

Bulletin d'histoire politique

De l'École Gamelin à Rivière-des-prairies : peut-on guérir d'un passé asilaire ?

Hubert Wallot



Volume 10, Number 3, Spring 2002

Folie et société au Québec, XIXe-XXe siècles

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1060791ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1060791ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Bulletin d'histoire politique
Comeau & Nadeau Éditeurs

ISSN

1201-0421 (print)

1929-7653 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Wallot, H. (2002). De l'École Gamelin à Rivière-des-prairies : peut-on guérir d'un passé asilaire ? *Bulletin d'histoire politique*, 10(3), 77–87.
<https://doi.org/10.7202/1060791ar>

Tous droits réservés © Association québécoise d'histoire politique; VLB Éditeur, 2002

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/>

De l'École Gamelin à Rivière-des-prairies: peut-on guérir d'un passé asilaire ?

HUBERT WALLOT
Télé-université du Québec

L'histoire de l'institution que nous présentons ici ressemble à l'histoire des institutions psychiatriques au Canada français: elle en constitue un condensé sur près de 80 ans. Il s'agit donc d'une histoire marquée par une alternance d'initiatives généreuses et d'événements regrettables sinon de scandales intolérables. Elle nous invite à nous poser des questions sur la nature de cette persistance d'un fond problématique dans l'institution psychiatrique à partir du cas institutionnel présenté.

PROLOGUE

L'asile de Saint-Jean-de-Dieu a été fondé au XIX^e siècle dans la foulée des œuvres de charité initiées par mère Gamelin au XIX^e siècle. Bien des historiens, notamment à la suite de Foucault ont adopté par rapport à l'asile une vision paranoïde selon laquelle l'asile visait ce pour quoi l'ordre social allait l'utiliser, à savoir en faire des « renfermeries » (expression d'Esquirol) pour maintenir l'ordre, mais on ne peut nier que des projets philanthropiques sinon charitables aient été à son origine au Québec, notamment pour le cas de l'asile Saint-Jean-de-Dieu et du Verdun Protestant Hospital.

PREMIER ACTE: L'INNOVATION GÉNÉREUSE, LA CRÉATION D'UNE ÉCOLE POUR DÉFICIENTS

Si c'est à la fin du XVII^e siècle qu'on commence à distinguer maladie mentale et déficience, cette dernière se précisera au cours du siècle suivant, souvent à l'intérieur du discours médical de la dégénérescence qui en cherche les stigmates physiques. Le début du XX^e siècle est marqué par l'apparition d'échelles de mesure de l'intelligence, notamment en 1905 celle de Binet et Simon. En 1920, l'asile Saint-Jean-de-Dieu a déjà l'appellation d'hôpital et à cette date, les religieuses y fondent, dans un de ses locaux, l'école Gamelin destinée à enseigner aux déficients intellectuels. En 1935, sa progression

l'amène à modifier son nom de manière à signaler un changement de vocation qui se préparait : elle devient un Institut médico-psychologique d'avant-garde pour enseigner aux « arriérés mentaux éducatibles » et pour former des professeurs à un tel enseignement. Cependant, pour l'instant, le statut légal de l'Institut était celui de l'institution mère Saint-Jean-de-Dieu dont il n'était qu'un appendice, soit le statut de partie de l'hôpital psychiatrique et non celui d'une partie d'une maison d'éducation.

DEUXIÈME ACTE: LA PERVERSION DE L'INNOVATION

En 1946, les Sœurs de la Providence entreprennent la construction d'un nouvel édifice, distinct de Saint-Jean-de-Dieu, pour permettre une expansion de l'œuvre de l'Institut. Mais ce lieu nouveau s'appellera hôpital. Le coût de sa construction et de son fonctionnement est en effet élevé et, sur les pressions officieuses du gouvernement de Maurice Duplessis et de l'épiscopat, on transforme l'organisation de ce nouveau lieu en hôpital pour lui faire profiter des subsides du gouvernement fédéral dans le cadre de son programme national d'hygiène inauguré en 1948 et destiné aux hôpitaux et services hospitaliers. Ce sera le Mont-Providence.

