Document generated on 07/15/2025 8:45 p.m.

Santé mentale au Québec

Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie : le cas de l'asile de Québec
Perspective on the history of psychiatry in Québec : the case of the asylum in Québec City

Hubert Wallot

Volume 4, Number 1, June 1979

URI: https://id.erudit.org/iderudit/030051ar
DOI: https://doi.org/10.7202/030051ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Wallot, H. (1979). Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie : le cas de l'asile de Québec. *Santé mentale au Québec*, *4*(1), 102–122. https://doi.org/10.7202/030051ar

Article abstract

The history of insanity in whatever setting often introduces a dual interest : from a non-medical perspective, it reveals the repressive nature of society and the evolution of groups in power within this society : in that sense, one discovers that the objectives of the organization taking charge of insanity translates differently according its social definition of insanity at a moment in time and according to the interests that dominate at this same time. On the other hand, from a medical perspective, such history tends to illustrate original social deviancy and social norms and professional concepts of insanity and its treatment tend nonetheless to be inspired by the existing social order indirectly justified. It's in this perspective that we have elaborated the history of the Centre Hospitalier Robert-Giffard, the first psychiatric hospital in Lower Canada. The history covers 5 specific periods : the political and religious period, the period of professional colonialism during the union with Lower Canada, the asylum period, the hospital period or franco-religious when a neurological concept of insanity prevailed, the psychiatric period where insanity becomes a mental illness that is treatable both biologically and psychologically and finally the period where insanity tends to fall back to social deviancy that must be taken in charge by social science experts. The authors end their article with an overview of a more community-oriented period.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1979

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie: le cas de l'asile de Québec

Hubert Wallot

L'histoire de la folie, dans quelque milieu que ce soit, comporte toujours un double intérêt: du point de vue du non médecin, elle révèle la nature des répressions qu'une société se donne et l'évolution des groupes au pouvoir dans cette société: en ce sens, on découvre que les buts des organisations qui prennent en charge la folie se concrétisent différemment selon la définition sociale de la folie à une époque et selon les intérêts en place. Du point de vue médical d'autre part, pareille histoire tend à illustrer qu'à travers tous les temps, il persiste un noyau de la folie, qui constitue une déviance sociale originale et que d'autre part, les normes sociales et les conceptions professionnelles de la folie et de son traitement tendent néanmoins à s'inspirer d'un ordre social existant et à le justifier indirectement. C'est en ce sens que nous avons élaboré les grandes lignes de l'historique du Centre Hospitalier Robert-Giffard qui fut le premier hôpital psychiatrique du Bas-Canada. Cette histoire couvre 5 périodes distinctes: la période politico-religieuse, la période du professionnalisme d'affaires coloniales de l'époque de l'Union du Haut et du Bas-Canada, période correspondant à la période asilaire, la période hospitalière indigène ou franco-religieuse où prévaut une conception neurologique de la folie, la période psychiatrique où la folie devient une maladie mentale traitable conjointement au plan biologique et psychologique, et enfin la période sociale où la folie tend à se ramener à une déviance sociale devant être prise en charge par des rééducateurs experts des sciences sociales. Nous donnerons ensuite un aperçu d'une période dite de "récupération communautaire".

L'auteur est psychiatre. Il a été attaché au Centre hospitalier Robert Giffard et est actuellement en stage d'étude à Boston.

1- LA PERIODE POLITICO-RELIGIEUSE OU PRE-ASILAIRE (avant 1845)

Québec est la plus ancienne ville française d'Amérique et la capitale de la Nouvelle-France qui, en 1763, tomba aux mains des Anglais. L'élite et la bourgeoisie retournèrent en France; seuls demeurèrent les agriculteurs, les petits commerçants et le clergé qui devint l'élite dominante du Canada Français et qui, après la Révolution française en 1793 (qui réduisit l'influence de l'Eglise en France), devint quasi un allié du conquérant anglophone au Canada français en préconisant la soumission au roi d'Angleterre. (3)

Avant 1845, au Québec, la folie, bien qu'émergeant comme entité distincte, faisait partie d'un continuum de la déviance sociale allant de la criminalité jusqu'à l'impiété, l'hérésie ou la possession. Aussi le pouvoir de répression sociale et de contrôle social était-il assumé d'une part par les prisons où se manifestait le pouvoir impérial anglais, et d'autre part par les hôpitaux, lieux d'hébergement charitable ou d'internement où se manifestait le pouvoir temporel de l'Eglise, conformément au "compromis historique" de l'époque entre le Conquérant et l'Eglise catholique francophone. (3) Ainsi, à l'Hôtel-Dieu, on fit des exorcismes, on fonda une "maison de force" pour les "femmes furieuses" ou de "mauvaise vie". (20,5,16) Cet arrangement satisfaisait le gouvernement impérial car il n'avait pas à assurer complètement le financement du contrôle social des déviants de type impie, déviants dont souvent l'étrangeté semblait dépasser sa compétence purement temporelle auprès des criminels ordinaires. A partir de 1801, le gouvernement assume les frais d'entretien et de bonne garde des malades mentaux dans le Bas-Canada.

Cependant, on s'oppose de plus en plus à ce que des aliénés et des prisonniers soient confondus dans certaines prisons, au nom d'une nouvelle compréhension de l'aliénation, une compréhension liée au développement d'une technologie naissante, la science médicale, qui sert d'idéologie à une élite professionnelle montante: l'Ontario institue son propre asile étatique en 1841. Le pouvoir de la science et des professionnels se rattachant à elle, va s'accroître peu à peu. Un nouveau messianisme naît, dont la médecine hérite.

Au Canada Anglais, la création de l'asile temporaire de Toronto marque vraiment et sans ambiguïté l'entrée en scène, aux côtés des autorités civiles, des professionnels de la médecine qui vont désormais participer au contrôle social. Cependant l'incapacité de ces derniers à guérir les maladies mentales qu'ils décrivent si bien, les amène à distinguer entre les malades curables et les malades incurables, les premiers étant bien sûr curables en raison de la médecine, et non en raison de la probabilité d'une guérison spontanée (19). On y utilise les "saignées copieuses et réité-

rées" pratiquées sur la tête, l'activation de la salivation par le mercure etc... Après des échecs répétés, les médecins justifieront leur intervention surtout au niveau hygiénique et moral, tout en mettant ces échecs sur le dos des malades incurables dont le nombre, forcément, croissait. J.H. Tuke, frère du célèbre aliéniste britannique, dénoncera en 1845 l'état de cet asile temporaire, mais le mythe de la valeur thérapeutique de l'asile médical sera reporté sur l'asile permanent dont la modernité est censée éviter les sombres aspects de l'asile temporaire (18).

