Document généré le 12 oct. 2024 05:11

Santé mentale au Québec

Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation

Yvon Lefebvre

Volume 12, numéro 1, juin 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI : https://id.erudit.org/iderudit/030366ar
DOI : https://doi.org/10.7202/030366ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer ce document

Lefebvre, Y. (1987). Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation. *Santé mentale au Québec*, *12*(1), 5–13. https://doi.org/10.7202/030366ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1987

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Santé mentale au Québec, 1987, *XII*, 1, 5-13.

Éditorial

Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation

*Yvon Lefebvre**

Établir une politique en santé mentale au Québec, dont la désinstitutionnalisation psychiatrique deviendrait un élément clé, semble être une priorité gouvernementale. Toutefois les conséquences d'une telle politique sur les premiers intéressés (les usagers, la famille, les voisins et la communauté immédiate), actuellement absents dans sa définition et son application, pourraient s'avérer très lourdes.

L'histoire des politiques en santé mentale au Québec (Bibeau, 1986; Boudreau, 1984), depuis la Révolution tranquille, demeure riche d'enseignements sur la protection, très humaine, des intérêts personnels, professionnels, politiques et collectifs dans la définition des besoins desdits malades mentaux. Dans cette même histoire, il y est également très rare que soient reconnues les influences de pouvoir déterminantes et diffuses, lorsqu'il s'avère nécessaire de protéger les droits des plus démunis et des plus délaissés par ces politiques.

Parmi les plus démunis, nous désignons plus particulièrement les jeunes patients en voie de chronicisation (Lecomte, 1984; Jalbert et al., 1987), ou les cas lourds et dépendants, chroniques, qui perdent leur droit d'asile autant dans les hôpitaux que dans la communauté, au point de ne trouver comme lieux d'accueil que des abris temporaires et délabrés, des centres de prévention et de détention judiciaire (parfois même la prison) ou, encore, des maisons d'hébergement transitoire, soutenues par des groupes de bénévoles et de religieux(ses) dans la communauté (Lefebvre, 1986; Boudreau, 1985).

Aussi nous apparaît-il important de questionner la politique de désinstitutionnalisation, dont ses fondements et répercussions sur la communauté et les plus démunis, avant de l'appliquer uniformément à la grandeur du Québec. L'expérience américaine et canadienne s'avère très instructive à cet effet.[1]

LE NON-DIT SUR LA POLITIQUE DE DÉSINSTITUTIONNALISATION PSYCHIATRIQUE

L'un des événements clés qu'on tend trop facilement à oublier est, qu'à l'origine, la désinstitutionnalisation découle d'une industrialisation des soins pour l'ensemble de la population et que cette industrialisation est liée de très près à l'organisation du travail et à l'augmentation de la productivité de la main-d'oeuvre active.

Il s'ensuit que le *but premier* des nouvelles orientations en psychiatrie et santé *après la Deuxième Guerre mondiale* n'est pas le mieux-être des patients chroniques, mais une réorganisation des soins afin de réduire et de prévenir l'inadaptation sociale des femmes à la maison et des travailleurs actifs (Ralph, 1983).

La psychologie et la psychiatrie industrielles modernes veulent réduire les coûts et augmenter l'efficacité des ressources. Du côté de la population active, on prévient, récupère ou réprime les déviances des hommes au travail et des femmes à la maison. Quant à la population inactive, la qualité et la quantité des services psychiatriques offerts aux cas les plus lourds sont réduites en retournant le plus possible les patients dans la communauté, et en contrôlant l'entrée des hôpitaux psychiatriques pour les nouveaux venus. Assurer le minimum de soins dans la communauté pour les inactifs, tel est l'objectif prioritaire.

Cependant, le paradoxe de cette politique est que la réinsertion communautaire devient la panacée à tous

* L'auteur est professeur au département des sciences de l'éducation de l'UQAM.

les problèmes ou questions soulevés par ce renvoi massif des patients des hôpitaux. Une partie des ressources attribuées antérieurement aux besoins primaires des patients sont progressivement réduits (grâce aux familles, à la communauté et aux individus qui sont mis à contribution), tandis que l'on observe une augmentation faramineuse des dépenses pour les médicaments dans le traitement des cas psychiatriques.

Une des conséquences de ce modèle est le glissement sémantique, idéologique et pratique durant les années 70, même au Québec, vers l'occultation de la maladie pour valoriser la santé (Corin, 1986).

Cette politique de santé se déploie sous l'étendard d'une terminologie attrayante, qui camoufle la main de fer de l'industrialisation de la santé dans le gant de soie de la bienveillance et de la protection des dits malades mentaux chroniques. S'insèrent dans cette terminologie tous les concepts qui servent de leitmotive pour camoufler les politiques discrétionnaires des technocrates, des gestionnaires des risques et de la santé et des politiciens: la normalisation, le biopsychosocial, l'écologie de la santé, l'identification et la réponse aux besoins des malades, la réinsertion sociale et communautaire.[2]

Au-delà de ce discours politique et institutionnel pompeux et verbeux, les objectifs écrits dépassent de beaucoup les mesures accomplies et réalisables dans la communauté, particulièrement pour les psychotiques chronicisés.

Nous pourrions démontrer cette hypothèse critique en reprenant chacun des éléments précités et en occultant les contradictions qu'ils peuvent véhiculer, malgré les apparences de consensus entre tous les intéressés à la problématique de la désinstitutionnalisation.