Malgré son statut d'hôpital, le gouvernement québécois considère que cette institution relève des autorités scolaires plutôt que du ministère de la santé. Cependant, le gouvernement fédéral n'est pas dupe trop longtemps et dès le 11 décembre 1953, il annonce son intention de réduire ses subsides en raison de l'éducabilité des pensionnaires (Conseil des Œuvres de Montréal, 1960). De plus, entre 1952 et 1954, l'Institution a accumulé déficit sur déficit: 361000\$ en 1952, 354000\$ en 1953, et 279000\$ en 1954.

Aussi, le 21 mai 1954, le ministère provincial de la santé propose aux religieuses un octroi de trois millions à trois conditions: 1) pas d'hypothèque additionnelle sans autorisation gouvernementale; 2) maintenir dans l'hôpital 1000 enfants souffrant de maladie mentale; 3) pas de modification de vocation d'hôpital pour malades mentaux sans autorisation gouvernementale.

Financièrement à genoux, l'institution renonce à la vocation d'enseignement et accueille désormais « des enfants infirmes, épileptiques, idiots, déments », sans compter l'arrivée de « 300 adultes » (Bédard, Lazure et Roberts, 1962, p. 103) de Saint-Jean-de-Dieu. Mais ils ont tous l'étiquette de malade mental.

Bon nombre n'auront pas d'examen psychiatrique après leur admission. Certains admis n'ont que deux ou trois lignes de justification d'internement, ce qui laisse à penser, dira en 1962 la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques présidée par le Dr Dominique Bédard, que le médecin signataire

n'a pas examiné l'enfant ou ne l'a examiné que sommairement. « L'administration médicale est théoriquement assumée par le psychiatre qui est surintendant médical (à temps complet) à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Ce même psychiatre, au moment de notre étude (1961-1962) était aussi surintendant des hôpitaux de Joliette, de l'Annonciation et de la Retraite Saint-Benoît à Montréal » (*ibid.*, p. 104), trois hôpitaux considérés comme des succursales de Saint-Jean-de-Dieu. On y trouvait pour l'assister un assistant-surintendant (un omnipraticien à demi-temps), et 13 religieuses infirmières, dont la formation remonte en moyenne à 26 ans, donc avant les connaissances modernes de la psychiatrie, de la psychologie et de la psychopédagogie. Selon les commissaires, en 1962, l'hôpital a un surpeuplement d'au moins 350 malades. De plus, au moins 353 enfants pourraient bénéficier d'une certaine formation scolaire. Qui plus est, « l'évaluation de la déficience laisse grandement à désirer avant et après l'admission à l'hôpital » (*ibid.*, p. 105). De plus, il s'y trouve « un souci exagéré de la discipline (...). Seul le traitement médicamenteux est offert et de façon inadéquate. (...). Trop souvent, les tout jeunes (moins de 3 ans) doivent rester paisiblement dans leur lit toute la journée par manque de personnel (...). Les plus vieux sont très souvent réduits, comme seule activité, à se bercer dans leur chaise durant des heures et à s'y voir ligotés par les chevilles, s'ils sont trop agressifs ou si le personnel est trop insuffisant » (*ibid.*, p. 106).

Rappelons le cas connu du public de Bruno Roy, docteur en littérature et ancien président de l'Union des écrivains du Québec. C'est un ancien pensionnaire du Mont Providence, qui, à 15 ans, n'y avait fait que sa 3^{ème} année primaire. Malgré le rapport plutôt sévère de la commission Bédard en 1962, voici le portrait qu'à la fin des années 1960 en fait dans son roman *L'Amélanchier* l'écrivain Jacques Ferron (qui a agi comme médecin). Dans ce roman, qui se passe au Mont Thabor (sous-entendu le Mont Providence), Ferron présente le petit Coco, né de père et mère « inconnus », et pourtant décrits comme « incestueux » « nanti d'un patronyme tiré au bingo, gardé dans un orphelinat, lieu de l'infanticide rituel (...) ». Dans son dossier, pour le 24 mars 1965, on trouve l'observation « d'un réputé neurologue prêté par l'Hôpital Sainte-Justine pour procéder à une classification scientifique des enfants internés au Mont-Thabor : "Incestueux, il est possible que la débilité mentale ait déjà existé chez les parents. Conclusion : retard mental profond héréditaire". Le réputé neurologue avait sans doute réussi à rendre le pauvre Coco translucide pour apercevoir derrière lui deux parents qu'il n'avait jamais entendus, touchés, examinés. (...) Coco a été jugé gardable : il restera dans sa catégorie » (p. 122-123, 125-126).

