon d'une famille traditionnelle; elle devrait être considérée comme telle. De plus, les codes de zonage municipaux ne peuvent avoir préséance sur les règlements de l'État qui, explicitement ou implicitement, soutiennent l'implantation de résidences communautaires.

Les résultats du recours au pouvoir judiciaire sont à ce jour mitigés. Dans la cause *City of White Plains v. Ferraioli*, (concernant des patients déficients), le juge donne raison aux requérants et statue que même si le personnel est rotatif, un foyer de groupe peut constituer une famille. Quant au deuxième argument, le tribunal donne raison aux requérants dans la cause *Abbott House v. Village of Tarrytown*. Toutefois, le tribunal restreint ces droits dans la cause *Village of Belle Terre v. Boraas*, dans l'État de New York. Les résidences communautaires pour enfants déficients semblent jusqu'à présent mieux acceptées par la population que les résidences pour malades mentaux adultes (Cupaiuolo, 1977; Kressel, 1984).

Les mesures légales et la désinstitutionnalisation

Les opinions divergent quant à la relation entre ces mesures et la désinstitutionnalisation. Certains (Castel et al., 1979; Rachlin, 1983; Lamb, 1984) soutiennent que les nombreuses décisions judiciaires, en particulier le droit au traitement, ont contribué à accélérer le mouvement de désinstitutionnalisation ou à améliorer le traitement hospitalier et communautaire. À l'appui de cette opinion, Castel et al. (1979) mentionnent que les conditions de vie se sont humanisées et qu'un personnel plus nombreux a été embauché dans les institutions de l'Alabama. Lamb (1984) mentionne pour sa part qu'en 1980, 45 États édictent des règles sur les droits des patients afin de rendre leurs institutions conformes aux décisions judiciaires; 39 États reconnaissent aux patients le droit de refuser la psycho-chirurgie, etc et essaient de rendre l'environnement institutionnel semblable à celui d'un foyer (atmosphère humaine dans laquelle des relations normales sont engagées entre le personnel et les patients). En 1983, dans 25 États, tous les patients ont le droit de refuser la médication; dans 20 autres États, le droit dépend de leur statut psychique et dans 6 États, ce droit leur est refusé. Mais malgré tous ces exemples, les tribunaux et les requérants dans les diverses causes estiment que les États ne se sont pas suffisamment pliés aux décisions judiciaires (Rubin, 1978).

D'autres États ont tenté d'améliorer la qualité des soins donnés dans les institutions par une diminution rapide de leur population, grâce à la réduction de la durée des séjours et à une sélection rigoureuse des patients admis à court terme (espérant fermer le plus grand nombre d'institutions et concentrer leurs efforts sur les institutions restantes).

Mais certains auteurs doutent que les jugements des tribunaux aient eu un effet positif, les tribunaux n'ayant pu implanter des procédures qui auraient assuré le respect de leurs décisions. Au contraire, certains États, tels le Massachusetts, ont pu renverser par des astuces administratives les décisions judiciaires qui leur étaient défavorables. Ainsi, afin de contourner les changements à la loi sur l'internement involontaire instaurée en 1971, l'État du Massachusetts a exercé des pressions sur les patients hospitalisés contre leur gré pour les inciter à signer des formules d'acceptation de leur hospitalisation, acte qui avait pour effet de la rendre volontaire (la proportion des internements volontaires est passée de 1971 à 1972 de 27,9 % à 62,9 % : Brooks, 1981).

D'autres auteurs fournissent une interprétation différente de la relation entre la baisse de la clientèle et l'amélioration des institutions. Pour eux, les États donnent davantage congé aux patients et en admettent moins parce qu'ils ne peuvent satisfaire toutes les normes des décisions judiciaires. Et si des États investissent dans les institutions afin de satisfaire les nouvelles normes, il en résulte un nouvel accroissement du poids institutionnel, au détriment des ressources communautaires.

Les mesures fiscales

Les mesures fiscales déjà en vigueur assurant la désinstitutionnalisation concernent principalement cinq programmes : Medicare et Medicaid instaurés en 1965 (PL 89-97) ; Supplemental Security Income for the Aged, Blind and Disabled (S.S.I.) et le Social Security Disability Insurance (S.S.D.I.) votés en 1972 (PL 92-603) ; et le Social Service Program (S.S.P.) mis en vigueur en 1975 (PL 93-647).