Nous retiendrons seulement, pour les fins de cette démonstration, la notion de communauté, sur laquelle s'appuient les intervenants pour assurer la réinsertion sociale des patients. Notion fondamentale qui semble le lieu commun de la bonne entente entre la majorité des intervenants, des planificateurs et des experts.

On n'a qu'à examiner les objectifs de la désinstitutionnalisation pour comprendre toute la portée et la fonction catalysante et cathartique de cette notion, soit:

1. retourner dans la communauté tous les patients institutionnalisés en les préparant adéquatement à leur nouvelle vie;
2. prévenir par l'intervention communautaire les nouvelles admissions hospitalières;
3. développer et maintenir des réseaux de soutien et d'encadrement dans la communauté pour les nouveaux malades.

Mais il faut aussi prendre conscience des préoccupations soulevées par l'ensemble des évaluateurs de la désinstitutionnalisation, pour connaître toutes les conséquences de tels objectifs sur la communauté et les patients. La résistance de la communauté apparaissant comme le facteur le plus lourd dans l'ensemble de ces discussions:

> «Il y a une *résistance* dans la communauté à la présence des patients dans leur environnement immédiat. Résistance qui tend à accentuer la discrimination et la ségrégation des ex-patients les plus nécessiteux et à les repousser vers certaines zones urbaines détériorées ou sur des territoires isolés de la communauté, au point de les isoler parfois même plus qu'ils ne l'étaient auparavant dans les hôpitaux.» (Traduction libre) (Bachrach, 1979, 13).

Sur la base de cette constatation, nous formulons l'hypothèse que s'appuyer idéologiquement sur la communauté pour assurer la désinstitutionnalisation psychiatrique pourrait conduire à un cul de sac dans la pratique communautaire et la réinsertion sociale des patients chroniques. Nous pourrions même dire que certains faits notés dans des recherches récentes sur les groupes de patients chroniques conduisent à se questionner sur la nécessité de resocialiser la communauté et de réinstitutionnaliser le droit des patients à vivre dans cette communauté.

LA COMMUNAUTÉ: UNE PANACÉE?

Henri Dorvil, dans le présent numéro, nous rappelle comment la désinstitutionnalisation psychiatrique suppose une implication quotidienne de la communauté et un changement fondamental de la mentalité et

des attitudes des citoyens face aux patients. Si des débuts de la colonie jusqu'au milieu du 19e siècle, la communauté québécoise a joué un rôle actif dans la prise en charge de ses fous, l'industrialisation et l'urbanisation actuelle du Québec rendent quelque peu idyllique l'insertion des patients, fondée sur de telles prémisses historiques.

Gilles Bibeau (1986) soulève, dans un article récent, une inquiétude sur les espoirs fondés sur la communauté. Inquiétude que nous partageons:

> «Le rôle central qu'on désire faire jouer aux communautés et aux ressources du milieu est-il conciliable avec le désengagement social qui semble caractériser une majorité de nos concitoyens, ainsi qu'avec les attitudes négatives qu'on entretient encore face aux problèmes de santé mentale dans la population» (Bibeau, 1986, 37).

> «Les spécialistes des sciences sociales s'interrogent en effet depuis au moins cinquante ans sur l'orientation de fond de la société traditionnelle du Québec, les uns soutenant que la distribution de la population rurale en rangs et villages a favorisé un esprit de solidarité alors que les autres affirment que l'isolement et l'autarcie économique a développé un individualisme radical chez les Québécois. La vérité se situe probablement entre les deux positions, mais le fait que l'idéologie dominante des sociétés occidentales aujourd'hui met de l'avant l'individualisme ne contribue certainement pas à développer chez les Québécois leur dimension de solidarité et de responsabilisation sociale. Il faut donc être conscient qu'on va peut-être à contre-courant lorsqu'on entreprend de promouvoir la santé ou la psychiatrie communautaire» (Bibeau, 1986, 38).

Il ne s'agit certes pas de renier l'importance de la communauté dans la réinsertion des patients, mais de considérer ce qu'elle recouvre dans la réalité des années 80. Cela nous évitera, peut-être, de s'engager dans l'utopisme pompeux, la fuite en avant, les pseudo-consensus, et les compromis institutionnels et politiques; et cela nous aidera, surtout à empêcher certaines économies d'échelle faites sur le dos des patients (victimes de ces décisions politiques et institutionnelles) qui conduisent à des scandales qu'on est beaucoup plus prompt à dénoncer publiquement qu'à résoudre pratiquement. À ce titre, la nostalgie de la communauté rurale québécoise, avec tout ce qu'on y identifiait de solidarité, d'appartenance, de cohésion, de reconnaissance individuelle et socioculturelle dans un milieu, de source d'intégration et de protection, nous semble des éléments culturels résiduels en voie de disparition. Il y a eu au Québec, depuis la Deuxième Guerre mondiale, de profondes transformations des infrastructures sociales, économiques et culturelles dont il faudra tenir compte lorsque les balises d'une politique en santé mentale adaptée aux années 90 seront déterminées.[3]

Le Comité de la santé mentale au Québec, dans un avis sur la notion de santé mentale, *De la biologie à la culture* (p. 89), relève ce caractère ambigu de la réalité québécoise et nous invite à nous pencher particulièrement sur les quartiers qui semblent avoir conservé une certaine unité locale, et des caractères distinctifs auxquels les citoyens s'identifieraient. Mais cela peut-il assurer une appartenance, une solidarité et une responsabilisation communautaire suffisantes pour répondre aux exigences quotidiennes que supposent la réinsertion et le maintien des patients dans la communauté? Nous en doutons fortement pour les patients dits chroniques.