En 1969, l'hôpital ne compte encore qu'un seul psychiatre à son emploi. Dans son roman, Ferron décrit ainsi le lieu et la thérapie de milieu qui y

prévaut: « Dans cette salle, on fait mieux que garder, on entasse. Ils y sont une soixantaine, les chers enfants, alors que normalement au-dessus de trente, le moindre d'entre eux serait de trop. Les locaux comprennent un grand dortoir, un cabanon pour les trop turbulents, une chambre vitrée pour les sérieusement malades... (...) Les presque normaux étaient (...) tous psychiatisés, c'est-à-dire déclarés schizophrènes (...) diagnostic universel et obligatoire. Les autres représentaient l'immense majorité des enfants internés, pauvres d'esprit et de corps, tordus, difformes, balbutiants, épileptiques, innocents coupables de tous les péchés du monde, rejetés de tous, rejetés même de l'hôpital, rejetés au point qu'on ne voulait plus les voir ni en entendre parler, des enfants dont plusieurs avaient été déclarés morts dans leurs familles » (p. 132-133).

Le milieu tardant à changer malgré le rapport Bédard, le gouvernement qui a le gros bout du bâton avec ses subsides, se résout à une solution draconienne à la veille des années 1970. C'est le grand dérangement.

TROISIÈME ACTE: LE GRAND DÉRANGEMENT

En 1969, le Dr Denis Lazure accède à la surintendance, flanqué du Dr Jacques Mackai comme surintendant adjoint. Et les religieuses quittent. L'institution change de nom, c'est désormais l'hôpital Rivière-des-Prairies. Le Dr Lazure applique le principe de la sectorisation à la française, limitant donc le territoire désormais desservi par l'hôpital. Et, à l'interne, on subdivise en 7 sous-secteurs, avec comme corollaire, la mixité ainsi forcée des diagnostics dans les unités de vie. La mixité des sexes est effectuée jusqu'à l'adolescence. Le sociologue Alain Vinet, qui prépare sa thèse de doctorat à l'université Laval, entreprend, avec l'accord des autorités de l'hôpital, d'observer le grand dérangement selon une méthode d'observation participante. Voici quelques-unes de ses observations.

En premier lieu, si la réforme devait amener du personnel qualifié auprès de la clientèle, voilà que la bonne infirmière clinicienne devient valorisée dans un travail administratif (principe de Peter ?) qui consiste surtout à s'occuper de problèmes d'horaires de travail, d'assignation de tâches et de discipline. « Trop souvent, la présence à l'enfant se résume à la traditionnelle distribution de la médication et à la réponse aux urgences médicales. De sorte que les préposés demeurent les seuls individus en contact direct et soutenu avec l'enfant, les seuls à ne pas pouvoir remettre la tâche et l'angoisse à d'autres et ce, malgré leur incompétence ». Ainsi, un préposé « fait laver un schizophrène par un patient mongol plus débrouillard (...) avec un peu de rudesse (...). Les pleurs et les plaintes du malade maltraité semblent raviver le plaisir du préposé (...). Durant ce temps, l'infirmière tente, dans

son bureau verrouillé, de solutionner les multiples problèmes inhérents à la rotation des congés du personnel pour les prochaines semaines. (...) Certains (préposés) déjeunent au lieu de faire déjeuner les enfants, ne les laissent pas manger suffisamment ou les font manger trop rapidement » (Vinet, 1975). Les alternances des groupes de travailleurs pour les pauses, les repas, etc., réduisent beaucoup le temps réel de contact soignants-patients, le tout pointant vers des « normes minimales de travail du groupe » auquel le nouveau travailleur venu doit vite s'ajuster. Ainsi, malgré le changement de direction et le grand dérangement, « les derniers mois de l'année 19... n'apportent aucun changement dans la vie des unités. Les enfants reçoivent les soins minima leur assurant un certain bien-être » (*ibid.*).

