

Article

« Quand la langue fait une différence. Ce que des "bénéficiaires" pensent du système de santé mentale »

Nérée St-Amand et Dung Vuong

Sociologie et sociétés, vol. 26, n° 1, 1994, p. 179-196.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/001772ar>

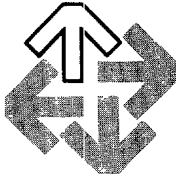
Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

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

Quand la langue fait une différence. Ce que des « bénéficiaires » pensent du système de santé mentale¹



NÉRÉE ST-AMAND et DUNG VUONG²

Je suis une handicapée du médicament, du chômage, du rejet par ma famille et par la société; le pire de tout ça, c'est que j'ai espéré qu'ils [les professionnels] pouvaient m'aider...

Une ex-psychiatrisée

Lorsque nous avons amorcé cette recherche, notre préoccupation de départ était simplement de connaître la perception et les réactions des ex-psychiatrisés néo-brunswickois vis-à-vis les services institutionnels de santé mentale. Nous avons déjà, dans d'autres contextes, apporté une attention particulière aux liens entre minorité et oppression (St-Amand, 1985) et entre minorité et santé mentale (St-Amand, 1992). Dans la foulée des études de Robichaud sur l'organisation du système de santé au Nouveau-Brunswick (1985) et l'article d'Anne Wery (1987) sur la santé mentale des femmes dans cette même province, nos recherches ont déjà démontré plusieurs inégalités entre francophones et anglophones, non seulement au niveau des services offerts, mais également et surtout au niveau de la perception de ce qu'est la santé mentale. Plus particulièrement, ces recherches nous ont permis d'appliquer la notion de « cumul de handicaps » aux acadiennes vivant dans un contexte minoritaire (Breau *et al.*, 1987).

Étant données le peu de ressources dont nous disposions pour ce projet, puisqu'il s'agissait d'une recherche non subventionnée, nous n'avons voulu qu'explorer la manière dont les personnes sorties de l'un ou l'autre des deux hôpitaux psychiatriques de la province décrivent les services qui leur ont été offerts et ceux qu'ils reçoivent actuellement. Ces deux institutions, établies l'une dans le nord de la province (Centre hospitalier Restigouche, à Campbellton) et l'autre dans le sud (Centracare, à Saint-Jean), constituent toujours le pilier des services psychiatriques lourds au Nouveau-Brunswick. En plus d'offrir des services très institutionnalisés, plusieurs problèmes ont déjà été identifiés dans les nombreux rapports soumis au

1. Certains résultats de cette recherche ont été présentés lors du Congrès annuel de l'Association canadienne pour la santé mentale, Québec, novembre 1993.

2. Nous sommes reconnaissants à Louise Blais, Alice Home, Michèle Kérisit et Eugène Leblanc de leurs judicieux conseils.

Ministère de la Santé et des services communautaires, comme le fait que la majorité des psychiatres soient de nationalités étrangères aux cultures canadiennes, que les services offerts soient encore basés sur un modèle hautement médical, que les services en français soient à peu près inexistant à St-Jean et même à Campbellton et que la loi actuelle soit anti-constitutionnelle, dans le sens du respect des droits des personnes. Ces institutions travaillent de pair avec treize cliniques d'hygiène mentale qui, bien qu'arborant une philosophie « communautaire », privilégient des approches médico-institutionnelles. Ces dernières, tout comme les deux centres hospitaliers, relèvent de la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick. Les quelques ressources alternatives (quatorze centres d'activités) créées par des individus ou organismes communautaires ne reçoivent pas d'appui gouvernemental important et ne peuvent que survivre, prises en souricière entre le manque d'appui des intervenants et de la population, d'une part, et les contraintes budgétaires provinciales, d'autre part. Dans le contexte global des ressources institutionnelles et communautaires offertes, plusieurs sont d'avis que les services actuels ne répondent pas aux objectifs visés. Un intervenant parle même « d'internement illicite » et « d'internement pour des raisons strictement humanitaires en vue d'obtenir des services de santé mentale d'urgence qu'ils ne peuvent obtenir ailleurs à cause de l'absence de tels services dans leur région » (Snow, 1987, pp. 94-95).

La méthode utilisée pour rejoindre le plus d'ex-psychiatrisés possibles dans notre recherche découlait de notre préoccupation : un questionnaire désigné le plus simplement possible et que les coordonnateurs de groupe d'entraide distribueraient aux participants aux quatorze centres d'activités, le tout coordonné par le rédacteur en chef de *Our Voice/Notre voix*, revue qui vise justement à présenter l'opinion des personnes ayant eu une expérience en psychiatrie.

Au fur et à mesure que notre recherche avançait et que nous analysions les résultats obtenus, certaines informations s'en dégagnaient, entre autres au niveau des différences de perceptions selon le sexe et la langue. Ces données nous ont permis, pour emprunter l'expression de Danielle Juteau-Lee, de tenter « d'assigner un sens au discours sur le fait ethnique et de rendre compte des objets, des questions et des problématiques qui y sont privilégiées » (Juteau-Lee, 1981, p. 3). Par ailleurs, nous avons aussi noté une différence importante entre les réponses aux questions fermées et les commentaires personnels aux questions ouvertes. À notre avis, ceci pose à nouveau la question des méthodes de recherche appropriées aux clientèles particulièrement marginalisées et exploitées.

Au cours du printemps 1993, en collaboration avec le rédacteur en chef de la publication *Our Voice/Notre voix*, nous avons donc distribué un questionnaire de six pages aux personnes ayant un vécu psychiatrique et qui fréquentaient alors des groupes d'entraide de la province du Nouveau-Brunswick. Ce questionnaire était composé dans un premier temps de questions fermées visant à recueillir certaines informations socio-démographiques; dans la deuxième moitié, des questions semi-ouvertes, avec espaces réservés aux commentaires, visaient à connaître l'opinion de ces personnes vis-à-vis les services reçus. Grâce aux résultats obtenus, nous tenterons ci-après de résumer ce que disent ces ex-psychiatrisés qui connaissent et utilisent à la fois les services psychiatriques et les réseaux d'entraide au Nouveau-Brunswick.

Étant donné le peu de groupes d'entraide dans la province et l'organisation encore artisanale des réseaux alternatifs (le Réseau des bénéficiaires en santé mentale ne s'étant formé qu'en 1993), nous considérons avoir obtenu un taux élevé de participation à cette recherche : 57 personnes y ont répondu, sur un total de 72 envois postaux ou de contacts personnels; ceci représente une moyenne de plus de 79 %. À noter que *Our Voice/Notre voix*, qui a coordonné ces envois, ne disposait que d'un budget de 80 dollars pour effectuer cette étude, leur subvention de fonctionnement ne tenant compte que de certains besoins de base dont la recherche est exclue.

Avant de présenter les résultats de cette recherche, nous désirons la situer dans le contexte de quelques recherches faites à ce jour, en particulier au niveau de l'opinion des « bénéficiaires » en santé mentale; ce faisant, nous proposerons également certaines remarques autour de la relocalisation du pouvoir, en faveur des personnes ex-psychiatrisées.

En effectuant cette recension, nous avons dû faire un choix entre trois pistes possible, l'une centrée sur le volet culture et santé mentale, une seconde qui porterait une attention particulière aux différences entre appartenance sexuelle et santé mentale et une dernière centrée sur la satisfaction des besoins des ex-psychiatrisés. Tout en empruntant, tout au long de ce texte, des éléments de problématique aux deux premières options mentionnées, nous avons choisi de porter une attention particulière aux recherches centrées sur la satisfaction des services reçus par les personnes ayant un vécu psychiatrique. Nous avons également privilégié quatre études faites sur le territoire qui nous intéresse, tant pour leurs considérations régionales que pour leur façon de problématiser la santé mentale. Nous y reviendrons.

