

Pas assez fou pour mettre le feu Not crazy enough to set a fire

Autopsy

Volume 6, numéro 2, novembre 1981

Où va la psychiatrie ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030114ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030114ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Autopsy (1981). Pas assez fou pour mettre le feu. *Santé mentale au Québec*, 6(2), 161–167. <https://doi.org/10.7202/030114ar>

Résumé de l'article

L'article défie la pérennité du pouvoir psychiatrique dans le monde occidental. Comme on n'est fou qu'en relation avec une société donnée, nous trouvons légitime de se demander si la psychiatrie, en dépit de ses prémisses scientifiques, a en plus de 100 ans de pratique réellement contribué à améliorer l'existence de l'individu qui a reçu un traitement psychiatrique. En psychiatrie, on est seulement passé de la camisole physique à une camisole chimique.

En 1980, une femme était conduite malgré elle au département de psychiatrie d'un hôpital général de Montréal. Diagnostiquée, elle dut prendre des médicaments psychotropes; ce qui allait encore contre sa volonté. Grâce à l'aide d'un ami, elle sortit finalement de là au bout de soixante-douze heures. Cette femme qui avait pour nom Carla aurait, semble-t-il, vécu cette expérience traumatisante uniquement à cause de ses idées spirituelles. En visite chez des connaissances, elle aurait tout simplement décidé de jeûner et de ne plus sortir temporairement de la maison. Les résidents trouvèrent anormal son comportement et la firent donc interner au moyen d'un mandat judiciaire (Murphy, 1981).

Par ailleurs, toujours à Montréal, entre 1956 et 1964, madame Velma Orlikow, fut soumise à une véritable "torture mentale" de la part du docteur Ewen Cameroun, psychiatre au Allan Memorial Institute de l'hôpital Royal Victoria, institut lui-même rattaché au département de psychiatrie de l'Université Mc Gill.

Madame Orlikow, alors âgée de 34 ans, avait été admise à l'hôpital en raison d'une dépression post-partum. Le traitement du docteur Cameroun consista à lui faire absorber des doses massives de drogues hallucinogènes accompagnées de séances de stimulation psychique, durant lesquelles on fait jouer de manière continue des messages enregistrés aux patients drogués. Plusieurs dizaines de ces patients reçurent en plus un nombre important d'électro-chocs; en novem-

bre 1960, on calculait 766 électro-chocs pour 100 patients, et 12 000 pour la même année au Allan Memorial (Chartrand, 1980).

Faut-il préciser que ceux-ci souffrent encore de pertes de mémoire importantes et irréversibles? En 1981, l'hôpital Royal Victoria acceptait de verser 50 000 \$ à madame Orlikow pour les torts qu'elle dû subir à l'époque (*Le Soleil*, 1981).

Jean-Charles Pagé, l'auteur de *Les fous crient au secours* fut une autre victime des traitements du docteur Cameroun. Pour sa part il alla même jusqu'à tenter une poursuite en justice contre la CIA, aux États-Unis. Car, selon lui, ces expériences du docteur Cameroun s'inscrivaient dans un vaste plan d'ensemble mis au point par la CIA dans le but de modifier le comportement humain. Pendant 20 ans, cet organisme aurait en effet mis à contribution les facilités de 44 universités, de 15 fondations de recherche ou sociétés pharmaceutiques, de 12 hôpitaux et de 3 établissements pénitentiaires. La section psychiatrique de l'Université McGill où travaillait le docteur Cameroun aurait ainsi contribué largement à la guerre au cerveau menée par cette agence de renseignement (Chartrand, 1980).

Juste avant son décès, en 1967, le docteur Cameroun recevait le "Mental Health Award" pour sa contribution exceptionnelle à la santé mentale des canadiens (Chartrand, 1980).

Si nous prenons la peine de rapprocher le cas de Carla et celui de madame Orlikow, c'est afin d'illustrer notre thèse, qui veut qu'en psychiatrie comme dans toute médecine, le choix d'une thérapeutique n'est jamais que le choix entre deux dangers : celui de la maladie et celui du traitement (Bensaïd, 1981).