Les brutalités des préposés surviennent généralement hors de la présence des infirmières. Mais « les cas de brutalité sont rarement signalés à l'employeur en raison de la solidarité économique et syndicale des préposés ». « Il est difficile de reprocher au personnel asilaire son comportement : il appartient à la même communauté qui a exclu le fou et n'agit ainsi que pour se rassurer à cet égard. Voilà sans doute pourquoi l'asile est une caricature de la société. (...) Dans ce contexte, les réformes asilaires, les concepts et programmes thérapeutiques constituent un maquillage dont la vocation est double : démontrer que l'asile, et conséquemment, la communauté ambiante, poursuivent des objectifs humanitaires et les atteignent grâce à une technologie savante (...) nous atteignons le cœur de la réalité asilaire : le processus de mise à l'écart de la folie » (*ibid.*). Ferron considérait l'asile comme un lieu d'exclusion. Pour Vinet, l'asile est une structure de l'oubli, et l'hôpital Rivière-des-Prairies, même fraîchement réformé, était demeuré un asile.

QUATRIÈME ACTE: LA RÉFORME ÉCARTELÉE ENTRE SOIGNANTS, PARENTS ET DIRECTION

Au début des années 1980, malgré les prétendus succès déclarés des programmes de réinsertion sociale instaurés dans l'établissement, les adultes représentent les deux tiers des patients hospitalisés. C'est dire qu'on ne sort guère de l'hôpital. Il n'y a qu'un psychiatre pour les 429 patients adultes et peu de pédopsychiatres pour les jeunes patients.

Survient en 1981 une grève illégale ciblant principalement un projet de restructuration prévoyant une plus grande mobilité du personnel. Une journaliste de *La Presse* en devoir est molestée par les syndiqués. *Le Devoir* dénonce alors la lâcheté du silence gouvernemental. Suivent bientôt les coupures de salaires dans le secteur public. Puis, le 13 mars 1985, l'association des parents, dont les préoccupations rejoignent celles d'un psychiatre de l'établissement, le Dr André Blanchet, demandent à l'hôpital « une étude

sur la qualité de vie et les programmes de réadaptation que reçoivent les personnes (enfants et adultes) qui résident à l'hôpital. Le 24 mars, les parents envoient un télégramme au ministre après qu'ils aient essuyé un refus du directeur général à leur demande d'étude » (A. Blanchet, *Le Devoir*, 22 avril 1986, p. 6). Quatre jours plus tard, on démet le Dr Blanchet. L'association des parents, que certains professionnels de l'hôpital ont prétendu noyauté par un groupe non représentatif, exige alors la réintégration dans ses fonctions du Dr Blanchet ainsi qu'une enquête gouvernementale. Le ministre Chevrette dépêche un « observateur enquêteur », Guy Michel Deslauriers.

En raison de plaintes sur les droits de la personne, la situation conduit à une enquête publique présidée par un criminaliste, Me Richard Shadley. L'éditorialiste Jean Francoeur du *Devoir* dénonce cette enquête. « En somme, l'enquête de Me Shadley a mis en lumière et même assez crûment, des incidents tout à fait déplorables mais dont on peut se demander s'ils ne sont pas le lot inévitable d'établissements que la société charge de la mission la plus lourde qu'il se puisse imaginer. On l'oublie trop : le souci de réinsertion sociale (...) a eu pour effet d'alourdir incommensurablement la clientèle des hôpitaux psychiatriques qui l'ont appliquée. (...) Voilà la face cachée de la lune » (*Le Devoir*, 6 septembre 1986, p. 8). De son côté, l'éditorialiste de *The Gazette* (rappelons-nous la visite de Tuke à la moitié du XIX^e siècle) parle de « blood chilling evidence (...) Mentally retarded children screaming all night in isolation cells or strapped all day in toilet-training chairs; a psychotic teenager with a broken arm left untreated for two weeks; a 19-year-old woman found dead in an empty bathtub. The horrifying incidents alone justify the investigation ordered by the Quebec government » (8 juillet 1985, p. B-2).

