

Article

« L'Église et la santé mentale : vers un nouvel engagement? »

Françoise Boudreau

Sociologie et sociétés, vol. 17, n° 1, 1985, p. 93-108.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/001086ar>

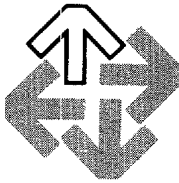
Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

L'Église et la santé mentale: vers un nouvel engagement?



FRANÇOISE BOUDREAU

Avant d'entamer cette recherche, je me demandais s'il y avait là matière à ouvrir un nouveau chapitre dans l'histoire des services psychiatriques au Québec.

Les dernières lignes de mon livre* venaient à peine d'être écrites que je me demandais si le titre à priori peu vraisemblable du présent article ne dissimulait pas quelques révélations, même les plus minimes, susceptibles de permettre à une sociologue de la psychopolitique québécoise de poursuivre son analyse des tendances, lignes de force, courants et contre-courants qui ont modelé et remodelé les soins psychiatriques au Québec, de l'asile à la santé mentale.

La question n'était pas purement hypothétique. Ailleurs au Canada et aux États-Unis, de nombreux observateurs dans les domaines religieux et psychiatriques ont récemment commenté l'apparition d'un rapprochement entre ces deux domaines (Wright *et al.*, 1982; Griffith, 1983). Bon nombre d'entre eux s'en réjouissent et soulignent, comme le faisaient il y a plus d'un quart de siècle les Bonnell (1938), Preston (1955) ainsi que les Linn et Schwartz (1958), les contributions de la psychiatrie à la religion et vice versa (Clinebell, 1972; Witlock, 1973; Bell, 1976; Haugk, 1976; Clemens, 1978). Certains dénoncent l'impossibilité d'une approche thérapeutique dénuée de valeurs spirituelles (Frank, 1973; Bergin et Lambert, 1978) et préconisent l'intégration de la psychothérapie et du Christianisme (Lowe, 1976; Collins, 1977) pour en faire une Christothérapie (Tyrrel, 1976); ils prônent aussi la réintroduction des concepts de Dieu et de volonté de Dieu, de l'âme, du bien et du mal (Chessick, 1983) dans la compréhension de la dynamique de la dépression; ils mettent l'accent sur le rôle du péché, de la conscience et de la culpabilité dans l'explication des états émotionnels douloureux (Narramore, 1974a, b, c, d; Daher, 1978; Prosen *et al.*, 1983) et donnent même libre cours à une notion modernisée de «possession diabolique» pour décrire la maladie mentale (Tyrrel, 1976). Dans un monde empreint de valeurs chrétiennes, nous dit Tyrrel (1976), le Christ est le Grand Thérapeute, le guérisseur qui peut «purifier», «guérir la maladie», «délié», «sauver»; sa présence est déclarée libératrice, porteuse de lumière, de bonheur, de prospérité et de la joie d'une vie morale équilibrée... Enfin, certains préconisent de réhabiliter ce qu'ils appellent «la subjectivité dans la pratique psychothérapeutique», pour employer les termes du sociologue et théologien Gregory Baum, de Toronto.

En revanche, d'autres observateurs de ces deux mondes de la psychothérapie et de la religion continuent à condamner impitoyablement la destructivité de la religion, du dogmatisme, du théisme

* NDLR: L'auteure se réfère ici à son ouvrage récent *De l'asile à la santé mentale* dont on trouvera ailleurs dans ce numéro une courte recension.

et de ce qu'ils nomment la ferveur aveugle (*true-believerism*) (Ellis, 1971, 1973, 1980; Tholen, 1978; Wall, 1980). En réponse aux nouvelles poussées de cette thérapie théistique, ces professionnels de la santé mentale se montrent féroce­ment attachés à la critique psychanalytique traditionnelle de la religion — source d'aliénation collective et individuelle — et à une forme de psychothérapie humaniste mais athée.

Pour bon nombre, c'est le mouvement de santé mentale communautaire qui a déclenché ce nouvel intérêt dans un rapprochement entre psychiatrie et religion. Les avis sont évidemment fort partagés. Certains considèrent que le mouvement de santé mentale communautaire a connu un développement parallèle à celui du mouvement de renouveau religieux (Foster, 1975) et qu'ils sont du même esprit; d'autres suggèrent l'existence d'un phénomène d'alternance entre les deux (Henford, 1975) ou encore, proclament que toutes les psychothérapies existant aujourd'hui se réduisent de toute façon à des systèmes de salut par l'homme séculier (De Young, 1976). «Le psychiatre, le psychologue, le psychothérapeute sont les prêtres d'aujourd'hui», se plaisent-ils à dire... Ils ont pris à celui-ci la responsabilité de s'occuper des problèmes de «mal-vie». Pour combiner les deux domaines et répondre aux besoins spirituels des patients, que l'on croit inhérents à leur quête de santé mentale, Rosen (1974) et Madden (1975), parmi bien d'autres, concluent à la nécessité d'incorporer un membre du clergé à chaque équipe de santé mentale. Dans la même veine, Haugk (1976) suggère qu'une relation de travail plus étroite avec le clergé permettrait au réseau des services de santé mentale communautaire de mieux vivre deux de ses principes fondamentaux: la promotion d'une participation active de toute la communauté dans la planification et dans l'administration des services de santé mentale; et, d'autre part, la mise en pratique d'un modèle global de prévention, de traitement actif et de réhabilitation avec l'aide de toutes les ressources communautaires. Pour ces partisans convaincus du rapprochement, il est impossible de divorcer la santé spirituelle d'une définition complète, utile et opérante de la santé mentale. Il existe une alliance naturelle entre le rôle d'aide du clergé et les objectifs de santé mentale communautaire.

En ce qui concerne cette «alliance naturelle» et la possibilité de collaboration entre les deux domaines, d'autres études ont cependant mis en évidence les différences d'attitude des deux «parties» vis-à-vis de la santé mentale et les différences d'opinion parfois irréconciliables quant à la maladie mentale. Larson a constaté par exemple qu'«il n'existe aucun consensus entre les membres du clergé et les psychiatres en ce qui concerne l'impact du rôle professionnel d'un membre du clergé dans le traitement des personnes souffrant de troubles émotionnels (Larson, 1967). Toutefois, l'étude canadienne beaucoup plus récente (1982) de Wright, Moreau et Haley, en Colombie britannique, a permis de constater que le clergé paroissial d'aujourd'hui: *a*) invoque le plus souvent des raisons psychologiques (par exemple, le stress) plutôt que spirituelles (par exemple, l'atrophie du développement spirituel) pour la maladie mentale; *b*) approuve nettement les objectifs de santé mentale communautaire; *c*) estime que la thérapie est efficace lorsqu'elle corrige des fonctionnements intellectuels maladaptés et permet l'expression des émotions; *d*) juge cependant que le counseling pastoral est plus efficace que la consultation d'un psychologue, psychiatre ou travailleur social, et finalement *e*) a de meilleures chances d'être favorable au concept de santé mentale communautaire lorsqu'il est de conviction théologique non fondamentaliste.

Ces mêmes auteurs ont conclu que les membres du clergé représentent une facette importante des alternatives viables aux formes institutionnelles de réadaptation. Ils constituent un groupe de «professionnels communautaires» possédant, disent-ils, une bonne formation et sont animés d'une vocation religieuse qui les porte à aider les personnes en difficulté; ils s'intéressent à la formation continue dans le domaine de la consultation en santé mentale; ils sont respectés et estimés; ils bénéficient de contacts nombreux dans la communauté et d'horaires relativement souples; ils participent aux événements importants d'une vie (mariage, baptême, maladies, funérailles); ils travaillent bénévolement et ont facilement accès au domicile de leurs paroissiens. Ils représentent donc, disent les auteurs, une ressource très prometteuse pour le mouvement de santé mentale communautaire et ses intervenants.

C'est également l'opinion de Kathryn Graham, Denneth Hags et Robert Brook, de l'Addiction Research Foundation à Toronto, qui ont effectué plusieurs études «afin d'évaluer la participation actuelle et potentielle du clergé dans le traitement des personnes alcooliques». «Le clergé», concluent-ils, «est une ressource de santé mentale communautaire disponible, désireuse de participer mais sous-exploitée». Dans sa critique du livre de Vernon H. Neufeld paru en 1983, *If we Can Love: The Mennonite Mental Health Story*, J. Toews, M.D., professeur associé au Département de psychiatrie de l'université du Manitoba, se voit «rempli de respect devant l'énergie déployée par

ces groupes religieux pour répondre aux besoins des malades et de la communauté» (p. 21). Il souligne que les professions à vocation d'assistance et, en fait, tous ceux qui veulent offrir des services fondés sur le respect, la bienveillance et le sens communautaire, devraient s'inspirer de l'exemple des centres de santé mentale affiliés à de tels groupes religieux.

VERS UN NOUVEL ENGAGEMENT?