Les programmes de financement

• Medicare et Medicaid

Le programme Medicare comprend une assurance-hospitalisation et une assurance médicale pour les personnes âgées dans le besoin. La particularité de ce programme est de rembourser les coûts de résidence dans les centres d'accueil pour une période maximale de 100 jours, et les soins d'hospitalisation dans les unités de soins psychiatriques des hôpitaux généraux sans aucune limite de temps, offrant ainsi une incitation à l'hospitalisation.

Le programme Medicaid, qui est destiné aux personnes à faible revenu, comporte un partage des frais avec les États. Il a joué un rôle de premier plan dans la mise en œuvre de la politique de désinstitutionnalisation. Les États peuvent, s'ils le désirent, financer à l'aide de ce programme les soins hospitaliers dans les hôpitaux généraux et d'État. Les États, même s'ils ont beaucoup de latitude dans l'élaboration de ce programme, doivent néanmoins se conformer aux orientations édictées par le gouvernement fédéral.

Comme le Congrès n'a pas imposé de plafond aux dépenses fédérales dans ce programme à frais partagé, ce dernier programme a accru au cours des ans les dépenses du fédéral, à tel point que le désir

de réduire leurs coûts est devenu la préoccupation majeure de ce gouvernement depuis quelques années.

• S.S.D.I. et S.S.I.

Le programme S.S.D.I. s'adresse aux travailleurs qui font face à une période d'invalidité prolongée, et le programme S.S.I. fournit aux personnes âgées dans le besoin et aux personnes handicapées une aide financière minimale leur permettant de vivre le plus indépendamment possible. Les prestations du S.S.I. varient en fonction du coût de la vie.

Ces programmes ont beaucoup été critiqués car ils comportent des dispositions qui découragent l'individu à retourner au travail (S.S.D.I.) ou financent des lieux résidentiels non conformes aux normes minimales d'hygiène et de santé publique (S.S.I.).

• S.S.P.

Ce programme s'adresse à plusieurs catégories de personnes, notamment aux handicapés et fournit des sommes destinées au placement et à l'organisation des services à la clientèle dans la communauté. Ainsi, un des buts est de prévenir et de réduire les soins institutionnels inappropriés en fournissant des soins dans la communauté et à domicile ; ou si nécessaire fournir des services aux individus dans les institutions (objectifs directement reliés à la désinstitutionnalisation).

La relation entre les mesures fiscales et la désinstitutionnalisation

Ces mesures ont eu deux effets principaux : mettre en œuvre le programme de désinstitutionnalisation en permettant aux patients de vivre dans la communauté, et la transinstitutionnalisation.

• Le maintien dans la communauté

Une relation positive très étroite existe entre le maintien des patients dans la communauté et les modalités de financement exposées plus haut. Ainsi, en novembre 1982, le programme Medicaid fournit une aide de \$2 à \$2,2 milliards pour l'administration de soins de santé à une population de 528,000 à 600,000 malades mentaux chroniques. Le programme S.S.I. assiste 396,000 bénéficiaires affectés de maladies mentales et la contribution conjointe du gouvernement fédéral et des États s'élève à \$1,540,591,632, ce qui représente une somme men-

suelle de \$284 par bénéficiaire. Ces subventions servent à subventionner les coûts de résidence non couverts par le programme Medicaid. Quant au programme S.S.D.I., il assiste 243,000 bénéficiaires souffrant de maladie mentale et la contribution fédérale totalise \$1,553,836,467, soit \$454/mois par bénéficiaire (ce programme sert aussi à subventionner les coûts de logement non couverts par le Medicaid).

On peut mesurer l'importance de ces contributions pour le maintien des patients dans la communauté par l'exemple suivant. Les sources de revenus des résidents des chambres et pension se répartissent comme suit: 86 % du S.S.I., 10 % des comtés, et 4 % du S.S.D.I. ou de l'administration des vétérans de guerre (Lamb, 1979). Segal et Aviram (1978) évaluent à 76 % le nombre de résidents traités dans la communauté qui reçoivent des prestations spéciales du S.S.I.