En octobre 1985, l'association des parents, qui a changé ses porte-parole, écrit sa préoccupation face aux décisions négatives qui pourraient suivre l'enquête, compte tenu qu'elle croit repérer une amélioration constante des services de l'hôpital. Malgré elle, et malgré le changement de gouvernement, l'enquête ne sera pas infléchie, elle qui devait disposer de certaines questions comme la drogue, les abus sexuels, la prostitution. Pour la drogue, Me Shadley y voit une situation comparable à celle des écoles où les enfants s'approvisionneraient plutôt qu'un commerce impliquant les employés; quant aux abus sexuels entre patients, il s'avère difficile de savoir qui a consenti, qui est capable de consentir et les preuves sont difficiles; certains patients se prostituent à l'extérieur mais il n'y a pas de réseau et tout cela n'implique pas l'hôpital.

CINQUIÈME ACTE: LES QUESTIONS CRUCIALES DE L'ISOLEMENT ET DES DROITS DES MALADES MENTAUX

La question cruciale de l'enquête, selon le rapport de son président Me Shadley, a trait aux droits des personnes soignées. « L'isolement consiste dans

le fait de prendre un bénéficiaire et de le placer seul dans une petite pièce carrée (cellule) où il n'y a qu'un lit et une fenêtre. L'isolement, en principe, s'effectue contre le gré du bénéficiaire (...) soit en raison d'une urgence soit en raison de prescriptions prévues au plan de soins. Cette privation temporaire de la liberté constitue aux yeux de certains témoins un outil à caractère thérapeutique et aux yeux d'autres un palliatif administratif. (...) Ainsi, plusieurs témoins nous ont fait part du fait que l'isolement pourrait souvent être évité si la personne en crise était prise en charge par un employé ». La majorité des patients concernés sont en cure libre. « Embarrasser une personne environ entre une et vingt minutes ne serait pas toléré dans des institutions carcérales sans recours au *due process of law* ou aux principes de justice naturelle. Les seules justifications permettant d'ainsi traiter quelqu'un sont, soit le fait que cette personne consente pour des fins thérapeutiques ou qu'un tribunal l'ordonne. La seule existence d'une prescription médicale ne saurait aucunement justifier ce traitement » (Shadley, 1986, p. 190).

Étant donné le grand nombre de patients sous la responsabilité du curateur public, Me Shadley se préoccupe de son rôle. « Le rôle du Curateur public ne nous laisse pas indifférent : trop loin et trop peu informé sur ses administrés et délègue très facilement à l'hôpital ses responsabilités. (...) L'ignorance et/ou la tolérance du curateur nous inquiètent » (*ibid.*, p. 128) Le curateur s'en rappellera en 1998. Dans ce cadre, la question de la durée et de la portée du consentement à l'entrée, par le patient ou par son représentant légal (parent, curateur), prend un relief particulier puisque le séjour y est en moyenne de 20 ans. Le consentement n'a jamais été renouvelé par la suite, peu importe le temps écoulé, les changements de diagnostics ou de traitements ou de représentants légaux ou de changement de vocation de l'établissement (de l'Institut médico-pédagogique du Mont-Providence à l'hôpital Rivières-des-Prairies). Parmi les recommandations du rapport Shadley, mentionnons celle-ci : que « l'hôpital soit divisé en deux corporations distinctes avec deux conseils d'administration différents. D'une part, un centre d'accueil pour déficients mentaux (...) ; d'autre part, un hôpital psychiatrique pour adultes et enfants. Chacune de ces deux institutions devra séparer les adultes des enfants » (*ibid.*, p. 256-257).

La ministre Lavoie-Roux, conseillée par le sous-ministre Réjean Cantin alors en congé temporaire de sa fonction de directeur du centre hospitalier Robert Giffard, l'amène à des positions moins draconiennes, comme celles qui suivent : que l'hôpital Rivière-des-Prairies assume une double vocation, d'hôpital psychiatrique pour adultes et enfants et de centre d'accueil de réadaptation pour adultes et enfants ; que Rivière-des-Prairies présente au MSSS un programme de désinstitutionnalisation pour la clientèle qui peut cheminer dans la collectivité ; que Rivière-des-prairies prépare un code

d'éthique favorable aux bénéficiaires ; que Rivière-des-Prairies crée un poste de protecteur du bénéficiaire doté d'autonomie et d'indépendance avec accès privilégié au CA ; que Rivière-des-Prairies crée un comité des bénéficiaires ; que Rivière-des-Prairies redéfinisse sa relation au Curateur public ; que Rivière-des-Prairies révise son règlement concernant les mesures aver-sives, l'isolement et la contention ; que Rivière-des-Prairies mette sur pied des mécanismes pour élaborer et réviser périodiquement les plans d'intervention individualisé.