LES RECHERCHES COMPLÉMENTAIRES

Selon notre recension des écrits, une première observation s'impose déjà : les personnes ayant un vécu psychiatrique désirent habituellement plaire aux responsables de recherches (Abrahamson et Brenner, 1982) et donner des réponses « socialement acceptables » (Holloway, 1988). De plus, la complicité des ex-psychiatrisés vis-à-vis de leur traitement est déjà reconnue dans la littérature (Slater *et al.*, 1982), surtout lorsque les personnes impliquées ont été traitées avec dignité, peu importe le service psychiatrique reçu (Holloway, 1988). En effet, la dimension humaine, plutôt que thérapeutique, semble constituer le facteur marquant pour les personnes ayant vécu une expérience en psychiatrie (Turner-Smith et Thompson, 1979).

Par ailleurs, notre objectif était de dépasser une évaluation de type « consommation de services », une telle approche ne servant habituellement que des objectifs de récupération, puisqu'elle vise à perfectionner un système de soins que plusieurs voudraient, sous la poussée des remises en question des « modèles thérapeutiques » et des « institutions totalitaires » (Goffman, 1968), remettre en question de façon plus radicale. « Il n'y a pas de bons psychiatres, commente un ex-psychiatrisé en réponse à notre questionnaire ; ce sont tous des fous ! » Un autre s'exprime ainsi : « les professionnels n'écoutent pas ; ils sont juste là pour l'argent ». Selon ces commentaires, le mouvement antipsychiatrique se retrouve aussi bien, sinon plus, chez la « clientèle » que chez les personnes analysant les institutions sociales.

Notre recherche s'inscrit ainsi dans la lignée du mouvement des droits des ex-psychiatrisés (Brown, 1981, Chamberlain, 1988) qui, depuis ces dernières années vise à évaluer l'impact de l'institutionnalisation sur les individus qui ont connu une expérience psychiatrique et qui vivent maintenant dans la communauté (Kingsley et Towell, 1988). Cette « perspective de clientèle » (Renaud *et al.*, 1993), basée sur l'écoute de leur expérience, reconnaît également que tant les institutions que les professionnelles et professionnels sont actuellement intéressés, sinon forcés, de laisser plus de parole et de pouvoir aux personnes qu'ils « soignent ». À l'aide d'un discours qui veut proposer de nouvelles formes d'alliance avec la clientèle (Harnois, 1987), les planificateurs et intervenants parlent actuellement de « modèles de concertation » basés sur le partenariat et les complémentarités (White *et al.*). Les réseaux d'entraide et de solidarité, de leur côté, parlent de débrouillardise, d'autonomie, d'appropriation, d'emprise... (*Phoenix Rising, Our Voice — Notre voix*, etc.). Ces ressources qualifiées d'« alternatives » visent l'indépendance, désirant se démarquer des pratiques et programmes institutionnels. En réaction à cette politisation des rapports, les réseaux officiels leur proposent une bouée de secours, pour leur propre survie peut-être, autant que pour améliorer la qualité des « soins » et de l'« aide ». De ceci se dégagent divers discours sur la dimension politique de l'assistance et la « fonction euphémisante et mystificatrice de l'aide » (Platteau *et al.*, 1986).

De leur côté, les organismes communautaires ou alternatifs, qui s'affichent souvent comme a-psychiatriques ou anti-psychiatriques, ne sont pas nécessairement intéressés à s'inscrire dans une approche de collaboration, sinon de soumission (Solidarité-psychiatrie, 1984, Burstow et Weitz, 1988). « Diminuons la pensée [*sic*] que le psychiatre est l'expert, suggère une répondante au questionnaire ; mettons plus de budgets dans les réseaux d'entraide

communautaire, plutôt que le traditionnel ». Un autre propose de « reconnaître les initiatives d'entraide avec respect et égal [*sic*] et non comme un *restant qu'on doit tolérer* ». (c'est l'interviewé qui souligne).

Dans un contexte de tension montante entre les services institutionnels et le personnel consacré à la « santé mentale », d'une part, et les réseaux de solidarité et d'entraide, d'autre part, certains auteurs proposent l'idée d'« entraide intégrale » et de « facilitateurs d'entraide » (Adams, 1990) comme riposte à une attaque de plus en plus systématique, sinon radicale, de la part des ressources dites « alternatives ». D'autres intervenantes et intervenants, s'inspirant en particulier de l'approche de Paolo Freire, proposent des analyses et des modèles d'intervention basés sur la libération (Humbart, 1975), la conscientisation (Ampleman *et al.*, 1983) et la remise en question de la centralisation des soins et de services (Corin *et al.*, 1990); plusieurs proposent l'utilisation d'approches d'intervention structurels, féministes, ou d'autres alternatives au modèle institutionnel. C'est dans ce contexte que les concepts d'emprise (Adams, 1990) et de défense des droits (Rose et Black, 1985) prennent de plus en plus de place dans la littérature et dans les modèles dits alternatifs d'intervention sociale (Sang et O'Brien, 1984) et dans les recherches effectuées dans ce domaine. Ces initiatives, qui proviennent tant de la clientèle que de professionnels en quête d'alternatives, relèvent d'autres paradigmes et modèles de participation, de prise en charge de sa destinée; ils s'expriment par exemple dans le « désir d'être chez soi » (Morin, 1992).

Voici quelques-unes des manifestations de la relocalisation du pouvoir et certains enjeux socio-politiques et professionnels derrière le mouvement de désinstitutionnalisation. Rappelons d'abord que la proportion de la population canadienne admise en institution psychiatrique est passée de 3,17 pour 1 000 personnes en 1932 à 4,25 en 1955; cependant, en 1980, elle était descendue à 0,7. Tous reconnaissent que ce mouvement de désinstitutionnalisation se poursuit (Herman, 1989) mais que les problèmes vécus par les personnes ne sont souvent que déplacés. « Plusieurs études américaines et l'une ou l'autre de celles faites au Québec indiquent que le taux de prévalence à vie des troubles mentaux se situe entre 15 % et 20 % (près de une personne sur cinq connaîtra un problème de santé mentale au cours de sa vie) » (Bibeau *et al.*, pp. 19-20). Selon Snow (1987, p. 85), dans le nord du Nouveau-Brunswick, où vivent la majorité des Acadiennes et Acadiens, on peut observer un taux d'internement double de celui de la moyenne canadienne.

Historiquement, tous reconnaissent que la psychiatrie et les services de santé mentale ont privilégié un modèle médical et une approche institutionnelle aux « soins » et aux « services »; « les modes de connaissance et de pratique se sont recentrés autour du noyau biomédical des troubles psychiatriques et se referment de plus en plus autour de ce seul paradigme » (Bibeau, 1993, p. 6). La psychiatrie, c'est bien connu, tient peu compte du contexte social des personnes, de leur pauvreté, de leur appartenance sexuelle, de la précarité d'emploi, de l'absence de logement adéquat, de leur stigmatisation (Goffman, 1975). « J'ai pratiquement mis de côté l'aide professionnelle, dira une répondante; mon appui me vient d'amis et de groupes d'entraide ». D'autres personnes répondant à notre questionnaire ont proposé, et nous citons :

- « d'offrir des programmes dirigés par des bénéficiaires, pour faire l'éducation de la population;
- de placer les consommateurs dans des positions de pouvoir réel, et non de *token board members*;
- de traiter les bénéficiaires comme des égaux et non comme des cobayes pour tester des médicaments;
- d'avoir une association qui couperait le portefeuille des professionnels et qui distribuerait l'argent pour le pauvre esclave ».

Graduellement, la recherche en santé mentale a privilégié une approche visant à inclure, sinon à intégrer, les ex-psychiatisées et ex-psychiatisés au processus de questionnement et d'évaluation des services. C'est dans ce contexte que Renaud *et al.* observent que « depuis une

dizaine d'années, on assiste à une ré-orientation progressive des activités d'évaluation vers des modèles d'évaluation pluralistes que l'on appelle aussi les modèles centrés sur les groupes d'intérêt (*stakeholder approach*)» (Renaud *et al.*, 1993, p. 22).

