

Une Acadie troublée : santé mentale ou marginalisation des démunis?

Nérée St-Amand

Volume 5, Number 1, Spring 1992

Santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301164ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301164ar>

[See table of contents](#)

Article abstract

Après avoir brossé un tableau des recherches récentes effectuées en santé mentale en Acadie, cet article remet en question les pratiques psychiatriques privilégiées par les services institutionnels, aux dépens de la minorité acadienne en particulier. L'auteur en déduit que la santé mentale en Acadie est, sous couvert thérapeutique, un instrument d'oppression sociale et culturelle. En conclusion, il présente certains réseaux alternatifs qui, bien que fragiles et dépendants de l'État, remettent en question les injustices, inégalités et abus de pouvoirs des services d'aide institutionnels.

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

St-Amand, N. (1992). Une Acadie troublée : santé mentale ou marginalisation des démunis? *Nouvelles pratiques sociales*, 5(1), 147–158.
<https://doi.org/10.7202/301164ar>



Les pratiques sociales d'ailleurs

Une Acadie troublée : santé mentale ou marginalisation des démunis ?

*Nérée ST-AMAND
Université d'Ottawa*

Après avoir brossé un tableau des recherches récentes effectuées en santé mentale en Acadie, cet article remet en question les pratiques psychiatriques privilégiées par les services institutionnels, aux dépens de la minorité acadienne en particulier. L'auteur en déduit que la santé mentale en Acadie est, sous couvert thérapeutique, un instrument d'oppression sociale et culturelle. En conclusion, il présente certains réseaux alternatifs qui, bien que fragiles et dépendants de l'État, remettent en question les injustices, inégalités et abus de pouvoirs des services d'aide institutionnels.

L'histoire du peuple acadien, riche de près de trois siècles de rebondissements sociopolitiques, est marquée en particulier par la colonisation, la déportation et de nombreuses tentatives d'assimilation. Au Nouveau-Brunswick, ce peuple sans pays compose environ le tiers de la population et jouit d'une protection sociolinguistique particulière, cette province étant la seule au Canada à être officiellement bilingue.

Au cours des dernières années, plusieurs études y ont été menées visant à évaluer l'état de santé mentale des Acadiennes et Acadiens. Après avoir présenté ces recherches, je proposerai une réflexion sur certains facteurs qui contribuent à faire basculer certaines personnes du monde de la santé dans celui de la maladie mentale ou tout au moins dans celui de la psychiatrie. C'est dans ce contexte que je proposerai que la santé mentale est davantage politique et idéologique que médicale et que je situerai le rôle des ressources institutionnelles et professionnelles en Acadie.

UN INTERNEMENT INÉGAL

Dans une étude effectuée sur une période de trente années (St-Amand, 1985), je faisais déjà état des inégalités flagrantes d'internement en institution psychiatrique dans cette province. Que ce soit au titre des internements involontaires (entre 50 % et 70 % des admissions le sont), des motifs d'internement ou des diagnostics psychiatriques, tout porte à conclure que certaines catégories de personnes, minoritaires au départ (Acadiennes et Acadiens, femmes, personnes en chômage ou âgées, etc.), constituent la source privilégiée des clientèles d'internement psychiatrique.

Par contre, d'autres groupes échappent à l'emprise de la science de l'esprit, en particulier les personnes occupant un emploi régulier, les hommes mariés et les personnes dont la langue maternelle est l'anglais. Cette même étude démontre aussi des liens très étroits entre proximité et internement : plus on demeure proche d'une institution psychiatrique, plus on a de « chance » d'y être admis. Et que dire du taux très élevé de réadmission (près de 70 %) qui constitue une situation fort embarrassante, tant en ce qui concerne les soins offerts dans l'institution que l'efficacité du suivi.