Se rappelant peut-être de l'interpellation de Me Shadley, le Curateur public, en 1998, représentant alors 412 personnes hospitalisées à Rivière-des-Prairies, amorce une démarche intitulée « Évaluation de la qualité de vie et de services pour les personnes représentées par le Curateur public et prises en charge par l'hôpital Rivière-des-Prairies » avec une équipe multidisciplinaire comprenant notamment un ancien syndic du Collège des médecins. Cette équipe remet son rapport le 13 janvier 1999. Voici les constats à propos des diagnostics des personnes hospitalisées : 91% retard mental, 40% autisme, 49% troubles de la conduite, 62% affection psychiatrique proprement dite, 38% se retrouvant donc sans affection (diagnostic) psychiatrique proprement dite. Or, rappelle le rapport, le retard mental n'est pas généralement une raison d'hospitalisation. On fait plutôt une prise en charge ou un suivi par des éducateurs dans la communauté. Ceci est aussi vrai pour les autistes.

Quant à la dispensation des services en internat, les auteurs du rapport ont trouvé inconfortable de faire face à un univers aussi « carcéral » : portes des unités presque toutes verrouillées ; verrouillement de plusieurs portes de chambre, du réfrigérateur, des armoires, ainsi que de la cuisine. Ils notent un système moins rigide dans les appendices communautaires de Rivière-des-Prairies (externat) malgré l'importation d'un modèle hospitalier de services (normes, procédures, organisation des quarts de travail, division du travail, etc.). Ils font aussi certains constats quant à la pratique médicale. Certains diagnostics manquent en regard de traitements prescrits. Les diagnostics sont souvent imprécis. Les formulaires d'examen médicaux annuels stéréotypés avec peu de remarques pertinentes. Aucun dossier où on utilise une mesure systématique (grille d'observation) des réactions extra-pyramidales (effets secondaires neurologiques) aux médicaments neuroleptiques. Les notes d'évolution médicales sont insuffisantes tant en psychiatrie qu'en médecine générale. Quant à la pratique pharmacologique, le rapport relève l'utilisation inappropriée et abusive des benzodiazépines (médicaments de la famille du valium), l'usage imprécis d'antipsychotiques et des médicaments régulateurs de l'humeur (vs leur usage comme antiépileptiques), l'usage concomitant et peu justifié de plusieurs antipsychotiques chez un même patient, l'usage

régulier et en « prn » (au besoin) d'antihistaminiques chez le quart des patients, des anovulants prescrits sans justification au dossier, pas d'indication de révision de la médication selon l'état du patient.

Enfin quant aux mesures restrictives et aversives, le rapport mentionne qu'un protocole existe, mais avec des critères imprécis d'application, de sorte que l'on constate l'utilisation quasi généralisée de mesures restrictives voire aversives, mesures par ailleurs utilisées à des fins préventives mais aussi comme conséquences d'un agir alors qu'il est souvent difficile de déterminer lequel des deux est recherché. Ainsi, le tiers de l'échantillon dort attaché la nuit ou durant la sieste et certains se trouvent alors incapables de se tourner. On utilise aussi des mesures spectaculaires pour atténuer les comportements automutilatoires ou les crises épileptiques: casques, visières, mitaines, genouillères, ceintures, chaises barrées, harnais. Enfin, selon le rapport, la planification des services à la clientèle est plutôt lacunaire à l'interne. Quant à la qualité de vie, le rapport relève d'abord les routines quotidiennes en fonction du personnel présent (par exemple la question de la sieste) et le partage d'une chambre sans accord obtenu des patients concernés dans 16,5% des cas, une très grande promiscuité dans un même lieu doublée d'un faible degré d'intimité, ce qui peut accentuer les troubles de conduite et l'insomnie. Le rapport mentionne aussi les possibilités limitées de choix du patient, leur isolement social, leur solitude et l'absence de support externe. En effet, seulement le quart des parents sont réellement présents auprès de leur enfant et la moitié des « patients » ne bénéficient d'aucun contact. Quant au personnel, de nombreux éducateurs sont sans formation; il y a un roulement élevé du personnel, et peu de personnel intervenant directement auprès de la clientèle, ce qui « a pour effet de réduire pratiquement à néant toute possibilité d'activation de la clientèle et même de contraindre certains clients à demeurer dans leur chambre ou sous contention lorsque le personnel est réduit à un employé pour toute une unité de vie ». Propos qui rappellent les observations de Vinet trente ans plus tôt. Le rapport constate aussi pour certains groupes une notable absence de continuité dans la dispensation des services.