Les études faites par des professionnels auprès de personnes ayant connu une expérience en psychiatrie font ressortir des données qui peuvent surprendre, lorsqu'on les compare aux écrits produits par les ex-psychiatrisés. Il nous semble que le fossé entre recherches institutionnelles d'une part et préoccupations exprimées par les ex-psychiatrisés d'autre part s'agrandit; ces deux analyses n'utilisent ni le même langage ni les mêmes critères de satisfaction. Dans les textes signés par les professionnels, plusieurs recherches relèvent un degré de satisfaction très élevé vis-à-vis des services reçus en institution. Mentionnons à ce titre qu'Ahmed et Kultov (1976) ont conclu que le degré de satisfaction dépendait du programme auquel la personne participe et de l'unité de service à laquelle elle est rattachée. Par ailleurs, les personnes interrogées sont plutôt critiques face à certains aspects du quotidien des soins (se sentir compris, avoir des loisirs, un espace privé, du personnel disponible, etc.). Turner-Smith et Thompson (1979) ont découvert que les activités pratiques, plus que les thérapies, intéressent les personnes ayant séjourné en institution psychiatrique. Dans le Doddington Edward Wilson Mental Health Service (MacDonald *et al.*, 1990), tout en reconnaissant que plus d'appui tangible devrait être donné aux résidentes et résidents, les auteurs observent que l'évaluation des services est généralement très favorable. De son côté, Grégoire (1990) souligne que les « patients » devraient être mieux informés des objectifs thérapeutiques; cependant, leur degré de satisfaction est, ici aussi, élevé. McIntyre *et al.* (1989) ont observé que le fait de parler avec les intervenants est d'importance capitale pour les 99 personnes admises dans une institution psychiatrique de Londres. Le statut à l'admission, l'âge, le sexe et la durée du séjour sont des variables qui n'affectent pas de façon aussi significative l'opinion des personnes interrogées que l'écoute, le respect. Enfin, après avoir effectué une recension de 27 études scientifiques sur les opinions des ex-psychiatrisés face à leur séjour en institution, Weinstein (1981) note que dans 21 recherches, les réactions et commentaires sont généralement favorables aux services reçus. Sans que ceci ne constitue l'objet de notre recherche, nous voulons quand même proposer que la récupération du mouvement des ex-psychiatrisés se pose ici, du simple fait du nombre de recherches effectuées par des professionnels au sujet de la qualité des services.

Mentionnons par ailleurs que dans les écrits des ex-psychiatrisés (*La Folie comme de raison, Shrink Resistant, Phoenix Rising, Our Voice/Notre voix*, etc.), nous pouvons lire un tout autre discours qui remet en question l'intervention professionnelle et l'institution psychiatrique. C'est une insatisfaction générale, une critique radicale, une expression de la souffrance, de l'oppression qu'on peut lire dans ces textes. Dans le contexte de cet article, nous ne pouvons ici que mentionner cette littérature basée habituellement sur des témoignages; elle mériterait une attention particulière, puisqu'elle présente et analyse de façon différente les services: ces écrits tiennent compte des inégalités de pouvoir, de l'appartenance sexuelle et des approches professionnelles qui privilégient souvent la marginalisation plutôt que la conscientisation.

QUELQUES RECHERCHES « LOCALES » : POLITIKES SOCIALES ET SANTÉ MENTALE

Miedema et Stoppart (1993) abordent des aspects dont on ne tient habituellement pas compte lors de l'hospitalisation en institution psychiatrique. Dans une recherche qualitative effectuée auprès de vingt-sept femmes ayant séjourné en institution psychiatrique au Nouveau-Brunswick, elles observent que « la solitude, le chômage et des conditions de vie insatisfaisantes ne sont généralement pas abordés lorsque les femmes sont hospitalisées » (Miedema et Stoppart, 1993, p. 6). De plus, elles ont démontré que l'isolement social contribue à la détérioration de leur santé mentale. Ces auteures concluent également que « la docilité est une exigence du rôle du malade ». Par contre, les femmes interrogées hésitaient à quitter l'hôpital

malgré les contraintes inutiles que l'hospitalisation leur imposait [...]. Le sentiment de sécurité et de protection que le milieu hospitalier leur procurait l'emportait sur les contraintes qu'elles devaient subir [...]. Qui plus est, la perspective de retourner à la situation dans laquelle elles se trouvaient avant leur admission n'avait guère de quoi les réjouir » (Miedema et Stoppart, pp. 6-7).

Ces auteures soulignent aussi que le Nouveau-Brunswick, où se situe également notre recherche, est la province où le taux de femmes hospitalisées est le plus élevé au Canada.

Herman et Smith (1989), grâce à une approche d'observation participante, ont questionné 139 ex-psychiatisés des provinces atlantiques; leur recherche démontre que l'habitat, la pauvreté, le chômage, le manque de suivi et les stigmates psychiatriques constituent les facteurs qui retardent ou préviennent la réinsertion sociale des ex-psychiatisés.

Dans un autre contexte, mentionnons que Wing (1982) et Brown (1981) avaient établi une corrélation significative entre la durée du séjour en institution et le désir d'y demeurer. Plus on y reste, plus l'étai social se resserre, tendant à marginaliser en permanence les personnes qui se sont retrouvées en psychiatrie. Deux composantes semblent se renforcer dans un tel contexte, une interne, l'étai psychiatrique, et l'autre externe, la difficile ou impossible réinsertion sociale.

Breau *et al.* (1987) ont aussi analysé le parcours de plusieurs femmes ayant vécu une expérience psychiatrique en Acadie; elles ont observé que pour plusieurs, l'hospitalisation en milieu psychiatrique constituait une forme socialement acceptable de répit à une situation oppressive; pour la majorité, contrainte à une vie de misère, il s'agissait souvent de la seule forme de « vacances » qu'il leur soit permis d'envisager, de se permettre.

COMMENTAIRES SUR LA RECENSION DES ÉCRITS

Plusieurs écrits présentés dans la première partie de cette recension semblent partir d'une préoccupation à caractère médical beaucoup plus que structurel; leur perspective vise davantage à évaluer les services et à les améliorer. À ce titre, les indicateurs de satisfaction utilisés peuvent se résumer ainsi : programme de traitement, liens avec le personnel de soins, environnement physique, etc. Les concepts de prise en charge, de pouvoir sont généralement absents de ce genre de recherche. On met l'accent sur les thérapies, le *cure*, qui semble prendre dans plusieurs recherches plus d'importance que le *care*. C'est dans ce contexte que Lesemann et Martin (1992), observent :

Les pratiques professionnelles et les logiques institutionnelles [...] s'attribuent le versant « dur » de l'acte de soin, versant technique, spécialisé, le plus souvent isolé de son contexte relationnel, dévalorisant par là les pratiques profanes qui assurent le « reste » de l'acte de soin, dont elles ont pourtant besoin pour assurer leur efficacité (Lesemann et Martin, 1992, p. 10).

Par ailleurs, au niveau de la participation à son traitement et des possibilités d'influencer les décisions qui les concernent, les personnes ayant eu des expériences en psychiatrie se disent généralement moins satisfaites (Hansson, 1989). Il semble que les professionnels aient avantage à démontrer que les services offerts sont efficaces et ne méritent que des réaménagements.

Dans trois études faites dans les provinces atlantiques en particulier (Miedema et Stoppart, 1993; Breau; *et al.*, 1987; Herman et Smith, 1989), nous notons une analyse de nature structurelle de la situation, qui tient compte du contexte de vie (appartenance sexuelle, pauvreté, chômage, logement, abus, disponibilité des autres ressources, etc.), des points de rupture des familles et des réseaux; ces recherches apportent une attention spéciale aux fragilités du tissu social. De plus, elles ont utilisé des approches qualitatives, comme les récits de vie et récits de « carrière ». C'est ainsi que certaines informations ressortent de ces analyses, tels les points de rupture dans la vie des épouses, l'influence du mariage sur l'utilisation de

réseaux de solidarité, les conséquences de la maternité sur la marginalisation des femmes, la stigmatisation des ex-psychiatrisés, etc.

Cette recension montre de plus que la variable langue n'a pas souvent été étudiée lorsqu'on a voulu connaître les besoins des ex-psychiatrisés. Ce vide laissé par plusieurs recherches, en plus de politiques sociales qui n'ont pas toujours tenu compte des variables linguistiques, nous invitera à proposer des remarques au niveau des politiques et pratiques actuelles : un modèle d'intervention dit psycho-social qui ne semble pas prendre en considération la spécificité des problèmes de santé mentale des communautés acadiennes. Avec Bibeau *et al.* (1990), qui ont étudié les problèmes d'ethnicité au Québec, nous considérons « qu'il est primordial de complexifier ce modèle [...] si l'on souhaite mettre en place des services et des institutions qui soient socialement et culturellement adaptés aux caractéristiques variées des populations » (Bibeau *et al.*, 1990, p. 19).