L'examen de cette littérature nous mène à plusieurs réflexions. Ainsi, l'on peut se demander jusqu'à quel point les mêmes idées sont véhiculées dans le monde que l'on dit sécularisé de la société québécoise, et dans son système — que l'on dit rationalisé — de distribution des services psychiatriques et de santé mentale. Jusqu'à quel point ce clergé et ces communautés religieuses, qui exerçaient encore hier leur monopole d'expertise missionnaire sur la prise en charge de la folie et de l'asile¹, se sont-ils maintenant complètement désistés de tout ce qui touche maladie mentale et santé mentale? Le clergé québécois aurait-il totalement renoncé à l'intérêt qu'il manifesta si longtemps vis-à-vis du domaine psychiatrique? A-t-il renoncé à toute tentation d'affirmer, comme il se fait ailleurs, la présence d'un élément spirituel dans la définition de la santé mentale, et de revendiquer par conséquent un certain droit de propriété sur ce champ d'expertise? Fait-il preuve d'un désir quelconque de participer à l'élaboration d'une politique future de la santé mentale? Les religieuses et les prêtres du Québec réclament-ils une place dans la psychiatrie communautaire et la santé mentale communautaire? Y a-t-il là quelques signes d'un rapprochement? En d'autres mots, la rupture dramatique entre psychiatrie et clergé qui s'est produite au cours de la Révolution psychiatrique des années 60, et s'est poursuivie au sein du programme de rationalisation technocratique et d'étatisation du système des affaires sociales des années 70, donne-t-elle aujourd'hui, en 1985, quelques signes d'assouplissement?

Avant d'entreprendre toute étude de plus grande envergure sur cette question, il nous paraissait indispensable d'examiner la littérature québécoise pertinente, de rencontrer et d'interroger des personnes clefs engagées dans le système afin de dégager les principales facettes du problème et de cerner un tant soit peu le tableau québécois. C'est ainsi que nous avons interviewé de façon non structurée, tantôt en personne, tantôt au téléphone, plus d'une cinquantaine de personnes ressources impliquées dans les milieux psychiatriques et religieux québécois.

Nous avons ainsi pris contact avec l'Assemblée des évêques du Québec, la Conférence des communautés religieuses (section Québec), l'Association des aumôniers d'hôpitaux, les Services de la pastorale des grands hôpitaux psychiatriques, les grandes communautés religieuses traditionnellement engagées dans le domaine, le Comité de la santé mentale, l'Association des hôpitaux du Québec, les Départements de théologie de nos universités, certains grands séminaires, certains centres diocésains, des centres de dépannage et d'accueil... Nous avons parlé avec des évêques, des curés de paroisse et des agents de la pastorale, des psychiatres, psychologues, sociologues et théologiens. Nous avons recueilli des témoignages de religieuses et de prêtres, d'aumôniers et de laïcs ainsi que de quelques hommes et femmes qui, bien qu'ils aient quitté le clergé et la vie dite «consacrée», sont engagés dans un travail communautaire.

Notre but était d'explorer cette question d'un «rapprochement», d'abord sur le plan du «discours» — discours des récents proposeurs de politiques en santé mentale et discours du clergé

1. Le lecteur est prié de se référer à *De l'Asile à la Santé mentale* (1984), dans lequel l'auteure documente et analyse les transformations subies par le système psychiatrique du Québec: ce fut d'abord un «système asilaire» possédé et géré par la communauté religieuse et assurant la garde et les soins des «résidents» (avant 1960), puis un «système psychiatrique» de plus en plus distinct et dominé par la profession psychiatrique qui dispensait aux «patients» des services «de type curatif» (1960 à 1970), pour devenir enfin élément prétendument «intégré» à un «système des affaires sociales» global géré par les technocrates du gouvernement, et ayant pour objectif officiel de distribuer des services complets et préventifs à une population de «clients» ainsi qu'à tous les «citoyens» (1970+).

Au fur et à mesure qu'intervenaient ces transformations structurelles, la *folie*, ce «don ou châtement de Dieu inguérissable», devenait la *maladie mentale*, une «maladie guérissable comme n'importe quelle autre». Toutefois, le concept de maladie mentale fut bientôt considérée comme trop restrictif; on parla plutôt de la *santé mentale* qui devenait un «droit pour tous». Pendant la première phase, on considéra que les religieuses et les prêtres, qui avaient fait vœu de chasteté, pauvreté et obéissance, étaient les plus qualifiés pour s'occuper des «enfants malades du Christ» et «mener leur âme au Ciel». Mais une fois devenus des «malades mentaux», ils eurent besoin de la compétence des médecins et de l'autorité des psychiatres, opinion très contestée à la veille de la troisième phase, avec la diversification et l'influence politique grandissante des autres «professions de la santé mentale». Lorsque «la réforme Castonguay» promit une rationalisation de l'ensemble du système de santé et d'aide sociale, l'objectif officiel devint «l'épanouissement harmonieux des personnes dans leur intégralité physique et mentale». «Tout le monde», disait-on, «doit et peut contribuer», à la réalisation de cet objectif, car «la santé physique et mentale est la responsabilité de la communauté» sous la protection et la surveillance de l'État.

— puis sur le plan de l'engagement communautaire ou individuel. Il s'agissait de dégager, au niveau de ces discours et au niveau des actes, les tendances existantes afin de savoir si l'on pouvait y déceler les débuts d'un courant naissant à l'ombre des grandes lignes de la pensée québécoise en santé mentale. Nos remarques ne s'appuient sur aucune enquête standardisée destinée à quantifier les limites de ce rapprochement ou de son absence. Elles méritent plutôt, pour les fins de cet article, le qualificatif de «préliminaires» et sont présentées ici en qualité de sources de réflexion.

LE DISCOURS DES PROPOSEURS DE POLITIQUES

Au printemps de 1983, le ministère des Affaires sociales annonce la mise en branle de travaux préparatoires visant à doter le Québec d'une politique «cohérente et complète» en matière de santé mentale. On s'empresse aussi de donner un aperçu de l'optique gouvernementale privilégiée:

Les besoins actuels de la population du Québec nous incitent à comprendre le terme «santé mentale» dans le sens extensif d'une «adaptation sociale fonctionnelle» des personnes, familles et groupes et non pas dans son sens restrictif d'absence de maladie psychiatrique (Plante, mai 1983).

On réitère les grandes orientations du ministère telles que tracées par la réforme Castonguay-Nepveu et par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et on en souligne la perspicacité pour la santé mentale:

- l'accessibilité, la continuité, la globalité et l'humanisation des services
- l'adéquation aux besoins et la rationalisation
- la régionalisation et l'implication communautaire
- la normalisation
- la désinstitutionnalisation et la réinsertion sociale (Plante, mai 1983).

Invités et déterminés à participer à la formulation de cette politique tant réclamée, plusieurs groupes, individus et organisations s'empressent de présenter leur propre vision du programme à privilégier. Ainsi, à la liste des grandes orientations de «la réforme», s'ajoute avec une constance remarquable la nécessité de procéder à:

- l'invention de ressources intermédiaires, alternatives et communautaires;
- l'intégration des lieux thérapeutiques au tissu urbain et social, au milieu de vie des individus dans le besoin;
- la déprofessionnalisation d'un système surspécialisé.

Certains y ajoutent:

- la vulgarisation et démythification des expertises psychiatriques et le partage des connaissances avec les individus et groupes de ressources les plus susceptibles d'apporter une contribution pertinente aux individus dans le besoin (Beausoleil, 1983, 79);

Tous s'accordent à réclamer une plus grande

- implication de la population et de la communauté, la première concernée et responsable de sa santé mentale.

La maladie mentale est l'affaire de tous et chacun et elle ne doit plus être arrogée par les seuls professionnels de la santé qui jusqu'à maintenant, se sont partagé entre eux le malade et sa maladie (Beausoleil et Godin, 1983, 119).

Pour répondre aux besoins des personnes, familles et groupes vivant une maladaptation sociale, on demande des ressources

...générales, accessibles au niveau local, polyformes, polyvalentes, complémentaires et interreliées, de dimension humaine, intégrées au milieu et au rythme de vie, sensibles au potentiel d'aide de la communauté, respectueuses des initiatives et capables de désamorcer des situations de crise (Service de coordination en santé mentale, 1983).

On identifie entre autres:

Le cabinet privé de médecin, psychologue...; le CLSC; la clinique externe; l'équipe de secteur; le centre de jour, le centre de soir; le centre de crise; l'urgence; le centre de prévention; le DSC; la maison de transition; la maison de femmes, la maison de jeunes; le centre d'alcoolisme et toxicomanie; le centre d'accueil, d'hébergement ou de réadaptation; le pavillon; le logement communautaire, thérapeutique ou protégé; le professionnel en milieu

scolaire; le groupe d'entraide; l'organisme bénévole; l'organisme de charité; le service d'écoute téléphonique; le parrainage civique; et tout autre service communautaire d'appoint (Service de coordination en santé mentale, 1983).

L'approche se veut «globale» (AHQ, 1984), sociale (Plante, 1981) ou communautaire — «là où se vit la vraie vie» (Beausoleil, 1983, 44). Elle est aussi dite écologique (AHQ, 1984; Fontaine, 1983), «axée davantage, sans oublier la maladie, sur la valorisation de l'autonomie des personnes, groupes et communautés par rapport aux services sociaux sanitaires et sur le développement des compétences, des capacités d'interaction positive des individus et collectivités avec l'environnement» (Fontaine, 1983, 1). On ne parle donc plus de «prise en charge» mais bien d'«accompagnement», d'«accueil et de support», d'«encouragement» et de «valorisation».