II- LA PERIODE ASILAIRE OU PERIODE DU PROFESSIONNALISME D'AFFAIRES (1845-1895)

Toutefois, pour le gouvernement colonial sous l'Union, il ne sera pas question de dépenser autant pour les aliénés du Bas-Canada (le Québec), et donc pas question d'asile d'Etat. Il ne sera pas question non plus de s'associer dans le contrôle social une entité autochtone autre que le pouvoir spirituel de l'Eglise catholique, comme par le passé. Aussi s'adressera-t-il à un professionnel homme d'affaires anglais, le Dr Douglas avec lequel il transigera des contrats de service pour un nouvel établissement, l'Asile de Beauport (1845). Le Dr Douglas se trouvera deux associés médecins, dont un seul canadien français: ce qui réflète la politique canadienne où le conquérant agit comme majoritaire et rend son pouvoir plus subtil en favorisant une élite indigène locale qui sert de courroie de transmission au pouvoir colonial. Pour le Dr Douglas dont la nomination marque l'entrée en scène de la profession médicale, du capitalisme, du colonialisme dans l'histoire de la folie au Québec, l'aliénation peut originer de causes héréditaires (ex.: les canadiens français ruraux), mais également, de causes socio-économico-religieuses: les dissidences religieuses (U.S.A.), la pauvreté (et l'absence de propriété privée) ou d'une mauvaise habitude comme l'intempérance (1). Aussi, il ne s'agit plus seulement comme autrefois de garder et entretenir les aliénés, mais aussi de les traiter: en effet, selon une théorie en vogue à l'époque et reprise par Douglas **la maladie mentale comme dérangement fonctionnel** (symptômes), si elle n'est pas prise à ses débuts, s'enracine organiquement dans des lésions structurelles irréversibles: théorie concordant avec l'idéologie capitaliste de l'accumulation du capital comme résultat d'une politique de réinvestissement versus la thésaurisation mercantiliste de la richesse (1,20). On comprend que le traitement comporte un volet travail, valorisant l'intégration de l'homme dans un processus de production capitaliste fondé sur la division organisée (et socialement reproduite) du travail: bien qu'on prétende le travail des aliénés non productif, il est probable qu'il servait à abaisser les coûts, les aliénistes de Beauport ayant insisté pour que les incurables (ou irrécupérables pour la "thérapie par le travail") soient transférés dans un autre établissement (20). Le traitement comprend aussi une certaine hygiène et une bonne alimentation pour restaurer ce producteur potentiel. (Par exemple, le premier effet du facteur étiologique de l'alcool, selon Douglas, est de

déranger la digestion et de là les facultés mentales). Mais le traitement comprend aussi la vie dans un environnement où règnent l'ordre et les contacts avec "la société des personnes intelligentes (qui) tend à élever et annoblir l'esprit". Enfin, les anciens moyens de répression sont remplacés principalement par l'autocensure, c'est-à-dire l'intériorisation de la répression par les malades; la violence physique n'est utilisée qu'occasionnellement; ceci concorde avec la situation historique de l'avènement du capitalisme: (20) la hiérarchie sociale et la reproduction du mode de production ne sont plus assurées, comme auparavant, par les appareils répressifs de l'Etat en vertu d'un rapport juridico-politique, mais bien plutôt par le régime du salariat en vertu d'un rapport économique qui fait que les travailleurs ne possèdent plus ni en fait ni en droit leurs moyens de production et doivent donc vendre leur force de travail aux propriétaires de ces moyens de production. Ainsi, le malade comprend qu'il a intérêt à obéir, sans quoi interviendra la violence physique: le pouvoir administratif s'exerce alors avec le minimum de dépense de force, force qu'il tient toutefois en réserve (réclusion ou camisole de force...) Comme l'or en économie ou la police en politique, la mise en réserve du moyen assure le maximum d'efficacité avec le minimum d'investissement (20).

Si nous avons insisté sur l'analyse du traitement dans l'asile de Beauport au temps du Dr Douglas, c'est qu'il en reste encore aujourd'hui des vestiges importants. Vers 1864, Douglas se retire au profit d'un médecin francophone.

Entre les objectifs commerciaux dont le profit et les objectifs professionnels, les médecins propriétaires de l'asile de Beauport choisirent de plus en plus les premiers, négligeant même de visiter leurs malades: suite aux dénonciations croissantes des inspecteurs, le gouvernement dut imposer en 1879 des médecins visiteurs rémunérés par les propriétaires mais qui manquaient de pouvoir (5). Entretemps, la confédération avait permis un gouvernement provincial majoritairement francophone (1871). Pour mieux comprendre la période qui suivra, il faut avoir une idée de ce qu'il advint de la psychiatrie du côté du Conquérant.

Cette fin du séjour du Dr Douglas à Beauport coincide également avec à Montréal un effort croissant, chez les anglo-protestants, de se doter d'un asile propre. En général, la provincialisation du Québec à l'intérieur de la nouvelle confédération forçait les Anglo-saxons, devenus minoritaires dans le Québec, à bien se regrouper pour assurer le maintien de leur pouvoir socio-économique. La situation prévalant dans les asiles leur donne l'occasion de particulariser ce regroupement dans le domaine de la folie. Par ailleurs, Montréal occupait une position économique de plus en plus prépondérante et déjà les soeurs de la Providence avaient fondé à Longue-Pointe en 1875 un asile destiné à devenir plus tard St-Jean-de-Dieu. Deux événements

allaient accélérer l'effort des anglo-protestants, la visite en 1884 d'un médecin britannique D.H. Tuke (24) et l'affaire Lynam.

En effet, évaluant les systèmes du Québec et de l'Ontario, le célèbre aliéniste anglais les trouve incomparables tant les asiles du Québec sont, d'après lui, rétrogrades. Il dénonce de plus le système d'affermage selon lequel le gouvernement, contractant avec une corporation privée la charge des patients aliénés, allouait pour les patients publics une subvention annuelle alors que la corporation devait assumer toutes les autres dépenses. Il demande que l'Etat, comme en Ontario, prenne en charge directement les aliénés. Son livre, paru en 1884 (24), apparaît comme une charge anti-cléricale et anti-catholique contre les tenants de la vieille tradition au Québec.

Entre temps, une dame Lynam fut internée à l'asile de Longue-Pointe puisque déclarée dangereuse par le psychiatre de l'hôpital en 1882. En 1884, des citoyens anglo-saxons, devant le rejet de leur requête en vue de libérer Mme Lynam, se rendent en cour où ils obtiennent gain de cause.

La presse anglo-saxonne dénonce le système d'affermage à nouveau alors que la presse québécoise voit dans cette dénonciation une haine contre le Canada français et sa religion catholique.

Les Anglo-saxons continuaient de réclamer que l'Etat prenne en charge les aliénés. Ce n'est qu'en 1962 que l'Etat admettra le bien-fondé de cette demande. Ces événements précipitèrent des démarches déjà entreprises. En effet, dès 1881, un groupe de citoyens anglo-saxons avait obtenu du gouvernement un acte d'incorporation sans but lucratif du "Protestant Hospital for the Insane". En 1884, ils font venir des experts de London et Toronto, mais rejettent leur recommandation de site (l'est de la ville) soi-disant par crainte que l'eau puisse y être plus facilement contaminée parce que moins profonde, mais aussi en raison d'une prédominance des Canadiens français dans ce quartier. Ils choisissent donc un site à Verdun et obtiennent un prêt du gouvernement. Malheureusement, la corporation devra se soumettre au système d'affermage avec un montant de $116.00 par patient par an. Leur critère d'admission, le protestantisme, est aussi accepté par le gouvernement.

Alors que la condition politique forçait les Canadiens français à se tourner vers la terre et la résignation en misant sur l'au-delà, elle incitait les Anglo-saxons au dynamisme économique qu'impliquait un capitalisme naissant. Aussi, la vision du malade dans le milieu canadien français impliquait la recherche de son salut auquel veillaient les religieuses, alors que le milieu anglo-saxon tentait de créer pour le malade un milieu répressif et plus dynamique.