Peu de recherches recensées ont comparé la langue des ex-psychiatrisés et le niveau de satisfaction des services reçus. Par contre, dans des contextes différents, les études de Corin *et al.* (1990), de Guay (1991), de Dorvil *et al.* (1991) et de Bibeau *et al.* (1992) ont exploré les particularités culturelles des groupes minoritaires, en liens avec leur santé mentale.

Enfin, dans cette recension, on n'aborde à peu près pas le sujet de la violence faite aux personnes, que ce soit avant, pendant ou après leur séjour en institution psychiatrique. Encore une fois, c'est surtout dans les écrits de témoignages d'ex-psychiatrisées et ex-psychiatrisés (*Phoenix Rising*, *Shrink Resistant*, etc.) que la violence des « traitements » ressort davantage.

DES EX-PSYCHIATRISÉS S'AFFIRMENT

Nous nous proposons de présenter ci-après, sous forme de tableaux et de commentaires, la majorité des données recueillies au cours de cette enquête, en nous arrêtant à quelques variables, et plus particulièrement à la langue maternelle et à l'appartenance sexuelle. Il va de soi que l'objectif de cette analyse, tenant compte du nombre de personnes qui ont participé à la recherche, vise à suggérer des pistes, des tendances, beaucoup plus qu'à établir des conclusions globales applicables à l'ensemble de la population néo-brunswickoise.

QUELQUES DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Le tableau 1 présente certaines informations de base sur les répondantes et répondants. Un profil se dégage déjà de ces premières informations : la majorité des personnes ayant répondu au questionnaire sont de sexe masculin (61 %), de langue française (60 %), ayant onze ans ou plus de scolarité (50 % contre 34 % ayant 10 ans ou moins) et sont majoritairement sans-emploi (60 %). Ceci se reflète dans leur revenu : 77 % ont un revenu mensuel de moins de 800 \$. Par ailleurs, près de la moitié vivent de façon indépendante, en appartement (33 %) ou en chambre (7 %). Leur « carrière psychiatrique³ » est souvent très longue, 56 % ayant plus de 10 années de suivi par des professionnels de la santé mentale ; 12 % ont même plus de 25 ans d'expérience psychiatrique.

LA SITUATION DES FEMMES ET DES HOMMES

Lorsque, dans le tableau 2, nous portons une attention particulière au sexe des répondantes et répondants, nous constatons que les hommes sont en général assez jeunes : leur moyenne d'âge est de 36 ans, 70 % ayant 40 ans ou moins. Chez les femmes, par contre, la moyenne se situe à 40 ans, alors que 55 % ont 40 ans ou moins. De plus, les hommes entrent en psychiatrie plus tôt que les femmes ; cependant, plus on avance en âge, plus la proportion

3. Nous voulons, grâce à cette expression, valoriser l'expérience de ces personnes qui, de par leur expérience, ont un unique témoignage à transmettre.

TABLEAU 1
Caractéristiques des ex-psychiatrisés

	N=57	(%)
Sexe		
masculin	35	(61 %)
féminin	20	(35 %)
non-identifié	02	(04 %)
Langue maternelle		
français	34	(60 %)
anglais	19	(33 %)
non-identifiée	04	(07 %)
Âge		
20-30	11	(19 %)
31-40	23	(40 %)
41-50	13	(23 %)
51-60	05	(08 %)
non-identifié	05	(08 %)
Scolarité		
jusqu'à 10 ans	20	(35 %)
de 11 à 18 ans	29	(50 %)
non identifiée	08	(14 %)
Emploi		
sans emploi	34	(60 %)
avec emploi	20	(35 %)
non identifié	03	(05 %)
Revenu		
moins de \$ 800 par mois	44	(77 %)
plus de \$ 800 par mois	12	(21 %)
non-identifié	01	(01 %)
Logement		
locataire (appartement)	19	(33 %)
en foyer de groupe	12	(21 %)
avec la famille	10	(17 %)
locataire (chambre)	04	(07 %)
non-identifié	12	(21 %)
Temps suivi par les professionnels		
jusqu'à 10 ans de suivi	29	(50 %)
de 11 à 24 ans de suivi	20	(35 %)
de 25 à 34 ans de suivi	07	(12 %)
non-identifié	01	(01 %)

de femmes devient importante. On pourrait résumer ainsi la situation : les hommes plus jeunes et les femmes plus âgées semblent constituer deux groupes d'âges importants en psychiatrie.

Au niveau de la scolarité, soulignons le degré assez élevé d'éducation des personnes interrogées. En effet, chez les hommes, 57 % de ceux qui ont répondu à cette question possèdent plus de 10 années de scolarité; du côté féminin, la situation est plus élevée : 63 % entrent dans cette catégorie. Onze personnes (21 %), soit trois femmes et huit hommes, ont même une formation collégiale ou universitaire.

La plupart des personnes ayant répondu au questionnaire ont une longue expérience psychiatrique, qui comprend un ou plusieurs séjours en institution et un suivi psychiatrique par la suite. De fait, la moyenne de suivi est de 10 ans chez les hommes et de 14 ans chez les femmes. Quarante-trois pourcent des hommes et cinquante-trois pourcent des femmes ont plus de dix ans d'expérience en psychiatrie. Plusieurs des personnes qui ont répondu au questionnaire possèdent donc une véritable *carrière psychiatrique*. En effet, il appert que celles et ceux qui entrent en psychiatrie s'en sortent difficilement, et ce même si l'institution asilaire joue un rôle moins important qu'auparavant; ceci vaut davantage pour les femmes, qui possèdent en moyenne quatre années de plus d'expérience en psychiatrie.

Plus du tiers des personnes ayant répondu au questionnaire ont un emploi rémunéré. En effet, 40 % des femmes et 35 % des hommes disent posséder un emploi. Cependant, leurs

TABLEAU 2
Caractéristiques des ex-psychiatisés
selon leur sexe

	N=57	H	F
Total identifié	55	35	20
non-identifié	02		
Langue maternelle			
français	34	20	14
anglais	19	13	06
non-identifiée	04	02	—
Âge			
20-30	11	09	02
31-40	23	15	08
41-50	13	07	06
51-60	05	03	02
non-identifié	05	01	02
Scolarité			
jusqu'à 10 ans	20	13	07
de 11 à 18 ans	29	17	12
non identifiée	08	05	01
Emploi			
sans emploi	34	22	12
avec emploi	20	12	08
non identifié	03	01	—
Revenu			
moins de 800 \$ par mois	44	30	13
plus de 800 \$ par mois	12	05	07
non-identifié	01	—	—
Logement			
locataire (appartement)	19	13	06
en foyer de groupe	12	08	04
avec la famille	10	05	05
locataire (chambre)	04	03	01
non-identifié	12	06	04
Temps suivi par les professionnels			
jusqu'à 10 ans de suivi	29	20	09
de 11 à 24 ans de suivi	20	13	07
de 25 à 34 ans de suivi	07	02	03
non-identifié	01	—	01

revenus peuvent être décrits comme marginaux, puisque la moyenne mensuelle est de 593 \$ pour les hommes et de 566 \$ pour les femmes. Il s'agit d'emplois payés en dessous des seuils de salaire minimum acceptés par la province (5,25 \$ l'heure), de toute évidence. En voici quelques exemples : travailler au recyclage de matériaux, dans les dépotoirs, distribuer le courrier interne à Pêches et Océan Canada, travailler dans les magasins de vêtements seconde main ou dans des ateliers protégés, tout ceci sous le programme de réadaptation à l'emploi, et pour les salaires suivants : (1,87 \$ l'heure au départ et 3,22 \$ après trois mois) (*Our Voice*, 1992, pp. 3-4). Cette même source indique d'ailleurs que certaines personnes travaillant dans les cuisines des institutions psychiatriques de la province reçoivent actuellement un sou l'heure.