À la suite du rapport du Curateur public, le Collège des médecins a également dû faire une enquête portant « uniquement sur le fonctionnement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, et sur les soins médicaux psychiatriques et généraux fournis à la clientèle adulte et non ceux fournis en pédopsychiatrie ou à la clientèle ambulatoire ». Le rapport du Collège fait en 1999 au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'hôpital, est demeuré confidentiel. Mais celui qu'il a fait au conseil d'administration est accessible et comporte une résolution qui équivaut à recommander une tutelle médicale, ce qui, selon la lettre d'accompagnement, « se justifie par la

persistance des déficiences notées lors des visites d'inspection professionnelle de 1991, 1994 et 1997, et ce, malgré les recommandations faites au C.M.D.P. (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) et la rencontre des autorités administratives ». Le Collège recommande de nommer « un médecin ne détenant pas de statut et privilèges dans l'établissement pour encadrer le fonctionnement du (C.M.D.P) et de ses comités (...) De plus ce médecin devrait voir à la révision du système de distribution des soins médicaux à la clientèle adulte hébergée ».

ÉPILOGUE

Un tuteur administratif pour gérer l'établissement et un médecin extérieur pour encadrer son conseil des médecins, dentistes et pharmaciens furent donc bel et bien nommés à la suite des deux rapports. L'an 2000 a débuté par diverses contestations par les parents, certains dénonçant une trop grande ouverture sur la communauté, d'autres poursuivant pour des soins inadéquats reçus. Mais, de son côté, l'institution est-elle à jamais bel et bien guérie de son passé asilaire ? Est-ce le passé asilaire qui n'arrive pas à être refoulé, comme si une culture organisationnelle puissante résistait à tout changement organisationnel et se transmettait aux nouveaux travailleurs recrutés au fil des ans ? Les abus récurrents dans les institutions de santé mentale tiennent-ils à la nature de ce que les professionnels appellent la « maladie mentale » ou au halo négatif qui entoure ce qu'on décrit comme maladie mentale ? L'hôpital psychiatrique même réformé constituerait-il donc toujours une structure d'exclusion (Ferron, 1970), de « renfermement » (Foucault, 1961) ou de structure de l'oubli (Vinet, 1975), ou encore de structure totalitaire (Goffman, 1961) ? Cela tient-il en partie à la position de prise en charge inhérente à une institution donnée ?

BIBLIOGRAPHIE

Bédard Dominique, Lazure Denis et Roberts Charles-A, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, ministère de la Santé du Québec, mars 1962, pp. 101-103.

Conseil des œuvres de Montréal, *La classification des enfants et l'organisation des classes au Mont-Providence*, mémoire, novembre 1960, annexé au Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques.

Ferron Jacques, *L'amélanchier*, VLB éditeur, Montréal, 1970.

Foucault Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1960.

Goffman Erwin, *Asylums, Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*, New York, Doubleday, 1961.

Roy Bruno, *Mémoire d'asile*, éd. Boréal, 1994.

Shadley, Richard, *Rapport de la commission d'enquête sur l'administration et le fonctionnement de l'Hôpital de Rivière-des Prairies*, présenté à l'honorable ministre de la santé et des services sociaux du Québec, madame Thérèse Lavoie-Roux, 1986.

Vinet Alain, « La vie quotidienne dans un asile québécois », *Recherches sociographiques*, XVI, I, 1975, p. 85-113.

Wallot Hubert, *Entre la compassion et l'oubli : la danse autour du fou. Survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines à nos jours*. Tome I : *La chorégraphie globale*, préface de Camille Laurin, Publications MNH, Beauport, 1998 ; tome II en préparation (comportant un chapitre sur l'Hôpital Rivière-des-Prairies).