* Autopsy (anciennement A.Q.P.S.) favorise la prise de la parole par les psychiatisés. Trop souvent enfermés dans une carrière de malade mental, brimés dans leurs droits, les psychiatisés méritent un meilleur sort.

ON N'EST FOU QUE PAR RAPPORT À UNE SOCIÉTÉ DONNÉE

Le docteur Thomas Szasz, psychiatre, a démontré comment notre société se rassure sur ses propres valeurs en invalidant celles de ses ennemis. Pour elle, la sorcière, l'hérétique, le juif, le masturbateur, l'homosexuel, le fou, le drogué deviennent des boucs-émissaires (Szasz, 1971).

Au Moyen-Âge à travers certaines régions d'Europe, il existait une fête religieuse qui portait le nom de "fête des fous". "En cette occasion pittoresque, habituellement célébrée vers le 1^{er} janvier, même des prêtres pieux à l'ordinaire et des bourgeois sérieux revêtaient des masques paillards, chantaient des refrains licencieux et avec leurs bacchanales et leurs sarcasmes, empêchaient en général tout le monde de dormir." (Cox, 1971).

Cette fête des fous qui permettait une certaine interprétation de la folie à l'intérieur des cadres sociaux ne fut jamais populaire parmi les puissants. Constamment proscrite et critiquée, elle disparut au XVII^e siècle. Et cette suppression marqua un changement significatif de la mentalité occidentale : d'une part, un affaiblissement de l'aptitude de notre civilisation à goûter la fête et à faire montre de fantaisie; d'autre part, un premier signe de cette opération d'exclusion de la folie des cadres de la société.

Le philosophe français Michel Foucault situe d'ailleurs à cette date le rapprochement de la folie avec le péché. "La famille avec ses exigences devient un des critères essentiels de la raison; et c'est elle avant tout qui demande et obtient l'internement" (Foucault, 1972).

Ce siècle du "grand refermement" retire la folie des places de la cité pour la renvoyer à jamais, comme une nouvelle lèpre, dans des enclos d'internement. Maintenant la folie ne fera plus peur, elle aura peur.

À la fin du XVIII^e siècle, ces espaces de la folie restés hors du savoir furent investis par le pouvoir médical, qui les couvrit en entier sous le concept confus de "maladie mentale". La psychiatrie naît avec le médecin français Louis-Philippe Pinel. Cette science "prétend traiter pour la première fois le fou comme un être humain" (Frémenville, 1977).

Cependant, "le fou n'est pas reconnu comme tel parce qu'une maladie l'a décalé vers les marges de l'anormal, mais parce que notre culture l'a situé au point de rencontre entre le décret social de l'internement et la connaissance juridique qui discerne la capacité des sujets de droit" (Foucault, 1972).

Avec l'apparition de l'asile nous assistons à l'apothéose du personnage médical mais dans un rôle éminemment moral où sa pratique ne fait que commenter les vieux rites de l'ordre, de l'autorité et du châtiment.

Personne ne conteste en 1981 que l'institution asilaire a été un lieu anti-thérapeutique. L'effet nocif de l'institution sur ses résidents a été plus qu'amplement démontré lors d'une expérience réalisée aux États-Unis en 1973 (Rosenhan, 1973). Huit personnes parfaitement normales réussissent à se faire hospitaliser facilement. Seuls les psychiatisés se rendirent compte de la supercherie; la durée moyenne d'hospitalisation fut de 19 jours. Pendant tout ce temps, leur comportement quotidien, pourtant normal, a été constamment interprété par l'équipe soignante en fonction du diagnostic posé. Avec le diagnostic, nous sommes précisément au cœur du pouvoir psychiatrique. Une fois l'étiquette posée sur la personne, une chaîne d'événements subséquents affecte dès lors l'individu. Son emploi peut être compromis, ses biens dispersés. De même le diagnostic influence le traitement qu'il recevra et le calcul de la période durant laquelle il sera considéré comme un malade mental. Pourtant de nombreuses recherches ont démontré le caractère arbitraire et relatif de cet acte médical qu'on appelle le diagnostic.