Cette divergence d'optique mérite d'être mentionnée ici. A cause de la supériorité de leur situation historique, les anglo-protestants ont devancé de beaucoup les Canadiens français dans leur approche de la maladie mentale. La constitution d'une corporation sans but lucratif permettait au groupe de Verdun d'éviter les écueils de l'équipe de Douglas à Beauport. Ils pouvaient aussi compter sur la générosité des riches Anglo-saxons qui doraient leur image sociale par leur participation aux bonnes oeuvres. Il s'ensuit qu'avec le Douglas Hospital de Verdun, nous sommes déjà en pleine ère psychiatrique, avec prédominance médicale dans l'asile, alors qu'à Beauport nous devrons attendre jusqu'en 1962 pour atteindre cette étape. Aussi, les Anglo-saxons prennent-ils de l'avance (13) dans toutes les formes de traitements découverts avec les années: le traitement insulinique de Sakel (1937), le métrazol (1938), la sismothérapie (électrochocs) (1941), le Largactil (1953), la psychothérapie individuelle avec la création d'un département de psychologie, la psychothérapie de groupe (1950), et enfin la création d'un département de service social en 1950. L'asile de Verdun devint vite un centre d'attraction international pour les chercheurs. En 1955, les patients formeront un conseil et produiront un journal le Outlook. En 1956, l'hôpital a déjà un objectif de "désinstitutionnalisation" et crée un réseau de "foster homes". Entretemps, des hôpitaux généraux anglo-saxons ouvrent la marche avec la création de départements de psychiatrie générale en leur sein, à commencer par le Allan Memorial Institute (1944) rattaché au Royal Victoria Hospital, suivi par le Queen Mary Veteran's Hospital (1946) et le Children Memorial Hospital (1950).

III- LA PERIODE NEURO-HOSPITALIERE OU FRANCO-RELIGIEUSE (1893-1962)

Suite à une Commission royale d'enquête dans un contexte partisan surchauffé, le gouvernement négocie en 1893 la prise en charge de l'asile de Beauport par les Soeurs de la Charité moyennant une somme annuelle par tête par année de $100.00 (contre $140.00 au temps du Dr Douglas, et contre $116.00 pour l'hôpital protestant de Verdun), et l'engagement d'un surintendant médical francophone. Cette autorité bicéphale crée des tensions que calme l'introduction d'un tiers, en 1923, soit l'Université Laval qui s'affilie l'asile en changeant son nom en "Hôpital St-Michel-Archange". L'Université fait appel à trois spécialistes français de France pour réorganiser scientifiquement l'hôpital (15,16) sur le modèle de l'hôpital Ste-Anne-de-Paris qui contenait le petit hôpital Henri-Roussel; ces spécialistes établissent au sein de l'hôpital St-Michel-Archange, la clinique Roy-Rousseau (cf. l'élite clérico-bourgeoise, Mgr Roy alors recteur de l'Université Laval et le Dr Rousseau, alors doyen de la Faculté de médecine). La clinique est bâtie par des patients de l'hôpital St-Michel-Archange,

sous la direction d'un architecte (25). A l'origine, cette clinique visait à s'occuper des patients qui ne nécessitaient pas l'internement ou encore une hospitalisation de longue durée: par la suite, la clinique a dû se financer à même ses clients et constitua plus ou moins progressivement un établissement de classe. Le sanatorium Mastaï, créé dans les mêmes lieux par les mêmes religieuses pour desservir anonymement et sans dossier les personnalités religieuses et politiques (ex. Duplessis: 22,25), est vraiment l'hôpital de classe: ceci explique la générosité parfois facile des politiciens envers l'hôpital St-Michel-Archange (15). A cette époque, le modèle médical français prédominant de la maladie mentale était le modèle neurologique, modèle descriptif et plutôt fataliste où le traitement se limitait à un support médical des conditions de pyrexie, de malnutrition, de mauvaise hygiène, etc... sans atteindre vraiment la condition psychiatrique. "L'école française est responsable du rapprochement de la psychiatrie vers la médecine"... (8) ... l'inspiration générale de la psychiatrie dans la région de Québec était à ce moment-là organo-génétique (11). Il s'agit donc d'un modèle professionnel valorisant la dimension hébergement-internement aux dépens de la dimension traitement, et par la suite, le peu d'investissement social à l'égard des malades mentaux: situation consacrant l'existence, au Canada français, d'une nouvelle élite, la petite bourgeoisie professionnelle, elle-même encore assujettie à l'élite cléricale qui avait elle-même fait le "compromis historique" avec la domination anglo-saxonne au niveau canadien, que ne doit pas faire oublier le réflexe colonial d'appel aux spécialistes de France.

Si la société a intérêt à protéger cet hôpital, si les médecins y trouvent la justification d'une participation au pouvoir de contrôle social au nom d'un savoir médical, les seules personnes qui trouvent un intérêt personnalisé dans les malades sont les religieuses qui y voient des âmes à sauver. Mais l'agitation même des malades et leur nombre empêchent vraiment une approche humaine et d'ailleurs les préoccupations de celles qui ont renoncé au monde ne facilitent guère la compréhension de ceux qui ne voient même pas assez clair dans ce monde pour comprendre ce qu'y renoncer veut dire. Sur les dossiers durant cette période, on trouve une ligne annuellement écrite par l'hospitalière religieuse et contenant quelques mots. Exemple: "A fait ses Pâques" ou "Communion Pascale" ou "Rend des services". "Les religieuses distinguaient les **bons** et les **mauvais** malades (1-25). Elles récompensent les uns, châtient les autres de diverses façons: tout ceci à partir d'autres critères que les critères médicaux" (23). En fait, la religieuse hospitalière "valorise les trois vertus qu'elle entend pratiquer pour accéder à la perfection: la chasteté, la pauvreté, et l'obéissance. Elle cherche à faire de sa salle une extension de la communauté où la prière et la méditation sont cultivées. Elle ne réalise peut-être pas que ces malades dont la vie affective est plus ou moins perturbée peuvent ne pas être prêts à recevoir son message. Faute de comprendre le comportement

pathologique, elle tente de régir celui-ci par des solutions uniformes... par l'autorité" (22). On peut aussi présumer qu'il existait, à cette époque à l'hôpital St-Michel, ce qui existait dans d'autres hôpitaux psychiatriques québécois, un trafic d'influence et d'argent entre les patients et le personnel surveillant dévalorisé (10). Les psychiatres et le personnel s'institutionnalisaient en même temps que les patients (14).

IV- LA PERIODE PSYCHIATRIQUE (1962-1971)

Au Québec, le psychiatre craignant comme tous la psychose et l'hospitalière étant d'abord là pour réglementer et donner des ordres, ce sont, depuis lors jusqu'à aujourd'hui, les préposés aux malades (les "geôliers" dont parle le roman "L'Amélanchier" de Jacques Ferron) qui sont en contact quotidien avec ces malades qu'ils ne sont pas préparés à comprendre et avec lesquels ils affirment souvent leur différence et leur sécurité psychologique par la brutalité.

