Document généré le 12 oct. 2024 02:36

Santé mentale au Québec

Chercher asile dans la communauté
Seeking refuge in the community

Yvon Lefebvre

Volume 12, numéro 1, juin 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI : https://id.erudit.org/iderudit/030373ar
DOI : https://doi.org/10.7202/030373ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

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

Découvrir la revue

Citer cet article

Lefebvre, Y. (1987). Chercher asile dans la communauté. *Santé mentale au Québec*, *12*(1), 66–78. https://doi.org/10.7202/030373ar

Résumé de l'article

La désinstitutionnalisation psychiatrique avait, entre autres, pour but de permettre le plus possible le maintien des individus traités par les services psychiatriques dans la communauté. L'auteur nous permet de constater que, pour une certaine catégorie de jeunes psychiatrisés, l'atteinte de ce but dépasse le cadre de l'intervention psychiatrique. Un pourcentage croissant de ces jeunes se retrouvant sans support dans la communauté. La prison devenant leur seul asile ponctuel. La dynamique qui pourrait expliquer cette situation est considérée autant à partir des pratiques institutionnelles que du vécu des sujets impliqués. L'auteur nous conduit vers une autre étape de la désinstitutionnalisation psychiatrique, cette de la désinstitutionnalisation sociale de l'accueil, du soutien et de l'accompagnement de la nouvelle génération desdits malades mentaux dans la communauté.

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, 66-78.

Chercher asile dans la communauté

*Yvon Lefebvre**

La désinstitutionnalisation psychiatrique avait, entre autres, pour but de permettre le plus possible le maintien des individus traités par les services psychiatriques dans la communauté. L'auteur nous permet de constater que, pour une certaine catégorie de jeunes psychiatrisés, l'atteinte de ce but dépasse le cadre de l'intervention psychiatrique. Un pourcentage croissant de ces jeunes se retrouvant sans support dans la communauté. La prison devenant leur seul asile ponctuel.

La dynamique qui pourrait expliquer cette situation est considérée autant à partir des pratiques institutionnelles que du vécu des sujets impliqués. L'auteur nous conduit vers une autre étape de la désinstitutionnalisation psychiatrique, celle de la désinstitutionnalisation sociale de l'accueil, du soutien et de l'accompagnement de la nouvelle génération desdits malades mentaux dans la communauté.

Les réflexions qui suivent découlent d'une étude (Lefebvre et *al.*, 1986) réalisée en 1984 et 1985, à partir d'un échantillon représentatif (246) d'individus détenus en prévention judiciaire et reconnus comme ayant des antécédents psychiatriques considérés déterminants dans leur conduite délictuelle. Cette étude fut entreprise parce que plusieurs intervenants dans les domaines judiciaire, criminologique, juridique, clinique et social constataient la présence croissante de cas psychiatriques dits dangereux dans les centres de prévention et prisons de l'Ile de Montréal.

Les idées émises dans cette brève présentation sont appuyées par des faits statistiquement significatifs; elles conduisent à certaines conclusions et suggèrent quelques recommandations.

Trois questions sont soulevées par les résultats de cette étude:

1- Peut-on considérer actuellement la prison comme une «alternative» à la désinstitutionnalisation psychiatrique?

2- Dans les cas où cela s'est fait, peut-on expliquer l'évaluation et le rejet de ces individus par la psychiatrie?

3- Et si l'on veut protéger les droits du malade mental désigné comme dangereux, comment peut-on concilier la liberté individuelle de décider pour soi chez le patient et celle de l'intervenant dans sa relation thérapeutique?

Nous conclurons sur une perspective dynamique et critique quant à la possibilité de contrecarrer ce nombre croissant d'individus qui manifestent des problèmes importants d'adaptation psychosociale, qui sont isolés par l'ensemble des services sociaux et de santé, au point de se retrouver dans la rue ou en prison.

ALTERNATIVE À LA DÉSINSTITUTIONNALISATION: LA PRISON

Cette question mérite d'être traitée, si on délimite le contexte dans lequel elle peut présentement s'inscrire.

Sur la désinstitutionnalisation

À l'origine, aux États-unis et au Canada, la politique de désinstitutionnalisation visait à remplacer des mesures hospitalières, jugées inadéquates ou trop répressives, par une certaine réadaptation et réinsertion sociale où la reconquête de l'autonomie par les patients était un leitmotiv.

D'un côté, on prévoyait (par de nouvelles approches plus orientées vers les besoins de l'individu et son insertion dans la communauté) de retourner

* L'auteur est professeur au Département des sciences de l'éducation de l'UQAM. Cet article est basé sur la recherche suivante: LEFEBVRE, Yvon. , COUDARI, F., MARCEAU-LABRECQUE, M.P. (1986), *Psycauses*, Mont., Section nationale Bien-être social du Min. Santé et Bien-être social, Canada, UQAM, déc., 176 p.

dans la société tous les patients institutionnalisés, en offrant une préparation adéquate à leur nouvelle vie. De l'autre, on voulait réduire le nombre de nouvelles admissions hospitalières en développant et maintenant des réseaux de soutien et d'encadrement au sein même de la communauté.

Certains résultats

Dans les faits, on est parvenu de façon significative à réduire le nombre d'hospitalisations de longue durée, et dans l'ensemble, à modifier les méthodes traditionnelles d'isolement les plus répressives dans les hôpitaux psychiatriques, tout en augmentant de façon déterminante la présence des dits malades mentaux dans la communauté.

Cependant, un ensemble de nouvelles difficultés sont apparues rapidement, qui refroidirent l'enthousiasme et les intentions du début. Le manque de préparation des intervenants, des patients et de la communauté, en général, les économies réalisées, très souvent aux dépens des patients les plus démunis, le retour massif et régulier à l'hôpital d'une partie des patients désinstitutionnalisés (phénomène de la «porte tournante»), l'isolement des patients dans la communauté, voire leur disparition totale, l'inefficacité des hôpitaux psychiatriques et l'engorgement des services d'urgence, inaptes à répondre aux nouveaux besoins, un usage abusif de médicaments pour pallier aux besoins grandissants de nouvelles populations (jeunes adultes en voie de chronicisation, identification de nouvelles populations de patients jugés plus rébarbatifs, parfois hostiles ou agressifs face aux mesures hospitalières ou socio-psychiatriques), tout cela représente les doléances les plus couramment exprimées pour décrire l'échec partiel des mesures mises en place par la politique de désinstitutionnalisation psychiatrique.