Bien sûr, on peut renforcer et soutenir les dynamismes locaux susceptibles de faciliter la réinsertion. Mais, il faut aussi se rendre compte, que ce n'est pas nécessairement dans les milieux où il y a un certain dynamisme local, qu'on est le plus réceptif, et que ce n'est pas dans ce genre de communautés que les patients les plus dans le besoin se retrouvent. Des facteurs socio-économiques, politiques, culturels et individuels permettent d'expliquer une plus grande présence de ces patients dans des zones plus désorganisées et détériorées. Il nous semble inapproprié de compter sur des citoyens ayant de la difficulté à organiser leur propre vie quotidienne pour suppléer aux insuffisances des individus et des institutions impliqués dans cette politique de désinstitutionnalisation. On peut même se demander si la désinstitutionnalisation psychiatrique n'a pas pour impact de conclure à la *nécessité d'une réinstitutionnalisation sociale des patients psychiatriques* dans la communauté devant les habitudes prises par les citoyens et les communautés de leur refuser depuis plusieurs décennies un droit égal d'y vivre. Si tel est le cas, il *faudrait peut-être protéger les patients contre la communauté au lieu de compter sur la communauté pour les protéger*[4], ceci en leur assurant les moyens de vivre décemment, en leur accordant des droits identiques aux autres citoyens pour vivre dans la communauté (droit au logement, aux habitudes de vie, à l'accès aux différents services communautaires et publics)

et en assurant une défense soutenue de ces droits, face à la communauté et aux pratiques des services publics et privés à leur égard.

Sur ce dernier point, les données de notre dernière recherche (cf pages 64-76 du présent numéro) montrent qu'il semble se développer, pour une partie des patients dits chroniques, un ballottement entre les services psychiatriques et les services judiciaires, et que cela accentue la judiciarisation de la détresse d'un bon nombre d'individus qui n'ont pas de place dans la communauté. L'exclusion d'une partie d'entre eux démontre que leur criminalisation, leur psychiatrisation ou leur insertion sociale est beaucoup plus révélatrice de la désorganisation, de l'insuffisance des ressources communautaires, du type d'organisation et de la disponibilité des services institutionnels, que de l'évaluation des caractéristiques objectives de la situation de détresse et des besoins vécus par ces individus dans la communauté.

Encore récemment (fin mai 1985), les services d'Urgence-Santé de l'Ile de Montréal décidaient de mettre fin à une pratique vieille de seulement 2 ans d'accepter (après un rapide consentement juridique) des cas d'urgence psychiatrique. L'expérience ayant démontré l'institutionnalisation progressive d'un recours aux services ambulanciers pour judiciariser et pénaliser un grand nombre de cas psychosociaux et psychiatriques. Cas que la communauté, les familles et les services publics repoussaient vers les hôpitaux ou les centres de détention, sans qu'objectivement, aux dires des services d'urgence impliqués, on puisse parler dans l'ensemble de la nécessité d'un tel recours pour solutionner le problème.

SUR LA DÉSINSTITUTIONNALISATION SOCIALE

Comme les intentions énoncées dans les politiques sur la désinstitutionnalisation ne correspondent pas nécessairement aux mesures établies dans la communauté pour favoriser l'insertion des psychiatrisés de façon tolérable, respectueuse et humaine, la plausibilité devient grande qu'apparaisse une nouvelle problématique, celle de la *désinstitutionnalisation sociale*[5] progressive d'un bon nombre d'ex et de nouveaux patients, repoussés et abandonnés, autant par les familles, les parents, les amis que par les services en place dans la communauté. Dans un tel cas, le manque de services adéquats et l'intolérance de l'environnement auxquels s'ajoutent des caractéristiques réductionnistes, marginalisantes de la personne psychiatrisée et/ou judiciarisée, accentuent la chronicisation dans l'environnement.

Cette désinstitutionnalisation sociale s'explique au moins de deux façons. D'un côté, par un faible degré de tolérance des malades chroniques face aux stress, vicissitudes et sollicitations d'une société urbanisée comme la nôtre. Le Dr Gruenberg relève à ce sujet que

> «les médicaments ont très peu d'effet sur le processus de chronicisation qui se manifeste par des symptômes dits négatifs tels que le *retrait social*, perte de l'initiative, apathie, manque d'énergie affectant évidemment l'autonomie et la réinsertion des malades» (Artère, *op. cit.*, p. 7).

Pour pallier à ces déficits, des interventions psychosociales sont à développer auprès des familles dans la communauté, ce qui est très peu le cas présentement. Il y a de très grandes difficultés pour les patients chroniques de s'inscrire dans des rôles et rapports sociaux normalisés que proposent nos institutions sociales de base. Ceci est une dimension fondamentale à considérer dans le retour des patients dans la communauté. Deux auteurs (Corin et Lauzon, 1984) ont lié cette difficulté d'intégration au processus de désinstitutionnalisation sociale.[6]

D'un autre côté, le manque de diversification des ressources communautaires qui accompagnent le retour ou le maintien des patients dans la communauté et les formes d'organisation sociale existantes dans nos communautés favorisent qu'on repousse, exclut ou confine ces derniers à une seule identité (celle de malade mental). Le patient ne peut en effet se départir des attentes normalisantes des autres, sinon il subira l'intolérance ou la réprobation de son entourage immédiat et de la communauté environnante. Le patient n'est désirable que dans son non-désir, et il devient indésirable lorsque le désir d'être dans la complexité de ses besoins se manifeste. Le vécu de ces individus n'a trop souvent de place que dans l'ordre des besoins normalisants, préétablis par l'entourage, la communauté et les services.