En 1948, un patient de l'hôpital St-Michel est tué par deux préposés aux malades parce qu'il aurait refusé de laver un plancher (1,25). L'année suivante, le gouvernement fédéral lance un programme fédéral-provincial d'amélioration, principalement du personnel et des services d'examens. "L'Hôpital était un espace vide de tout pouvoir médical...Il suffisait de garder, de nourrir... Dès lors le seul pouvoir qui trouvait à s'exercer dans l'hôpital... était celui de la religieuse garde-malade ou de l'économe" (23). La sismothérapie puis l'arrivée des phénothiazines au cours des années cinquante calment les malades et les rendent accessibles à la psychothérapie: le modèle médical change de figure: en raison du retard de la psychanalyse à pénétrer en France et en raison du grand nombre de médecins européens, surtout allemands émigrés aux Etats-Unis et au Canada anglais à l'occasion de la dernière guerre, la psychiatrie québécoise conserve un modèle à prédominance organique alors que la psychiatrie anglo-saxonne insiste plus sur les aspects psychodynamiques. Néanmoins, le modèle médical change de perspective: la maladie mentale, pour la première fois, apparaît curable: dès lors, la ségrégation entre les maladies mentales et les maladies "ordinaires" ne tient plus quant aux investissements exigés par chaque malade et on peut, dans les hôpitaux psychiatriques comme dans les hôpitaux généraux, inverser la relation de domination entre l'autorité religieuse et l'autorité médicale en faveur de cette dernière. La conjoncture politique se prête bientôt à un nouvel affrontement. Duplessis faisait l'éloge des "bons rapports entre l'Eglise et l'Etat". (40) Le régime duplessiste avait toujours eu l'appui plus ou moins avoué des communautés religieuses et le haut clergé était peu disposé envers le parti libéral des années 60.

En 1960, le parti libéral remporte les élections provinciales: son programme comporte une série de mesures pour moderniser l'économie qué-

bécoise et pour l'adapter aux exigences du capitalisme contemporain des oligopoles et des multinationales. Ce parti instituera progressivement des mesures sociales visant à améliorer le rendement social par l'élargissement de l'accessibilité à l'instruction et aux soins tout en donnant lieu à l'émergence progressive d'une technocratie; cette technocratie, élite nouvelle, relais d'une dépendance nationale et économique, légitimera son pouvoir dans une forme de plébiscite déguisé instaurant la participation à divers niveaux de la société, participation dont l'effet tampon est défini par la Commission Castonguay-Nepveu comme la contribution du citoyen ordinaire à l'entreprise sociale en échange de politiques sociales qui le protègent (21).

Mais, en 1960, cette nouvelle élite n'a pas encore entamé le domaine de la santé: face à la vulnérabilité croissante des institutions religieuses et au projet libéral d'établir à court terme l'assurance-hospitalisation, il y a espoir que les médecins dirigent cette opération de l'Etat et que les psychiatres prennent le pouvoir dans les hôpitaux psychiatriques. En 1961, Jean-Paul Pagé, ex-patient de St-Jean-de-Dieu publie un livre intitulé: **"Les fous crient au secours"** post-facé par le Dr Camille Laurin (18), alors directeur du département de psychiatrie de l'Université de Montréal, et rapidement supporté dans la Presse par une lettre de 39 psychiatres. Le livre décrit les conditions terribles faites aux patients des hôpitaux psychiatriques, suggère certaines explications (manque de financement gouvernemental adéquat, manque de professionnels psychiatres qualifiés, au profit d'une administration religieuse, etc...) et formule quelques recommandations. L'opinion publique réagit vivement, ainsi que les syndicats. Une Commission d'Etude sur les Hôpitaux psychiatriques est instituée, formée de trois (3) psychiatres dont le Dr Denis Lazure et présidée par le Dr Dominique Bédard. En faisant ce choix, le gouvernement se gagnait la sympathie des psychiatres tout en plaçant plus ou moins tacitement les communautés religieuses en situation de seul coupable, même si le gouvernement fut sévèrement blâmé et les communautés religieuses de manière plus subtile par les écrits de cette Commission: après tout le gouvernement à blâmer, c'était l'ancien gouvernement que caractérisaient en matière de santé, l'absence de politique et le favoritisme. De plus, la nouvelle élite technocratique émergente n'était pas encore prête à prendre en main une enquête de pareille envergure et, comme c'est l'habitude, recevoir par la suite le mandat de faire la réforme. La Commission Bédard (22) remet son rapport en 1962, et le gouvernement mettra en application progressivement ses diverses recommandations dont les significations principales sont les suivantes :

1- Le statut du malade mental rejoint celui du malade ordinaire, ne serait-ce que sur le plan du financement des soins: en 1962, le per diem psychiatrique est de $2.75 versus un per diem médical de $25.00 mais la

situation se corrigera par l'instauration des nouveaux budgets hospitaliers à l'intérieur du nouveau régime de l'assurance-hospitalisation. De plus, l'ouverture de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux contribue à réduire la distinction des deux types de malades.

2- La Commission Bédard recommande l'incorporation des établissements séparément des communautés religieuses et l'introduction d'un modèle organisationnel médical (bureaux médicaux, etc... à la place de l'archaïque surintendant médical) mais ces réformes ne se feront que progressivement. L'incorporation séparée devait d'ailleurs permettre la présence d'au moins un médecin au conseil d'administration.

3- La surveillance de l'Etat s'accroîtra via la création d'une Division des Services psychiatriques au Ministère de la Santé. Qu'advient-il de l'hôpital St-Michel-Archange ? Malgré les subventions gouvernementales et le travail des patients, le mythe religieux veut que les richesses accumulées proviennent uniquement du travail bénévole et providentiel des religieuses et que ces dernières par conséquent aient le pouvoir exclusif de décision dû à leur statut de propriétaire issu du capital investi par la communauté (7)

La clinique Roy-Rousseau dont la disparition avait été recommandée comme elle le sera par la Commission Bélanger en 1973, cessera d'être une clinique privée; une opposition entre la direction religieuse de l'hôpital St-Michel et le nouveau directeur de la récente division des Services Psychiatriques du Ministère de la Santé, le Dr Bédard, empêche non seulement l'injection de tout argent en terme d'investissement, mais également la signature d'un contrat: l'hôpital vivra d'avances sur des projets de budgets jusqu'en 1971 où M. Beausoleil alors directeur général, signe le premier contrat. Entretemps, la diminution de la population des patients sans contraction du budget constituera une augmentation indirecte du budget de l'hôpital St-Michel-Archange et de ses annexes avec un Conseil d'administration provisoire jusqu'en 1970, date de promulgation du chapitre 48 ou Loi sur les Services de Santé. En 1968, présumément pour des raisons d'image publique, la corporation pourtant majoritairement formée de religieuses nomme le premier directeur général laique, lequel se caractérise par un antagonisme à outrance avec le corps médical et devient rapidement en butte à des difficultés qui amènent son remplacement par l'actuel directeur, monsieur Léo-Paul Beausoleil. Entretemps le Dr Bédard, en fonction au Ministère de la Santé, aurait demandé que les psychiatres ne travaillent pas dans deux hôpitaux à la fois: il s'en suit un exode massif des psychiatres de l'hôpital St-Michel-Archange vers les hôpitaux généraux de la ville. Ainsi, contrairement par exemple à la situation de l'hôpital Douglas à Montréal, l'hôpital St-Michel-Archange devra se reconstituer un corps médical exclusif, voué à des pathologies plus chroniques et plus lourdes ce qui entraînera des communications plus difficiles avec

la psychiatrie de première ligne des hôpitaux généraux. Il se créera aussi une discontinuité entre la psychiatrie de 1ère ligne et la psychiatrie de 2ième ligne, sinon une institutionnalisation des aliénistes. Il convient de dire que contrairement à ailleurs (par exemple l'hôpital Rivière-des-Prairies) le pouvoir médical n'arrivera pas à s'affirmer. D'abord, les succès thérapeutiques des tranquillisants consolident le pouvoir religieux, lequel s'oppose à toute modification de la structure de pouvoir (6,7). C'est l'ère des subtiles contentions chimiques. L'opposition interne entre psychiatres ne facilite pas les choses: les tenants de l'école organiciste ancienne détiennent tous les postes de commande désignés par le gouvernement et l'école "dynamique" est formée principalement de jeunes psychiatres démunis de pouvoir. Les hôpitaux interdisent toute technique "dynamique" ou psychanalytique (6,7). Enfin, lorsque le pouvoir religieux commence à vaciller, vers les années 1968-1970, de nouveaux paramédicaux revendiquent déjà, en même temps que les psychiatres, une part de pouvoir: nouveauté à propos de laquelle les psychiatres eux-mêmes sont divisés.