La criminalisation des patients

Nous avons entrepris cette étude, suite aux récriminations exprimées par des services juridiques et judiciaires contre les mesures utilisées pour maintenir les patients dans la société. On reprochait aux services hospitaliers et sociaux de négliger une partie importante d'individus identifiés comme des cas psychiatriques. Après des démarches infructueuses auprès de ces services, on n'avait alors recours qu'à une seule solution, celle d'incarcérer temporairement — et de façon répétitive — ces individus perçus comme dérangeants ou dangereux par les citoyens, la famille, les amis et les parents.

Il y avait donc là l'expression d'une opinion des services judiciaires et juridiques voulant que *la prison devienne une forme d'alternative à la désinstitutionnalisation psychiatrique*, au point d'occuper de 10% à 15% des lieux de prévention et d'incarcération.

Nous avons décidé (après étude exploratoire sur le terrain) qu'il fallait, pour en comprendre la dynamique, *tenir compte autant de la logique des institutions que de celles des institués* (les dits malades incriminés). Cette approche nous a conduit à aborder la situation à l'aide d'une problématique interactionniste, où la représentation mutuelle des personnes impliquées joue un rôle déterminant dans la formation de l'identité et du statut du psychiatrisé incriminé et dans les possibilités de changement de part et d'autre.

La prémisse sur laquelle on s'appuyait pour établir l'identité première de ces individus était celle de la *dangerosité* (c'est-à-dire un individu susceptible de nuire à la vie ou à la propriété d'autrui ou à la sienne) et de l'imprévisibilité des comportements qui l'accompagnent.

Que nous révèlent les faits sur ce sujet?

La logique des institutions

Nous retiendrons ici quelques constatations nous permettant de considérer la question soulevée.

Gravité de la violence dans les délits

Si l'on regarde l'ensemble des délits commis depuis le premier dossier judiciaire, on constate ce qui suit:

L'éventail des infractions les plus graves pour lesquelles les sujets ont été arrêtés nous permet de constater que *dans l'ensemble, les policiers ne les arrêtent pas pour des peccadilles.*

En effet, même si la violence ne semble pas prédominante pour l'ensemble des infractions commises (793), il n'en demeure pas moins que 29% des individus de l'échantillon ont agressé des gens, que 11% ont commis des délits sexuels, 8% ont tué, attenté à leur vie ou à celle d'autrui, et ce, au moins une fois sur quatre.

De plus, sur les 53% de vols ou tentatives de vol, il faut noter l'utilisation régulière d'armes à feu ou tranchantes; dans le cas des délits contre la propriété (43%), il faut envisager l'incendie (33% au moins une fois); en ce qui concerne le danger public

TABLEAU 1

Caractère des infractions majeures commises par 246 sujets au cours de quatre arrestations distinctes

Infraction majeure commise	Nombre de fois	%	Nombre et % des individus impliqués plus d'une fois dans ce délit
Suicide, meurtre et tentative	21	3%	20 (8%)
Agression contre la personne	102	13%	72 (29%)
Délit sexuel	42	5%	27 (11%)
Vol et/ou tentative	234	30%	130 (53%)
Délit contre la propriété	171	22%	106 (43%)
Trafic de drogue, recel, fraude	43	5%	30 (12%)
Nuisance ou danger public	80	10%	57 (23%)
Présence illégale ou non respect de parole	100	13%	80 (33%)
TOTAL:	793	100%	246

(23%), il faut retenir la conduite jugée dangereuse (en état d'ébriété).

On pourrait supposer qu'il ne s'agit que d'accusations. Cependant, l'analyse permet de s'apercevoir que la très grande majorité plaide coupable (86%), et que, sur l'ensemble des délits commis, seulement 5% n'ont pas été condamnés, c'est-à-dire ont bénéficié d'un acquittement complet, sans aucune des conditions couramment exigées par la cour, telles que promesse, amende, hébergement précis, désintoxication, consultations régulières avec service psychiatrique ou agent de probation...

Nous avons analysé les infractions pour établir plus précisément la *gravité de la violence physique et psychologique de chacune*. La gravité de la violence physique fut établie comme suit:

- violence légère (oeil noir, ecchymose, blessures ne nécessitant pas de soins médicaux)
- violence modérée (membre cassé, nez brisé, blessures nécessitant des soins médicaux)
- violence grave (perte d'un membre, pénétration du corps avec une arme, coups entraînant l'hospitalisation et suivi médical prolongé)
- violence très grave (meurtre, tentative de meurtre, perte de plus d'un membre, réduction des capacités physiques ou mentales).

Une analyse plus détaillée nous a permis de nous rendre compte que la *violence physique réelle est moins grave que ce que laissent entrevoir les infractions*. Ainsi, on peut parler de violence légère pour 15% des sujets, de violence modérée pour 5%, et de violence grave à très grave pour 10%. Seulement 4% de ces formes de violence impliquent plus d'une victime; enfin, *77% des individus n'ont pas commis d'infraction avec violence physique*.

Par contre, il semble que *les sujets sont plus portés vers la violence psychologique*, puisque la menace verbale ou la nuisance intentionnelle (souvent publique) ont été utilisées dans 32% des cas, les propos sexuels ou obscènes dans 8% des cas; 16% ont exercé du chantage ou participé à un enlèvement. Dans l'ensemble, *61% n'ont jamais utilisé de violence psychologique dans leur délit*.

Au total, on relève que *46% des sujets n'ont jamais exercé de violence physique ou psychologique lors des délits*. Il y a donc près de la moitié de ces individus pour qui le vocable dangereux ne s'applique pas. Ce qui ne dénie en rien l'existence d'une violence (physique et psychologique) pour une partie de l'autre moitié.

Les jugements des intervenants et la violence

Quelles sont les réactions des intervenants (psychologues, psychiatres, criminologues, travailleurs sociaux...) et des juges face à ces différentes formes de violence?

Une analyse statistique nous amène à constater que les *juges et les intervenants sont beaucoup plus sélectifs et discriminants quand il s'agit d'individus exerçant de la violence psychologique, liée ou*

non à la violence physique, que lorsqu'il s'agit de violence physique seule.