Dans la deuxième partie de cette même étude, l'auteur a analysé certains termes ayant une signification différente selon les cultures. Du côté anglophone, la conception de la maladie mentale semble évoluer autour du mot « mental », tandis que chez les Acadiennes et Acadiens, la maladie mentale la plus dangereuse consiste à être « troublé ». Or, les troubles dont il est question se situent davantage au niveau social ou politique que psychologique ou psychiatrique : voilà pourquoi je suggérais que l'élite acadienne et les

réseaux psychiatriques utilisent l'institution comme mesure de contrôle social et de normalisation autant, sinon plus, que comme instrument de thérapie.

L'analyse de contenu des textes démontrait aussi que les conceptions de l'aide et de la santé mentale varient énormément chez les trois groupes étudiés. Du côté des gens d'origine loyaliste, on est porté à référer rapidement au système d'expertise et à nier ainsi l'existence de la différence. Les Irlandais, quant à eux, ont tendance à garder leurs déviants chez eux, souvent dans un endroit aménagé spécialement à cette fin. Pour les Acadiens, peuple forcé à la bonne entente par des circonstances historiques très précises (Aunger, 1981), il est très important de ne pas déranger. C'est ainsi que tout fauteur de trouble sera vite repéré et qu'on lui décernera rapidement un diagnostic ; les traitements et mesures de répression qui s'ensuivront, psychiatrie aidant, seront des plus sévères pour ces individus qui ont osé transgresser les normes ou codes de cette culture. Dans une province qui a accueilli les Loyalistes, fidèles sujets de la couronne britannique, on ne déroge pas facilement aux normes et codes sociolégaux, même en cette fin de xx^e siècle : les individus s'aventurant en dehors du chemin tracé en payant souvent le prix !

DES PRATIQUES DISCRIMINATOIRES

Dans une étude de plus de 6 500 dossiers de personnes ayant consulté une des 17 cliniques d'hygiène mentale néo-brunswickoise au cours de l'année 1984-1985, Anne Wery (1987) présente de nombreux exemples d'inégalité face à la consultation et à la prise en charge psychiatrique. Les femmes consomment davantage, surtout les Acadiennes peu scolarisées.

Il faut tenir compte de l'action conjointe des trois variables : le sexe, l'origine linguistique, les années d'études. L'effet discriminant de chacune des variables, loin de s'annuler l'un l'autre, se renforce mutuellement pour produire des extrêmes : les femmes acadiennes ayant une scolarité inférieure au secondaire, d'une part, et les hommes anglophones de scolarité supérieure, d'autre part (Wery, 1987 :35-36).

Et l'auteure conclut en proposant des liens entre la santé mentale et le contexte sociohistorique et politique :

Avec les patients, la psychiatrie a l'habitude d'agir comme si les rapports qu'elle entretient avec la société étaient « naturellement inexistant » (l'expression est de W. Fisher). Pourtant, elle prend en charge des patients chargés d'histoire non seulement individuelle et singulière, mais aussi sociale : discrimination des femmes, oppression des Acadiens, inégalité des personnes qui n'ont pas de formation scolaire, des chômeurs ... (Wery, 1987 :39)

Deux autres études menées dans le nord-est de la province (Snow et Diotte, 1984 ; Snow, 1987) portent une attention particulière aux conditions d'internement au Centre hospitalier Restigouche, là où sont internés la majorité des Acadiennes et Acadiens demandant de l'aide ou victimes de contraintes sociales. Voici quelques-uns des résultats de ces recherches :

- Au nord du Nouveau-Brunswick, le taux d'internement par 100 000 habitants représente le double du taux canadien ; de plus, on constate une courbe ascendante, alors qu'au niveau national, on observe le contraire ;
- Pour ce qui est de l'internement involontaire, on s'explique mal un pourcentage de 56,6 % entre 1980 et 1985 alors que la moyenne canadienne se situait alors à 13,8 %

À la suite de ses recherches, Snow (1987) remarque que cinq raisons communément utilisées comme motifs d'internement sont carrément illicites. On enferme des individus non pas parce qu'ils sont atteints de troubles mentaux, en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, mais pour des raisons de contrôle social ou tout simplement pour obtenir des services non disponibles autrement, comme le transport gratuit en ambulance, par exemple.