Comme le soulève Estroff (1981), le patient se doit de changer s'il veut avoir sa place dans la communauté. La communauté a le sentiment de faire une faveur au psychiatrisé en l'acceptant dans son sein. Elle refuse en conséquence de reconsidérer certaines de ses valeurs culturelles dominantes et certaines de ses formes d'organisation communautaire et institutionnelle.

La réciprocité a peu de place dans une telle forme de réinsertion sociale. Son absence soutient l'accentuation d'une forte dépendance chronicisante pour les patients les plus démunis, soumis et dépourvus, ou provoque différentes réactions confrontantes, qui vont de la violence à l'agression pour certains, jusqu'à la recherche de nouvelles solutions à caractère socio-culturel, comme des regroupements de patients pour défendre leur droit de vivre dans la communauté des styles de vie différents de ceux qu'on leur impose, plus autonomes et moins institutionnalisants.

LA RECHERCHE D'ALTERNATIVES

Il y a parmi ces dernières alternatives les germes d'une nouvelle conception des rapports communautaires et des rapports entre usagers et producteurs de services. Pour apprendre de ces expériences, l'État et ses institutions doivent faire preuve d'une certaine réceptivité et d'ouverture d'esprit qui permettront à ces nouvelles formes de ressources de se développer, de façon autonome, mais responsable devant les deniers publics attribués, sans être recouvertes, chapeautées et récupérées par les organismes étatiques qui craignent une perte d'hégémonie en leur laissant une trop grande marge de manoeuvre.

L'État et ses services de santé et sociaux semblent idéologiquement osciller entre une certaine compréhension et une fermeture d'esprit face à la montée de ces nouvelles formes de pouvoir, qui ne sont que la pointe de l'iceberg des transformations souterraines fondamentales en cours dans notre société. Transformations qui vont remettre de plus en plus en question le pouvoir acquis par les technocrates et les planificateurs des besoins des citoyens. Cette oscillation donne comme publication des rapports[7] où on laisse la porte ouverte à ces nouvelles initiatives, tout en ménageant la chèvre et le chou. Question ne pas trop déranger les susceptibilités de ceux qui ont déjà entre leurs mains l'ensemble des ressources mais qui ne considèrent pas cela encore suffisant pour combler leurs besoins institutionnels.

Quelques articles parus récemment dans *Santé mentale au Québec* (novembre 1986, 75-121) nous donnent un avant-goût de la pratique communautaire institutionnalisante et désinstitutionnalisante qui se développe sur le territoire de l'Ile de Montréal; des tentatives de récupération des maigres ressources dont peuvent disposer les citoyens et usagers en mesure de se doter de ressources plus adaptées à l'évolution des droits, besoins et obligations des communautés hétérogènes d'usagers.[8]

Lorsqu'on fait l'analyse de ces différents articles, deux conceptions s'affrontent: celle de gestionnaires, d'experts et de producteurs de services dont le pouvoir est bien établi sur les ressources publiques, et celle de citoyens qui se sont débattus continuellement avec ces mêmes ressources pour se doter de services mieux adaptés à l'hétérogénéité psychiatrique, communautaire et culturel des nouveaux besoins. Il y a des ressources non comblées par les services publics, mais nécessaires pour des psychiatrisés chronicisés et désinstitutionnalisés. Certains, parmi ces derniers, n'ont pas de lieux de vie significatifs dans la communauté qui soient adaptés à leurs problèmes quotidiens, leur degré d'autonomie et de sociabilité.

SUR L'HÉTÉROCHRONIE BIOPSYCHOCIALE ET INSTITUTIONNELLE

Nous relevons dans ces divergences d'orientation et de pratique d'intervention entre les institutions et les alternatives le produit d'une sorte «d'hétérochronie» entre le psychiatrique et le social, qui dépasse la volonté et le pouvoir des acteurs en présence.[9]

Cette «hétérochronie» découle autant du degré de la connaissance du vécu des patients désinstitutionnalisés que des modèles d'intervention communautaire développés pour permettre la désinstitutionnalisation.

«L'hétérochronie biopsychosociale», relative au vécu des patients dans la communauté, se manifeste par une connaissance réduite des spécialistes des rapports existant entre l'expertise psychiatrique et le développement psychosocial des patients appelés à vivre dans la communauté.[10] Malgré des efforts appréciables de classification de la «maladie» de la part de la psychiatrie, on est peu en mesure d'énoncer les possibilités de développement psychosocial et adaptatif des patients dans un contexte communautaire de désinstitutionnalisation. Décrire l'état des pathologies et leur dynamisme à un moment donné est une chose, en prédire et déterminer les conséquences psychosociales et adaptatives spécifiques dans la communauté en est une autre.[11] Seule la recherche évaluative et l'expérimentation soutenues de différents modèles d'intervention auprès des patients chroniques dans la communauté (voir Jalbert et al. dans ce numéro, Lecomte, 1984 et

Bergeron et Cantin, 1986) pourront répondre progressivement à ces questions. La connaissance de la qualité de vie (cf Mercier et Filion dans ce numéro) et de l'ego-écologie des patients dans la communauté recoupent cet univers de préoccupations.