La dangerosité comme refuge de la détresse

L'approfondissement de cette crainte de la violence psychologique chez les intervenants nous a montré que ce concept de dangerosité, utilisé pour arrêter l'individu, recouvrait (dans la majorité des cas) une détresse psychosociale perçue comme menaçante pour les juges et les intervenants, face à l'abandon, le rejet et l'isolement dont souffraient ces individus dans la communauté.

En réalité, c'était *beaucoup plus l'incapacité de remédier à la détresse perçue que la dangerosité elle-même qui dérangeait*. Plusieurs facteurs expliquent cette incapacité. *Du côté des institutions* transparaissent l'inadéquation de l'organisation et de l'intégration des ressources, de la formation des professionnels désignés, le manque de ressources physiques, psychosociales et psychiatriques, de méthodes d'insertion et de suivi dans la communauté, et une incompréhension des besoins et du vécu quotidien de cette population. *Du côté des psychiatrisés* incriminés: un manque de préparation à vivre en groupe, de nombreuses dépendances (psychologique, sociale, à la drogue, alcool, médicaments) auxquelles ils se sont habitués au point d'en faire leur style de vie, semblent le lot de la majorité. Les modèles curatifs normalisants devenant tout à fait aléatoires et irréalistes pour répondre aux difficultés matérielles, psychologiques et sociales qu'affrontent quotidiennement ces individus.

La logique des institués

Le passé défini

À y regarder de près, on se rend compte que le cheminement parcouru par ces individus, même s'ils s'inscrivent présentement dans une nomenclature médico-légale, nous amène à déborder le cadre de la pathologie mentale. On débouche sur celle de *la pathologie sociale* où s'entremêlent des conditions familiales, matérielles, psychosociales et écologiques pénibles renforcées par une fragilité et une vulnérabilité individuelles. Celles-ci sont occultées progressivement puis catalysées dans un étiquetage institutionnel, qui réduit l'identité complexe de ces individus au qualificatif simpliste de «fou criminel dangereux».

Si l'on retrace les *événements marquants de la vie de ces individus* depuis la tendre enfance, on retrouve, entre autres: une absence du père (76%), de la mère (45%) et de l'un ou l'autre des parents (91%). On peut parler d'alcoolisme et de violence paternelle dans près de 50% des cas. Des conflits familiaux avec violence et rejet existent dans 82% des cas.

Le sentiment d'échec dans les rôles sociaux avant seize ans est aussi prononcé, puisque 81% ont vécu des problèmes d'adaptation, d'abandon scolaire et de rejet de la part des institutions publiques.

L'encadrement par les services sociaux fut le lot d'une forte majorité (80%) dont 1/3 depuis la petite enfance (entre 0-4 ans). À cela il faut ajouter que pour 2/3 d'entre eux, la consommation régulière de drogues et d'alcool faisait partie de leurs habitudes avant 19 ans. Est-il besoin d'ajouter que près de la moitié (47%) n'a jamais terminé sa 9e année (27% ont une 7e et moins) et que seulement 22% ont plus d'une 11e année. Ce qui n'est pas sans avoir quelques effets déterminants sur leur accessibilité au marché du travail, puisque seulement 21% ont réussi à obtenir un emploi sur une période régulière (6 mois et plus) depuis l'âge adulte. La possibilité de maintenir une relation relativement stable avec une personne de l'autre sexe est très faible. Seulement 17% peuvent mentionner avoir vécu une telle expérience.

On est en présence ici d'une population qui provient de milieux très défavorisés et défavorisés, et qui le demeurent, lorsqu'on évalue leurs conditions actuelles. De plus, cette population est représentative d'*une nouvelle génération de psychiatrisés* qui, pour la majorité, n'a pas vécu l'internement psychiatrique prolongé, antérieur à la période de désinstitutionnalisation psychiatrique. En effet, 34% ont 25 ans et moins, 33% ont entre 26-34 ans et seulement 12% ont 45 ans et plus.

Nous pourrions élaborer davantage sur la trajectoire que fut celle de ces individus, avant de se retrouver dans le cercle infernal de la judiciarisation de leur détresse psychosociale. Mais, ce portrait succinct, tracé à même leurs antécédents, nous semble suffisant pour démontrer qu'il nous *faut dépasser quelque peu la seule logique des traits de personnalité de l'individu et du diagnostic psychiatrique, pour comprendre le pourquoi de leur incrimination* et être en mesure de faire quoi que

ce soit pour leur venir en aide. Mais comment atteindre de tels objectifs?

On peut, dans un premier temps, chercher à clarifier à quoi peut correspondre une aide bénéfique pour ceux-là même qui vivent cette détresse puis, dans un deuxième temps, établir si ceux qui prennent en charge ces individus ont quelqu'espoir ou confiance en leur avenir.

L'aide bénéfique vécue

En priorité, l'aide qui est perçue comme bénéfique par ces sujets comble un besoin de communiquer, d'être compris, en dépit de leurs comportements blâmables. Le rejet et l'isolement vécus quotidiennement demandent du soutien et de l'accompagnement pour faire face aux difficultés immédiates et pourvoir aux besoins primaires (se loger, nourrir, vêtir), et psychologiques, (tension, ennui, difficultés d'entrer en relation avec autrui, activités pour occuper son temps libre...).

Une autre façon de déterminer cette aide est d'identifier, avec eux, quelles sont *les personnes qui ont répondu à leurs besoins* dans différentes situations et ce qui caractérise cette aide.

Dans cette analyse, ce qui frappe en premier lieu, c'est l'importance des *aides non professionnels* (55%) comparée aux agents institutionnels (45%).

Nous sommes particulièrement frappés par celle des ressources bénévoles, telles que les communautés religieuses[1], les services d'accompagnement laïcs (Tel Ressources, AA, Aides aux personnes seules ou en détresse, Accueil Bonneau...) ou encore les alternatives à la psychiatrie (Croix-Blanche, Forward House, P.A.L....). Enfin, lorsque certains agents institutionnels comme les psychiatres, travailleurs sociaux, avocats, criminologues et policiers sont mentionnés, on a retenu leurs noms beaucoup plus en tant que *personnes compréhensives et attentives à leurs problèmes, que comme personnes capables de les aider professionnellement*. En effet, 42% ont souligné cette importance primordiale du *contact particulier avec une personne*, tout en exprimant une indifférence voire de l'aversion pour le service qu'elle représente; 25% ont insisté sur un nom en particulier, tout en reconnaissant l'importance du service. Le domaine juridique est le plus souvent mentionné dans cette dernière catégorie.