On se soulève contre la médicalisation des problèmes de «mal-vie» et on favorise une approche «bio-psycho-sociale», que l'on veut maintenant «élargie» (AHQ, 1984) ou encore, transformée en une approche «psycho-socio-culturelle» (Plante, 1983; Beausoleil et Godin, 1983).

Les problèmes, difficultés et besoins de la population sont [...] si négativement définis et qualifiés, que les ressources et la «société» n'arrivent plus à les percevoir et à les considérer autrement qu'en termes de maladies, de besoins psychiatriques, de spécialités médicales et professionnelles, de «surspécialités». En ne laissant pas beaucoup de chance aux individus qui pourraient y échapper ni beaucoup de place à la population qui voudrait assumer ses droits à la santé, cette définition des besoins vient minimiser l'importance de tous et chacun, induire en erreur et empêcher que l'ensemble des partenaires sociaux ne relève les défis qui les confrontent (Beausoleil et Godin, 1983, 122).

Ces proposeurs de modèles ne font aucune mention du clergé, des communautés religieuses, de la paroisse ou des agents de la pastorale comme éléments possibles de cet ensemble de «partenaires sociaux» ou du «tissu social» des personnes ayant besoin d'«accompagnement», de «support», de «valorisation» et d'«adaptation sociale fonctionnelle»; toutefois, ils ne les excluent pas ouvertement ni spécifiquement de leur langage, s'abstenant seulement de les mentionner. On ne décèle dans leurs discours aucune tentative de rapprochement ou de reconnaissance des effectifs ecclésiastiques comme ressources communautaires, appelées ailleurs «précieuses» mais «sous-exploitées».

Il ne faut pas s'en étonner. À peine sorti de la sphère religieuse qui l'englobait et d'une révolte psychiatrique qui parlait le langage de l'affranchissement, de la croissance, de la modernisation et du rattrapage — sous le signe de la professionnalisation et de la spécialisation, l'univers élargi de la psychiatrie et de la santé mentale, un univers que l'on veut maintenant déprofessionnaliser et déspecialiser, ne saurait à aucun prix «se rejeter dans la gueule du loup» ou, plus poliment, se rapprocher d'un monde qui, au mieux, lui paraît totalement étranger et, au pire, va à l'encontre de l'autonomisation des individus et de leur santé mentale. La lutte de territoire a été serrée, parfois difficile, mais elle a été bien gagnée. On ne saurait reconnaître au perdant une partie du domaine qui ne lui appartient plus. La sécularisation de la société québécoise est prise au sérieux. Pourtant, 51% des catholiques québécois se disent pratiquants. Et la visite d'un pape peut encore attiser les foules de tous les âges, multiplier les professions de foi sur les réseaux publics, neutraliser les esprits critiques, même ceux des journalistes, et monopoliser les heures d'écoute à la radio et à la télévision.

Cet environnement québécois, ce tissu social nous paraît toujours largement imbibé des valeurs promues par la religion catholique. C'est un catholicisme transformé, selon certains analystes; un catholicisme en état de crise, selon d'autres. Et cela, dit-on, au sein d'une Église qui n'est ni tout à fait morte, ni tout à fait ressuscitée.

C'est aussi, il faut le noter, une Église dont le discours d'espoir et d'avenir s'apparente fort au discours d'espoir et d'avenir en santé mentale. On y parle de démarginalisation et d'engagement dans la communauté, de travail concret avec les personnes en proie aux problèmes de mal-vie; on parle de disponibilité, «là où se vit la vraie vie», de soutien, de compréhension empathique, de partage, d'entraide, d'accueil et surtout, de solidarité. Ce que l'on préconise de part et d'autre, c'est la «communauté responsable».

Y aurait-il là, dans le discours aussi bien que dans l'engagement, un certain glissement vers une formule et une pratique qui permette et rende acceptable un travail complémentaire?

UNE ÉGLISE «NOUVELLE», UN DISCOURS MODERNISÉ

La visite de Jean-Paul II a amené bien des analystes, journalistes, théologiens et sociologues à tenter de faire le point sur l'Église québécoise. Tous s'accordent à dire que l'Église du Québec

vit une crise institutionnelle grave tout en connaissant parallèlement un mouvement de renouveau que les plus engagés qualifient de très fertile (Grandmaison, septembre 1984, 45). Il y a, nous dit-on, deux Églises au Québec: l'une, conservatrice et traditionnelle, qui vieillit inexorablement mais refuse de mourir, et l'autre qui se veut porteuse d'avenir et se dit progressiste, collégiale et pastorale. Alors que la première s'érige en gardienne de la doctrine, du dogme et des prérogatives ecclésiastiques, l'autre se définit comme «engagée», proche du vécu et communautaire, une «Église qui s'incarne dans les projets des hommes d'aujourd'hui et les rythmes de la société actuelle» (Hubert, 1982). Ce sont les évêques de cette Église qui condamnent le système économique actuel, utilisant un langage presque marxiste, mais qu'ils disent plutôt «biblique» (1981).

Cette Église parle de «santé mentale» sans la nommer et peut-être sans s'en rendre compte:

La crise persistante du chômage laisse entrevoir, disent les évêques, une profonde tragédie humaine et sociale. En effet, l'expérience du chômage crée une impression d'aliénation et d'impuissance qui prévient de la perte de l'identité propre et de la valeur de soi (C.E.C.C., 1984, 13).

La solution proposée pour mettre fin à «ce profond désordre moral au sein de notre société» (1984,13) réside dans un revirement complet du système économique vers un contrôle des rapports de production par les communautés et les travailleurs. Solidarité est le mot clé, une solidarité universelle. Le principe proféré est la participation de la communauté aux prises de décision: «la participation des marginaux passe avant un ordre qui les exclut» (C.E.C.C., 1984,6)

«Indirectement, je suppose, on touche aux problèmes de santé mentale à travers leurs causes économiques», nous dit Gilles Thibault, responsable aux Affaires sociales de l'Assemblée des évêques du Québec. Mais,

on s'adresse à des questions plus globales. La santé mentale est un dossier bien spécifique qui demande une expertise très scientifique que l'on n'a pas. Il faut être très prudents dans le domaine avant de se prononcer. En fait, comme réflexion ou intervention dans ce domaine, l'Assemblée des évêques, surtout depuis la sécularisation des institutions, n'a rien fait. On ne veut pas vraiment éviter d'en parler, mais ce n'est pas dans les sensibilités. Les gens n'y pensent pas (Entrevue).

C'est ainsi que santé mentale et maladie mentale ne font qu'une dans la pensée de bien des gens, et que, pour l'Assemblée des évêques, tout ceci relève des professionnels. On a bien rendu à César ce qui appartient à César. C'est ainsi que, lorsque le Comité de la santé mentale envoie à cette même Assemblée une invitation à se prononcer sur ses avis prochains concernant les ressources alternatives en santé mentale, elle se déclare incompétente à répondre à leur demande.

Et, bien que l'aile progressiste de l'épiscopat québécois se refuse ou ne pense pas à parler de ressources communautaires en santé mentale, elle parle de «communautés responsables» et de «disponibilité aux autres», elle veut une Église au service des pauvres de ce monde, des démunis individuels et collectifs, une Église présente dans le monde et une théologie de l'engagement. M^{gr} Hubert, du diocèse de Saint-Jean de Longueuil, se fait l'un des principaux définisseurs et architectes de cette orientation:

Dans chaque communauté chrétienne, on s'arrêtera pour identifier comment on va travailler concrètement avec les pauvres du milieu, qu'il s'agisse des familles monoparentales, des marginalisés du milieu, des petits salariés ou autres. L'engagement ne commence pas dans «le dire» mais dans «le faire» (1982,10).

La «santé mentale», surtout définie comme «adaptation sociale fonctionnelle» par Marie Plante, n'est pas ce qui les intéresse et alimente leurs discours. Avant tout, il s'agit de «justice sociale» avec ce que cela exige en vue d'une «transformation sociale fonctionnelle». «Dans la fidélité concrète de l'Évangile», conclut Bernard Hubert, «il y a de l'avenir pour l'Église du Québec» (1982). Ce langage n'est pas l'exclusivité des évêques: «la justice sociale, c'est la priorité fondamentale des communautés religieuses», écrit-on dans le Bulletin de la Conférence religieuse canadienne, section québécoise (CRC-Q):

Comme chrétiens, nous sommes appelés aujourd'hui à le suivre, en nous *solidarisant* avec les victimes de l'injustice, en *analysant* les racines des attitudes et structures sources de souffrances humaines et en *soutenant* le pauvre, l'affligé, l'opprimé dans leurs luttes pour la transformation de la société» (Comité justice sociale, Bulletin CRC-Q n° 1, septembre 1980).