Quant à «l'hétérochronie en terme d'intervention institutionnelle», elle se situe dans un décalage (déphasage) entre le développement de politiques psychiatriques qui ont voulu réduire la fonction institutionnalisante des hôpitaux par un renvoi massif des patients dans la communauté, et le peu d'envergure et d'empressement de l'État à favoriser le développement de mesures et d'interventions qui transcendent le psychiatrique dans la communauté, et qui permettent une intégration plus poussée et transdisciplinaire du psychiatrique, du socioculturel et du psychosocial.[12] Ce sont des contraintes économiques, institutionnelles, politiques et culturelles qui ont freiné la possibilité d'un certain synchronisme dans le développement des ressources (Gaucher, 1985). Les conséquences de ces choix économico-politiques s'avèrent des plus dégradantes et inappropriées pour certaines catégories de psychotiques chroniques, et nécessitent une réorientation des priorités dans le domaine de l'intervention communautaire auprès de ces patients.[13]

De nouveaux modèles de gestion, d'organisation et d'intégration des ressources plus rapprochées des communautés hétérogènes de citoyens et d'usagers sont à développer. Cela ne va pas sans difficulté comme le soulève Yves Lecomte (1986). Le réseau formel devra apprendre à respecter le réseau informel lorsque ce dernier se sent en mesure de remédier à ses problèmes et lorsqu'il tend à prendre en main ses propres problèmes. De nombreuses barrières sont à abattre pour assurer une approche résolument communautaire: barrières des valeurs, professionnelle, institutionnelle, communautaire, de formation, économique, ...

Le retour et le maintien des patients dans la communauté supposent des services institutionnels, une ouverture et une connaissance plus réaliste et dynamique des différentes communautés. Une modification importante des attitudes des citoyens face aux patients s'avère également nécessaire.[14]

La compétence communautaire des citoyens face à la désinstitutionnalisation est un mythe des années 60, qui a de moins en moins d'appui dans les faits sociologiques recueillis sur l'évolution des communautés des sociétés urbanisées. Il faut s'arrêter à une expérience de réinsertion sociale des patients dans la communauté comme celle décrite par A.H. Leighton (1982), en Nouvelle-Écosse, pour se rendre compte que la réalité est parfois beaucoup plus brutale et déconcertante pour les intervenants et les patients que les présupposés théoriques et politiques sur la désinstitutionnalisation. Il faut savoir en mesurer l'impact avant de trop attendre de la communauté:

> «Là où au lieu de manifester une compétence communautaire, la population s'avère être apathique, autodénigrante, anomique et paralysée, ou encore divisée par des tensions internes, il est certain que ces facteurs vont exercer une influence défavorable sur la qualité des systèmes de soutien et des services dont les résidants locaux détiennent le contrôle, et par conséquent, sur la qualité de vie des patients qui sont renvoyés dans leurs communautés.» (traduction libre) (Leighton, 1982, 213).

CONCLUSION

La désinstitutionnalisation psychiatrique reflète, à une certaine échelle, un problème d'économie politique vécu par les sociétés capitalistes actuelles: plus les difficultés augmentent, plus les risques de désintégration se multiplient, plus les écarts entre les plus riches (matériellement et psychologiquement) et les plus pauvres augmentent, et plus les ressources disponibles (à l'intérieur des postulats économiques jugés inébranlables de ce système) diminuent. L'échec dans la guerre à la pauvreté et à la misère de tout ordre est accompagné par une augmentation croissante des exclus de cette société en termes économique, sociale, culturel, politique et psychologique.

L'idée d'une société dans laquelle les communautés de vie se développeraient à partir du tissu des relations sociales que les individus établissent entre eux, au sein de groupes ou de communautés qui ne doivent leur existence qu'à elles-mêmes et à partir de relations fondées sur la réciprocité et le volontariat, est une idée généreuse, mais utopique et néfaste pour assurer de façon réaliste et plus équitable la redistribution des ressources entre les mieux nantis et les plus démunis. Cela ne peut qu'accentuer la discrimination et la mise à l'écart des plus démunis, dépourvus et impuissants dans cette société compétitive. Les psychotiques chroniques font partie de ce groupe des laissés-pour-compte de ces communautés. Par ses institutions, l'État a un rôle capital à jouer pour soutenir matériellement, politiquement, culturellement et juridiquement les droits de ces individus à vivre dans la communauté comme citoyen à part entière.

Cependant, ce pouvoir qu'exerce l'État par l'intermédiaire de ses institutions doit évoluer avec une souplesse et une imagination qui permettent aux initiateurs et aux innovateurs de développer et de maintenir de nouvelles voies et alternatives, plus adaptées à la réalité des transformations qui s'opèrent dans les rapports entre les usagers et les producteurs de services. Cela exige de s'inscrire dans un modèle de promotion de la défense des droits égaux de vivre (et non de survivre) des patients chroniques dans la communauté. Ce qui suppose que l'on s'éloigne des modèles de services et de ressources communautaires où la standardisation des besoins des patients prime sur la réalité quotidienne vécu par ces derniers, et ne résulte que de compromis politiques ponctuels entre producteurs de service, élites locales et municipales.[15]