La classe sociale, le salaire ainsi que les opinions politiques des psychiatisés de même que leurs attitudes face aux psychiatres influent beaucoup sur le diagnostic. Ainsi, plus un psychiatisé affiche des opinions gauchistes, plus le psychiatre le juge perturbé. Plus il est hostile aux psychiatres plus la pathologie devient sévère (Braginsky *et al.*, 1974).

De même les préjugés sexistes des professionnels de la santé mentale influencent aussi leur diagnostic. Un homme normal, c'est celui qui s'affirme, qui sait prendre des décisions, qui a des idées claires. Une femme normale devrait norma-

lement avoir peur, s'oublier pour les autres, être timide, passive, retirée, en somme, posséder tous les symptômes d'une névrosée (Broverman, 1970).

Bref, en 100 ans de fonctionnement, la psychiatrie n'a pas encore réussi à définir clairement la pathologie; conséquemment les étiquettes psychiatriques sont appliquées sur la base de considérations subjectives plutôt que comme le résultat d'un diagnostic objectif et scientifique (Light, 1980).

Le psychiatre se réclame d'une neutralité thérapeutique alors même qu'il prend parti et, dans tous les cas, il se réfère à un modèle médico-psychiatrique orienté non pas vers la libération de l'individu mais vers sa normalisation.

Le client est, pour lui, un enfant ignorant qui doit être protégé, s'il le faut, d'une manière autoritaire et sans son consentement, par un expert qui prend la place des parents tout-puissants.

Au nom de la science et de la raison, les psychiatisés subissent des traitements où l'élément marquant est la prise d'un pouvoir absolu par les médecins traitants sur le corps des malades. Petit à petit les psychiatres passeront des douches froides à des traitements de plus en plus sophistiqués.

L'ère des thérapeutiques de choc débute... par la malariathérapie. Le traitement consiste à inoculer au malade le parasite responsable du paludisme. En 1932, c'est la cure de Sakel, celle d'un coma provoqué par l'injection massive d'insuline. En 1936, c'est l'invention du "choc cardiazolique" qui provoque à volonté des crises épileptiques artificielles chez les malades pour voir s'il délire moins après... 1938... le psychiatre italien Hugo Cerletti observe que les cochons avant d'être tués à l'abattoir sont "sans connaissance" suite à l'emploi d'un courant électrique (Schefflin et Opton, 1978). Cerletti est alors convaincu qu'il pourrait appliquer sans risque sur l'homme lui-même un courant électrique. Le premier bénéficiaire de ce traitement, un homme cueilli par la police, le subit sans qu'il ne soit aucunement question de son consentement. La décharge électrique provoque des convulsions épileptiques et entraîne des modifications du comportement. L'électro-choc devient le nouveau traitement par excellence des maladies mentales.

Avant la découverte d'une drogue, l'Ancetine, qui relâche les muscles, les psychiatisés subissent : côtes cassées, dents brisées, blessures à la colonne vertébrale.

Le patient typique de ce traitement provient des milieux défavorisés, ou il s'agit le plus souvent d'une mère de famille déprimée.

Deux célèbres écrivains, Antonin Artaud et Ernest Hemingway, ont été l'objet d'électro-chocs et ils ont laissé de précieux témoignages :

"À Rodez, je vivais dans la terreur de cette phrase contre laquelle tout lucide que j'étais je ne pouvais rien : "Monsieur Artaud ne mange pas aujourd'hui, il passe au choc".

"Ce que ces docteurs de chocs ignorent, c'est ce qu'est un écrivain, ce qu'est le remords et la contrition et ce qu'ils leur font. À quoi cela sert-il de détruire ma tête et d'effacer ma mémoire qui est mon capital et de me mettre hors d'état de travailler? Ce fut une cure brillante mais nous avons perdu le malade" (Frank, 1976).

Ernest Hemingway se suicida après une seconde série d'électro-chocs.

Au Québec les statistiques de la RAMQ révèlent une baisse notable de cette pratique. Sans faire de procès d'intention, le fait que nos psychiatres ne perçoivent que 15 \$ pour ce traitement comparativement à 60 \$ aux États-Unis explique peut-être ce mouvement à la baisse. Les femmes demeurent toujours cependant les principales bénéficiaires de la sollicitude des psychiatres. En 1979, 8 010 femmes contre 4 881 hommes ont reçu ce traitement (RAMQ, 1979).