L'analyse au niveau de l'appartenance sexuelle démontre quelques disparités importantes : soulignons entre autres que le temps de dépendance est plus élevé chez les femmes, même si elles entrent en psychiatrie plus tard que leurs confrères masculins. Leur scolarité pourrait aussi étonner : de fait, il s'agit d'une population généralement scolarisée, plus encore chez les femmes. Ceci, par ailleurs, ne se reflète pas dans leurs revenus : la très grande majorité

gagnent moins de 800 \$ par mois; ici aussi, malgré une meilleure scolarité, les femmes sont désavantagées.

Le tableau 3 divise l'information selon la langue parlée. Ce que nous retenons ici, c'est que le temps de suivi par les professionnels varie considérablement : 32 % de francophones ont plus de dix ans de suivi psychiatrique alors que chez la population anglophone, le pourcentage est plus que doublé, avec 67 %.

TABLEAU 3
Caractéristiques des ex-psychiatrisés
francophones/anglophones

	N=57	francophone	anglophone
Total identifié	53	34	19
non-identifié	04		
Sexe			
masculin	35	20	13
féminin	20	13	06
non-identifié	02	01	—
Âge			
20-30	11	06	05
31-40	23	15	07
41-50	13	08	05
51-60	05	03	02
non-identifié	05	02	01
Scolarité			
de 1 à 10 ans	20	13	07
de 11 à 18 ans	29	21	09
non-identifiée	08	—	03
Emploi			
avec emploi	20	12	08
sans emploi	34	22	11
non-identifié	03	—	—
Revenu			
moins de 800 \$ par mois	44	26	16
plus de 800 \$ par mois	11	07	04
non-identifié	01	—	—
Logement			
en foyer de groupe	12	07	05
locataire (appartement)	19	10	09
locataire (chambre)	04	01	03
avec la famille	10	08	02
non-identifié	12	08	
Temps suivi par les professionnels			
jusqu'à 10 ans de suivi	32	23	07
de 11 à 24 ans de suivi	19	07	12
de 25 à 34 ans de suivi	06	04	02

Nous avons aussi isolé la population francophone (tableau 4) et comparé les données selon le sexe des répondantes et répondants. Deux inégalités ressortent : deux fois plus de femmes francophones (50 %) que d'hommes (25 %) possèdent actuellement un emploi rémunéré; ceci se reflète au niveau des revenus, nettement inférieurs chez les hommes francophones. La scolarité de ces derniers est, ici encore, moins élevée que celle des femmes.

TABLEAU 4
Caractéristiques des ex-psychiatrisés francophones

	N	H	F
Total	33	20	13
Âge			
20-30	06	05	01
31-40	15	10	05
41-50	08	02	06
51-60	03	03	—
non-identifié	02	—	—
Scolarité			
de 1 à 10 ans	13	07	06
de 11 à 18 ans	21	13	08
Emploi			
avec emploi	12	05	07
sans emploi	22	15	07
Revenu			
moins de 800 \$ par mois	26	19	07
plus de 800 \$ par mois	07	01	06
non-identifié	01		
Logement			
foyer de groupe	07	04	03
locataire (appartement)	10	06	04
locataire (chambre)	01	01	0
avec la famille	08	04	04
Temps suivi par les professionnels			
jusqu'à 10 ans de suivi	23	15	08
de 11 à 24 ans de suivi	07	06	01
de 25 à 34ans de suivi	04	02	02

QUE PENSENT-ILS DES SERVICES REÇUS?

À ce niveau, les personnes ont deux types de réponse qui pourraient au premier abord paraître contradictoires. Dans un premier temps, elles décrivent les services en termes plutôt positifs *dans les questions fermées* (tableau 5). Cependant, quand on demande aux gens d'expliquer leur opinion *dans leurs propres mots*, d'autres informations ressortent qui nous paraissent beaucoup plus critiques par rapport à la psychiatrie et aux autres services professionnels.

Ce cinquième tableau nous révèle qu'une proportion importante d'anglophones (64 %) et de francophones (76 %) se déclare satisfaite ou très satisfaite des traitements psychiatriques reçus actuellement. Dans les questions ouvertes, où les répondants sont généralement plus critiques, voici, dans un premier temps, quelques-uns des commentaires les plus positifs envers le système actuel :

- « être écouté par le psychiatre; être aidé par l'infirmière;
- les professionnels, et en particulier les travailleurs sociaux m'ont beaucoup aidé et m'aident encore aujourd'hui;
- j'ai pu prendre du repos (une vacance, en psychiatrie) et rencontrer des gens nouveaux qui passaient par les mêmes expériences que j'ai vécues;
- l'aide humaine des infirmières, le psychiatre qui m'a traité et surtout la libération de mon calvaire lorsque je fus traité au lithium ».

Par contre, la majorité des commentaires écrits dans les questions ouvertes (environ 75 %) sont très critiques par rapport aux services reçus de la part des professionnelles et professionnels. Voici quelques exemples de ces opinions :

- « le système de santé mentale est organisé pour le besoin des professionnels;
- trop de professionnels parasites; les psychiatres sont surpayés pour ce qu'ils nous donnent;

TABLEAU 5
Degré de satisfaction des ex-psychiatrisés
francophones/anglophones

	N=57	francophone	anglophone
Efficacité des médicaments			
très efficace	26	13	13
assez efficace	08	05	03
peu efficace	11	09	02
pas efficace	03	02	01
non-identifiée	09	05	—
Évaluation des traitements psychiatriques			
très satisfait	17	10	07
assez satisfait	20	16	04
peu satisfait	08	04	04
pas satisfait	07	04	02
non-identifiée	05	—	01
Description des services de santé mentale			
très bon	14	07	06
bon	19	14	04
mauvais	15	09	06
très mauvais	06	03	03
non-identifiée	03	01	—

- les professionnels compétitionnent entre eux;
- la plupart des psychiatres « traitants » n'ont pas la culture canadienne. Les « patients » demeurent des « malades » éternellement;
- manque énorme d'informations sur les effets néfastes de certains médicaments. Encore très traditionnels dans leurs pratiques;
- la thérapie est basée sur le médicament; j'ai besoin de plus que ça;
- il me semble que le but de la psychiatrie est de garder les gens malades ».

Nous avons noté que lorsque les gens personnalisent leurs rapports (aux psychiatres, aux infirmières, aux travailleurs sociaux), les commentaires sont habituellement plus positifs; ceci peut s'observer dans la première série de citations; dans la seconde, par ailleurs, les personnes sont beaucoup plus critiques quand elles parlent de « systèmes », de « professionnels », de « thérapie », de « psychiatrie »... Ceci nous amène à suggérer que les répondants font une distinction importante et décrivent une double relation vécue et sentie : entre personnes, d'une part, et dans un rapport institutionnel, d'autre part.

Au niveau de l'efficacité des traitements, dans les questions fermées, les personnes se disent plutôt satisfaites; par exemple, 65 % des hommes et 79 % des femmes décrivent les médicaments comme très efficaces ou efficaces. Généralement, dans ce questionnaire, tout comme dans la recension des écrits d'ailleurs, les médicaments sont présentés de façon positive; de fait, il s'agit sûrement d'un des aspects faisant le plus l'unanimité dans cette recherche; le médicament « délivre, calme, stabilise, fait oublier ». Par contre, certaines gens reconnaissent aussi que les médicaments, de même que les autres traitements « professionnels », constituent des façons de faire taire les gens qui ont besoin d'autre chose que des pilules. À ce titre, laissons la parole aux répondants :

- « J'ai besoin de plus d'amour et de moins de médicaments;
- Les médecins devraient donner moins de drogue et plus de support;
- J'ai eu une réaction grave après avoir été administré un médicament qui n'était pas pour moi;

- Traiter les aspects spirituels du patient [...] souvent ils ont une âme qui souffre et qui est malade;
- Tout est réglé avec des pilules. Il n'y a pas assez de jobs pour s'occuper. Il faut cacher qu'on se fait soigner;
- J'ai été battu à l'institution psychiatrique de ...; j'ai été traité d'enfant de chienne par un infirmier, en 1991 ».