NOTES

1. Un article de M. Yves Lecomte, présentement en cours de rédaction, sur le processus de la désinstitutionnalisation aux États-Unis et sur les conséquences sociales, culturelles, économiques et politiques de cette problématique, paraîtra dans le prochain numéro de *Santé Mentale au Québec*.
2. Nous vous référons aux perspicaces réflexions de certain(e)s de nos collaborateurs et collaboratrices du numéro de juin 1986 sur ce sujet: Corin, E., Lauzon, G., Les évidences en question, 42-58; Bibeau, G., Le facteur humain en politique: applications au domaine de la santé mentale, 19-41; Apollon, W., Pour une politique en santé mentale, 75-104.
3. On pourrait penser que pour les milieux ruraux ou semi-ruraux au Québec, des différences notables, quant à la réinsertion sociale des patients, pourraient exister. On pourra se référer à l'article d'Henri Dorvil dans le présent numéro pour juger de la pertinence d'un tel argument. L'étude de Lyne Langlois (1977) en milieu rural québécois tend aussi à mettre en doute cette hypothèse d'une attitude plus positive en milieu rural québécois envers la désinstitutionnalisation d'ex-patients psychiatriques. La reproduction institutionnelle en communauté rurale conduit parfois les patients à plus d'isolement et de confinement que ce qui était vécu en milieu hospitalier. Encore, récemment (*Artère*, vol. 2, n°4, sept. 1984, p. 9), on mentionne qu'à Louis H. Lafontaine, 50% de la clientèle provient des milieux ruraux. Même si la majorité de ces individus préfèrent retourner en campagne, de nombreuses difficultés juridiques et sociales rendent difficile ce retour à la communauté rurale.
4. Mme E. Corin (1987) nous révèle comment certains services institutionnels offerts par l'hôpital s'avèrent parfois être des oasis qui permettent aux patients réhospitalisés à répétition d'échapper à un milieu naturel contraignant, à un univers social surinclusif et aliénant.
5. Nous parlons de désinstitutionnalisation sociale plutôt que de désinstitutionnalisation psychiatrique. Cette désinstitutionnalisation sociale originerait de la discontinuité des mesures existant entre le développement des ressources et les connaissances sociales et psychosociales sur la réinsertion communautaire des patients chroniques, et le développement des ressources et connaissances utilisées en psychiatrie pour remettre les patients dans la communauté.
   Pour intégrer cette discontinuité dans le développement des ressources et connaissances, nous utiliserons le concept d'hétérochronie, que nous appliquons au développement du patient (hétérochronie biopsychosociale) et aux interventions institutionnelles (hétérochronie institutionnelle).
6. Ellen Corin (1987), à partir de nouvelles données recueillies dans une recherche en cours, parle d'une réalité plus complexe où certains patients jouent un rôle déterminant dans la distance établie avec les rôles sociaux et relations sociales normalisantes. Il y a nécessité de renégociation de ces rapports entre le patient et son environnement. Notre dernière étude (Psycauses, 1985) confirme ce point de vue, mais pour un sous-groupe des sujets rencontrés, plus autonomes et responsables d'eux-mêmes.
7. Voir à ce sujet une réflexion qui ne s'inscrit pas pour nous comme solution, mais qui présente une part des éléments liés à la problématique des producteurs de service et des usagers; Godbout, J.T., 1987, *La démocratie des usagers*, Montréal, Boréal Express. Voir aussi Rothman, D.J., 1980, *Consciences and Convenience, The Asylum and its Alternatives in Progressive America*, Boston, Little Brown and Comp.
8. L'avis sur les ressources alternatives en santé mentale est un très bon exemple de ce type d'ambiguïté entre l'idéologie et la pratique: Comité de la Santé mentale au Québec, 1985, *Rôles et place des ressources alternatives*, avis sur la santé mentale au Québec, Gouvernement du Québec, Direction générale des publications.
9. La description de l'utilisation des ressources communautaires sur une partie du territoire de l'Île de Montréal donne une très bonne idée de l'extension que peut prendre la notion de «ressources communautaires», lorsque celles-ci sont entre les mains de technocrates, de gestionnaires ou de leaders communautaires: voir entre autres les articles de Fontaine et Rochette (Ailleurs et autrement) et de Morin, P. (Main basse sur les ressources alternatives) dans le numéro de novembre 1986. Autre fait révélateur: en 1984-1985, le ministère de la Santé et des services sociaux alloue aux organismes communautaires .19% de son budget, soit 14 millions sur 7.2 milliards (cité par G. Painchaud, psychiatre au CHUL, lors du colloque Pour un réseau autonome en santé mentale, Québec, 21 nov. 1986). Il faut penser que sur ce 14 millions, une partie de ces ressources a été contrôlée et redistribuée à partir des priorités des organismes publics, sous des vocables comme structures intermédiaires, projets locaux...
10. Un article présentement en rédaction par Dominique Gaucher sur les notions de trajectoire, histoire de vie et d'accompagnement apportera des éléments pertinents et éclairants sur ce sujet. Cet article devrait paraître en novembre 1987. Voir aussi Verhaegen, L., 1985, Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques, *Sociologie et sociétés*, vol. XVII, n°1, avril, 51-60. Voir aussi, Lefebvre, Y., 1986, *Psycauses*, pp. 40-47 et 93-120.
11. Des groupes de recherches aux États-Unis et au Canada s'intéressent de plus en plus à cette dimension de la problématique des chroniques dans la communauté. Une association internationale est reliée à cette préoccupation: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services dont le siège social est à Philadelphie. Mme Marianne Farkas, membre de cette association et professeure au Center for Psychiatric Rehabilitation de l'Université de Boston a fait récemment une présentation au Québec sur l'une de ces nouvelles méthodes d'approche individuelle du suivi et de l'accompagnement des chroniques dans la communauté: Dr Marianne

Farkas, *La réadaptation et la santé mentale*, Conférence présentée au Colloque de l'A.C.S.M.-Division du Québec, «La santé mentale à nous d'agir», Montréal, A.C.S.M., 10 sept. 1986, pp. 4-31. Plus près de nous, à Montréal, un groupe de recherche de l'Hôpital Douglas, sous la direction du Dr E. Corin, s'intéresse depuis plusieurs années à cette problématique.