L'OPPRESSION DES FEMMES

Après avoir constaté l'existence d'inégalités relativement à l'internement dans la province et à la suite d'études démontrant que les femmes vivent des situations d'oppression plus accentuées que leurs partenaires masculins, une équipe de chercheurs (Breau *et al.*, 1987) a analysé des récits de vie d'Acadiennes ayant connu une « carrière » psychiatrique. À l'aide d'une trentaine de témoignages, elles ont relevé trois profils particuliers et relevé leurs points de rupture, en fonction de l'intensité des situations vécues et des possibilités de s'en sortir. Voici comment elles ont présenté ces récits de vie.

LES ACCABLÉES DE TRAVAIL

Il s'agit de femmes habituées à tout faire, tant à la maison qu'au travail. Elles soutiennent la famille, le mariage, les finances, etc. À force de jouer ce double ou triple rôle familial et social, elles finissent par s'épuiser, d'autant plus qu'elles reçoivent peu d'appui et de valorisation pour ces nombreuses tâches. À un moment donné, ces femmes réévaluent leur situation et décident d'effectuer une rupture qui consiste surtout à réajuster leurs priorités. Elles constatent et acceptent leurs limites et décident de tenir davantage compte,

dorénavant, de leurs intérêts et de leurs projets personnels ou professionnels. Leur rôle va changer, tant au sein de la famille qu'à l'extérieur du foyer ; elles vont s'affirmer davantage et leurs rapports avec le conjoint seront modifiés, dans le but de favoriser une répartition plus égalitaire des nombreuses responsabilités qu'elles assumaient jusqu'alors.

Le mythe des relations affectives

Les femmes faisant partie de cette catégorie ont misé, en se mariant, sur des relations affectives positives et valorisantes. Elles se sont données, comme la tradition le voulait, à leur famille d'adoption, le conjoint et les enfants constituant leur raison de vivre, leur idéal à réaliser. Ce faisant, elles ont mis de côté ambitions, priorités et intérêts personnels et se sont sacrifiées, espérant retrouver, dans leurs relations maritales et familiales, l'amour et la reconnaissance qu'elles souhaitaient recevoir en retour.

Plusieurs se sont retrouvées dépendantes, déçues, prisonnières de l'institution maritale et des obligations quotidiennes auxquelles elles devaient faire face. Négligées, abandonnées, elles ont dû avouer l'échec de ces relations et le cul-de-sac de cette aventure : « Le matin, je m'éveillais avec un goût de mort dans la bouche », confiait l'une d'elles.

Ici, la rupture est plus radicale que dans le premier cas : elles doivent réorienter leur vie, leur carrière, cesser de miser sur des relations affectives qui drainent leur énergie. Prenant en main leur situation, soit par le biais d'une formation continue, d'un travail ou d'un réseau d'amies, elles visent leur autonomie et le développement de leur identité. Lorsque le conjoint fait obstacle à la réalisation de ces objectifs, ces femmes rompent au besoin ce rapport inégal.

Les démunies au départ

Cette catégorie de femmes comprend des personnes défavorisées dès leur enfance, ayant connu une expérience de pauvreté familiale et souvent de violence à l'intérieur du foyer d'origine. L'école a ensuite constitué une autre expérience de rejet puisqu'elles y étaient mal vues (pauvreté, malnutrition, absences, etc.). Graduellement, elles ont été confinées à un travail domestique, étant donné les nombreux enfants dans leur famille d'origine.

Pour se sortir d'une situation familiale opprimante, le mariage constituait à peu près la seule avenue honorable, leur donnant accès, en principe du moins, à un statut social autre que marginal. Dans de nombreux cas, elles se

sont retrouvées aussi misérables, sinon plus qu'auparavant. Plusieurs ont décrit des situations d'abus physique, émotionnel, mental, sexuel, ceci s'ajoutant à une progéniture plus nombreuse que désirée. Après des années « d'enfer au quotidien », elles en arrivent à un dégoût général et constatent qu'elles ont très peu de chances de s'en sortir. La rupture est-elle possible ? Il faut fuir cette situation, que ce soit dans l'imaginaire, le rêve, la sublimation, ou même en tentant de se suicider.