Cette Église nouvelle, qui se dit en période d'apprentissage et de réorientation, tente donc de relever le défi de ce que l'on a convenu d'appeler la «sécularisation». Elle s'efforce de changer son image. «Autrefois toute-puissante, elle a perdu aux yeux d'un grand nombre sa pertinence sociale et sa crédibilité» (Bergeron, 1984, IX). Le défi est d'autant plus difficile à relever que cette Église qui se veut nouvelle porte en son sein même des contradictions de plus en plus difficile à justifier: une Église profondément hiérarchisée et élitiste, qui a le goût du faste, du gigantisme rituel (et de la liturgie en latin), et dont les structures s'apparentent plus au système féodal seigneurial qu'au système social-démocratique; une Église qui réclame une transformation de la société et une humanisation du système économique, mais condamne sans appel ceux de ses membres qui se font les agents actifs d'une théologie de la libération; une Église qui déclare vouloir vivre parmi le monde, dans «le vécu», mais refuse toujours le mariage et la procréation à ses prêtres; une Église qui affirme reconnaître l'égalité de la femme mais lui interdit l'accès à ses postes administratifs, à la prêtrise, à la fonction d'évêque ou de pape; une Église où plusieurs distinguent par conséquent deux classes sociales: «1) la classe des prêtres, mâles, célibataires qui se réservent entre eux le pouvoir institutionnel, le pouvoir sacramentel (un accès privilégié au sacre), le pouvoir administratif et le pouvoir de dire la morale, et 2) tous les autres fidèles» (Lagadec, 1984, VIII). «Et de surcroît», ajoute un professeur de philosophie de l'Université de Montréal, «ces gens-là voudraient encore nous enseigner la morale» (Lagadec, 1984, VIII). Et que penser de la «santé mentale»?...

Pour certains, il ne s'agit pas là de contradictions mais d'une caricature de ce qui leur apparaît comme «la vérité», une vérité révélée, voulue par Dieu et défendue par le pape; pour d'autres, il y a là la raison principale de «l'hécatombe qui frappe l'Église depuis plus de 20 ans» (Stryckman, entrevue, 1984). Celle-ci se traduit par un exode sans précédent parmi ses membres (clergé diocésain et non diocésain, religieux et religieuses), par une baisse générale du recrutement et, de là, par une réduction substantielle de ses effectifs et par l'inévitable vieillissement de ses membres² si bien que plus de la moitié (56,43%) des religieux et religieuses recensés par la Conférence religieuse canadienne (CRC) en 1983 étaient au service interne des Instituts, soit à la demi-retraite ou à la retraite complète.

Une Église qui se veut «nouvelle» a un défi de taille à surmonter lorsque l'âge moyen de ses membres «consacrés» se situe entre 54 et 56 ans. La simple réalité démographique de cette Église est telle que toute tentative de récupérer les pouvoirs d'antan sur les grands systèmes de service relèverait de l'utopie. Elle a donc investi son avenir dans ce qu'elle appelle «le vécu», «l'engagement communautaire».

«À mes yeux», écrit M^{sr} Hubert, «(la disparition de plusieurs institutions chrétiennes de la société québécoise) signifie surtout une volonté de ne pas perpétuer mordicus des œuvres qui ont fait leur temps, et la décision de servir le monde et la communauté chrétienne par une participation aux projets des personnes plutôt que par des institutions inévitablement lourdes et accaparantes» (1982, 2).

Mais qu'en est-il concrètement? Même si ce discours ne se fait pas à l'enseigne de la «santé mentale», peut-on voir dans cet «engagement» une ressource communautaire dans le domaine, une ressource «précieuse» et qu'il faut exploiter, comme le suggèrent Wright et ses collègues (1982)? Jusqu'à quel point ce rapprochement du vécu rejoint-il «l'engagement de partenaires sociaux non spécialistes dans le tissu social des personnes en problèmes de mal-vie» promu par les nouveaux proposeurs de politiques en santé mentale? Peut-être beaucoup plus qu'on ne le supposeraient de prime abord.

UN ENGAGEMENT DE L'ÉGLISE EN SANTÉ MENTALE? «ON Y A PAS VRAIMENT PENSÉ!»

À l'Association canadienne pour la santé mentale (section Québec), dans les divers départements du MAS, dans les quelques CRSSS, CLSC et DSC contactés, on nous déclare s'intéresser vivement

2. Les données les plus récentes de la CRC indiquent qu'il y avait au Québec, en 1983: 2 644 prêtres, 1 105 frères affiliés aux Instituts cléricaux, 2 125 frères éducateurs et 24 836 religieuses. Ainsi que le mentionne ce texte, plus de la moitié sont soit au service interne des Instituts, soit à la demi-retraite, ou à la retraite complète. Selon ces mêmes sources, Pères, Frères et Sœurs sont engagés dans un travail social (animation, aide aux personnes, engagements à d'autres titres) dans une proportion respective de 3,78%, 4,64% et 3,84%. En milieu hospitalier, leur engagement respectif est de 3,32% (aumôniers et administrateurs), 1,73% (administrateurs, préposés aux malades, techniciens) et 7,6% (administratrices, préposées aux malades).

à la question — une fois posée, mais les réponses demeurent bien vagues: «Il y a une implication du clergé dans ce domaine, je ne saurais de mémoire vous dire exactement quoi.» «Je vous rappellerai si je trouve quelque chose» — et on ne rappelle pas... «Il y en a de moins en moins, vous savez!...» Ou encore: «Je n'ai rien de vraiment précis, mais en grattant un peu, on pourrait trouver...» «À titre personnel, ils offrent leurs services bénévoles et à titre plus officiel, une communauté peut offrir certains services. Voilà en gros ce que je sais...» «Votre question, ça n'allume pas grand-chose immédiatement, comme ça, il faut y penser...» «Ça prendrait tout un travail d'excavation pour cerner cette question-là... Bonne chance!» «Ils sont sans doute encore assez présents. Ils ont laissé le réseau aux laïcs, mais avec l'argent qui leur reste, ils sont sûrement impliqués.» «Ils sont peut-être engagés discrètement, sans qu'on le sache trop.» «Mais, il n'y a sûrement pas de politique future pour une réimplication des religieux de manière officielle dans le système.» «On est de plus en plus favorables à l'implication des bénévoles; on a au MAS un budget d'environ 4 millions et demi pour l'assistance des groupes bénévoles. Il y a sûrement des religieux qui sont venus ou qui viendront chercher ces fonds.»

Et enfin: «On peut soupçonner que ces religieux envoyés à quitter le réseau officiel ont pu se retrancher dans des ressources moins lourdes, sans qu'on le sache trop. En charité, la main gauche doit ignorer ce que fait la main droite», conclut un haut fonctionnaire du MAS, résumant bien la situation: deux mondes côte à côte qui s'ignorent, s'évitent et parlent parfois la même langue mais ne communiquent pas. Sœur Gilberte Villeneuve, des Sœurs de la Providence, explique sa perception des choses:

Nous continuons d'être très actives!... mais de façon moins spectaculaire, plus individuelle. Il y a eu des années où nous étions en poste d'autorité partout. Vous avez le revers maintenant où les gens investissent mais refusent d'être mis sur le pinacle. Ils veulent agir mais être ignorés. Ils vont d'un excès à un autre excès. Mais lentement, il y a un mouvement; on commence à s'engager. Les communautés financent beaucoup d'aide. Elles refusent que ce soit publié. Il y a beaucoup de gratuité, mais le mouvement va grossir... (Entrevue).

«La force des choses», nous dit Sœur Gisèle Fortier, alors à l'Office de la déficience mentale, «nous oriente vers les ressources alternatives... Cela fait partie du rôle supplétif que l'on a à faire. J'apporte le message de mon engagement envers cette clientèle démunie qui en a besoin. C'est pour moi reproduire la mission du Christ auprès des hommes, des petits. Je veux revivre cette mission...»

«Les ressources de dépannage, de mon expérience», nous dit un aumônier d'hôpital psychiatrique, «sont presque toutes reliées au clergé. Le diocèse parraine tout ça. Mais, c'est pas du tout politique d'avouer ça!»

DU DISCOURS À L'ENGAGEMENT: UNE RÉPONSE À LA MALADAPTATION SOCIALE?

Bien qu'elle ne semble pas du tout encline à participer à la formulation prochaine d'une politique en santé mentale ou même à réclamer une reconnaissance officielle et technocratifiée de ses «engagements» en tant que ressources alternatives ou complémentaires dans le domaine,

La nouvelle Église anime les comptoirs alimentaires, regroupe les femmes battues, ramasse les ivrognes le soir, syndicalise les employés des petits restaurants, organise l'accueil des réfugiés politique ou autres, fait de l'éducation populaire. L'inspiration évangélique de son action n'est pas secrète; mais elle n'est pas sans cesse rappelée aux bénéficiaires» (Aubin, 1984,50).

Les exemples plus précis de programmes pensés et créés par cette Église dans le but de permettre ce que l'on pourrait appeler, dans les termes des nouveaux proposeurs de politiques en santé mentale, une «adaptation sociale fonctionnelle» (Plante, 1982), se répètent à la douzaine. Dès 1969, M^{gr} Gérard-Marie Coderre, alors évêque du diocèse de St-Jean, fonde à la station de métro de Longueuil le Carrefour Le Moutier, «lieu d'accueil» et d'écoute dont le but professé est «l'épanouissement de la personne».