A vrai dire, il convient, à cette étape-ci, de parler quelque peu de généralités accompagnant l'instauration du régime d'assurance-hospitalisation puis du régime d'assurance-maladie et enfin de la loi 65 (ou le chapitre 48).

V- LA PERIODE SOCIALE (1971-1978)

L'assurance-hospitalisation fut l'occasion d'une syndicalisation massive et efficace des travailleurs du secteur des Affaires Sociales et d'une amélioration notable de leur condition économique tandis qu'une politisation progressive s'effectue à leur niveau. La profession médicale a tenté de lutter contre le projet de l'assurance-santé, et bien qu'elle en soit sortie gagnante sur le plan financier, elle perdait de plus en plus l'initiative et le dynamisme en matière de santé, s'étant laissée dépasser par une nouvelle élite technocratique de formation à prédominance sociale et économique. Pendant ce temps, le développement et le fonctionnement désordonné des hôpitaux, partiellement attribué à l'injection accrue de nouveaux spécialistes et de nouvelles techniques dans des hôpitaux mal administrés, ajouté aux luttes syndicales et populaires de gauche contre le pouvoir médical, ont préparé le terrain à la loi 65. Or, le rapport de la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-Etre Social (dite Commission Castonguay-Nepveu) (21) et la loi 65 (26) qui en découle, peuvent être à l'égard de leur impact sur la psychiatrie, résumés ainsi:

1- Une conception sociale sociologique de la maladie.
2- Une insistance sur la prévention primaire (hygiène) et tertiaire (réadaptation).
3- L'introduction d'un nouvel acteur dans le processus de production des soins: le consommateur via la participation.

4- Une répartition juridique du pouvoir décisionnel entre divers groupes (ex. composition du conseil d'administration des différents établissements).
5- Un confinement de l'autorité médicale à une sphère importante mais restreinte.
6- Un rôle accru du contrôle technocratique de la production des soins tant au niveau de l'établissement qu'au niveau gouvernemental (québécois).
7- L'accessibilité universelle aux soins pour toute la population.
8- L'Etat encadre ici le capital collectif québécois confiné au secteur économique des services.
9- La création de régions socio-sanitaires et d'organismes régionaux consultatifs (CRSSS) auprès du Gouvernement en vue de la répartition locale des ressources.

Le rapport Castonguay préconisait une hiérarchie normative d'établissements, allant du Centre Local de Santé ("soins primaires" au Centre Hospitalier ("soins secondaires" ou spécialisés) puis au Centre Hospitalier Universitaire (soins tertiaires ou ultra spécialisés). Toutefois, la loi autorisa, à côté de ces centres locaux de santé (nommés CLSC), des bureaux de médecin solos, des polycliniques médicales, des cliniques externes dans les hôpitaux et des comités universitaires de médecine familiale. La loi ne distingue pas hiérarchiquement les hôpitaux. Ceci se traduit en pratique par la poursuite de l'individualisme des établissements et par l'absence de coordination entre eux.

La loi 65 eut un impact sur la composition du conseil d'administration de l'hôpital St-Michel-Archange. C'est dans ce contexte qu'est survenue la constitution du "groupe de travail sur la distribution des services de santé mentale dans la région de Québec et particulièrement sur l'orientation de l'hôpital St-Michel-Archange", à la demande du sous-ministre des Affaires Sociales. On peut résumer ainsi les grandes lignes du rapport soumis par ce groupe (connu sous le nom de "rapport Bélanger")(12):

1- Le rapport définit sociologiquement la maladie mentale comme une forme de déviance sociale intolérable: aucune mention de la souffrance individuelle ou d'une dimension génétique possible. Cette définition reflète l'hégémonie croissante de la nouvelle élite formée aux sciences sociales et dont le prototype (ou "l'honnête homme") est l'économiste. On retrouvera cette hégémonie dans l'hôpital même, à la suite du rapport. Cette définition légitime un type d'intervention sociale fort similaire à celle utilisée dans le cas de cette autre déviance sociale qu'est la criminalité: par exemple rééducation, réadaptation, etc...
2- Le rapport constate qu'en institutionnalisant la maladie mentale autour du grand établissement psychiatrique, même le malade mental devenu malade chronique physique reste un cas mental.

De plus, les professionnels limitent souvent leurs activités aux frontières physiques des établissements, plutôt qu'aux besoins du patient: le suivi (follow-up) est insuffisant surtout pour les clients des régions éloignées: de là naissent maints conflits non seulement entre professionnels mais entre établissements et, également une absence de collaboration ou de coordination entre les forces policières, l'appareil judiciaire, les établissements scolaires et les services médicaux. Dans cette situation, l'hôpital St-Michel-Archange devient en quelque sorte le "dépotoir", le terme d'un circuit irréversible. Les auteurs proposent de "libérer la psychiatrie de l'institution psychiatrique" et de ramener à la communauté extérieure le terme de tout circuit, en utilisant, le cas échéant, d'autres établissements.

3- La nouvelle loi stipule que les C.L.S.C., doivent prendre charge des soins psychiatriques et des services sociaux de première ligne; le rapport Bélanger suggère de superposer l'équipe de santé mentale à l'équipe de santé du C.L.S.C., et de relier les deux par un contrat de service.

4- Le rapport suggère de distinguer les services d'hébergement des services hospitaliers et d'adapter en conséquence la structure administrative et la répartition des ressources. La fonction d'hébergement est élargie à un "ensemble de services, clairement identifiés, procédant de technologies variées (soins d'hygiène, gîte, services récréatifs, services occupationnels, travail organisé, etc...) destiné à assumer la prise en charge à des degrés variables, des besoins fondamentaux de personnes qui, en raison d'handicaps d'ordre physique, mental, social ou de quelque autre nature, se trouvent temporairement ou de façon permanente, incapable d'assumer totalement leur autonomie" (p. 78). Dans ce contexte, le rapport distingue trois classes de services d'hébergement: 1) Le C.H.S.P. (Centre Hospitalier de Soins Prolongés), 2) La résidence protégée, 3) La résidence de transition. De plus, le rapport recommande de maintenir l'hébergement dans la région immédiate du bénéficiaire afin de diminuer les inconvénients de l'institutionnalisation: ce qui signifie une politique de contraction pour un hôpital tel St-Michel-Archange, en même temps que la limitation du pouvoir médical dans ce qui représente environ les deux tiers de l'hôpital St-Michel-Archange quant au nombre de bénéficiaires admissibles à ces parties de l'établissement principalement dédiées à l'hébergement.