Se prendre en charge et refaire sa vie n'est pas chose facile pour ces personnes qui, en plus, ont été marquées par le sceau de la psychiatrie, par les électrochocs, les hospitalisations répétées et les psychotropes. On constate cependant une certaine rupture que certaines effectuent, dans les limites de leurs possibilités. D'aucunes utilisent l'institution à des fins alternatives ; pour certaines, l'hôpital peut servir d'hôtel, d'échappatoire ; d'autres savent à l'occasion y trouver une solidarité collective. Malgré tout, quelques-unes chérissent et réalisent des projets de vie qui contrastent avec la passivité des premières expériences personnelles, familiales et maritales.

Dans le même contexte d'oppression des femmes par la psychiatrie, Norma Poirier (1991) a examiné les dossiers de 221 femmes admises en psychiatrie dans un hôpital, ce qui, pour les Acadiennes et Acadiens nécessitant une hospitalisation, constitue la seule alternative à l'institution psychiatrique. Elle en déduit que :

- les femmes provenant de milieux familiaux violents ont quatre fois plus de chance d'être victimes d'abus dans leur mariage ;
- l'abus est beaucoup plus fréquent dans les familles aux prises avec des tensions économiques (assistance sociale, chômage, logement, etc.) ;
- les femmes victimes de violence conjugale se retrouvent très fréquemment en psychiatrie, puisque ceci semble constituer une des seules portes de sortie. Le diagnostic qu'on leur colle et le stigma dont elles héritent les font passer cependant de victimes de violence à personnes dérangées mentalement.

Poirier note de plus que les psychiatres pratiquant dans cette institution sont tous des hommes originaires de France. Dans un tel contexte, elle souligne leur ignorance du vécu des femmes aux prises avec des contraintes socio-économiques et qui aboutissent en psychiatrie, faute de réseaux d'appui ou de ressources communautaires appropriées.

SANTÉ MENTALE, TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES OU OPPRESSION ?

Une fois passées en revue les études traitant de la santé mentale en Acadie, voici quelques observations sur les pratiques psychiatriques et les recherches effectuées jusqu'à maintenant sur ce territoire.

Une santé mentale au négatif

Notons au départ une définition « par défaut » de la santé mentale. En effet, bien que l'on utilise régulièrement le mot santé, les services institutionnels parlent davantage de maladie ou de déviance que de santé mentale. On semble assumer que les personnes n'ayant pas utilisé les systèmes de soins ou les services professionnels jouissent d'une bonne santé mentale. Par ailleurs, on associe utilisateurs du système, même occasionnels ou accidentels, et malades mentaux. La conjointe qui doit chercher refuge à l'aile psychiatrique parce qu'abusée par son mari a un diagnostic de maladie mentale. Son conjoint, quant à lui, est sain ! Et sa voisine qui subit l'oppression sans mot dire est normale...

Peu de participation, peu de choix ...

Les victimes de la psychiatrie ne participent pas au processus de leur prise en charge ni aux diverses étapes de leur diagnostic ou de leur traitement : 58 % n'ont pas été consultées au sujet de leur congé, 13 % ne connaissaient même pas leur statut après admission ! (Miedema, 1990 : 37). La décision est confiée aux experts qui n'encouragent pas les approches participatives. La passivité de la clientèle (surtout féminine) est implicitement valorisée par les intervenants et gestionnaires ; nous proposons l'hypothèse qu'elle est même nécessaire au maintien du système et du statut des experts. La Commission de la santé mentale, formée en 1989, se proposait d'utiliser une approche plus participative, mais la participation reste plus symbolique que réelle.