Nous sommes disponibles pour toute personne qui a le goût d'échanger, ou de partager un vécu difficile, disponibles pour l'écouter et la comprendre sans la juger, l'évaluer, l'analyser ou l'étiqueter et ce, dans une atmosphère calme et en l'absence de contraintes,

lit-on dans le pamphlet d'information. Le personnel bénévole (21 personnes) et permanent (19) du Carrefour ne se dit pas professionnel. Il est d'abord et avant tout choisi, nous dit-on, à partir de

critères basés sur des qualités personnelles: «capacité d'écouter, maturité, esprit chrétien, acceptation et compréhension de l'autre». La mention de «l'esprit chrétien» le lie à ses origines. La clientèle, au total 10 041 visites en 1983-1984 (4 850 femmes et 5 191 hommes), vient pour toutes sortes de raisons: difficultés familiales (678), dépression (615), santé (574), difficultés psycho-sociales (543), solitude (346), croissance personnelle (332), urgence matérielle (315), séparation ou divorce (277), alcoolisme ou toxicomanie (321), difficultés conjugales (228), problèmes de logement (206), spiritualité et religion (211), réinsertion sociale (135), sexualité (129), deuil (128), ex-détenus(115), suicide (96), femmes battues (34), viol (12), prostitution (7), avortement (7), inceste (2). Depuis 1969, le Carrefour Le Moutier a accueilli plus de 200 000 personnes. Aujourd'hui, son conseil d'administration est formé majoritairement de membres du Club Richelieu de Candiac et de représentants de l'Église diocésaine. C'est un organisme à but non lucratif, subventionné par Centraide, Emploi et Immigration Canada, le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration du Québec, et le MAS.

Il y a aussi l'Accueil Émilie, organisme bénévole fondé en 1982 par le Père Guy Merveille, aumônier à l'Institut Albert Prévost et secondé par les Sœurs de la Providence. L'Accueil ne reçoit aucune subvention gouvernementale. «Nous préférons avoir franche coudée», nous dit une des sœurs. Les rencontres hebdomadaires pour les cent à cent trente ex-patients de l'Institut Prévost ont lieu au sous-sol de l'église Notre-Dame-des-Anges. L'Accueil Émilie offre aussi un service de S.O.S. en psychiatrie. Tout comme elles l'étaient avant 1960, les valeurs privilégiées de cette congrégation sont «la compréhension, l'empathie et le dévouement». Mais, contrairement à cette époque, l'approche ne se veut pas grandiose et ne peut plus l'être:

La plupart des Sœurs de la Providence sont des spécialistes soit en soins infirmiers, psychiatrie, psychologie, diététique, mais surtout en compréhension, en empathie et en dévouement. L'œuvre des malades mentaux ne s'exerce plus à Montréal dans les postes de commande du vaste hôpital psychiatrique, mais de façon très modeste et discrète, selon les besoins de cette catégorie de personnes que la société n'arrive pas à aider de façon concrète (Accueil Émilie, août 1984).

Citons également la Maison de Lauberivière, qui se dit une «œuvre de bénévolat et de générosité au service des personnes en difficulté de la ville de Québec» et est située dans l'ancien Château Champlain de la rue Saint-Paul. Ce projet à but non lucratif est financé par vingt-six communautés religieuses (d'hommes et de femmes) de Québec ainsi que par les dons de l'archevêque de Québec et du public. Les membres de la Corporation sont des représentants de l'Église diocésaine, du Conseil régional de pastorale de la Basse Ville, de plusieurs communautés religieuses et de l'Ordre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu.

Ouverte le 30 janvier 1984, la Maison de Lauberivière s'est donné pour mission «le dépannage des personnes (hommes et femmes) en difficulté: sans gîte, démunis, sans le sou, personnes en détresse, itinérants, clochards, en misant principalement sur l'accueil, l'hébergement — à court terme (pour une centaine de personnes) ou pour quelques mois (pour 25 personnes) —, et la réhabilitation de ces laissés pour compte de notre société et de notre milieu». En 237 jours d'ouverture, son centre de dépannage pour femmes a admis 184 femmes sur un total de 243 admissions (certaines personnes ayant été admises plus d'une fois). La problématique: maladie psychiatrique, 34,3%; toxicomanie, 19,1%; itinérance, 16,3%; violence, 7,7% feu, 2,1%; fugues, 1,0% et autres, 19,5%... Sur 184 femmes admises, on en a identifié 29 qui avaient déjà fait un séjour en prison. Elles sont référées par la sécurité provinciale, la police régionale, les bureaux d'aide sociale, les agents de quartier, les CLSC, le Café chrétien, le CSS de Québec, A.A., Auto-Psy, ou encore par d'autres maisons d'accueil, des curés de paroisse, des communautés religieuses, barmans, chauffeurs de taxi... Le jour de son premier anniversaire, la Maison de Lauberivière avait accueilli près de 4 000 hommes et 200 femmes et offert 45 000 repas. Environ 175 bénévoles (dont certains sont eux-mêmes bénéficiaires) y offraient leur temps, y compris une quinzaine de religieux et religieuses «œuvrant» à temps plein.

La maison Mère-Mallet de Québec anime, à même les fonds des communautés locales de la congrégation, plusieurs «œuvres» de type dépannage, accueil et soutien. Elles s'appellent les Services d'aide aux familles, d'entraide sociale et d'aide à domicile; c'est aussi le service des pauvres et son œuvre de la soupe, ses rencontres des A.A.; la maison du Samaritain qui, depuis 1982, accueille les alcooliques; le Puits de Jacob; le Vestiaire Marcelle Mallet; Viol-Secours; Jeunesse du Monde; Enseignement du français et catéchèse aux Réfugiés et Immigrants, etc.

Mentionnons également le Centre au Puits, une initiative des Sœurs de Sainte-Anne de Montréal, qui organise des programmes de «croissance personnelle», d'alphabétisation, des ateliers de couture, des rencontres communautaires à caractère «instructif, récréatif, social, spirituel, des visites d'amitié et de réconfort à nos amis du 3^e âge». Le centre est dédié «à toi qui veux te connaître mieux, qui veut découvrir une façon nouvelle de vivre ton quotidien, d'expérimenter tes valeurs...»

Il serait virtuellement impossible de faire le tour complet des initiatives du genre dans lesquelles se sont lancés, depuis quelques années, les diocèses et les communautés religieuses. Ce sont les centres d'accueil, centres d'aide sociale aux immigrants, services d'accompagnements éducatifs pour enfants du quartier, des centres de jour pour femmes isolées, en difficulté, services d'aide à domicile, groupes de réflexion de toutes sortes et même, des services téléphoniques de consultation confidentielle pour familles, adolescents et enfants face aux «problèmes de la vie ordinaire» ou «en période de crise». Contrairement à ce que propose le discours de la nouvelle Église, il n'y a pas vraiment là une tentative de transformation sociale profonde, mais bien une action destinée à permettre «l'adaptation sociale fonctionnelle» de certaines personnes, de leurs familles et de leurs groupes sociaux, rejoignant de près la conception gouvernementale privilégiée de ce qui constitue la «santé mentale» telle que la définit Marie Plante (1982).

Les initiatives ne sont pas uniquement communautaires, mais également individuelles, souvent anonymes. Et, comme nous dit Guy Lapointe, professeur de théologie à l'Université de Montréal: «Ce sont les femmes qui ont beaucoup fait dans ce domaine. Elles ont pris plus de risques, se sont brisées en petits groupes, se sont établies dans des quartiers pauvres. Les hommes sont plus frileux. Les prêtres, eux, ne font rien de bien original dans ce domaine» (Entrevue).

Partout, on nous parle de «femmes capables», de «femmes extraordinaires». L'une d'elles collabore à la réalisation d'une coopérative d'habitation de 80 logements pour personnes âgées («La Providence»); une autre, à 82 ans, aide les assistés sociaux à obtenir l'assistance qui leur est due, tandis que celle-ci anime une équipe qui veut regrouper les personnes âgées et isolées afin qu'elles s'entraident et retrouvent le goût de vivre (CRCA, vol. XXI, n° 7, 1983,2). Celle-là a accepté une responsabilité dans une pharmacie populaire où l'accent est placé sur la participation des citoyens à l'éducation en matière de santé. Des équipes de religieuses apportent leur collaboration à un «Centre de formation d'ateliers communautaires»: cette initiative a pour but de permettre à des femmes chefs de famille et bénéficiaires de l'assistance sociale, de refaire une expérience de travail et éventuellement, de se réinsérer dans le marché du travail... D'autres femmes, enfin, s'installent à trois ou quatre en logement dans des quartiers ouvriers. Souvent, il s'agit pour elles d'une «deuxième carrière». Une équipe de religieuses s'explique:

Les religieux et les religieuses qui ont été en institutions: hôpitaux, foyers, collèges, enseignements divers... ont eu en général des postes de commandement, d'autorité. Leur premier objectif dans le recyclage qu'ils (elles) auront à faire, devra consister à se mettre à l'écoute du monde ordinaire, c'est-à-dire du milieu dans lequel ils (elles) ont choisi de travailler. Prendre des postes humbles, qui les mettront en contact direct avec les gens, vivre avec eux et ainsi les connaître plus concrètement. Beaucoup regarder, écouter, être attentif à ce qui se vit (CRC-Q, décembre 1981,3).

Les témoignages de personnes «engagées» sont de la même veine. Avec deux autres religieuses, Sœur Madeleine Monette a habité le Centre-Sud de Montréal. À 69 ans, elle écrit:

L'important n'est pas d'offrir notre sympathie mais de travailler au regroupement des personnes pour qu'elles s'en sortent ensemble. Autrefois, dans l'enseignement, on était choyé, respecté, adulé. Aujourd'hui, plusieurs se sentent inutiles. Mais en se mettant les pieds dans la réalité, on retrouve force, énergie, dynamisme et le goût de vivre (CRC-Q, vol. XXIII, n° 4, 1983,5).