Mais alors, à *quoi correspond « se faire aider» véritablement*, lorsque le sujet considère être en contact avec une personne-ressource perçue comme attentive à ses besoins?

Les réponses spontanées les plus fréquentes sont les suivantes:

1) trouver une aide qui comprenne véritablement sa détresse psychosociale et médicale (62%) et qui offre des solutions réalistes et adaptées à ses besoins;
2) obtenir de l'encouragement et de la compréhension dans ses projets, malgré ses faiblesses et ses erreurs (42%);
3) obtenir une aide juridique compétente qui s'occupe vraiment de lui, même si ce n'est pas payant (25%).

Nous avons vérifié si, indépendamment des personnes liées aux services, les interviewés étaient en mesure de *mentionner des services ayant répondu avec satisfaction à leurs attentes*. Le service le plus souligné est celui des hôpitaux médico-légaux de Forensic Psychiatry (McGill) et de l'Institut Philippe Pinel de Montréal (38%). Viennent ensuite les services bénévoles (35%) comme les communautés religieuses, les centres d'accueil à but non lucratif pour personnes abandonnées (par exemple: Accueil Bonneau) ou certaines alternatives ponctuelles (Croix-Blanche, Forward House, Tel Ressources...).

D'autres services publics sont aussi mentionnés, comme par exemple le B.E.S. (23%), certains centres de prévention ou de détention (CPM et Bordeaux)(19%), les services juridiques (19%). Il est à noter que les services psychiatriques disponibles dans les hôpitaux généraux et spécialisés ne sont mentionnés que dans 4% des situations.

LES SERVICES ET LEURS PRÉDICTIONS: EXPERTISE ET AVENIR DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

Il serait facile de crier haro sur le baudet et de rendre (comme cela semble être à la mode) la psychiatrie responsable de toutes les tares en matière de soins et santé mentale. Mais la réalité est beaucoup plus complexe: elle laisse entrevoir (dans les faits) que l'expertise psychiatrique n'est pas aussi incriminante et déterminante qu'on peut le laisser croire, quant à la marginalisation et au rejet de ces individus par les institutions.

La prédiction psychiatrique et les autres interventions

Nous avons étudié de près tous les écrits disponibles dans les dossiers[2] se rapportant à des pronostics faits sur les sujets par les intervenants. Voyons au tableau 2 ce qu'on obtient lorsqu'on compare la confiance en l'individu, telle qu'exprimée par les intervenants, ainsi que leurs projections sur l'avenir social (récupération sociale) et psychiatrique (pathologie irrécupérable) pour ces sujets.

TABLEAU 2

Pronostics faits par les intervenants

Pronostics	OUI	NON	TOTAL
A- Confiance en l'individu	47 (43,5%)	61 (56,5%)	108 (100%)
B- Récupération sociale	43 (33%)	86 (67%)	129 (100%)
C- Pathologie récupérable	71 (67%)	35 (33%)	106 (100%)
D = (B×C) Récupération socio-psychiatrique	31 (29%)	75 (71%)	106 (100%)

Ainsi, on constate que le pronostic en terme de récupération sociale est plutôt faible pour 67%; la confiance que l'on a en ces individus n'existe que pour 43,5% d'entre eux; par contre, le *pronostic en termes de récupération de la pathologie mentale identifiée est beaucoup plus positif (67%) . Les chances de récupération sociale, liée à la récupération psychiatrique , n'existent que pour 29%* (voir tableau 2) des sujets.

Bref, le jugement porté par les intervenants, en considérant des caractéristiques jugées nécessaires, d'après eux, pour qu'on puisse parler de ces sujets comme de personnes relativement «normalisables et responsables», laisse plutôt perplexe. Selon ces professionnels, les sujets possèdent peu — sinon pas du tout — de capacité pouvant favoriser leur insertion sociale (voir tableau 3).

L'analyse de la situation par ces agents institutionnels nous permet de constater l'impasse dans lequel nombre de ces sujets se retrouvent. Le cheminement parcouru pour y aboutir réduit de beaucoup les possibilités pour les individus ainsi classés de pouvoir s'actualiser dans leur vie personnelle et sociale.

TABLEAU 3

Capacité et potentiel de normalisation selon les intervenants

Caractéristiques des sujets	OUI	NON	TOTAL
A- immature	104 (94,5%)	6 (5,5%)	110 (100%)
B- autonome	26 (22%)	94 (78%)	120 (100%)
C- capable d'introspection	22 (19%)	96 (81%)	118 (100%)
D- manque de confiance, insécure	87 (89%)	11 (11%)	98 (100%)
E- responsable de ses actes et engagements	10 (8%)	110 (92%)	120 (100%)
F- maîtrise de soi	12 (10%)	111 (90%)	123 (100%)
G- conscient de la portée de ses actes délictuels	40 (40%)	59 (60%)	99 100%)
H- conscient des accusations qui pèsent contre lui	38 (43%)	51 (57%)	89 100%)

Nous aimerions, de nouveau, attirer l'attention sur le fait que le jugement porté sur la récupération de la pathologie mentale (voir tableau 2-C) provient en premier lieu des psychiatres, tandis que celui sur la récupération sociale (voir tableau 2-B) provient de criminologues, travailleurs sociaux, agents de probation, psychologues sociaux, éducateurs spécialisés et intervenants dans la communauté.

Il semble y avoir une coupure très nette entre l'optimisme psychiatrique et le jugement plus pessimiste des intervenants psychosociaux et sociaux. *On peut difficilement accuser l'expertise psychiatrique d'être la cause de l'isolement et de la discrimination négative de ces sujets*, quand on regarde, dans la pratique quotidienne, la formulation de la problématique des sujets par les intervenants. L'évaluation faite par les psychiatres laisse entrevoir une possibilité, nettement plus grande, de récupérer ces individus que celle entrevue par les intervenants (67% de récupération psychiatrique contre 33% de récupération sociale).