UNE ÉVALUATION ACADIENNE DES SERVICES

Nous avons constaté que plusieurs réponses, lorsque comparées à la langue maternelle, sont sensiblement différentes. Par exemple, le temps de suivi est beaucoup moins long chez les francophones : 67 % ont moins de 10 ans de carrière psychiatrique, alors que seulement 37 % d'anglophones entrent dans cette catégorie. Par contre, la scolarité des francophones (62 % ont de 11 à 18 ans d'études) est plus élevée que celle des anglophones (47 %). Au niveau de l'évaluation des services, les différences sont aussi marquées : 37 % d'anglophones et 20 % de francophones qualifient les services de « très bons ». L'efficacité des médicaments est aussi perçue de façon différente : 68 % des anglophones les qualifient de « très efficaces », contre seulement 38 % des francophones.

Forts de ces données, nous avons examiné de près l'importance relative des réseaux d'aide dont peuvent bénéficier les ex-psychiatisés (tableau 6). Ces informations démontrent que, pour la population acadienne, les groupes de support (d'entraide) et le réseau familial constituent les sources d'appui les plus importantes. Du côté anglophone, les psychiatres, les institutions psychiatriques et les cliniques sont les éléments les plus importants; viennent derrière, en ordre d'importance, les amis et amies, les groupes de support et la famille. Chez la population francophone, le réseau médical et institutionnel apparaît donc comme beaucoup moins important que le réseau social; en effet, il ressort clairement de ce tableau que pour les Acadiennes et Acadiens interrogés, les réseaux familiaux et communautaires prennent beaucoup plus d'importance que pour la population de langue anglaise. Les Acadiennes et Acadiens semblent donc se créer des solidarités basées sur l'entraide, alors que la population de langue anglaise semble faire confiance au réseau institutionnel et professionnel; ceci pourrait être mis en lien avec une étude faite antérieurement (St-Amand, 1985) qui démontre que les concepts servant à décrire la santé mentale et les raisons d'internement diffèrent selon la langue : les anglophones se réfèrent à des critères institutionnels et les Acadiens à des facteurs sociaux. C'est ainsi que, dans cette recherche (p. 130), la notion de « trouble » dénotait, chez la population acadienne, une déviance politique ou sociale prise en charge par la psychiatrie; ce sont les gens troublés qu'on envoyait le plus rapidement en institution, pour empêcher qu'ils ne « causent d'autres troubles ». Du côté anglophone, la folie gravitait autour du terme « mental », ces gens étant considérés comme les plus dangereux et donc passibles d'internement.

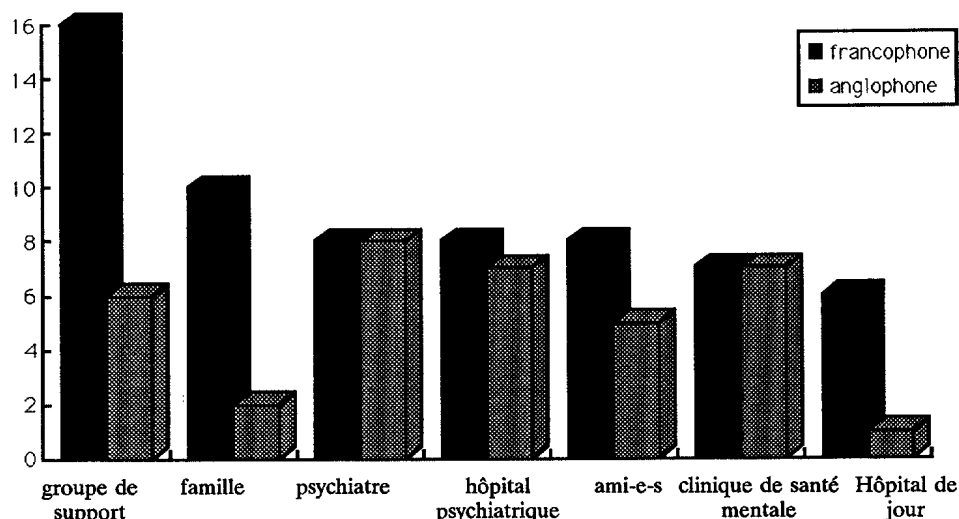
Dans les questions ouvertes, plusieurs Acadiennes et Acadiens remettent en question l'utilité de l'investissement institutionnel et de l'appareil thérapeutique. Par exemple, on dénonce :

- « Le manque de respect et d'écoute de la part des intervenants et intervenantes;
- le fait qu'ils « prennent les gens pour des fous » et
- le fait qu'ils ne sont pas sensibles à la langue ou à la culture ».

« Arrêtez la prostitution professionnelle, de vous servir des « patients » comme de prostituées avec qui on tente toutes sortes d'expériences », propose l'un d'eux.

TABLEAU 6

Importance des réseaux d'aide
N=57



le plus important	groupe de support	famille	psychiatre	hôpital psychiatrique	ami-e-s	clinique de santé mentale	hôpital de jour
francophone	16	10	08	08	08	07	06
anglophone	6	02	08	07	05	07	01

QUELQUES QUESTIONS

Quelles tendances se dessinent? Quelle toile de fond se dégage? Quels éléments importants ressortent de cette recherche? Au niveau de leur expérience en psychiatrie, avec une moyenne de 10 ans chez les hommes et de 14 ans chez les femmes, nous pouvons définitivement parler de carrière, et surtout du côté féminin. Il semble que malgré un discours de désinstitutionnalisation, plusieurs personnes continuent à dépendre de la psychiatrie. Il y aurait lieu, dans ce contexte, de parler davantage de transinstitutionnalisation (Brown, 1988; Herman, 1989) que de désinstitutionnalisation. Avec Anne Hébert (1985, p. 70) nous posons la question: « Le traitement et le suivi à l'externe, particulièrement la thérapie médicamenteuse, permettent-ils vraiment une réinsertion »?

Pour ce qui est des femmes psychiatisées, la notion de « cumul de handicaps » mérite d'être reprise ici; en effet, même si elles sont plus scolarisées et davantage employées, leur situation, plus encore du côté acadien et donc dans un contexte doublement minoritaire, est des plus fragiles. Aide nécessaire ou oppression structurelle, la question reste posée.

Nos recherches tendent à confirmer les études de Wing (1982) et Brown (1981), qui suggèrent que plus la psychiatisation est longue, plus le niveau de satisfaction augmente. Dans ce même contexte, Miedema *et al.* parlaient de « l'obligation de docilité » des personnes aux prises avec la psychiatrie. La satisfaction des anglophones pourrait, en partie du moins, s'expliquer ainsi. Ce qui ressort le plus clairement, à notre avis, c'est la différence marquée entre les anglophones et les francophones au niveau de leur perception et de leur utilisation des services. Tandis que pour les premiers, la carrière psychiatrique est sensiblement plus longue, leur évaluation des services est aussi plus positive. Pourrait-on suggérer un effet intégrant, une conformité institutionnelle qui augmente avec l'usage? Se peut-il que le besoin soit créé par l'institution? Ou encore, du côté acadien, peut-on parler d'une logique de service qui se situe davantage en marge de l'appareil thérapeutique ou même en opposition aux pratiques et

politiques institutionnelles? Ceci viendrait peut-être expliquer, en partie du moins, la carrière psychiatrique moins longue et l'évaluation plus négative formulée par les Acadiennes et Acadiens. S'agirait-il, selon l'expression de Danielle Juteau-Lee (1981, p. 4-5), d'une « ré-appropriation de l'ethnicité », « d'une émergence de pratiques et de discours fort dissemblables au sein de leur univers sociologique respectif »?

C'est dans ce contexte que d'autres commentaires, non retenus au départ, ont attiré notre attention : ce que nous appellerons ici la dimension sacrée de l'aide. En effet, même si nous n'avions pas posé de question en ce sens, plusieurs commentaires émis ici et là dans les réponses au questionnaire (la logique des répondants ne se limitant pas, fort heureusement d'ailleurs, aux questions posées...) nous portent à croire que le sacré joue un rôle important pour plusieurs personnes, surtout lorsqu'elles remettent en question l'approche professionnelle des soins. En effet, les croyances et espoirs des personnes aux prises avec un diagnostic psychiatrique débordent largement le volet « mental » et débouchent sur des considérations d'autres niveaux. Reprenons ici quelques commentaires qui nous semblent être révélateurs de pratiques alternatives :

- « Je ne reçois pas d'aide pour ce qui a provoqué ma crise; les pilules, ce n'est pas de l'aide; j'ai trouvé ma propre direction, à l'aide d'un groupe d'appui et d'une recherche personnelle au niveau de l'âme;
- Comprendre sa maladie, s'aimer, accepter la vie et les problèmes quotidiens;
- Je n'utilise pas les services professionnels maintenant; je les ai remplacés par la méditation et le Tai Chi. Les thérapies sont basées sur la pilule; ce n'est pas suffisant pour moi;
- Les psychiatres devraient traiter les aspects spirituels du patient [...]; souvent les clients en santé mentale ont une âme qui souffre et qui est malade ».