Toutefois, la dépendance à l'égard de ces programmes est telle qu'elle représente un danger. Si les contributions fédérales sont réduites ou que les critères d'éligibilité sont restreints, les patients ne pourront plus vivre dans la communauté à moins que les États ne prennent la relève du fédéral, ce dont doutent beaucoup d'observateurs.

Cette possibilité est devenue réelle en 1982 pour des dizaines de milliers de patients à cause des tendances récentes des années 80 à la décentralisation du pouvoir du niveau fédéral vers les gouvernements d'État et les pouvoirs locaux. Durant cette année, le fédéral a entrepris un processus de révision accélérée des réclamations afin de réduire les coûts de ses contributions. Ainsi, le programme intitulé Disability Adjudication Program, a donné lieu à la révision de 506,000 cas en 1982, comparativement à 120,000 cas en 1980. Quarante-cinq pour cent de ces cas ont été refusés (la majorité étaient des malades mentaux). Les appels logés dans les cas de refus ont entraîné des délais dans l'obtention des prestations pour les 65 % de cas qui ont finalement été acceptés. Enfin un maintien de l'interdiction de recevoir des prestations du S.S.I./S.S.D.I. a des effets doublement néfastes puisqu'il entraîne aussi pour la personne la perte automatique des prestations de Medicaid.

Le refus des demandes d'aide consécutif à cette révision accélérée a des effets significatifs sur les programmes communautaires et les ressources des hôpitaux d'État, car les États doivent compenser ces

pertes de revenus à même leurs fonds, et prendre en charge les cas qui, une fois révisés sous le Disability Adjudication Program, perdent leurs allocations de résidence et les montants prévus pour les soins de santé. Ainsi, l'État de Georgie perdra \$19 millions pour les programmes communautaires financés par les S.S.I./S.S.D.I. et \$3 à \$4 millions de plus pour les programmes communautaires comme résultat des réductions des sommes disponibles par l'intermédiaire du Medicaid. L'État de New-York perdra pour sa part \$28 millions en 1983 car 48 % des malades mentaux de cet État ont perdu les prestations du S.S.I./S.S.D.I. Selon Kiesler et al. (1983), cette perte de revenus favorisera l'hospitalisation comme mode de traitement pour les maladies chroniques et aigus, et freinera le mouvement de désinstitutionnalisation.

• La transinstitutionnalisation

Ces programmes financiers encouragent un type particulier d'hébergement, les centres d'accueil et les chambres et pension, au détriment des ressources communautaires. Ainsi, le Medicaid rembourse aux États de 50 à 78 % des coûts de résidence dans les centres d'accueil, de même que le programme Medicare, qui incite à transférer les patients des asiles vers les lieux de soins intermédiaires ou les centres d'accueil spécialisées, souvent non respectueux des normes minimales de qualité de soins, principalement dans les institutions de grande dimension (G.A.O., 1977). Ces programmes de financement ont pour effet d'encourager le traitement institutionnel des problèmes de santé mentale. Il en est de même des assurances privées auxquelles souscrivent quelques patients. Elles encouragent le recours inapproprié à des soins hospitaliers et découragent l'emploi d'alternatives communautaires. En résumé, le gouvernement fédéral a élaboré des programmes destinés à financer la réintégration des patients dans la communauté, encourageant ainsi les États à désinstitutionnaliser leurs asiles. Mais, ces programmes ont surtout favorisé le transfert des patients asilaires vers des lieux de résidence dont les conditions s'apparentent à celles des institutions d'où originent les patients. Ce phénomène a été qualifié de transinstitutionnalisation par de nombreux auteurs.

Pour faire suite à cette analyse du processus de désinstitutionnalisation, nous analyserons dans un deuxième article les conséquences de cette politique sur les patients, les familles et les lieux de soins,

pour finir par l'étude des solutions préconisées pour remédier aux problèmes engendrés par la politique de désinstitutionnalisation.