Désinstitutionnalisation psychiatrique ou sociale

Pour nous, l'écart constaté marque davantage les limites propres à chacun des champs d'intervention, qu'une plus ou moins grande justesse du jugement porté par les uns ou les autres. Il démontre l'inefficacité d'une politique de la désinstitutionnalisation, qui n'est plus adaptée à la nouvelle génération de psychiatrisés que représente la majorité de notre population. Les sujets étudiés n'ont pas connu, dans la majorité des cas, l'institutionnalisation.

Ils n'ont pas séjourné de façon prolongée dans des hôpitaux psychiatriques. En comparant et reliant l'évaluation psychiatrique à l'évaluation sociale, nous sommes amenés à parler beaucoup plus de ces individus *comme des cas de détresse psychosociale qu'à strictement parler, de cas psychiatriques chroniques*.

Ce jugement comparé des deux groupes d'intervenants pourrait alimenter l'hypothèse que nous avons soulevée au chapitre 1 de notre étude, à savoir que nous nous retrouvons face à une *nouvelle problématique, celle de la désinstitutionnalisation sociale plutôt que celle de la désinstitutionnalisation psychiatrique. Et les intervenants chargés de l'insertion sociale ne viennent,* par leurs évaluations, *que confirmer leur impuissance à assurer cette insertion.* Les moyens dont ils disposent, l'organisation des services sociaux et de santé qui existent et l'attitude de la majorité des agents institutionnels et de la communauté face à cette population ne leur permettent pas d'agir convenablement. On ne parvient plus à contrôler ces sujets avec les moyens utilisés auparavant, comme on a réussi à le faire avec la vieille population de psychiatrisés (par exemple: médicaments, foyer de groupe, foyer d'accueil).

Il y a donc *«déphasage» des services sociaux et sociopsychiatriques* devant cette nouvelle population pour laquelle les intervenants ne sont pas ou peu préparés. Une partie de cette population est récupérée tant bien que mal, avec des structures dites intermédiaires mais, souvent, sans modifier l'idéologie de la réhabilitation qui justifie l'existence d'une organisation intouchable des services en place. Les alternatives susceptibles d'augmenter l'insertion sociale de cette population et de prévenir leur judiciarisation sont ainsi réduites sérieusement.

De plus, aucune catégorie de professionnels ne tient à s'attribuer cette clientèle ni ne considère qu'il est de son ressort et de son devoir de s'en occuper et de l'encadrer dans la communauté ou au sein des services sociaux, judiciaires, hospitaliers ou autres. Seuls certains groupes d'entraide, de bénévoles ou certaines communautés religieuses lui apportent un support quotidien ponctuel, tout en regrettant ne pouvoir disposer de ressources et de compétences supplémentaires pour répondre pertinemment aux besoins sociaux et aux difficultés psychosociales et psychiatriques de ces individus.

Les exigences de l'idéologie de la réhabilitation

Plusieurs intervenants (gardiens de sécurité, travailleurs sociaux, psychologues et criminologues cliniciens, psychiatres médico-légaux et bénévoles...), impliqués depuis plusieurs années avec ces sujets, ont soutenu que penser *réhabilitation dans le sens de guérison et récupération sociale complète* (normalisation) est *un piège institutionnel aberrant*, dont il faut se départir quand on oeuvre quotidiennement avec cette population.

Car, il faut bien se demander de quelle réhabilitation il est exactement question. Peut-elle avoir un sens pour des individus qui sont exclus de presque toutes les institutions, qui s'inscrivent progressivement dans cette exclusion et qui mènent une «vie invivable», dans une situation de délinquance ou/et de folie de survie? Que peut-on offrir à des individus pour lesquels on criminalise leurs besoins, en invalidant la vulnérabilité psychologique par des moyens artificiels de contrôle comme la judiciarisation, qui ne sert qu'à entretenir chez eux la violence et la détresse?

La majorité des intervenants rencontrés mettent en doute les moyens et le bon vouloir des organisateurs des services pour remédier à cette situation. *L'idéologie de la guérison apparaît comme un artifice du système pour protéger l'organisation actuelle* des services médicaux et sociaux et rendre inopérant tout effort réaliste d'insertion sociale respectueux des limites de la fragilité et de la dignité de ces individus. Peut-on croire, par exemple, pouvoir les guérir avec des médicaments ou des thérapies de toutes sortes, sans considérer l'inertie, le blocage et l'enfermement social, économique et culturel auxquels ils sont confrontés quotidiennement, comme le sont aussi les intervenants chargés de leur insertion sociale?

Il devient totalement irréaliste, dans une organisation socio-économico-culturelle comme la nôtre,

d'inscrire la majorité de ces individus dans un modèle psychosocial où l'emploi, la famille, la stabilité économique et même émotive sont les leitmotive de l'encadrement de ces individus. Plusieurs intervenants ont insisté sur les conséquences néfastes et futiles de tels objectifs. Ils ne conduisent qu'à des échecs répétés, qui accentuent l'anxiété et augmentent le désarroi quotidien chez ces sujets, tout en entretenant la désillusion et la démobilisation des intervenants les plus intéressés à les accompagner dans leurs cheminements.

Des objectifs réalistes comme une diminution du délire, l'augmentation de l'estime de soi et de son utilité sociale ne peuvent être viables que si l'on accepte de composer avec la dégradation psychosociale de ces individus, que si l'on respecte leur vulnérabilité, tout en refusant de s'inscrire dans de fausses représentations mutuelles. Celles-ci conduisent chez les uns (intervenants), à l'exercice de la répression, par des exigences inabordables et imaginaires et, chez les autres (psychiatrisés incriminés), à l'abus de confiance et à la fuite des responsabilités quotidiennes.

Il ne s'agit pas ici de déculpabiliser les uns aux dépens des autres, car des données de notre étude montrent clairement comment l'inefficacité, l'inefficience des services existants, leur rigidité dans la définition des besoins et dans l'organisation des ressources face à cette population permettent à un certain nombre (environ 40%) d'entre eux de se redonner une certaine dignité et fierté d'eux-mêmes, en manipulant tant bien que mal l'état d'incohérence, d'incompatibilité, de division et d'impertinence des ressources disponibles, et ce, malgré et au-delà de leur isolement, de leur misère matérielle et psychosociale.

Les mesures à envisager devraient donc permettre un recouvrement de la dignité de ces incriminés, mais dans un renouvellement du respect mutuel entre les intervenants et cette population-cible.