Cette « émergence spirituelle » (Grof et Grof, 1989) n'est à peu près pas prise en compte dans la formation académique ni dans l'intervention professionnelle; tout en la soulevant ici, nous proposons des recherches de plus grande envergure, portant une attention particulière à la double dimension culturelle et sacrée de l'aide; ceci pourrait amener des éclairages sur les stratégies de survie des personnes faisant toujours, bien souvent malgré elles, une carrière psychiatrique.

DES CHOIX POLITIQUES...

Le manque de volonté politique à effectuer des changements réels se manifeste entre autres dans les montants consacrés par la province du Nouveau-Brunswick aux groupes d'entraide; pour de maigres budgets de subsistance (26 500 \$ pour un an pour chacun des treize centres actuels⁴), ces réseaux doivent rendre compte de toutes leurs activités, de leurs allées et venues, de leurs moindres dépenses. Dans leurs réponses au questionnaire, les personnes suggèrent, plutôt qu'un simple discours, un engagement financier en faveur des réseaux d'entraide, plus de centres d'activités, plus de travail, plus d'argent. Une personne le résume bien : « plus d'alternatives, plus d'activités, plus de travailleurs communautaires, moins de pilules, moins de médecins...! ».

L'encouragement apporté aux réseaux institutionnels pourrait bien, selon les indications de cette recherche, servir deux objectifs opposés, pour les deux groupes linguistiques concernés. D'un côté, la politique actuelle semble s'inscrire davantage dans une conception anglophone des services et de leur utilité. Bibeau *et al.* (1992, p. 266) parlaient, s'agissant des néo-Québécois, « des effets pervers produits par les politiques actuelles ». Le même constat

4. En comparaison avec les budgets consacrés aux cliniques d'hygiène mentale (18,07 \$ par habitant néo-brunswickois), force nous est de constater que les centres d'activités (56 sous par habitant) et les groupes d'entraide (3 sous par habitant) sont fort économiques. Ceci contraste nettement avec le coût annuel d'opération du Centre hospitalier Restigouche, l'une des deux institutions psychiatriques de la province : il était de 57 305 \$ *per capita* en 1991.

pourrait-il s'appliquer à la situation vécue au Nouveau-Brunswick, où les politiques de santé mentale ont été désignées par et pour une population majoritairement anglophone? Par ailleurs, en offrant que très peu de ressources institutionnelles ou communautaires à la minorité acadienne, cette dernière se voit contrainte d'inventer ses réseaux, de créer des alternatives qui soient davantage à sa portée. Mais les enjeux autour de telles politiques et pratiques restent à explorer davantage...

Nous ne pouvons conclure ce texte sans mentionner plusieurs autres préoccupations « quotidiennes » des personnes ayant un vécu psychiatrique. La pauvreté, la misère ressortent de leurs commentaires; 79 % d'entre elles doivent survivre dans la misère, avec moins de 800 dollars par mois. Ce qui importe dans leur cas, c'est « du travail, des activités, des revenus décents, de l'argent pour vivre, un réseau d'aide ». De plus, surtout du côté acadien, le message de disponibilité, « d'aide humaine » [*sic*], d'encouragement, d'écoute, de respect, en somme de *care* (Lesemann et Martin, 1993), ressort clairement. Ce qu'elles désirent et savent reconnaître, c'est un professionnalisme à visage humain, que ce service soit rendu par des professionnels ou non. Par contre, le manque d'écoute, de respect, de confiance revient régulièrement dans les commentaires; ces personnes désirent simplement une oreille, une disponibilité qu'elles semblent trouver davantage, du moins chez les Acadiennes et Acadiens, du côté de l'entraide et des réseaux informels que de la psychiatrie institutionnelle.

Il ressort donc de cette recherche que plusieurs Acadiennes et Acadiens, minoritaires et marginalisés, recherchent dans l'ailleurs et l'autrement des réponses à leurs problèmes psychiatriques. Dans ce contexte, il nous semble que d'autres recherches, basées sur la jonction de deux problématiques, l'exploitation et l'oppression, en particulier du côté acadien et des femmes acadiennes, pourraient contribuer à resituer la santé mentale dans le domaine du politique et du culturel.

Nérée ST-AMAND et Dung VUONG
École de service social
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario) K1N 6N5

RÉSUMÉ

En partant d'une recherche effectuée en 1993 auprès d'une soixantaine d'ex-psychiatrisés néo-brunswickois qui fréquentent maintenant des réseaux d'entraide de cette province, cet article met en évidence certains des enjeux auxquels sont confrontées les personnes « trans-institutionnalisées ». Il en ressort plusieurs différences au niveau de l'utilisation des services et du degré de satisfaction, selon l'appartenance sexuelle et la langue en particulier. De plus, cette recherche démontre que le réseau sur lequel s'appuient les ex-psychiatrisés francophones interrogés est davantage social (familles, groupe d'entraide), alors que pour la population anglophone, l'appareil institutionnel (psychiatres, institutions et cliniques) joue un rôle déterminant. Ceci soulève plusieurs questions, tant au niveau des politiques sociales que des pratiques d'intervention, en contexte minoritaire en particulier.

SUMMARY

On the basis of research carried out in 1993 on sixty or so ex-psychiatric patients who now frequent mutual aid networks in New Brunswick, this paper points out some of the issues with which these 'trans-institutionalized' persons are confronted. Differences at the level of service use and degree of satisfaction stand out, particularly in relation to gender and language. Moreover, this research shows that the network on which Francophone ex-psychiatric patients depend is more social in nature (families, mutual aid groups), whereas for the Anglophone population the institutional apparatus (psychiatrists, institutions and clinics) play a determining role. This brings up several questions, in regards to social policies as well of intervention practices, particularly in the minority context.