La ville de Québec a la particularité d'être la capitale des électro-chocs au Québec. De plus en 1977 les deux tiers de ceux-ci ont été administrés à la Clinique Roy-Rousseau et aux hôpitaux Saint-François d'Assise et de l'Enfant-Jésus. Et dire que en 1981 le mécanisme de fonctionnement de cette thérapeutique demeure toujours inconnu (Friedberg, 1975).

La décennie des années trente qui nous donna ces thérapies de choc produisit aussi une autre horreur : la lobotomie. Expérimentée par un neuropsychiatre portugais, le docteur Moniz, la lobotomie consiste en l'ablation des noyaux sphériques du tissu cervical à l'intérieur des lobes frontaux. La folie des malades proviendrait de leur cerveau! Donc, en enlevant une partie de cet

organe, le malade d'agité qu'il était, deviendrait un fou tranquille. Au début seuls les cas désespérés finissaient sur la table d'opération. Avec le temps, la lobotomie devint rapidement le remède pour un tas de maux, depuis la psychose à long terme jusqu'à l'angoisse névrotique, la nervosité, les phobies et les obsessions (Schefflin, 1978).

Quelque 100 000 opérations, en majorité sur des femmes, furent pratiquées de 1935 à 1950. En 1949, Moniz recevait le Prix Nobel de médecine pour l'ensemble de son œuvre (Begging, 1972). Avec l'arrivée des médicaments psychotropes sur le marché, les psychiatres trouvèrent là un substitut à la lobotomie qui tomba peu à peu en disgrâce. On put alors dire tout haut ce qu'on avait tout le temps su : la lobotomie est une opération dangereuse qui enlève aux gens leur esprit.

Un développement technologique, la stéréotaxie, permit à la lobotomie de poursuivre ses ravages dans les années cinquante. Par elle le neuropsychiatre détruit le tissu profondément à l'intérieur du cerveau par le moyen d'aiguilles insérées à travers de petites cavités pratiquées dans le crâne.

Comme la lobotomie, la psychochirurgie moderne a rapidement fait d'un moyen de dernier recours, une méthode recommandée pour soigner les prisonniers, les enfants retardés ou autistiques, les homosexuels, les toxicomanes, les alcooliques. Des opérations ont été également pratiquées sur des enfants dits hyperactifs dans plusieurs pays ces dernières années.

Le Comité de la santé mentale du Québec a révélé en 1977 que certains indices lui permettaient d'affirmer qu'il se fait de la psychochirurgie au Québec. Le Comité est d'avis qu'elle ne devrait jamais être utilisée dans le but premier de modifier ou de maîtriser le comportement d'un individu. Une série de recommandations visant à réglementer l'utilisation de cette opération était suggérée au gouvernement. Rien n'a été fait en ce sens!

LA CAMISOLE CHIMIQUE

La psychopharmacologie naît en France en 1950 avec la synthèse du premier neuroleptique. Dès lors, la psychiatrie s'engage de plein pied dans cette voie, l'utilisation de substances psycho-

tropes caractérisant en effet la psychiatrie contemporaine.

Ainsi la longue marche qui a conduit l'homme du fond des âges jusqu'à la psychopharmacologie lui a permis progressivement de commencer à vaincre certains de ses tourments : douleurs, insomnies, maladies mentales... (Boissier *et al.*, 1980).

Ces substances regroupent tous les produits, qu'ils soient naturels ou synthétiques, dont les molécules chimiques exercent une action modifiant le cours de la pensée et du comportement.

Ainsi un neuroleptique produit une indifférence affective totale, une immobilité et un mutisme qui accompagnent une impuissance sexuelle non moins totale. Placé sous neuroleptique, l'interné n'est plus agité ou délirant, il n'est plus rien.

La panoplie du contrôle chimique se complète dans les années cinquante avec l'apparition des anti-dépresseurs et des tranquillisants mineurs.