Une réflexion plus approfondie sur les conséquences de l'utilisation de l'appareil juridique et judiciaire pour combler l'inefficacité et l'inadéquation des services d'urgence psychiatrique , des services sociaux et communautaires nous semble nécessaire afin de réduire la discrimination et l'intolérance dont peuvent être victimes ces psychiatrisés, tout en sauvegardant leur sécurité et celle des gens qui les côtoient dans la communauté.

Du point de vue judiciaire, *l'étiquette de «dangerosité» est souvent une mesure préventive pour empêcher que certains individus restent abandonnés dans la rue, sans soin.* Malheureusement, l'utilisation que l'on en fait la rend incriminante, parce que la majorité des hôpitaux désignés pour les soigner se désistent par différents subterfuges: affirmation de son incompétence à traiter ces cas, utilisation des normes de sectorisation (ils n'ont pas de domicile identifiable dans le secteur), insistance sur le fait qu'ils sont judiciarisés, donc des criminels en premier lieu, ou recours à l'article 6 de la loi sur les services de santé, qui stipule que la personne traitée et le professionnel doivent consentir mutuellement au traitement.

C'est sur ce dernier point que nous compléterons notre article.

LA LIBERTÉ DE DÉCIDER POUR SOI PAR RAPPORT AU BESOIN D'ÊTRE TRAITÉ.

La liberté de décider pour soi, devant un traitement qu'on nous propose ou qu'on nous impose, s'inscrit dans une pratique psychiatrique fort aléatoire et conjoncturelle, quant à l'utilisation que l'on peut faire des mesures juridiques établies (Loi de la protection du malade mental).

On sait que dans nos sociétés modernes, on tend à vouloir faire respecter davantage l'esprit d'une loi (code civil ou criminel) que la forme de cette loi. Il nous est permis de constater manifestement cette orientation, lorsque la jurisprudence s'avère nécessaire.

Malheureusement, dans le cas qui nous préoccupe, l'interprétation de la loi par les hôpitaux généraux avec urgence psychiatrique ou spécialisés en matière psychiatrique a très peu fait matière à litige. Les psychiatrisés incriminés ayant peu de ressources matérielles et de connaissances dans le domaine de leurs droits. De plus, notre étude démontre (ch. III, p.72-75), que très peu d'avocats sont intéressés à investir dans de telles situations. Il semble même que la présence d'un avocat a peu d'influence sur les décisions des juges. La majorité des psychiatrisés ont recours à des avocats de l'aide juridique, qui ne prennent souvent ces cas qu'à la dernière limite des procédures légales et, trop souvent, sans se préoccuper du dossier.

S'il y a peu de remises en question (autant de la curatelle publique que de la cure privée) dans les cas qui nous préoccupent, cela n'empêche en rien de constater que de nombreuses frictions puissent exister quant à l'interprétation, l'application et l'utilisation de la loi par différents services publics, en matières criminelle, juridique, psychiatrique, psychologique et sociale.

Nous mentionnions précédemment que l'article 6, de la loi sur les services de santé, stipule que la personne traitée et le professionnel doivent *consentir mutuellement au traitement.*

Ce rappel au consentement mutuel représente la planche de salut pour de nombreux services des centres hospitaliers, qui s'en servent pour exclure la majorité des sujets considérés dans cette étude. D'un côté, en étant judiciarisé, l'individu n'est plus libre de son consentement. De l'autre, même avec son consentement, le judiciarisé apparaît comme un patient au caractère dangereux.

La judiciarisation et la dangerosité

La judiciarisation et la dangerosité sont des moyens de plus en plus utilisés pour permettre l'exclusion. Sous prétexte que l'individu est en instance de procès (prévenu ou dossier judiciaire: probation, antécédents judiciaires ou médico-légaux...), sa présence dans le service est refusée, en alléguant qu'on n'a pas les compétences et les ressources nécessaires pour recevoir cette population. On préfère prévenir les problèmes que cela pourrait causer au sein du service, plutôt que d'y remédier en temps opportun. L'argument évoqué le plus souvent est que certains hôpitaux étant chargés de ces patients (par exemple, Douglas, Pinel, L.H. Lafontaine), les autres services publics n'ont pas à s'en occuper.

La *judiciarisation* préventive semble être une arme à double tranchant. On l'utilise pour protéger à la fois l'individu et la société. Cependant, *l'utilisation que les services sociopsychiatriques en font ne favorise que la consécration d'une invalidation du statut de « malade mental» et l'accentuation (souvent juridiquement non fondé) d'un statut de criminel dangereux.* On passe ainsi *d'une mesure qui se veut préventive à une mesure discriminante,* arbitraire et chronicisante de l'identité de «fou dangereux». La loi ne fait ici que sanctionner le rejet des laissés-pour-compte par la communauté, les services sociaux et de santé, qui utilisent la dangerosité comme critère d'exclusion et de justification de leur propre incapacité.

D'ailleurs, en accompagnant certains sujets, soumis par la cour à une cure fermée ou à une Ordonnance juridique pour examen psychiatrique ou pour observation, nous avons constaté comment certains intervenants hospitaliers, sous prétexte qu'ils ne pouvaient plus rien pour eux, parvenaient à les convaincre de quitter le service, souvent dès le second jour suivant l'admission. Plusieurs stratagèmes informels sont développés pour se débarrasser rapidement des obligations légales, obligeant à s'occuper d'un malade mental ainsi imposé.

À la limite des arguments pour exclure cette population dite dangereuse, on trouve dans la Loi sur la protection du malade mental, matière à refuser d'héberger un détenu ou un prévenu[3]. L'article 545 (2) prévoit même, aux dires des requérants hospitaliers, que dans un cas de mandat du Lieutenant-Gouverneur, le consentement du responsable de l'établissement hospitalier doit être obtenu au préalable.

La dangerosité, rappelons-le, n'implique pas le délit. Elle suppose que l'on craint pour la vie de l'individu ou de son entourage. Il s'agit, d'une mesure préventive, non d'une mesure incriminante.

Relatons quelques propos très révélateurs d'intervenants juridique, psychiatrique et judiciaire. Ceux-ci nous permettent de comprendre comment l'escalade de la violence se développe, à partir de l'utilisation de la notion de dangerosité pour justifier l'hospitalisation. Ainsi, certains nous ont dit que souvent, dans des situations d'urgence où la police ne savait que faire, des accusations criminelles (délits dits techniques) furent portées pour la sécurité de tous, et aussi pour obtenir le soutien psychiatrique nécessaire. L'individu est ainsi incriminé plutôt qu'hospitalisé. Cette incrimination conduit souvent à des résultats opposés et contraires à ceux escomptés. Le statut de judiciarisé accentue le rejet hospitalier.