RESUMEN

Partiendo de una investigación efectuada en 1993 sobre unos sesenta ex-pacientes psiquiátricos de Nueva Brunswick que frecuentan actualmente la red de ayuda mutua de esta provincia, este artículo pone en evidencia algunas de las disyuntivas a las cuales se ven confrontadas las personas « trans-institucionalizadas ». Resaltan varias diferencias a nivel de la utilización de servicios y del grado de satisfacción, particularmente según la pertenencia sexual y el idioma. Además, esta investigación demuestra que la red sobre la cual se apoyan los ex-pacientes psiquiátricos francófonos interrogados, es mucho más social (familia, grupo de ayuda mutua) mientras que para la población anglófona, el aparato institucional (psiquiatras, instituciones y clínicas) juega un rol determinante. Esto sugiere varias preguntas, tanto a nivel de las políticas sociales como de las prácticas de intervención, particularmente en un contexto minoritario.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAMSON, D., J. SWATTON et E. WILLIS (1989), « Do Long-Stay Psychiatric Patients Want to Leave Hospital? » *Health Trends*, n° 21, pp. 17-19.
- ADAMS, Robert (1990), *Self-Help, Social Work and Empowerment*, Londres, Macmillan Education Ltd, 139 p.
- AHMED, Basheeruddin et Myron KOLTUV (1976), « Evaluation of an Inpatient Service by Consumer Feedback », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, n° 10, pp. 263-268.
- AMPLEMAN, Gisèle, Gérald DORÉ, Lorraine GAUDREAU, Claude LAROSE, Louise LEBCEUF et Denise VENTÉLOU (1983), *Pratiques de conscientisation : expériences d'éducation populaire au Québec*, Montréal, Nouvelle Optique, 293 p.
- BIBEAU, Gilles, Alice CHAN-YIP, Margaret LOCK, Cécile ROUSSEAU et Carlo STERLIN (1992), *La Santé mentale et ses visages, un Québec pluriethnique au quotidien*, Montréal, Gaétan Morin éditeur, 266 p.
- BREAU, Alice, Nérée ST-AMAND, Paryse CYR et Bernadette LANDRY (1987), « Récits de vie... esquisse de libération », *Égalité*, n° 21, printemps-été, pp. 61-80.
- BROWN, P. (1981), « The Mental Patient's Rights Movement and Mental Health Institutional Change », *International Journal of Health Services*, n° 11, pp. 523-540.
- BURSTOW, Bonnie et Don WEITZ (éd.) (1988), *Shrink Resistant : The Struggle Against Psychiatry in Canada*, Vancouver, New Star Books, 340 p.
- CHAMBERLAIN, J. (1988), *On Our Own*. London : MIND.
- CHESLER, Phyllis (1970), *Les femmes et la folie*, Paris, Payot.
- CORIN, E., Gilles BIBEAU, J.-C. MARTIN et R. LAPLANTE (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- CORIN, Ellen (1993), « Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », *Anthropologie et sociétés*, vol. 17, n° 1-2, pp. 5-20.
- DORVIL, Henri, R. ÉLIE et N. CARPENTIER (1991), « Étude comparative des réadmissions en psychiatrie chez les Canadiens-français, les Italiens, les Haïtiens de St-Léonard et de Rivière-des Prairies », Montréal, Université de Montréal, rapport soumis au CQRS.
- GOFFMAN, Erving (1968), *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les éditions de Minuit, 438 p.
- GRAVEL, G. B., R. BOYER et Yves LAMONTAGNE (1984), « Attitudes des malades chroniques envers l'hôpital psychiatrique », *Encéphale*, vol. 10, n° 1, pp. 39-44.
- GRÉGOIRE, P. A. (1990), « The Phenomenology of Psychiatric Hospitalization : The Patient's Experience and Expectations », *Acta Psychiatrica Scandinavia*, n° 82, pp. 210-212.
- GROUPE DE SUPPORT ÉMOTIONNEL (1993), *Le Répertoire et la vision des ressources alternatives en santé mentale du Nouveau-Brunswick*, Moncton.
- GROF, Stanoslav et Christina GROF (1989), *Spiritual Emergency : When Personal Transformation Becomes a Crisis*, Los Angeles, J. Tarcher, 250 p.
- GUARNACCIA, Peter (1991) « Le rôle de la culture en épidémiologie psychiatrique : examen de la recherche sur la santé mentale des Latino-Américains », *Santé Mentale au Québec*, vol XVI, n°1, pp. 27-44.
- GUAY, Lorraine (1991), « Le choc des cultures : bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services en santé mentale », *Nouvelles Pratiques sociales*, vol. 4, n° 2, pp. 43-58.
- HANSSON, Lars (1989), « Patient Satisfaction with In-Hospital Psychiatric Care », *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, vol. 239, n° 2, pp. 93-100.
- HARNOIS, Gaston et COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC (1987), *Pour un partenariat élargi*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- HÉBERT, Anne (1985), « La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques : un profil professionnel, social et psychiatrique », *Sociologie et sociétés*, vol. XVII, n° 1, avril, pp. 61-72.
- HERMAN, Nancy et Colin SMITH (1989), « Mental Hospital Depopulation in Canada : Patient Perspectives », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 34, juin 1989, pp. 386-391.
- HOLLOWAY, Frank (1988), « Psychiatric Day-care : the User's Perspective », *The International Journal of Social Psychiatry*, vol. 35, n° 3, pp. 252-264.
- HUMBERT, Colette (1975), *Conscientisation : expériences, positions dialectiques et perspectives*, Paris, IDOC-France-L'Harmattan, 154 p.
- JUTEAU-LEE, Danielle (1983), « Les autres "ethniques" ». *Sociologie et sociétés*, vol. XV, n° 2, pp. 3-8.
- KINGSLEY, S. et D. TOWELL (1988), « Planning for High-quality Local Services », *Community Care in Practice*, Chichester, Wiley.
- LESEMANN, Frédéric et Claude MARTIN (1992), « Prendre soin : liens sociaux et médiations institutionnelles », *Revue internationale d'action communautaire*, automne 1992, pp. 7-11.
- MacDONALD, L. S., J. OCHERA, J. A. LEIBOWITH et E. K. McLEAN (1990), « Community Mental Health Services from the User's Perspective : An Evaluation of the Doddington Edward Wilson Mental Health Service », *The International Journal of Social Psychiatry*, vol. 36, n° 3, pp. 183-193.
- McINTYRE, Keith, Michael FARRELL et Anthony DAVID (1989), « In-Patient Psychiatric Care : The Patient's View », *British Journal of Medical Psychology*, n° 62, pp. 249-255.
- MIEDEMA, Baukje et Janet STOPPART (1993), « Les femmes et l'hospitalisation en milieu psychiatrique », *Santé mentale au Canada*, mars 1993, pp. 2-7.

- MORIN, Paul (1992), « Être chez soi : désir des personnes psychiatisées et défi des intervenants », *Nouvelles Pratiques sociales*, vol. 5, n° 1, pp. 47-61.
- Our voice — Notre voix*, n° 11, mars 1992, Moncton, N.-B.
- Phoenix rising : The voice of the psychiatrized*, Toronto, Ontario.
- PLATTEAU, J.-M. (1986), « La fonction euphémisante et mystificatrice de l'aide », *Dis-moi qui tu aides*, Namur, Presses universitaires de Namur, pp. 183-216.
- RENAUD, Claude, Yolande PELCHAT et André CHARETTE (1993), *La Planification des services en santé mentale dans l'Outaouais*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, document interne.
- ROBICHAUD, Jean-Bernard (1985), *Objectif 2000 : Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*, tome 1, Moncton, Éditions d'Acadie.
- ROSE, S. et B. L. BLACK (1985), *Advocacy and Empowerment*, Boston, Routledge et Kegan, 231 p.
- ST-AMAND, Nérée (1985) *Folie et oppression : l'internement en institution psychiatrique*, Moncton, Éditions d'Acadie, 187 p.
- ST-AMAND, Nérée (1992), « Une Acadie troublée : santé mentale ou marginalisation des démunis ? » *Nouvelles Pratiques sociales*, vol. 5, n° 1, printemps, pp. 147-158.
- SANG, R. et J. O'BRIEN (1984), *Advocacy : The UK and American Experience*, Londres, Kings Fund Project Paper 51, Kings Fund Center.
- SERON, Claude et Jean-Jacques WITTEZAELE (1991), *Aide ou contrôle : l'intervention thérapeutique sous contrainte*, Bruxelles, DeBoeck, 333 p.
- SLATER, V., M. W. LINN et R. HARRIS (1982), « A Satisfaction with Mental Health Care Scale », *Comprehensive Psychiatry*, n° 23, pp. 68-74.
- Solidarité-psychiatrie (1984), *La Folie comme de raison : histoires vraies*, Montréal, VLB éditeur, 244 p.
- SNOW, Claude (1987), « Le taux élevé d'internement dans le Nord du Nouveau-Brunswick », *Égalité*, n° 21, printemps-été, pp. 81-97.
- TURNER-SMITH A. et I. G. THOMPSON (1979), « Patients, Opinions. A Survey of Effectiveness of a Psychiatric Day Hospital », *Nursing Times*, 19 avril, pp. 675-679.
- WEINSTEIN, R. M. (1981), « Mental Patients' Attitudes Towards Hospital Staff », *Archives of General Psychiatry*, n° 38, pp. 483-489.
- WERY, Anne (1987), « Femmes et santé mentale », *Égalité*, n° 21, pp. 17-42.
- WHITE, Deena, Céline MERCIER, Henri DORVIL et Lili JUTEAU (1992), « Les pratiques de concertation en santé mentale : trois modèles », *Nouvelles Pratiques sociales*, vol. 5, n° 1, printemps, pp. 77-93.
- WING, J.K. (éd) (1982), *Long-Term Community Care : Experience in a London Borough*, Psychological Medicine Monograph Supplement 2.