5- Le rapport suggère d'intégrer les diverses parties ainsi restructurées de l'hôpital St-Michel-Archange dans un réseau régional de C.H.S.P., ou encore, dans un réseau de centres d'accueil (comprenant les résidences protégées et les résidences de transition): ce qui suppose une certaine hiérarchisation et une coordination des différents établissements régionaux quant à la prévention pri-

maire, secondaire et tertiaire au point de vue psychiatrique, le tout conformément aux vues du rapport Castonguay-Nepveu dont la loi 65 n'assura pas la réalisation, comme nous l'avons montré plus haut. Principalement, l'idée de soins tertiaires et ultra spécialisés n'a pas été retenue dans la loi; ainsi tous les hôpitaux sont égaux quant aux soins à prodiguer. Au moment de la publication du Rapport Bélanger, la région de Québec comprend environ 1 million de personnes, mais la ville de Québec avec ses banlieues immédiates ne contient que 250,000 habitants.

VI- PERIODE DE "RECUPERATION COMMUNAUTAIRE"

Comme le rapport Castonguay, et probablement parce qu'aussi pensé par une nouvelle élite non représentative de la réalité, le rapport Bélanger contenait peu de stratégies d'implantation et de développement organisationnel permettant d'identifier et de contrer les résistances au changement.

Le rapport Bélanger fut présenté au Comité de Santé Mentale du Ministère des Affaires Sociales, organisme consultatif remplaçant la déjà défunte Division des Services Psychiatriques du Ministère des Affaires Sociales. Le rapport fut mal accueilli, tant pour des raisons politiques (les personnes siégeant sur le comité étaient des psychiatres) que pour des raisons d'incompréhension: en effet, le comité était sous l'impression qu'on donnait une vision purement sociale de la maladie mentale, qu'on écartait le psychiatre de toute responsabilité à moyen terme et que les Centres d'accueil ou les Centres de soins prolongés suggérés ne comportaient pas leurs spécificités psychiatriques. Néanmoins, plus tard, le comité fera, au niveau du Québec, des recommandations rejoignant sensiblement les recommandations du rapport Bélanger au niveau de la région, mais le gouvernement se tiendra loin du rôle déterminant que lui donnait le rapport Bélanger. Le rapport Bélanger n'eut pas un accueil plus favorable auprès des médecins et des psychiatres de l'hôpital St-Michel-Archange pour des raisons similaires.

Faute de collaboration, la direction de l'hôpital St-Michel-Archange, qui était bien représentée au sein de la Commission Bélanger, se mit en frais d'appliquer le rapport à son niveau sans pour autant identifier les changements entrepris comme étant des recommandations de la Commission Bélanger. On peut énumérer ainsi les conséquences :

1- Par un changement de nom, l'établissement indique clairement qu'il devient un regroupement d'établissements à vocations variées mais pas toutes psychiatriques: le Centre Hospitalier Robert-Giffard devient à toute fin pratique un centre polyvalent comprenant d'une part un centre hospitalier d'environ 960 lits et des centres d'accueil de 2000 lits. La section centre hospitalier se subdivise elle-même

en service de soins prolongés C.H.S.P. (environ 700 lits), un service de soins spécialisés (C.H.) regroupant une section de médecine-chirurgie (environ 40 lits) et une section de psychiatrie (environ 160 lits). La section centre d'accueil de l'établissement Robert-Giffard comprend des centres de réadaptation (1127 bénéficiaires) et des centres d'hébergement (813 bénéficiaires). (Note: dans les lignes qui suivront, le Centre Hospitalier Robert-Giffard sera appelé Robert-Giffard). Pareil réaménagement relègue dans l'ombre bon nombre des tâches administratives des médecins, particulièrement dans les centres d'accueil, où ils deviennent consultants et ne sont plus responsables en titre du fonctionnement des unités comme telles.
A partir d'une meilleure identification des besoins des bénéficiaires d'une part, et des ressources de l'institution d'autre part, le centre hospitalier Robert-Giffard devient lui-même un réseau de ressources, tendant à se suffire à lui-même, principalement par la création des Ressources Extérieures (plateaux de travail multiples et d'hébergements protégés situés hors du terrain de l'hôpital dans des endroits variés). Cette idée, très dynamique, aurait pu être réalisée par d'autres établissements. Elle reste un point marquant dans l'histoire.

2- A ces changements s'opposent néanmoins des résistances. Etant donné que les autres établissements ne sont pas dans le coup, étant donné également le confinement des psychiatres dans leurs établissements, contrairement à Montréal par exemple où les psychiatres souvent appartiennent à des hôpitaux différents prodiguant des soins différents (ex. l'Hôpital Douglas et l'Hôpital Montreal General), les hôpitaux généraux continuent à donner parfois des soins psychiatriques de première ligne mais la plupart du temps seulement l'équivalent de ce que les psychiatres montréalais font en bureau privé. Malgré le leadership que Robert Giffard a tenté d'exercer en vue d'ajuster le réseau extérieur aux exigences des rapports Bédard, Castonguay et même Bélanger, la résistance fut grande. Ainsi, l'hôpital général de Chauveau, dit-on, n'a jamais voulu ouvrir un département de première ligne en psychiatrie parce que c'était "trop de troubles" et Robert-Giffard assume donc pour ce secteur la psychiatrie de première ligne: en effet, comme les médecins ne voulaient pas céder de lits aux psychiatres, la direction de Chauveau aurait présenté un projet de psychiatrie irréalisable aux yeux du Ministère, ce qui lui a permis de s'en laver les mains. Cette situation oblige donc Robert-Giffard d'être, sur un territoire restreint, le réseau préconisé par le rapport Bélanger.

C'est dire que lorsqu'un cas difficile est transféré à Robert-Giffard, il ne revient plus à l'établissement initial de traitement au

moment de son amélioration et de sa réhabilitation. La continuité des soins, pour les psychiatres de la région de Québec, est déterminée aux limites géographiques de l'établissement qui les emploie et Robert-Giffard devient le centre de dépannage pour cas difficiles et tout problème de réadaptation sociale pour lesquels ils ne se donnent pas de ressources. Par ailleurs, même la Justice ne facilite pas les choses en envoyant toutes les ordonnances à Robert-Giffard. Donc la pression demeure forte pour que Robert-Giffard ne puisse pas réaliser une politique de contraction et prenne en charge des problèmes que d'autres ressources devraient normalement assumer.

De plus, le réseau de C.L.S.C. qui devait s'implanter ne s'est pas implanté: le nombre actuel de C.L.S.C., dans la région no 3, demeure restreint et la plupart viennent de démarrer; de plus, sans sectorisation précise et répartition des tâches entre les divers établissements, il devient difficile de jumeler, comme suggéré, une équipe de santé mentale à une équipe de santé physique.

Enfin, s'il est normal de rencontrer le phénomène d'institutionnalisation chez les malades, il n'est pas moins courant de le rencontrer, mieux déguisé, chez les responsables du processus d'évacuation lente de l'hôpital psychiatrique. En effet, les psychiatres actuels identifient la qualité de leurs soins à leur présence institutionnelle, tandis que les employés syndiqués, plutôt que de veiller, comme le prétend l'idéologie syndicale, aux meilleurs soins des patients, écriront un document intitulé "les patients s'en vont, où vont nos jobs?" (1977); or, le rôle de ces travailleurs dans les références aux Ressources Extérieures de Robert-Giffard, est supérieur à celui des médecins. Et ils semblent également répugner à toute modification de leurs fonctions. La résistance du syndicat à accepter en ses rangs les ex-employés d'IMPAR (80% ex-patients) montre bien l'intérêt du syndicat et ses préjugés. En outre, les travailleurs syndiqués hésitent à envoyer dans les Ressources Extérieures les bénéficiaires qui sont assez bien pour y être admis de peur que ces derniers soient remplacés par des plus malades.