La judiciarisation peut aussi amener à demander un mandat du Lieutenant-Gouverneur pour obtenir qu'un hôpital soit clairement désigné par le juge. Cependant, les mandats, tout comme les ordonnances de la cour, laissent juridiquement à l'hôpital plusieurs possibilités de se désister.

La judiciarisation est un cercle vicieux dans la ma-

jorité des cas, malgré le fait, comme nous le relevions précédemment, que la majorité des infractions (85%) commises ou attribuées ne représentent pas un danger sérieux de violence.

Certains intervenants nous ont clairement mentionné préférer se parjurer, plutôt que de laisser ces pauvres types abandonnés dans les rues du Centre-Ville.

> «Pour la majorité des cas, les délits restent mineurs, malgré leur multiplicité. La véritable violence demeure l'exception. Pourtant, la provocation entraînée par la judiciarisation, le rejet, la marginalisation et l'abandon place la violence dans un processus d'escalade où la dangerosité s'inscrit davantage par la négligence de l'encadrement, que dans la criminalité réelle des individus (...) Le gars arrive au CPM ou à Bordeaux pour une détention assez courte, mais revient pour des détentions de plus en plus longues (sans pour autant être impliqué dans des délits plus graves), jusqu'au moment où la sentence dépasse les deux ans. Nous avons même un type qui a eu cinquante (50) incarcérations depuis les dix dernières années. Le « boute d'la ligne», c'est le Pen[4] où les soins ne sont que rudimentaires. La sécurité de la prison prédomine nettement sur l'état mental des prisonniers. (Propos d'un groupe d'intervenants impliqués depuis plusieurs années dans le domaine)» (Psycauses, p. 130).

L'étiquetage de «fou dangereux» semble être une forme d'identification réductionniste et discriminante qui indispose autant la majorité des intervenants psychiatriques ou autres que les sujets affublés d'une telle identité.

Perception de soi, maladie dite mentale et liberté d'être traité

La majorité des interviewés sont peu enclins à se reconnaître comme des «malades mentaux», et encore moins à être traités de dangereux. Par contre, ils acceptent plus facilement de reconnaître leur vulnérabilité psychologique et leur détresse psychosociale, ce qui leur permet de conserver une certaine dignité malgré leurs difficultés.

Il y aurait lieu de vérifier si une autre méthode d'approche que celle de la symptomatologie psychiatrique ne pourrait pas briser la résistance à se faire traiter comme « malade mental»,tout en atténuant le refus de recevoir de l'aide psychothérapeutique et psychiatrique. Nous avons été à même d'observer comment certains psychiatres et psychologues ont réussi à supporter cette vulnérabilité chez nos interviewés, tout en éliminant ce caractère discriminatoire, réductionniste et dévalorisant que semble présenter l'étiquette de « malade mental» pour la majorité de ceux-ci.

Cette interrogation en soulève bien d'autres susceptibles d'apporter différentes solutions à la liberté du traitement, en ce qui concerne la population des psychiatrisés incriminés.

En voici quelques unes que nous avons retenues:

1) Peut-on considérer une action comme thérapeutique, sans le consentement des deux ou des participants?
2) Toute personne est-elle en mesure de choisir le traitement qui lui convient le mieux?
3) A-t-on la volonté, les moyens, la capacité et les ressources pertinentes pour traiter médicalement les problèmes que pose cette population dans l'environnement?
4) Sommes-nous seulement en présence d'une pathologie mentale pour aborder et juger de cette question?
5) Dans quelle mesure la lucidité peut-elle exister, lorsqu'on parle de pathologie mentale?

C'est en partant de ces questions et bien d'autres, que nous avons proposé (dans notre étude) un éventail de ressources liées au degré d'autonomie de l'individu et qui tient compte à la fois 1) de la prédisposition du sujet à participer à un suivi clinique et celle de l'intervenant à vouloir établir une relation significative (et non seulement fonctionnelle) avec celui-ci; 2) du degré de lucidité et de responsabilité du sujet face à ses actes; et 3) de la nécessité d'assurer la protection juridique et sociale de l'individu et de la communauté.

EN RÉSUMÉ ET CONCLUSION: Ébauche de solutions

On prétend que, depuis environ 8 ans, sur l'Ile de Montréal, on constate une augmentation proportionnellement plus grande d'arrestations et de condamnations d'ex-patients psychiatriques. Nous avons, grâce à une première subvention (1984-1985) de Santé et Bien-être social, section nationale du

Bien-être social, tenté de dégager de façon exploratoire le profil sociopsychologique, psychosocial et psychiatrique de cette population psychiatrisée incriminée. Ceci nous a permis d'établir une problématique de la désinstitutionnalisation sociale beaucoup plus complexe et déterminante que le simple diagnostic de malade mental dangereux, pour expliquer cette présence croissance d'ex-patients dans les circuits judiciaires, depuis la politique de désinstitutionnalisation psychiatrique. Problématique où l'insuffisance et la non-pertinence des ressources, l'incompréhension et le rejet, autant des services publics que des communautés d'accueil,sont pour une certaine part responsables de la pathologie psychosociale dans laquelle s'insèrent ces individus.

L'utilisation de l'étiquette de«dangereux» par les services sociaux, de santé et par la communauté n'est qu'un levier pour écarter et rejeter ces dits patients dangereux de la communauté. Cette escalade s'amplifie à mesure que les malades épuisent l'intervention des ressources du réseau. L'incompréhension des structures égo-écologiques et des styles de vie de ces dits malades accentue l'inadéquation de l'organisation des formes de services sociaux, communautaires et de santé disponibles.

Pour remédier à la marginalisation sociopsychiatrique de ces laissés-pour-compte de la communauté et de nos institutions, il nous faudra sans doute *découvrir des alternatives à la psychiatrie actuelle qui intègrent la dimension sociale à la détresse et qui s'orientent vers une nouvelle problématique de l'insertion sociale des psychiatrisés, celle de la désinstitutionnalisation sociale, plutôt qu'une problématique révolue de la désinstitutionnalisation psychiatrique*. Il s'agit donc autant, sinon plus, d'une remise en question de formes d'organisation des services et ressources disponibles dans la communauté que de certains services psychiatriques.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir découvert les solutions à la situation. Cependant, nous aimerions soumettre quelques éléments susceptibles d'alimenter la discussion, afin d'établir quelques pistes d'intervention adaptées à cette problématique de la désinstitutionnalisation sociale pour cette population.