Les plus vendus parmi les psychotropes, les tranquillisants de la famille des Benzodiazépines (Valium® , Librium® , Dalmane® , Tranxène®) sont ceux dont les propriétés chimiques, pharmacologiques et biologiques sont les moins bien connues.

Selon le psychiatre montréalais Heinz Lehman, l'introducteur des psychotropes en Amérique du Nord, le Valium® n'aurait pratiquement pas d'effets secondaires (*The Gazette*, 1980). Pourtant une recherche effectuée à Montréal établit un lien entre notamment le cancer du sein et le Valium® (Pelletier, 1981).

Les Québécois et à fortiori les Québécoises, puisque deux ordonnances sur trois de tranquillisants vont à des femmes, en sont les grands consommateurs en Amérique du Nord (*Le Devoir*, 1977). Cette surconsommation de médicaments conjuguée avec une montée de l'alcoolisme chez les femmes fait de celles-ci le groupe le plus drogué de la société.

Les statistiques de la RAMQ de 1980 révèle que 35% des ordonnances remboursées aux assistés sociaux contiennent des médicaments du système nerveux central.

Le gouvernement américain, en juillet 1975, a limité l'usage de tranquillisants mineurs en rendant les prescriptions valides pour six mois seulement et en ne permettant que cinq renouvelle-

ments consécutifs de l'ordonnance. Cette décision fut prise après que l'administration des aliments et drogues eut annoncé que le Valium[®] est impliqué dans des cas plus nombreux d'abus que toute autre drogue (*Le Soleil*, 1976).

Malheureusement il n'y a pas que cette sorte d'abus. La multinationale F. Hoffman-Laroche fabrique le Valium[®] et le Librium[®] qui occupent respectivement le premier et le troisième rang dans le monde parmi les médicaments d'ordonnance (*Le Soleil*, 1976). Selon le magazine *Fortune*, cette entreprise serait parmi celles s'assurant la plus grande marge de profit. Quand on réalise que cette société, à moins d'être forcée à vendre à bas prix comme en Angleterre ou en Hollande, a tendance à gonfler ses prix exagérément. En 1976, le consommateur canadien payait presque soixante fois plus cher que le consommateur britannique pour les médicaments de même type (*Le Soleil*, 1976).

L'un des mythes actuels de la psychiatrie concerne l'impact des psychotropes sur la diminution de la population dans les hôpitaux psychiatriques. Cet argument est l'un des arguments favorisés des psychiatres pour démontrer les bienfaits de la camisole chimique.

Or cette diminution de clientèle résulte d'une politique de désinstitutionalisation plutôt que de la psychopharmacologie. Ainsi, aux États-Unis, le séjour moyen a décliné de 41%, soit de vingt-six jours durant quatre courtes années (1971 à 1975). Nous sommes loin des années 50 et de leurs drogues miracles (Pollack, 1975).

Non seulement les psychotropes n'ont pas vidé les hôpitaux mais il est clair en 1981 que les neuroleptiques n'ont pas de fonction curative. La schizophrénie reste toujours aussi mystérieuse. En quoi les médicaments réputés efficaces ont-ils permis la réinsertion des psychiatisés dans la communauté? Au Québec 70% des admissions en hôpital psychiatrique sont des réadmissions (Mc Kague, 1980).

L'absorption répétée de neuroleptiques occasionne des troubles majeurs comme la dyskinésie tardive. De récentes études aux États-Unis révèlent que plus de la moitié de "schizophrénies chroniques" souffrent de ce mal. Une enquête effectuée en 1976, à l'hôpital Robert-Giffard, sur un échantillon de 332 schizophrènes chroniques

découvre une fréquence de 56% de dyskinésie tardive chez eux, dont une fréquence deux fois plus grande chez les femmes. Aucun traitement ne peut contrer ce mal (Beyer, 1980).

Selon un chercheur français, plus d'un psychiatre sur trois prescrit un traitement dont il ne voudrait pas s'il était lui-même malade. Le questionnement éthique est fondamentalement celui-là : peut-on ne pas soigner son prochain comme soi-même? (Mariani, 1979).