12. On peut apprécier la pertinence de ce concept intégrateur («Hétérochronie institutionnelle»), lorsqu'on l'applique dans certains pays comme les États-Unis, l'Italie, la Grande-Bretagne ou la France. Une étude approfondie, entreprise pour le compte du Comité de la santé mentale du Québec sur les politiques et pratiques de ces quatre pays (Corin, E. et autres, 1986) en matière de désinstitutionnalisation, nous permet de déduire ce qui suit: aux États-Unis, d'après Mme Guylaine Séguin-Tremblay, «Les C.M.H.C. ont surtout failli à la tâche de pourvoir aux programmes communautaires. Ceci a entraîné l'absence de ressources pour les patients sortis massivement des hôpitaux psychiatriques» (p. 311). En Italie, d'après M. Luciano Bozzini,

    C'est une lapalissade aujourd'hui que d'affirmer qu'il n'y a pas de désinstitutionnalisation réussie de la souffrance mentale sans services territoriaux globaux (au sens des expériences avancées). Or, pour des raisons économiques et autres, les services territoriaux ne disposent pas, sur une grande partie du territoire, des moyens ou des conditions pour réaliser les ambitions de la réforme, en particulier les ressources strictes (personnel, ressources intermédiaires), la préparation et la motivation du personnel, la réceptivité politique et de la communauté au changement (voir Chapitre IV pour des développements). Les graves lacunes dans l'institution des services territoriaux font que la réforme piétine sur une large part du territoire national et alimente, de façon importante, les tendances à la contre-réforme (p. 274).

    En Grande-Bretagne, d'après Mme Lise Tessier,

    Des investigations empiriques ont commencé à élucider les mécanismes sociaux qui contribuaient aux effets cliniques négatifs. Ces idées ont eu beaucoup d'influence et renforcé le concept de désinstitutionnalisation plutôt que celui du COMMUNITY CARE. Se débarrasser des asiles devint une fin en soi. L'affirmation voulant que l'incapacité psychiatrique chronique était en grande partie attribuable au régime institutionnel de l'époque assumait l'idée que la maladie mentale chronique serait abolie avec l'asile. On mettait donc l'accent sur le développement de services psychiatriques aigus et d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux.

    Les ressources communautaires établies étaient souvent perçues comme transitoires, comme une étape entre une hospitalisation complète et une réintégration complète dans la communauté. Par exemple, les centres de jour furent créés avec l'objectif de préparer les patients au plein emploi.

    La possibilité que certains patients puissent nécessiter des supports à vie dans un environnement protégé était ignorée ou niée dans le climat d'optimiste qui prévalait (p. 135).

    Et en France, d'après Mme Ellen Corin,

    À un troisième niveau, nous avons examiné dans quelle mesure une dimension sociale se trouvait présente dans le contenu même des interventions. Audisio avait indiqué, par exemple, que les visites à domicile pouvaient être l'occasion d'effectuer un travail au niveau de l'entourage ou du collectif famille-voisins, dans un dépassement original d'une approche strictement individuelle. En pratique, nous n'avons pas eu l'impression qu'une telle approche était souvent mise en œuvre. L'entourage paraît plutôt être utilisé comme un relais permettant de rejoindre la personne lorsque cette dernière se révèle inaccessible, comme une cible ou un partenaire réel de l'intervention en psychiatrie adulte. La raison en est sans doute, en grande partie, le fait qu'une perspective d'orientation psychanalytique privilégie ce qui est de l'ordre de la signification et de l'action individuelles: le social ne demeure au mieux qu'en périphérie d'une approche centrée sur la personne. Ce qu'Audisio appelait «le potentiel thérapeutique de la communauté extérieure» paraît peu présent dans les schémas théoriques et peu mobilisé au niveau des pratiques. ... Dans l'ensemble, la dimension sociale de la pratique psychiatrique en France nous est apparue relativement élémentaire si l'on fait abstraction de l'optique de liaison «développée par certaines des équipes» (pp. 63-64).

    Puissions-nous espérer que cette hétérochronie institutionnelle constatée dans le développement des interventions en pays capitalistes étrangers ne deviendra pas le lot du Québec dans l'établissement des nouvelles politiques et mesures développées pour les patients chroniques dans la communauté.

13. Voir entre autres à ce sujet: Lamb, H.R. (édit.), *The Homeless Mentally Ill.*, Wash. D.C. Amer. Psychiatric Assoc., 1984, 320 p.; Chacko, R.C., *The Chronic Mental Patient in a Community Context*, Wash., D.C., Amer., Psychiatric Press, 1985, 84 p.; Goldman, H.H., Adams, N.H., Taube, C.A., «Deinstitutionalization: the data demythologized», *Hosp. and Comm. Psychiatry*, Fev. 1983, vol. 34 n°2, pp. 129-134; Gruenberg, E.M., Archer, J., «Abandonment of responsability for the seriously mentally ill», *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, vol. 57, n°4, 1979, pp. 485-505; Freedman, R.I., Moran, A., «Executive Summary of the Report «wanderers in a promised land: The chronically mentally Ill and Deinstitutionalization», *Medical Care*, dec. 1984, vol. 22, n° 12, 8 pages non paginées; Morrissey, J.P., Goldman, H.H., «Cycles of reform in the care of the chronically mentally ill», *Hosp. and Comm. Psychiatry*, 1984, vol. 35, n°8, pp. 785-793.