N'est-ce pas cela aussi, «faire de la santé mentale»?

Certaines obtiennent leur diplôme de psychologie et deviennent «professionnelles». Elles ouvrent des centres d'animation, de consultation, des camps familiaux et ouvrent même leur bureau de consultation privée, nous dit-on, dans le sous-sol de la résidence de leur petite communauté. «Tout se fait de bouche à oreille, de main à main, sans publicité».

Et le prêtre dans sa paroisse? Se considère-t-il comme un «aidant naturel» en santé mentale? Voit-il en sa paroisse une partie du «réseau communautaire en santé mentale»? Là encore, nos questions les prennent par surprise. «On n'y a pas vraiment pensé, à vrai dire.» Et puis, quand on cherche, on trouve un peu; on nous cite les services familiaux, relations parents-enfants, les cours de préparation au mariage, les soirées sociales, bingo, Caritas, les visites paroissiales, les

soirées paroissiales, les soirées des Lacordaires, des A.A. et même, à Sherbrooke, l'ébauche d'un service de prévention du suicide chez les jeunes. Mais la santé mentale en tant que telle ne fait pas partie du discours du curé. «Il y a eu une démission de ce côté-là depuis que toute la technologie de la santé a envahi notre société», nous dit un aumônier d'hôpital psychiatrique. «C'est ainsi que la psychiatrie semble avoir exonéré le prêtre de cette responsabilité dont il ne savait que faire, qui était source d'embarras et d'ennuis» (Richard, 1982). «Ce n'est pas que l'Église est mise à l'écart de la santé mentale, c'est elle-même qui se met à l'écart de cette question-là», continue notre informateur. C'est encore plus vrai de la maladie mentale, que l'on prend toujours pour synonyme de santé mentale. Les témoignages ont de quoi intéresser: «Nous, dans notre paroisse, on n'a pas travaillé sur ça. On a travaillé sur la visite à domicile du malade chronique.» «Y a personne ici dans la paroisse qui s'est attaché le grelot.» «On va là où il y a une demande très forte. Y en a pas vraiment eu ici.»

Le curé de paroisse a appris à faire une distinction très claire entre santé spirituelle, qui le concerne, et santé mentale, qui ne le concerne pas; entre le pécheur et le fou; entre le saint et le délirant.

En employant le concept psychiatrique de «délirants», l'institution religieuse n'a plus à se rendre compte de son «impouvoir» à donner sens à des phénomènes nouveaux. Elle se décharge alors de son impuissance, laissant le sujet malade à la responsabilité de la psychiatrie, plutôt que de faire l'analyse de sa propre incapacité et de son manque, tel que l'introduit la modernité (Richard, 1982,26).

Jean-Louis Mailloux, ancien curé de paroisse, aujourd'hui directeur de l'Espoir, une ressource alternative en santé mentale, nous dit:

Longtemps, le presbytère a servi de première ligne. Le premier téléphone que les gens mal pris faisaient, c'était à leur presbytère — les gens dépressifs, en état de crise, avec problèmes familiaux. Aujourd'hui, le CLSC récupère beaucoup de ces appels. Il y a quinze ans, [...] on recevait ces gens de façon informelle, puis on avait une bonne conversation. On ne répondait pas avec des connaissances très élaborées. On avait pris des cours en pastorale, en psychologie, on savait les mots — bien que d'une façon très superficielle. C'était pas très profond. Considérant ce que je sais et ce que je fais aujourd'hui, mes réactions alors n'étaient pas vraiment adéquates. Je ne comprenais pas. J'étais souvent pris au dépourvu.

Pourtant, les études de Wright et du Toronto Addiction Centre voient en ces pasteurs une ressource précieuse — «disponible mais sous-exploitée» — pour la santé mentale communautaire. De toute façon, ce ne semble pas être l'opinion de la population québécoise dont 2,4% seulement, sur un échantillon représentatif, disent qu'ils iraient consulter le prêtre pour des problèmes d'ordre mental (Melançon-Ouellette, 1980).

Selon Jean-Louis Mailloux:

Les prêtres n'ont sûrement pas un rôle premier à jouer dans ce domaine. Pour les dépressions, ça prend un professionnel. Ils ont peut-être un rôle en voie de réinsertion sociale. Une fois la crise passée, le clergé a peut-être un rôle d'accueil, de redonner confiance, d'engager la personne à faire des travaux de bénévolat... Mais il y en a peu qui voient ça!... Le presbytère pourrait devenir un lieu d'écoute...

Dans quelle mesure les prêtres seraient-ils disposés et préparés à agir en tant qu'«aidants naturels»? À cet égard, les critiques sont sévères, même au sein de leurs rangs:

Les communautés religieuses sont plus impliquées que les prêtres. Les prêtres n'ont aucune formation.

La formation des prêtres ne favorise pas la connaissance psychologique.

Il y a la crainte que la psychologie ne les éloigne de Jésus-Christ: être trop humain veut dire que tu ne peux pas être spirituel!...

Ils ont des cours de psychologie au Grand Séminaire, mais ce n'est pas suffisant. Les cours sont partiels, libres. Ça fait des connaissances partielles qui ne rejoignent pas une globalisation des connaissances.

Ils savent les mots de psychologie; ils ont fait de petits exercices, ont étudié un peu de gestalt; on leur recommande de lire quelques livres, mais c'est tout volontaire... Et il y en a qui sont très allergiques à la psychologie...

Mon expérience, c'est que les prêtres et les religieux qui vont étudier la psychologie sortent tous de la prêtrise.

Les pasteurs devraient être au courant des ressources de leur milieu pour servir de première ligne, mais ils ne le sont pas.

Ce désir de se distancer de la question et de la laisser aux experts, cette conviction que la maladie mentale et la santé mentale relèvent d'un domaine qui ne les concerne que très peu, n'est pas partagé par tous les prêtres. Dominique Casera, aumônier pendant six ans à l'Hôpital Robert Giffard et dans un hôpital de Sherbrooke, met ses espoirs dans les «agents de la pastorale».

LES AGENTS DE LA PASTORALE: POUR UNE APPROCHE BIO-PSYCHO-SPIRITUO-SOCIALE?

De plus en plus, le Québec forme des agents de la pastorale — hommes et femmes, laïcs et religieux. Ce sont les agents privilégiés de l'Église nouvelle et, pour Casera, un élément essentiel à toute approche communautaire en santé/maladie mentale. «Dans l'optique d'une approche communautaire de la maladie, l'agent de pastorale a une tâche qui lui est propre», écrit l'auteur de *les Psychotiques: à l'écoute de la désespérance* (1978). Sa vision de la nécessité d'un rapprochement entre psychiatrie et religion ne laisse aucun doute: «L'agent de pastorale ne peut pas rester en marge de ce mouvement de renouveau des soins psychiatriques... l'aide pastorale s'inscrivant dans la ligne d'une thérapie globale.» «Dans l'éventail des ressources [créées par la Loi 65], l'agent de la pastorale a sa place» (1978,92). «La présence de l'agent de pastorale à l'intérieur des ressources communautaires répond à un secteur spécifique de la psychothérapie, au secteur qui touche l'expérience religieuse du malade» (1978,94). Cette participation n'est cependant pas toujours facile, ni même bienvenue. Casera juge que cette confrontation de l'agent de pastorale avec les autres professionnels de la santé mentale ne peut que faire ressortir le caractère unique de sa présence.

L'agent de la pastorale affilié à l'hôpital psychiatrique se définit de plus en plus comme un professionnel de la santé mentale au même titre que les autres, et conçoit son rôle comme unique et indispensable. Il reste à voir si ces autres le considèrent comme tel et acceptent sa définition de la situation:

Mon intégration à l'équipe multidisciplinaire vise à équilibrer en même temps qu'à construire, à soutenir le malade pour qu'il trouve sa place dans la vie et en même temps, à le faire cheminer vers son plein accomplissement. Ma présence dans l'équipe est toujours justifiée par le rôle qui m'est propre... Je ne veux pas déguiser ce rôle. Je reconnais que les thérapies relevant d'autres disciplines que la pastorale ont mis au point des attitudes d'approche qui sont profondément humaines et je m'en sers, je vais dans le même sens qu'elles, je collabore avec elles mais je mets à la disposition de la cause commune (la guérison du malade) mes ressources, et je suis conscient que je peux exercer un rôle complémentaire important (1978: 115).

L'approche privilégiée, pour jouer ce rôle complémentaire, est l'approche rogérienne dont les trois conditions nécessaires pour établir une véritable relation d'aide avec le client sont «la compréhension empathique», «l'authenticité, la spontanéité ou la transparence du thérapeute» et enfin, «le regard positif inconditionnel ou un amour non possessif envers le client». Pour donner plus de poids à son approche «empathique», Casera emprunte les mots du théologien juif du IX^e siècle Saadea, cité par Baruk: «La psychiatrie est avant tout une affaire de cœur, un élan du cœur filtré par l'intelligence.»

Ce discours ressemble de près à celui que professaient les «traditionalistes de la psychiatrie québécoise» d'avant 1960 (Boudreau, 1984), discours vertement condamné par les psychiatres modernistes instigateurs de la Révolution psychiatrique qui marqua les débuts de la réforme sécularisante des services psychiatriques au Québec. Un discours tenu pour inacceptable en 1960 serait-il mieux reçu aujourd'hui?... une étude prochaine se propose de le vérifier.