En un mot, en dépit de leurs propos idéologiques, les producteurs de soins ont intérêt à freiner toute politique de désinstitutionnalisation et à conserver des attitudes "ségrégationnistes" envers les "malades".

Etant donné la grosseur de l'établissement qui rend plus difficile les communications entre les divers niveaux, et étant donné la difficulté d'évacuer rapidement les patients en temps de grève, un hô-

pital comme Robert-Giffard est une cible de choix pour les syndicats et il s'ensuit des relations de travail très difficiles, compliquant les processus de changement.

De plus, l'exode de travailleurs vers les Ressources Extérieures formées de multiples petites unités signifie aux yeux du syndicat une difficulté accrue pour rejoindre ses membres. D'où sa résistance envers ces Ressources Extérieures.

3- Par ailleurs, avec le directeur actuel, l'hôpital Robert-Giffard a atteint un haut niveau de performance administrative, notamment en produisant des surplus financiers appréciables (à comparer avec son homologue Louis-Hippolyte-Lafontaine, très déficitaire) et plusieurs réorganisations. Ce succès s'est accompagné d'une valorisation de ce que nous avons appelé plus haut, la nouvelle élite, ou la gente administrative dont les sciences de base sont les sciences sociales. Les postes administratifs importants furent enlevés aux médecins avec l'allégation que ces derniers pourraient mieux faire ce pour quoi ils sont formés, la clinique: ce qui ne fut pas sans susciter chez eux une amertume hostile. On poussa le raisonnement jusqu'à mettre un administrateur sans formation clinique (médicale, infirmière ou autre) comme directeur des services hospitaliers et des laboratoires (tant pour les services que pour la recherche); lequel directeur aurait vite adopté des politiques sans consulter beaucoup de psychiatres. Ces derniers, avec un ressentiment croissant entravent de plus belle les objectifs suggérés par la Commission Bélanger. Enfin, sous prétexte d'éviter aux visiteurs des spectacles disgracieux, on déplaça la clinique externe (c'est-à-dire les patients et les médecins) à l'arrière: la façade de l'hôpital devint consacrée exclusivement aux activités administratives et à l'accueil des visiteurs: on imagine l'insulte ressentie par les psychiatres. Il faut ajouter toutefois que du sous-sol de la façade où poinçonnent les employés, surgit une petite porte avant pour leur usage. Plusieurs autres dispositions des espaces eurent été possibles. Le symbole ne faisait que publiciser la réalité d'une institution dont la mission sociale, depuis les origines, a surtout été de faire oublier la réalité de la folie tant comme perturbation sociale que comme maladie et de se servir de sa mise-à-l'écart comme moyen d'ascension sociale.

4- Une expérience originale, symbolisant, en petit, ce qu'aurait justement pu être l'application du rapport Bélanger (en excluant, bien sûr, les C.L.S.C.), est celle du secteur Tilly, partagé par les mêmes psychiatres au niveau du Centre Hospitalier Robert-Giffard. Pour les cas sévères qui requièrent un séjour à Robert-Giffard, la première ligne de soins et une partie du suivi (follow-up) dans le

secteur Tilly s'effectuent au Centre Hospitalier Universitaire Laval (autrement appelé C.H.U.L.), et il y a continuité de soins et de psychiatres d'une institution à l'autre. Il s'agit d'une interaction saine avec le milieu universitaire, comme cela avait été le cas en 1923. Mais au total, on retrouve tant dans les autres établissements que chez la population en général une grande réticence à l'endroit de Robert-Giffard: ceci s'explique d'abord par la mauvaise réputation antérieure de l'asile, ensuite par l'habitude de considérer cet établissement comme une agence de dépannage universel couvrant la misère sociale jusqu'à la vraie maladie aiguë, et sur laquelle on se décharge du devoir de prendre en charge un secteur de la population au plan des soins psychiatriques. Une partie de la mauvaise réputation tient à cette prétention que Robert-Giffard s'est donnée, particulièrement suite à la Commission Bélanger, d'exercer un certain leadership dans la réforme des services psychiatriques. Son association partielle au C.H.U.L., dans cette tâche comme dans la tâche clinique n'a qu'accru le malaise, car le C.H.U.L. est perçu par les médecins comme un établissement hautain à l'égard des autres professionnels et des autres établissements.

5- Lors d'une réunion de réflexion sur l'expérience des cinq dernières années la Commission Bélanger, en 1978, met de l'avant la nécessité de maintenir les mêmes objectifs, en se dotant toutefois de moyens supplémentaires. Ainsi, la politique de fermeture de l'hôpital Robert-Giffard doit se doubler d'une politique d'ouverture qui implique les autres établissements dans la prise en charge complète d'un secteur de la population quitte à ce qu'on réinstaure comme dans le secteur Tilly, une double appartenance des psychiatres.

Il semble utile qu'on envisage une approche de développement organisationnel pour arriver aux buts établis et qu'en ce sens, on utilise la présence du département de médecine communautaire au C.H.U.L. et la Commission administrative de psychiatrie à l'intérieur Du jeune C.R.S.S.S. (Centre Régional de Santé et Services Sociaux) dont les pouvoirs, dans les faits, sont de plus en plus accrus en raison des nouvelles politiques de décentralisation du M.A.S.

En résumé, pour cette période, la maladie mentale est vue comme la déviance sociale en général, plus particulièrement la criminalité; à nouveau, on tente d'éliminer l'approche médicale de la maladie mentale (qui pourtant dans le passé l'avait protégée contre les abus) sous prétexte de protéger ces malades de la médicalisation. On veut les libérer de l'asile, les réinsérer dans la commu-

nauté, les réadapter socialement, à partir d'une conception étiologique psycho-socio-dynamique de la maladie mentale, conception qui confère à une nouvelle classe de professionnels (psychologues, éducateurs, ergothérapeutes, travailleurs sociaux) et à une nouvelle élite dirigeante (sociologues, économistes, etc...) un nouveau statut en les faisant participer activement à un nouveau type de contrôle social.

Entretemps, la société évolue. Les conceptions freudiennes de la névrose répandues par l'enseignement de toutes les sciences humaines, répandues également par les média d'information, introduisent de nouvelles notions à savoir que les frontières entre "folie" et "normalité", entre "mal" et "bien" puis entre "maladie" et "normalité" ne sont pas extérieures aux individus mais logées au coeur de chacun d'eux. On peut noter deux réactions importantes suscitées par la vision freudienne: d'une part l'anti-psychiatrie nie l'existence d'une distinction entre la "folie" et le "normal" et prétend qu'il existe un fondement rationnel donc justifié à toute manifestation de folie (principalement le délire) ce qui tendrait à dissiper la crainte angoissante de la folie chez l'individu. D'autre part, l'Organisation Mondiale de la Santé définissant la santé comme un état optimal de bien-être physique, socio-économique et psychologique, la médecine communautaire peut entrer ainsi dans le champ des sciences sociales: en effet, la morbidité devient un événement communautaire statistique qui peut survenir à chaque individu et le mythe **implicite** véhiculé par cette nouvelle approche est que l'enrôlement dans la promotion de la santé est quasi garantie du bonheur éternel; de cette manière, les "joggeux" rejoignent les charismatiques, et les promoteurs de la santé, principalement les médecins communautaires, deviennent les prêtres de cette nouvelle religion qui est aussi une denrée politique rentable.