Références

- Abbott House v. Village of Tarrytown, 1970, in Cupaiuolo, A.A., 1977, Community residences and zoning ordinances, *Hospital and Community Psychiatry*, 28, no. 3, 206-10.
- Bachrach, L.L., 1976, *Deinstitutionalization, An Analytical Review and Sociological Perspectives*, N.I.M.H., Division of Biometry and Epidemiology, Rockville.
- Bachrach, L.L., 1986, The future of the state mental hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, no. 5, 467-74.
- Barton, R., 1959, *Institutional Neurosis*, Wright, Bristol.
- Belknap, I., 1956, *Human Problems of a State Mental Hospital*, Mc Graw Hill, N.Y.
- Beal, F.S., 1975, Statement to the appropriations committee of the Pennsylvania house of representatives in Ashbaugh, J.W., Bradley, V.J., 1979, Linking deinstitutionalization of patients with hospital phase-down: the difference between success and failure, *Hospital and Community Psychiatry*, 30, no. 2, 105-109.
- Castel, F., Castel, R., Lowel, A., 1979, *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Grasset, Paris.
- Chu, F., Trotter, S., 1974, *The Madness Establishment: Ralph Nader's Study Group Report on the National Institute of Mental Health*, Grossman, N.Y.
- City of White Plains v. Ferraioli, 1974 in Cupaiuolo, A.A., 1977 Community residence and zoning ordinances, *Hospital and Community Psychiatry*, 28, no. 3, 206-10.
- Cupaiuolo, A.A., 1977, Community residences and zoning ordinances, *Hospital and Community Psychiatry*, 28, no. 3, 206-10.
- Department of Health and Human Services Steering Committee on the Chronically Mentally Ill, 1980, *Toward a National Plan for the Chronically Mentally Ill*, U.S. Department of Health and Human Services, Washington.
- Dixon v. Weinberger in Rachlin, S., 1983, The influence of law on deinstitutionalization, *New Directions for Mental Health Services*, no. 17, 41-54.
- Foley, H.A., 1975, *Community Mental Health Legislation*, Lexington Books, Lexington.
- Foley, H.A., Sharfstein, S.S., 1983, *Madness and Government. Who Cares for the Mentally Ill?*, American Psychiatric Press, Washington.
- Frazier, S.H., Parron, D.L., 1986, The federal mental health agenda, *Psychiatric Annals*, 16, no. 8, 448-458.
- General Accounting Office, 1977, *Returning the Mentally Disabled to the Community: Government Needs to Do More*, Government of the United States.
- Goffman, E., 1961, *Asylums*, Doubleday, N.Y.
- Halpern, J., Sackett, K.L., Binner, P.R., Mohr, C.B., 1980, *The Myths of Deinstitutionalization: Policies for the Mentally Disabled*, Westview Press, Boulder.
- Kennedy, J.F., 1963, Message Relative to Mental Illness and Mental Retardation in Foley, H.A., Sharfstein, S.S., 1983, *Madness and Government, Who Cares for the Mentally Ill?*, American Psychiatric Press, Washington.
- Kiesler, C.A., McGuire, T., Mechanic, D., Mosher, L.R., Nelson, S.H., Newman, F.L., Rich, R., Schulberg, H.C., 1983, Federal mental health policymaking. An assessment of deinstitutionalization, *American Psychologist*, 38, no. 12, 1292-7.
- Kressel, L., 1981, Exclusionary zoning: the unseen threat, *New Directions for Mental Health Services*, no. 11, 77-89.
- Lake v. Cameron, 1966, in Rachlin, S., 1983, The influence of law on deinstitutionalization, *New Directions for Mental Health Services*, no. 17, 41-54.
- Lamb, H.R., 1979, The new asylums in the community, *Archives of General Psychiatry*, 36, 129-134.
- Lamb, H.R., 1984, Deinstitutionalization and the homeless mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, no. 9, 899-907.
- Lamb, H.R., ed., 1984, *The Homeless Mentally Ill*, American Psychiatric Association, Washington.
- Lecomte, Y., Tourigny, C., 1983, La communauté thérapeutique. Première partie: définition, caractéristiques et évolution, *Santé mentale au Québec*, VIII, no. 1, 107-121.
- Lessard v. Schmith, 1972, in Brown, P., 1981, The mental patient's rights movement and mental health institutional change, *International Journal of Health Services*, II, no. 4, 523-540.
- Musto, D.F., 1983, Recent developments in federal legislation in Talbott, J.A., Kaplan, S.R., eds, *Psychiatric Administration*, Grune and Stratton, N.Y., 35-46.
- O'Connor, v. Donaldson, 1975, in Brown, P., 1981, The mental patient's rights movement and mental health institutional change, *International Journal of Health Services*, II, no. 4, 523-40.
- Public Law, PL 487, 3 juillet 1946.
- Public Law, 725, 13 août 1946.
- Public Law, 182, 28 juillet 1955.
- Public Law, 911, 2 août 1956.
- Public Law, 82-543, 25 juillet 1962.
- Public Law, 88-164, 31 octobre 1963.
- Public Law, 89-16, 30 avril 1965.
- Public Law, 89-97, 30 juillet 1965.
- Public Law, 89-105, 4 août 1965.
- Public Law, 89-156, 31 août 1965.
- Public Law, 90-31, 24 juin 1967.
- Public Law, 91-211, 13 mars 1970.
- Public Law, 92-603, 30 octobre 1972.
- Public Law, 93-45, 18 juin 1973.
- Public Law, 93-112, 26 septembre 1973.
- Public Law, 93-647, 4 janvier 1975.
- Public Law, 94-63, 29 juillet 1975.
- Public Law, 95-622, 9 novembre 1978.
- Public Law, 92-265, 9 juin 1980.
- Public Law, 96-398, 7 octobre 1980.
- Public Law, 97-35, 13 août 1981.
- Rachlin, S., 1983, The influence of law on deinstitutionalization, *New Directions for Mental Health Services*, no. 17, 41-53.