Selon les psychiatres nous serions au seuil de découvertes importantes grâce à une meilleure connaissance du fonctionnement du cerveau (*Le Monde*, 1981). Qu'il nous soit permis d'être sceptique. Un cycle de prétentions exagérées suivi d'une période de désillusion caractérise l'histoire des traitements en psychiatrie. Au début le traitement est essayé avec un taux modéré de succès, puis son usage augmente dramatiquement avec des expériences réussies à l'appui. Finalement, la désillusion s'installe lorsqu'on constate que le taux de succès des traitements s'avère bas.

Présentement "il est injustifiable que l'on proclame la supériorité d'un type de thérapie sur un autre" (Guay, 1980). Plus grave encore pour la pratique psychiatrique, la source du succès de tout traitement repose sur l'effet placebo.

Une expérience réalisée à New York avec des patients sur le lithium, la dernière drogue miracle, a montré que celle-ci n'est que deux fois plus efficace qu'un placebo et n'est efficace que dans un peu plus d'un cas sur deux. (Mendlewicz, 1978).

De même, on installa il y a quelques temps dans un hôpital de Grande-Bretagne une machine à électro-chocs toute neuve mais défectueuse. On l'utilisa pendant deux ans avant de remarquer qu'elle ne donnait aucun choc. On s'en rendit compte non pas parce que les patients ne présentaient aucun signe d'amélioration, mais parce qu'une infirmière remarqua que les orteils d'un patient ne se recroquevillaient pas pendant le traitement (Scheflin, 1978).

CONCLUSION

En conclusion, nous vous proposons les résolutions adoptées le 31 mai 1981, à Montréal, par

dix-huit organismes, lors du deuxième colloque des ressources alternatives.

1. — Attendu que la Charte des droits et libertés n'est pas respectée quand il s'agit des psychiatrisés.

— Attendu qu'il y a abus du pouvoir médical (psychotropes, électrochocs).

— Attendu que les psychiatrisés ne sont pas toujours informés de leurs droits et que s'ils les connaissent, ils ne sont pas nécessairement dans un état émotif pour les faire valoir, nous PROPOSONS :

— que la Charte des droits et libertés de la personne soit respectée en ce qui concerne les psychiatrisés et que les personnes n'aient pas à subir de représailles parce qu'elles auront fait valoir leurs droits;

— que les mouvements alternatifs reconnaissent l'existence d'une association pour la défense des droits des psychiatrisés;

— que cette association se fasse connaître dans les hôpitaux psychiatriques et qu'elle informe les personnes hospitalisées de leurs droits et veille à leur respect;

2. Nous demandons que les groupes alternatifs appuient les luttes des travailleurs syndiqués dans les hôpitaux et demandent aux syndiqués de prendre en considération les conditions défavorables dans lesquelles vivent les psychiatrisés.

3. Nous demandons une révision globale de la Loi de la protection du malade mental et qu'il y ait une commission parlementaire où tous les intéressés (groupe et/ou individus) puissent être entendus.

4. Nous demandons que les critères d'admissibilité à la cure fermée soient mieux définis, que l'on délimite mieux par exemple le danger qu'une personne peut représenter pour elle-même ou pour les autres; de même nous exigeons la révision automatique de la nécessité d'une cure fermée et cela à tous les sept (7) jours d'internement en cure fermée.

5. Nous demandons que la décision de la mise en cure fermée soit prise par une équipe multidisciplinaire plutôt que par un ou des médecins.

6. Nous demandons :

— qu'il y ait modification à la loi de la curatelle publique donnant aux psychiatrisés le

droit d'aller en appel sur une décision du curateur ou de la curatrice, et qu'il y ait révision trimestrielle automatique pour justifier le prolongement d'une mise en curatelle, et pour ce faire que l'avocat ou le représentant de la personne soit présent au comité de révision;

— que tout(e) psychiatrisé(e) ait connaissance du traitement appliqué et de ses effets immédiats et secondaires et ceci avant l'application du traitement;

— que tout(e) psychiatrisé(e) travaillant en institution psychiatrique ait droit au moins au salaire minimum;

— que tout(e) psychiatrisé(e) ait le droit effectif de refuser un traitement;

— que tout(e) psychiatrisé(e) ait accès en tout temps à son dossier psychiatrique.