Casera emprunte aussi le langage de l'autonomie, de la réalisation de soi, s'alliant ici au nouveau discours sur la santé mentale:

Dans cette perspective, le rapport agent de pastorale-patient vise à susciter à la fois l'acceptation de soi dans une considération positive du potentiel personnel, l'échange avec les autres comme avec des pairs, l'estime réciproque et l'accueil mutuel. En agissant de cette façon, l'agent de pastorale met en valeur la partie saine du malade; il le socialise, le fait sortir de sa solitude, d'une sorte de sous-développement, d'une impression de croissance personnelle ratée, d'une infériorité humaine; il l'achemine vers une réalisation vigoureuse de son moi (1978,105).

Il parle donc d'une «thérapie» de libération (1976,100). Fidèle au langage de son univers religieux, il voit la guérison comme une ouverture à la rédemption par le Christ (1976,137). Se faisant le porte-parole de Tyrrel, il conclut:

La vie qui revient après de longues périodes de contraintes psychiques est une expérience de résurrection, un passage [...] des portes de l'enfer aux portes du paradis, une véritable «fête de l'esprit» centrée sur ce qui est positif et qui exprime le vrai, le bon, l'utile, le beau et le divin (1978,148).

ENTRE DEUX UNIVERS: UN MALAISE PROFOND

Il est inutile, devant de telles images, de rappeler le malaise que ressentent bon nombre de thérapeutes, de technocrates et de politiciens face à une possibilité de rapprochement entre leurs deux univers. Comment réconcilier ces termes avec ceux de la soi-disante «rationalité» bio-psycho-sociale? Tout partage devient très complexe. Pierre Pelletier, philosophe et psychanalyste, professeur à la faculté des sciences de l'éducation à l'Université de Montréal, en décrit la dynamique:

Parfois, chacun défend son territoire et demande, implicitement ou explicitement, que l'autre lui laisse faire son boulot tranquille. Parfois, plus frustré et plus agressif, chacun accuse l'autre de détruire ce qu'il réussissait si bien seul: que le pasteur n'intervienne pas auprès d'un client ou un analysant, que le thérapeute ne se mêle pas de la vie «spirituelle» du fidèle, encore moins de celle du mystique. Le psychanalyste est encore moins bienvenu que les autres thérapeutes, puisque, répète-t-on, le psychanalyste «réduit» le religieux (Pelletier, 1982,43).

Le plus dangereux, nous dit Pelletier, est le risque de confusion des rôles, quand le pasteur se fait analyste et, entendant le discours du client, lui en donne une interprétation d'inspiration analytique, suivie d'une absolution, d'une pénitence, d'une exhortation. «Si incroyable que cela paraisse, ce genre de «thérapie» s'est faite ici même et se fait peut-être encore» (1982,64).

La méfiance est grande entre les deux domaines. «On parle d'une approche bio-psycho-sociale», nous dit le Père C. Boekema, responsable du Service de la pastorale à l'Hôpital Louis H. Lafontaine, «et on appelle cette approche 'globale'. Le parti-pris est clair», continue-t-il. «C'est une approche biaisée — pourquoi ne parlerait-on pas d'une approche bio-psycho-spirituo-sociale? On néglige une partie importante de la dimension humaine. On parle de philosophie des soins, mais on y exclut le spirituel. Il y a beaucoup de gens rébarbatifs à une réflexion plus en profondeur. Ils sont restés avec les idées du petit catéchisme et, pour eux, c'est là la religion.»

Mais toute la question est là. Y a-t-il vraiment une religion «nouvelle» qui corresponde à cette Église qui se dit nouvelle et à ses aspirations communautaires? Et jusqu'à quel point cette Église et ses messagers de la solidarité et du partage se sont-ils individuellement différenciés du discours traditionnel, rigide, angoissant et culpabilisant, basé sur la peur, l'interdit et la négation de soi? Y aurait-il une religion saine, capable de guérir et même, de faire bonne figure dans un programme de santé mentale communautaire à côté d'une religion qui serait pathogène et pathologique? Pourtant, les deux ne font-elles pas qu'une religion — sainte et catholique?

Le risque de confondre discours biblique et discours thérapeutique, ce qu'on appelle le sacré et le profane, le révélé et le vécu, l'absolution et l'analyse, l'inspiration évangélique et l'action sociale, la foi et l'expérience concrète, serait-il trop grand, contraire à cette conception que l'on veut religieusement neutre de la santé mentale — cette «adaptation sociale fonctionnelle»? Pourtant, cette société à laquelle nous sommes censés nous «adapter» n'est-elle pas elle-même imbibée profondément de valeurs judéo-chrétiennes? L'auteure ne saurait prétendre apporter de réponses à ces questions, ni débroussailler tous les jugements de valeur et les déclarations de foi qui leur sont associés.

La religion est aussi une question de culture. Elle est, dans ses mouvements d'éveil, de crise, comme dans ses tentatives de récupération, un fait social qui sociologiquement ne peut être ignoré. À la lumière de notre modeste exploration, notre question demeure: le Québec doit-il considérer cette religion avec ses agents qui se disent disponibles et engagés, comme des participants «précieux» et à part entière de cette approche bio-psycho-socio-culturelle qui gagne les faveurs des proposeurs de politiques? La question reste à débattre.

Nous avons tenté dans ces pages d'explorer l'hypothèse d'un rapprochement entre l'univers du religieux et celui de la santé mentale au Québec, au niveau du discours des nouveaux proposeurs de politiques et des défenseurs de la Nouvelle Église et au niveau de l'engagement à divers paliers d'action de l'Église québécoise. Nous nous sommes demandé s'il était possible de déceler les

débuts, si discrets soient-ils, d'un nouveau courant de pensée et d'action dans ce domaine très vaste, très relatif (Joshi, 1984) et polyvalent de la santé mentale au Québec.

Bien que l'exercice nous ait permis de faire une courte incursion dans un monde fascinant et d'entendre des témoignages extrêmement diversifiés, il n'y a pas de conclusion facile. Impossible de clore la question par un oui ou par un non. Peut-être s'agit-il plutôt d'un «oui et non» et même dans ce cas, nous ne saurions faire justice à toute la complexité qui caractérise cette relation depuis qu'il y a psychiatrie distincte de religion et, maintenant, santé mentale distincte de psychiatrie.

Entre ces deux univers que l'on se plaît aujourd'hui à considérer comme tenant de réalités fort différenciées, mais qui s'exercent de plus en plus sur le même territoire, il est impossible de prononcer le divorce total. Mais au risque de terminer ces réflexions sur un cliché stérile, on peut avancer d'ores et déjà que le mariage parfait ne semble pas non plus à l'agenda. S'il est même souhaitable est une toute autre question à laquelle une sociologie n'a pas vraiment de réponse.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBIN, B., «De la visite embarrassante», *Actualité*, septembre 1984, pp. 43-54.
- BAUM, G., «The Retrieval of Subjectivity», *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1,1, 1982, 89-102.
- BELL, R. A. *et al.*, 1976 — «The Clergy as a mental health resource: Parts I and II», *The Journal of Pastoral Care*, 30, 103-115.
- BERGIN, A. E., «Psychotherapy and religious values», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 95-105. «Religious and Humanistic Values: A Reply to Ellis and Walls», *ibid.*, 48, 5, 1980, 642-645.
- BERGIN, A. E., et M. J. LAMBERT, «The Evaluation of therapeutic outcomes», in *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. L. Garfield & A. E. Bergin, éditeurs), Wiley, New York, 1978.
- BERGERON, R., «Les religions du nouvel âge, Une immense interpellation à l'homme contemporain et à l'Église», *le Devoir*, 8 septembre 1984, p. IX.
- BONNELL, J. S., *Pastoral Psychiatry*, Harper Brothers Publications, New York, 1938, 237 p.
- BOUDREAU, F., «The Quebec Psychiatric System in Transition: A Case study in Psychopolitics», *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 17, 2, 1980, 122-137.
- BOUDREAU, F., *De l'Asile à la Santé mentale: Les soins psychiatriques: Histoire et institutions*, Éditions Coopératives Albert Saint-Martin, Montréal, 1984.
- BREGGIN, P. R., *Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain*, Springer Publ. Co., New York, 1983, 319 p.
- CARREFOUR LE MOUTIER, 15^e Rapport Annuel 1983-1984.
- CASERA, D., *les Psychotiques: à l'écoute de la désespérance*, Éditions Paulines et Apostolat des Éditions, Montréal, 1978, 158 p.
- CHAGNON, R., *les Charismatiques au Québec*, Québec/Amérique, Montréal, 1979, 211 p.
- CLEMENS, N. A., *et al.*, «The Parish clergy as a mental health resource», *Journal of Religion and Health*, 17, 1978, 227-232.
- CLINEBELL, H. J. Jr., «The local church's contribution to positive mental health», in *Community Mental Health: The Role of Church and Temple*, Abington, Nashville (Tennessee), 1970.
- COLLINS, G. R., *The Rebuilding of Psychology: An Integration of Psychology and Christianity*, Tyndale House, Wheaton (Illinois), 1977.
- COMITÉ DE LA JUSTICE SOCIALE, Bulletins CRC-Q, 1980-1984.
- CONFÉRENCE DES ÉVÊQUES CATHOLIQUES DU CANADA, *Choix éthiques et défis politiques*, Concacan Inc., Ottawa, 1984, 24 p.
- DAHER, D., «Defining sin and its place in the counselling relationship», *Journal of Pastoral Care*, 32, 3, 1978, 300-12.
- DE YOUNG, Q. R., «An unknown God made known (the religion of psychology)», *Journal of Psychology and Theology*, 4, 2, 1976, 87-93.
- ELLIS, A., *The Case Against Religion: a Psychotherapist's View*, New York Institute for Rational Living, 1971.
- ELLIS, A., *A Humanistic Psychotherapy: the Rational-Emotive Approach*, Crown, New York, 1973.
- ELLIS, A., «Psychotherapy's Atheistic Values: A Response to A. E. Bergin's 'Psychotherapy and Religious Values'», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 5, 1980, 635-639.
- FOSTER, L. M., «Community mental health: a religion established by Congress?», *Journal of Religion and Health*, 14, 1, 1975, 40-42.
- FRANK, J. D., *Persuasion and Healing*, Johns Hopkins U. Press, Baltimore (Maryland), 1973.
- FRANK, J. D., «Nature and fonctions of belief systems: Humanism and transcendental religion», *American Psychologist*, 32, 1977, 555-559.
- GRAHAM, K. *et al.*, «The Clergy: a willing but underutilized resource in the care of persons with alcohol problems», *Canada's Mental Health*, 32, 1, 1984, 19.
- GRANDMAISON, J., cité par Aubin, *op. cit.*
- GRIFFITH, E., «The Significance of ritual in a Church-based healing model», *Am. J. Psychiatry*, 140, 5, 1983, 568-572.
- HANFORD, J. T., «Asynoptic Approach: resolving problems in empirical and phenomenological approaches to the psychology of religion», *Journal for the Scientific Study of Religion*, 14, 3, 1975, 219-227.
- HAUGK, K. C., «Unique contributions of churches and clergy to community health», *Community Mental Health Journal*, 12, 1976, 20-28.
- HUBERT, B., «Implanter l'Église dans un monde neuf», texte d'une conférence donnée par l'évêque de Saint-Jean-Longueuil le 9 juillet 1982.
- JEEVES, M. A., *Psychology and Christianity: the View Both Ways*, Inter-Varsity Press, Leicester (Grande-Bretagne), 1976.