Comment les institutions psychiatriques peuvent-elles continuer d'exister et d'être acceptées malgré les nombreuses contradictions dont elles sont le ferment ? En fait, il faut bien avouer que, fortes des retombées politiques, idéologiques et économiques qu'elles engendrent, elles constituent une condition de survie de leur communauté d'accueil. Il faut reconnaître aussi que les organismes professionnels ont des mécanismes de survie et de défense qu'il

est difficile de contourner : ils savent bien protéger leurs acquis... et leurs convictions.

On l'a constaté, par exemple, lorsque le gouvernement du Nouveau-Brunswick, appuyé de l'Association canadienne pour la santé mentale, a tenté de faire modifier la *Loi sur la santé mentale*, en 1985. En particulier, un groupe de psychiatres a déployé avec succès un *lobbying* fort puissant et efficace pour maintenir ses privilèges et préserver une législation et des pratiques que tous qualifient d'inconstitutionnelles.

Bien que plusieurs personnes aient travaillé, depuis 1982, à la modification de cette législation, elle n'est toujours pas réalisée en 1992 ! Pourtant, la loi actuelle n'accorde aucune protection réelle aux personnes internées : le processus d'internement peut être arbitraire et les possibilités de recours, à la suite d'une décision d'internement involontaire, violent la Charte des droits et libertés en n'accordant pas une protection légale aux personnes admises.

Les victimes n'osent-elles pas parler, décrier les pratiques contraignantes, les traitements médicalisants ? En fait, la conjoncture sociopolitique se prête bien plus à des répressions arbitraires qu'à l'éclatement des contradictions : isolement, pressions sociales, valeurs traditionnelles et peur du « trouble » sont autant de raisons expliquant le maintien du statu quo. En outre, les personnes éprouvant des difficultés sur le plan émotionnel ou mental ont peu de réseaux ou d'alternatives en dehors de l'aide institutionnelle et professionnelle. On parle très peu de médecine douce, d'aide par et dans le milieu ou encore de groupes d'entraide bien qu'à ce chapitre, certains réseaux s'organisent (St-Amand et Clavette, 1991). Les victimes d'un contexte social opprimant suivent souvent un chemin tout tracé, à sens unique, soit celui prescrit par les experts et conduisant à la médicalisation ou à l'internement.

L'institution : buts officiels et utilité réelle

Par ailleurs, les recherches ont démontré que l'institution ne sert pas exclusivement aux fins prévues par les responsables : quand on est pauvre et défavorisé, on s'en sert quelquefois comme endroit de repos, de vacances ; faute de mieux, certaines femmes abusées l'utilisent comme un refuge. En ce sens, l'institution est à l'occasion un pis-aller, et contre toute attente, un instrument de libération pour certaines personnes. Puisque les services alternatifs sont rares, les réseaux institutionnels peuvent servir à des fins allant même à l'encontre des objectifs qu'ils visent.

Danger pour soi ou pour les autres ?

Sous prétexte de protection de la société, plusieurs des recherches citées plus haut démontrent qu'on enferme et traite un « amalgame abusif d'éléments hétérogènes » pour reprendre l'expression de Michel Foucault. Depuis sa fondation, l'institution psychiatrique a pris en charge une multitude d'individus qu'on a qualifiés de dangereux, de déviants, aux termes de la *Loi sur la santé mentale*. Qu'ont-ils en commun qui explique une intervention psychiatrique coercitive en clinique ou en institution ? Peu d'éléments justifient de telles mesures de redressement, sinon qu'ils cumulent souvent plusieurs handicaps. Dans un monde dominé par certaines valeurs socio-économiques, héritage de l'éthique protestante, les personnes qui refusent de se soumettre à certaines de ces valeurs ou pratiques constituent une menace sociale et une cible privilégiée pour la psychiatrie. C'est d'ailleurs dans la catégorie des sans-emploi que nous retrouvons la presque totalité de la clientèle psychiatrique (Kirsh, 1983).