RÉFÉRENCES

- BEYER, S., 1980, Madness and Medicine : The Forcible Administration of Psychotropic Drugs, *Wisconsin Law Review*.
- BOISSIER, I.R., EUVRARD, C. et J.C. GAIGNAUL, 1980, Les médicaments psychotropes, *La Recherche*, n° 116, nov.
- BOURGEAIS, M., 1977, Les dyskinésies tardives des neuroleptiques, *L'Encéphale*, III.
- BRAGINSKY, B., BRAGINSKY, D. et D. EDWARDS, 1974, The Political Attitudes of Mental Patients and their Keepers, in Braginsky, B. Braginsky, D., *Mainstream Psychology : A Critique*, Holt, Rinehart and Winston.
- BREGGING, P., 1972, Lobotomy-it's Coming Back, *Liberation*, 10.
- BROVERMAN, I.K., 1970, Sex-Role Stereotypes and Clinical Judgments of Mental Health, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34.
- CHARTRAND, L., 1980, La filière psychiatrique canadienne, *Québec Science*, 12.
- COOPERSTOCK, R., 1979, Problèmes particuliers liés à l'usage des psychotropes chez les femmes.
- COX, H., 1971, *La fête des fous*, Seuil, Paris.
- FRÉMINVILLE de, B., 1977, *La raison du plus fort*, Seuil, Paris.
- FOUCAULT, M., 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.
- FRANK, L., 1976, *The History of Shock Treatment*, Madness Network, San Francisco.
- FRIEDBERG, J., 1975, *Shock Treatment is not Good for your Brains*, Slide, N.Y.
- GUAY, J., 1980, *Qu'est-ce que ça donne la psychothérapie*, texte dactylographié.
- LIGHT, D., 1980, *Becoming a Psychiatrist*, W.W. Norton.
- Mc KAGUE, 1980, *Myths of Mental Illness*, Phoenix Rising Publication, Toronto.
- MARIANI, G., 1979, *Éthique et psychiatrie*, Privat, Paris.

- MENDLEWICQ, J., 1978, *L'étiologie générale des psychoses dysthymiques*, Rapport du congrès de psychiatrie de langue française, Charleroi, Masson.
- MURPHY, M., 1981, *Droits et responsabilités mutuels du patient et du psychiatre*, XVI^e Congrès annuel de l'Association des Psychiatres du Québec, juin.
- PELLETIER, F., 1981, *La belle au bois dormant se meurt*, La vie en rose, été.
- POLLACK, S.E., 1977, Length of Stay in State and Country Psychiatric Hospitals during 1975, *Memorandum*, 8, WASH, D.C., N.I.M.H.
- R.A.M.Q., 1979, Service de la recherche et des statistiques, *Nombre et coût des sismothérapies et des anesthésies pour électrochocs selon le sexe et l'âge des bénéficiaires dans le cadre de l'assurance-maladie*, Québec.
- ROSENHAN, D., 1973, *Je me suis fait passer pour fou*, N.O., 13.
- SCHEFLIN, A.W. et E.M. OPTON, 1978, *L'homme programmé*, Stanké.

- SZASZ, T., 1976, *Fabriquer la folie*, Payot, Paris.
- SZASZ, T., 1976, *Les rituels de la drogue*, Payot, Paris.
- Le Devoir*, 1977, 29 juin.
- Le Monde*, 1981, 8 juillet.
- Mac Lean's*, 1979, 12 février.
- Le Soleil*, 1976, 12 juillet.
- Le Soleil*, 1981, 14 mai.
- The Gazette*, 1980, 9 août.

SUMMARY

This article challenges the perennality of psychiatric power in the western world. As one is crazy only in relation to a given society, we find it legitimate to ask whether psychiatry, in spite of its scientific premises, has in over 100 years of practice really contributed to improving existence of the individual that have received psychiatric treatment. In psychiatry we have merely gone from physical straightjacket to a chemical straightjacket.