- JOSHI, P., «Relativisation de la santé mentale et de ses concepts», *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 3, n° 1, printemps 1984, pp. 67-77.
- LAGADEC, C., «Nous sommes tous des croyants parce que nous sommes tous des humains», *le Devoir*, 8 septembre 1984, p. VIII.
- LARSON, R., «Attitudes and opinions of clergymen about mental health and causes of mental illness», *Mental Hygiene*, 49, 1965, 52-59.
- LAYCOCK, S. R., *Pastoral Counselling for Mental Health*, Ryerson, Toronto, 1958.
- LEMIEUX, R., «Religion et socialisation des déviances», *Cahiers de recherches en sciences de la religion*, vol. 4, 1982, 271-297.
- LINN, L., et L. W. SCHWARZ, *Psychiatry and Religious Experience*, Random House, New York, 1958.
- LOWE, C. M., *Value Orientations in Counselling and Psychotherapy: the Meanings of Mental Health*, Carroll Press, Cranston (Rhode Island), 1976.
- MADDEN, J. T., «The meaning of value systems in pastoral counselling», *Journal of Religion and Health*, 14, 2, 1975, 96-99.
- MELANÇON-OUELLETTE, *Étude sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec*, M.A.S., Direction générale de la Planification, Service des Études sociales, EE 053-80, 1980, 173 p.
- MENNINGER, K., *Whatever Became of Sin?*, Hawthorn Books, New York, 1973.
- MOWRER, O. H., *The Crisis of Psychiatry and Religion*, Van Nostrand, Princeton (New Jersey), 1961.
- MOWRER, O. H., *Morality and mental health*, Rand McNally, Chicago (Ill.), 1967.
- MYERS, D. G., *The Human Puzzle: Psychological Research and Christian Belief*, Harper & Row, New York.
- NARRAMORE, B., «Guilt: Where Theology and Psychology Meet», *Journal of Psychology and Theology*, 2, 1, 1974, 18-25; «Guilt: Its Universal Hidden Presence», *ibid.*, 2, 2: 104-105; «Guilt: Christian Motivation or Neurotic Masochism?», *ibid.*, 2, 3: 182-189; «Guilt: Three Modes of Therapy», *ibid.*, 2, 4: 260-265.
- PELLETIER, P., «Pathologie et religion. Point de vue d'un psychanalyste», *Cahiers de recherche en sciences de la religion*, vol. 4, 1982, 43-69.
- PLANTE, M., Présentation du M.A.S. au Colloque sur «Le présent et l'avenir des alternatives à la prise en charge institutionnelle en santé mentale», octobre 1982.
- PROSEN, M., et al., «Guilt and Conscience in Major Depressive Disorders», *Am. J. Psychiatry*, 140, 7, 1983, 289-294.
- RICHARD, R., «Du mal à la maladie: un déplacement dans le croyable», *Cahiers de recherches en sciences de la religion*, vol. 4, 1982, 19-43.
- ROSEN, I. M., «Some contributions of religion to mental and physical health», *Journal of Religion and Health*, 13, 4, 1974, 289-294.
- THOLEN, G., «More psychiatric implications of religion», *American Atheist*, 20, 12, 1978, 15.
- TOWES, J., Critique littéraire de *If We Can Love: The Mennonite Mental Health Story*, de Vernon H. Neufeld, Faith & Life Press, in *Canada's Mental Health*, mars 1984.
- VERGOTTE, A., *Dette et désir*, Éditions du Seuil, Paris, 1978, 316 p.
- WALLS, G. B., «Values and Psychotherapy: A Comment on 'Psychotherapy and Religious Values'», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 5, 1980, 640-641.
- WENDER, Paul, et KLEIN, D.F., *Mind, Mood & Medicine: A Guide to the new Biopsychiatry*, New American Library, New York, 1981.
- WRIGHT, P. G., MOREAU, M. E. & HALEY, G. M., «The Clergy's attitudes about Mental Illness, counselling and the Helping Profession», *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1, 1, 1982, 71-80.

RÉSUMÉ

Cette étude est exploratoire et ses conclusions préliminaires. Elle s'intéresse surtout à poser des questions et à stimuler la réflexion des lecteurs sur un sujet presque tabou dans le domaine de la santé mentale. En effet, l'auteure s'est proposée d'examiner dans quelle mesure le clergé et les communautés religieuses qui jouissaient jadis du monopole de la distribution des services psychiatriques à la population catholique du Québec, peuvent aujourd'hui se considérer et être considérés comme «ressource communautaire» en santé mentale. Pour répondre à cette question, l'auteure rend compte de la littérature sur ce sujet et d'un grand nombre d'interviews non structurées qu'elle a menées auprès d'un grand nombre de témoins ou d'acteurs privilégiés, allant des membres de l'assemblée des évêques, à des prêtres et des ex-prêtres, à des intervenants en santé mentale à titre de psychologues, psychiatres, etc. À travers ces témoignages et cette littérature, l'auteure se demande si au Québec, la rupture dramatique entre psychiatrie et clergé des années 60, donne aujourd'hui quelques signes d'assouplissement.

SUMMARY

This study is exploratory and its conclusions preliminary. Its interest is mainly in asking questions and stimulating reflection on a subject what is almost taboo in the field of mental health. The author sets out to examine to what extent the clergy and religious communities, who enjoyed a monopoly in the distribution of psychiatric services to the Catholic population of Quebec in the past, can consider themselves or be considered today as a «community resource» in mental health. To answer this question, the author reviews the literature on the subject as well as a large number of non-structured interviews that she carried out with many people involved in or witness to this question, from the assembly of bishops, to priests and ex-priests, and to mental health personnel (psychologists, psychiatrists, etc.). From these interviews and the literature reviewed, the author questions whether the dramatic break between psychiatry and the clergy in the 1960s in Quebec is showing any signs of lessening today.

RESUMEN

Este estudio es exploratorio y sus conclusiones preliminares. Se interesa sobre todo en hacer preguntas y estimular la reflexión de los lectores sobre un tema casi tabú en el dominio de la salud mental. En efecto, la autora se ha propuesto examinar en qué medida el clérigo y las comunidades religiosas que gozaban antiguamente del monopolio de la distribución de los servicios psiquiátricos a la población católica de Quebec, pueden hoy considerarse y ser considerados como «recursos comunitarios» en salud mental. Para responder a ésta pregunta, la autora da cuenta de la literatura sobre el tema y de un gran número de entrevistas no estructuradas que ella ha llevado a cabo con testigos o actores privilegiados, que van desde miembros de la asamblea de los obispos, a curas y ex-curas, interventores en salud mental a título de psicólogos, psiquiatras, etc. A través estos testimonios y ésta liberatura, la autora se pregunta si en Québec, la ruptura dramática entre psiquiatría y el clérigo de los años 60, muestra algún signo de flexibilidad.