Le fait de cumuler plusieurs de ces handicaps (pauvreté, mariage chez les femmes, maternité, absence de travail rémunéré, faible scolarité, proximité de l'institution, scolarité faible, langue française, sexe féminin, trop jeune ou trop vieux, etc.), semble créer un prétexte justifiant de nombreuses mesures dictées tant par le milieu que par les experts. Parce que ces exclus se sentent sans utilité sociale, il semble facile de les victimiser, de les médicaliser, de leur imposer un traitement.

Une remise en cause des individus et non des systèmes

Dans les études citées, nous constatons la vulnérabilité et l'isolement des individus qui ont peu de choix, si ce n'est celui de se soumettre aux diagnostics et traitements de ressources plus opprimantes que thérapeutiques. Les intervenants et intervenantes semblent encourager une analyse réductionniste des situations qui amènent les individus en psychiatrie ; en conséquence, les victimes se perçoivent comme coupables et n'osent remettre en cause, du moins ouvertement, les facteurs qui ont contribué à leur oppression. Et comment le faire sans regroupement, dans des régions où les facteurs de ruralité et de langue contribuent à l'isolement des victimes de la psychiatrie ? Ces personnes ressentent qu'elles sont la cible d'un système qui ne les aide pas mais qui a besoin de clientèle ; souvent, elles devront même jouer le jeu, de gré ou de force, si elles veulent obtenir quelque service que ce soit.

Et comment justifier que la division de la santé mentale ne possédait pas, avant 1989, de secteur consacré à la recherche ? En 1989-1990, on prévoyait un budget spécial à cette fin, mais pour l'année suivante, les cou-

pures budgétaires ont eu raison du maigre 50 000 \$ qui avait été attribué. Ceci reflète le peu d'attention que portent les gestionnaires à l'évaluation des services offerts.

Coupsures entre maladie « physique » et « mentale »

Les recherches décrites plus haut permettent de soulever l'hypothèse que les personnes atteintes de maladie physique subissent une discrimination moindre que celles à qui on appose un diagnostic de maladie mentale. Les premières peuvent se faire soigner par un intervenant de leur choix et consentent à leur traitement ; de plus, elles sont habituellement conscientes des conséquences de leur décision. Quant à la deuxième catégorie, on utilise à leur égard une approche hermétique qui contribue à une prise en charge involontaire, dans un réseau spécialisé et fermé, offrant peu de ressources de rechange.

La réforme du ministre King, en 1992, tente d'éliminer cette coupure entre soins physiques et mentaux en nommant sept conseils régionaux de santé qui seront responsables de l'ensemble des budgets et des services, tant en santé physique que mentale.

CONCLUSION

Force est de conclure que la psychiatrie continue de jouer un double rôle en Acadie. Sous couvert de protection sociale et de nécessité thérapeutique se cache de fait une idéologie que quelques personnes ont tenté de démasquer. De plus, l'appareil psychiatrique est bien appuyé par les organismes officiels et les élites sociopolitiques, même acadiennes, qui peuvent s'en servir tout autant à des fins idéologiques que thérapeutiques.

Du côté de la clientèle, c'est l'éparpillement, l'isolement tant à cause du contexte essentiellement rural des Acadiens et Acadiennes que du facteur linguistique : sans négliger l'histoire sociopolitique de ce peuple, la soumission reste toujours valorisée. Il semble que les Acadiens et Acadiennes ont encore le serment d'allégeance et la déportation en mémoire...

En Acadie comme ailleurs, les mouvements d'entraide font cependant leur chemin. En 1985, il n'existait qu'un seul groupe d'entraide dans la province, dirigé d'ailleurs par l'Association canadienne pour la santé mentale ; en 1992, on en compte près de dix-huit, fort actifs. Les victimes commencent à se regrouper et à écrire leurs témoignages, à raconter leurs expériences, à sensibiliser ainsi la population aux expériences vécues. Ils ont, par exemple, dénoncé la répartition budgétaire de l'année fiscale 1990-1991 : 99,5 % des

budgets de la santé mentale sont orientés vers les soins institutionnels et cliniques alors qu'on en retrouve un maigre 0,5 % consacré aux réseaux d'entraide...