14. La suggestion d'Ellen Corin (1987), comme quoi la désinstitutionnalisation pourrait être une question de décentration où l'on passe d'un travail sur les structures à une plus forte focalisation sur les attitudes et mentalités des intéressés nous apparaît une piste à explorer. M. Dorvil semble s'inscrire dans la même perspective.

15. Voir à nouveau Leighton, A.H., 1982, ch. 8-9, pp. 134-175; David J. Rothman, 1986; Dear, M.J., Taylor, S.M., 1982, *Not on our Street, Community Attitudes to Mental Health Care*, London, Plon Ltd., 182 p.

RÉFÉRENCES

APOLLON, W., 1984, Pour une politique en santé mentale, *Santé mentale au Québec, XI*, no 1, 75-104.

BACHRACH, L.L., 1979, *Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*, Rockville, Maryland, N.I.M.H., 43 p.

BERGERON, A., BESSETTE, 1986, M., L'étoile bleue: responsabiliser et revaloriser les jeunes psychiatrisés vivant dans la communauté, *Santé mentale au Québec, XI*, no 2, 102-107.

BERGERON, D., CANTIN, L, 1986, Pour une nouvelle approche clinique de la psychose: le 388, *Santé mentale au Québec*, XI, no 1, juin, 149-172.

BIBEAU, C., 1986, Le facteur humain en politique: application au domaine de la santé mentale, *Santé mentale au Québec*, IX, no 1, 19-41.

BOUDREAU, Fr., 1986, L'église et la santé mentale: vers un nouvel engagement?, *Sociologie et sociétés, XVII*, no 1, 93-108.

BOUDREAU, Fr., 1984, *De l'asile à la santé mentale: les soins psychiatriques: histoire et institutions*, Montréal, Éditions coopératives St-Martine.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC, 1985, *La santé mentale, de la biologie à la culture*, Québec, Direction générale des publications gouvernementales, M.A.S., Avis sur la notion de santé mentale, 3e trimestre.

CORIN, E., et LAUZON, G., 1986, Les évidences en question, *Santé mentale au Québec, XI*, no 1, 42-58.

CORIN, E., 1987, La désinstitutionnalisation: points d'appui et facteurs de contrainte, *Pour un réseau autonome en santé mentale*, colloque tenu à Québec les 20-21 novembre 1986.

CORIN, E., TESSIER, L., SÉGUIN-TREMBLAY, G., BOZZINI, L., GRUNBERG, Fr., 1986, *Sortir de l'asile, Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Québec, Direction générale des publications gouvernementales, 3e trimestre.

ESTROFF, S.E., 1981, Psychiatric deinstitutionnalization: A sociocultural analysis, *Journal of Social Issues*, 37, no 3, 116-132.

FONTAINE, M., ROCHETTE, R, 1986, Ailleurs et autrement, *Santé mentale au Québec, XI*, no 2, 75-88.

GARANT, L., 1985, *La «désinstitutionnalisation» en santé mentale, un tour d'horizon de la littérature*, Québec, Gouvernement M.A.S., Section évaluation des programmes, Secrétariat à la coordination de la recherche, septembre.

GAUCHER, D., 1985, L'organisation des services en santé mentale au Québec: tendances actuelles, *Sociologie et sociétés*, XVII, no. 1, 11-49.

INGLEBY, D. Éd., 1980, *Critical Psychiatry, The Politics of Mental Health*, N.Y., Pantheon Books.

LANGLOIS, L., 1977, Attitudes en général devant les malades et les ex-malades mentaux, *Santé mentale au Québec, II*, no 2, 84-91.

LECOMTE, Y., 1986, Le système de soutien communautaire: hypothèse pour une réforme des services en santé mentale, *Santé mentale au Québec, XI*, no 1, 5-18.

LECOMTE, Y., 1984, Processus de la psychose chez le jeune adulte, *Santé mentale au Québec, IX*, no 2, 106-121

LECOMTE, Y., 1984, Les jeunes adultes (18-35 ans) en voie de chronicisation, *Santé mentale au Québec*, IX, no 2, 134-140.

LESEMAN, Fr., 1981, *Du pain et des services*, Montréal, Éditions A. St-Martin.

LEFEBVRE, Y., COUDARI, Fr., MARCEAU, M.P., 1985, *Psycauses*, Montréal, Ottawa, UQAM-Section nationale Bien-être social, décembre.

LEIGHTON, A.H., 1982, *Caring for Mentally Ill People. Psychological and Social Barriers in Historical Context*, Cambridge, Cambridge University Press, 277 p.

MERCIER, C., 1986, Les appartements protégés: le point de vue des locataires, *Santé mentale au Québec*, XI, no 2, 108-116.

MORIN, P., 1986, Main basse sur les ressources alternatives, *Santé mentale au Québec*, XI, no 2, 89-94.

RALPH, D., 1983, *Work and Madness: The Rise of Community Psychiatry*, Montréal, Black Rose Books, 213 p.

ROCHETTE, R., 1986, Devenir quelqu'un, *Santé mentale au Québec*, XI, no 2, 117-121.

SIMARD, J.J., 1979, *La longue marche des technocrates*, Montréal, Éditions A. St-Martin.

STEIN, L.I., TEST, M.A. ,1985, The training in community living model: A decade of experience, *New Directions for Mental Health Services*, no 26, novembre.