- Rochefort, D.A., 1984, Origins of the « third psychiatric revolution »: the community mental health centers act of 1963, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 9, no. 1, 1-30.
- Rogers v. Okin, 1979, in Brown, P., 1981, The mental patient's rights movement and mental health institutional change, *International Journal of Health Services*, II, no. 4, 523-540.
- Rouse v. Cameron, 1966, in Rachlin, S., 1983, The influence of law on deinstitutionalization, *New Directions for Mental Health Services*, no. 17, 41-54.
- Rubin, J., 1978, *Economics, Mental Health and the Law*, D.C. Health and Company, Lexington.
- Scherl, D.J., Macht, L.B., 1979, Deinstitutionalization in the absence of consensus, *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 599-604.
- Scull, A., 1977, *Decarceration*, Prentice Hall, N.J.
- Segal, J.P., Aviram, V., 1978, *The Mentally Ill in Community-Based Sheltered Care*, John Wiley, N.Y.
- Solomon, H.C., 1958, The american psychiatric association in relation to american psychiatry, *The American Journal of Psychiatry*, 115, 1-9.
- Souder v. Brennan, 1973, in Brown, P., 1981, The mental patient's rights movement and mental health institutional change, *International Journal of Health Services*, II, no. 4, 523-40.
- Stanton, A.H., Schwartz, M.S., 1954, *The Mental Hospital: A study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*, Basic Books, N.Y.
- Teknekron inc., 1978, cité dans Warren, C.A.B., 1981, New forms of social control, *American Behavioral Scientist*, 24, no. 6, 724-40.
- The Joint Commission on Mental Illness and Health, 1961, *Action for Mental Health*, Basic Books, New York.
- Turner, J.C., Ten Hoor, W.J., 1978, The N.I.M.H. community support program: pilot approach to a needed social reform, *Schizophrenia Bulletin*, 4, no. 3, 319-48.
- Village of Belle Terre v. Boraas, 1974, in Kressel, L., 1981, Exclusionary zoning: the unseen threat, *New Directions for Mental Health Services*, no. 11, 77-89.
- Willowbrook, 1975, in The President's Commission on Mental Health, 1978, *Report of the Task Panel and Ethical Issues*, 1420-26.
- Wyatt v. Stickney, 1971, in Rachlin, S., 1983, The influence of law on deinstitutionalization, *New Directions for Mental Health Services*, no. 17, 41-54.

SUMMARY

In this first article, the author analyses the socio-economic-political conditions that have led to the closing of 78.5 % of beds in American asylums in the last 30 years. The author goes on to show how the U.S. government used legislative and fiscal measures to accomplish its deinstitutionalization policy, a policy also influenced by court battles spearheaded by psychiatric patients and their supporters.