Dans les salles des hôpitaux, la distance du psychiatre et de l'hospitalière face au fou est maintenue par le préposé, lequel maintient sa distance face au fou par la violence. Les conceptions de la folie reflètent aussi ce voeu de distance. La culture médiévale se distanciait de la folie grâce à son explication par l'hérésie; la Renaissance parlait d'une déraison entraînée par un dérèglement biologique, conception influencée par la montée des connaissances scientifiques; la culture contemporaine se distancie en niant la folie grâce aux idéologies sociologiques ou au messianisme de la médecine communautaire. L'idéologie romantique de la désinstitutionnalisation nie le rejet et la vie de seconde zone imposée aux ex-institutionnalisés. Au Québec, la récupération des disciplines sociales et de l'élan "religieux" par la médecine sous l'étiquette "médecine communautaire" s'effectue notamment à travers la création de départements de médecine communautaire; ces centres constituent donc la cible-clef de toute stratégie de changement à venir dans le secteur de la santé au Québec. Toutefois, un autre niveau d'influence inter-

vient au Québec: en effet, la démocratisation des conseils d'administration des établissements de santé en font des objets de convoitise politique tant pour les collaborateurs traditionnels du conquérant (les partis fédéralistes) que pour les autonomistes (les partis indépendantistes): en effet, il y a là place pour faire de la partisanerie (collaboration ou obstruction au gouvernement en place, en l'occurence le P.Q., parti indépendantiste) et aussi du trafic d'influence.

Cette conjoncture historique n'épuise pourtant pas l'énigme de la folie, réalité étrangère désignée comme l'envers de la vie de Dieu (possession) par les religions ou comme l'envers de la raison (folie) par les humanistes. La folie, quoi qu'en pense Foucoult(9), n'est pas une création de la Renaissance. L'évangile selon St-Marc décrit ce qui, selon nous, était la folie à l'époque: "aussitôt accourut à lui (Jésus), des tombeaux, un homme possédé d'un esprit impur... personne ne pouvait plus le lier, même avec des chaînes... nul ne pouvait le dompter. Et continuellement, jour et nuit, il était dans les tombeaux et dans les montagnes, poussant des cris et se meurtrissant lui-même avec des pierres... Or, il y avait là, près de la montagne, un grand troupeau de porcs qui paissaient et les esprits le (Jésus) suppliaient en disant: "Envoie-nous les porcs afin que nous entrions en eux".(Jésus dit):"quel est ton nom?" Et il (l'homme possédé) répondit: "**Légion est mon nom** car nous sommes nombreux" et il le priait instamment de ne pas le chasser du pays" (17). Ce passage révèle autant l'ostracisme social dont souffre la folie (tombeaux, porcs, crainte du possédé d'être chassé, etc...) qu'une dimension non rationnelle de ce qui nous paraît être la folie, à laquelle la religion donnait un sens spirituel: la possession.

En conclusion, il convient de voir comment l'histoire de la maladie mentale ressemble à celle de la maladie tout court. Phénomène physique, psychique et social, en vertu d'une causalité circulaire agissant tour à tour sur des vulnérabilités génético-constitutionnelles, sociales ou psychologiques et conduisant à une déviance sociale, la folie, sous le couvert de généreuses idéologies, sert de tremplin pour l'émergence et l'emprise de nouvelles élites sur le contrôle social en général, quelles que soient par ailleurs les généreuses intentions des individus formant ces élites. L'importance des luttes de ces élites successives est plus marquée dans une situation coloniale où le conquérant ne permet pas à l'indigène le contrôle réel sur la production d'outils de production.

NOTES

1- Archives du Centre Hospitalier Robert-Giffard
2- Beaudet, Céline: "Evolution de la psychiatrie anglophone au Québec: 1880-1963. Le Cas de l'hôpital de Verdun", Institut Supérieur des Sciences Humaines de l'Université Laval, sept. 1976.
3- Beaulieu, Maurice et Normandeau, André "Le rôle de la Religion à travers l'histoire du Canada français", *Revue Juridique et Politique*, juillet-septembre 1967, p. 395.
4- Bergeron, Gérard *Du Duplessisme à Trudeau et Bourassa*, Les Editions Parti Pris, 1971, 191 p.
5- Burgess, T.J.W., Blumer, G., Adler, J., Hurd, Henry, Dewey, M., Hilgrim, R., Charles, W. *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*, tome IV, Baltimore, John Hopkins Press, 1917. Une section est dédiée à l'asile de Beauport et une autre au Protestant Hospital for the Insane.
6- Côté, Raymond *L'Hôpital Psychiatrique: une culture asilaire ou un milieu thérapeutique*, thèse de Maîtrise en Sociologie, Université Laval, décembre 1966
7- Fortier, Marc *L'Administration de l'asile à l'hôpital psychiatrique*, thèse de Maîtrise en Sociologie, Université Laval, décembre 1966.
8- Fortier, Jean-Noël "L'Hôpital général, pôle nouveau d'action psychiatrique", dans *L'Information Psychiatrique*, numéro spécial sur la psychiatrie au Québec, avril 1967, p. 542-547.
9- Foucault, Michel *L'histoire de la Folie à l'Age classique*, Paris, Plon, 1961.
10- Gervais, H., Roy, P.B., et Béliveau, L. "La résistance passive chez le personnel au cours de la réorganisation d'un hôpital à sécurité maximale", dans *L'Information Psychiatrique*, numéro spécial sur la psychiatrie au Québec, avril 1967, p. 490-495.
11- Granthan, Harry "La réforme de l'enseignement dans une institution psychiatrique", dans *L'Information Psychiatrique*, numéro spécial sur la psychiatrie au Québec, avril 1967, p. 481-486.
12- Groupe de travail sur la distribution des services en santé mentale dans la région de Québec et particulièrement sur l'orientation de l'hôpital Saint-Michel-Archange, "Etude de l'organisation du mode de distribution des services en santé mentale dans la région administrative no 3", Gouvernement du Québec, Ministère des Affaires Sociales, mars 1973.
13- Lehman, Heinz "Addresses on the opening of the Entry Court of Douglas Hospital", Hôpital Douglas, Montréal, (S.C.), 1972, p. 5.
14- Lemieux, M.A., Sterlin, C. et Roy, P. "De la psychiatrie asilaire à la psychiatrie communautaire, dans *L'Information Psychiatrique*, numéro spécial sur la psychiatrie au Québec, avril 1967, pp. 535-6.
15- Martin, Charles A. "La vocation de la Clinique Roy-Rousseau", imprimé de la Clinique Roy-Rousseau à l'occasion de son cinquantième anniversaire de fondation.
16- Martin, Charles A. "Le premier demi-siècle de la psychiatrie à Québec", *Laval Médical*, 12: 710-738, septembre 1947.
17- Evangile "Saint-Marc", V. 1-12
18- Pagé, Jean-Charles *Les Fous crient au secours*, avec une post-face du Dr Camille Laurin, Les Editions du Jour, 1961.
19- Paradis, André "L'Asile temporaire de Toronto (1841-1850) ou l'impossibilité provisoire de l'utopie asilaire", *Revue Santé Mentale au Québec*, volume III, no 1, 18-34, juin 1978.
20- Paradis, André et collaborateurs "L'émergence de l'asile québécois au XIXième siècle", *Revue Santé Mentale au Québec*, vol. II, no 2, 1-43, nov. 1977.