De leur côté, plusieurs professionnels refusent d'endosser, plutôt lentement et tacitement, il va sans dire, l'orientation actuelle de la psychiatrie officielle. Par exemple, fort d'une expérience de sept ans comme travailleur social et administrateur au Centre hospitalier Restigouche de Campbellton, Claude Snow (1990) se montre fort critique envers cette institution, et il relève de nombreuses contradictions. Avec faits et témoignages à l'appui, il soulève de nombreuses questions concernant la psychiatisation des pauvres, des défavorisés, des démunis :

La ligne qui sépare ceux qui sont bien rangés de ceux qui sont dérangés, ceux qui ont une vision de ceux qui ont des visions est souvent très mince (Snow, 1990 :16).

Une fois plongés dans le système psychiatrique, nous perdons, comme intervenants, ce que nous avons de plus précieux : notre propre sensibilité et notre désir d'améliorer la condition humaine. Trop préoccupés par les structures, les convenances, les ordres et la peur des poursuites, nous devenons plus institutionnalisés que ceux que nous traitons et nous commettons, sans nous en rendre compte, de sérieuses entorses à leurs libertés fondamentales, tout cela, soi-disant pour leur bien (Snow, 1990 :16).

Dans le contexte de leurs possibilités, des professionnels de ce genre encouragent les victimes à s'organiser, à revendiquer. Le contrôle de l'entraide par les institutions et les professions d'aide est aussi un débat délicat et le réseau est encore fragile si on le compare aux regroupements du Québec ou de l'Ontario, par exemple.

Enfin, les préoccupations financières sont peut-être porteuses de changements, en faveur de la clientèle : les dirigeants politiques se préoccupent de plus en plus du coût grandissant des services spécialisés et de leur efficacité, surtout lorsque certains chiffres révèlent des pratiques plutôt embarrassantes : pourcentage d'admissions involontaires et de réadmissions, coût journalier d'hospitalisation versus résultats, etc. Tous sont conscients qu'il s'agit d'une question de temps (ou d'usure !) et qu'une telle répression n'aurait peut-être besoin que d'une étincelle pour remettre en cause l'appareil institutionnel actuellement à la barre.

Bibliographie

- AUNGER, E. (1981). *In Search of Political Stability*, Montréal, McGill-Queen's University Press.
- BREAU, Alice, ST-AMAND, Nérée, CYR, Paryse et Bernadette LANDRY (1987). « Récits de vie ... esquisses de libération », *Égalité*, printemps-été, 61-80.
- KIRSH, S. (1983). *Unemployment, its Impact on Body and Soul*, Ottawa, Association canadienne pour la santé mentale.
- MIEDEMA, B. (1990). *Control or Cure ? The Experience of Psychiatric Ex-Patients in New-Brunswick*, thèse de maîtrise en sociologie, University of New Brunswick.
- POIRIER, N. (1991). *Some Factors Discriminating Between Women Admitted to a Psychiatric Unit and Other Women Inpatients*, thèse de maîtrise en nursing, Dalhousie University, Halifax.
- SNOW, C. et Michelle DIOTTE (1984). « Caractéristiques des personnes traitées au Centre Hospitalier Restigouche », texte inédit.
- SNOW, C. (1987). « Le taux élevé d'internement dans le nord du Nouveau-Brunswick », *Égalité*, printemps-été, 81-97.
- SNOW, C. (1990). *Traiter la tête avec son cœur*, Saint-Jean, (à compte d'auteur).
- ST-AMAND, N. (1985). *Folie et oppression*, Moncton, Éditions d'Acadie.
- ST-AMAND, N. et Huguette CLAVETTE (1991). *Entraide et débrouillardise sociale*, Ottawa, Conseil canadien de développement social.
- WERY, A. (1987). « Femmes et santé mentale », *Égalité*, printemps-été, 17-41.