Une analyse des mécanismes défensifs institutionnalisés utilisés pour rejeter cette population nous a conduit aux énoncés suivants. Il faudrait:

1) redéfinir la politique de santé mentale actuelle, en l'orientant vers une politique critique de la désinstitutionnalisation sociale, plutôt que vers une politique révolue de la désinstitutionnalisation psychiatrique;
2) répondre aux besoins plutôt qu'organiser les besoins;
3) prévenir maximalement la judiciarisation et l'internement pour les cas de détresse conduisant ou non à des comportements délictuels;
4) respecter la dignité et l'identité de ces psychiatrisés par le développement de modèles d'accompagnement[5] individuel et collectif (par exemple: case management, alternatives à la psychiatrie, structures intermédiaires, appartements supervisés et éclatés, centres d'accueil ponctuels ou permanents...) qui favorisent l'insertion sociale;
5) prévenir les abus de l'organisation des services, de leurs agents institutionnels, de la communauté autant que ceux des psychiatrisés incriminés.

Ces quelques énoncés généraux qui recouvrent implicitement bien d'autres postulats, devraient alimenter pratiquement l'établissement d'un centre d'accueil pluridisciplinaire pour cette population. *Ce centre de décision pluridisciplinaire devrait avoir un pouvoir juridique suffisant* pour orienter avec diligence ces laissés-pour-compte vers les ressources nécessaires. Il pourrait être à la fois un centre d'accueil, de dépannage, d'évaluation des besoins, d'orientation et d'accompagnement, lors de situations de crise ou d'abandon dans l'environnement.

Il devrait être constitué de nouvelles équipes d'intervenants prônant une idéologie orientée vers l'insertion sociale, plutôt qu'une idéologie curative. Ces équipes devraient être soutenues par une infrastructure organisationnelle, suffisamment puissante juridiquement et politiquement pour contrôler les décisions visant à prévenir l'escalade de la violence de part et d'autre.

Un modèle d'interventions graduées pourrait être appliqué. Modèle « en cascades», qui répondrait en milieu ouvert ou fermé avec les ressources appropriées aux besoins exprimés et aux difficultés vécues par ces sujets.

À titre d'exemple d'un continuum (et non d'un continuum exemplaire ou de parangon!) des interventions graduées pourraient s'échelonner comme suit:

a) recherche d'insertion sociale par l'accompagnement (individuel ou collectif) dans la communauté;
b) encadrement régulier et soutenu (collectif ou individuel) dans la communauté avec ressources orientées sur les besoins de cette population;
c) supervision clinique et juridique dans la communauté;
d) internement: psychiatrique, médico-légal ou en clinique psychosociale ou en criminologie supervisée;
e) emprisonnement, avec section spéciale de soins cliniques et médicaux[6] réguliers dans la prison et avec utilisation de services de santé à l'extérieur de la prison.

Ce modèle ne peut être viable que si l'on *considère à la fois*:
1) la *prédisposition du sujet* à participer à un suivi clinique;
2) le degré de *responsabilité du sujet* face à ses actes;
3) la nécessité de la *protection juridique* de l'individu et du groupe.

Le tableau 4 nous donne un aperçu des ressources qui pourraient répondre à différentes situations, en tenant compte de ces trois éléments.

TABLEAU 4

*Éventail des ressources et degrés d'autonomie de l'individu**

SUIVI CLINIQUE	ACCEPTATION d'un suivi clinique		RÉSISTANCE à un suivi clinique		REFUS d'un suivi clinique	
Contrôle juridique / Responsabilité individuelle	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
OUI	- Hôpital général (par Ordonnance) - Médico-légal - Structures intermédiaires - Probation et suivi clinique - Centre de transition - Prison et suivi clinique - Alternatives	- Centre de crise - Alternatives - Consultation individuelle - Centre de prévention avec dépannage - Urgences (hôpital général)	- Alternatives - Structures intermédiaires - Probation et clinique psychosociale - Prison + soins - Case management psychosocial	- Alternatives - Structures intermédiaires - Centre de crise - Centre de dépannage avec ressources - Accueil - Activités bénévoles	- Alternatives - Structures intermédiaires - Probation avec suivi psychosocial et criminologique - Prison + soins	- Alternatives - Centre de crise - Centre de prévention: ressources et dépannage - Structures intermédiaires (appartement éclaté, maison d'hébergement) - Organismes bénévoles
NON	- Hôpital médico-légal - Structures intermédiaires: foyer, centre, appartement supervisé - Surveillance médicale et psychiatrique en prison - Case management avec accompagnement social et clinique	- Hôpital psychiatrique spécialisé - Centre de crise - Structures intermédiaires: foyers, accueil, appartement supervisé - Clinique avec accueil - dépannage - Accompagnement - Alternatives	- Structures intermédiaires (surveillance) - Probation criminologique - Case management psychosocial - Internement involontaire - Prison avec suivi santé et clinique	Structures intermédiaires avec accueil: foyer appartement supervisé... - Centre de crise - Certaines alternatives - Urgences (hôpital général) - Supervision individuelle par travailleur(euse) social(e) - Case management	- Médico-légal - Prison + soins - Hôpital spécialisé (Ordonnance et Cure fermée) - Case management psychosocial ou criminologique - Centre de transition	Centre de crise - Certaines alternatives - Urgences hospitalières - Structures intermédiaires: foyers, accueil, appartement supervisé - Organismes bénévoles - Accompagnement psychosocial avec case management

* Il s'agit là d'un cadre de référence qui demeure ouvert à bien d'autres alternatives que celles mentionnées ici.

Ce centre représente, de prime abord, une formule susceptible de répondre à des situations de crise, de rejet ou d'exclusion pour *éviter le plus* possible l'internement psychiatrique ou l'emprisonnement.

Cependant, il devrait s'inscrire dans un réseau de nouvelles ressources ou de ressources actuelles modifiées, où l'essentiel serait de contrôler l'impact de l'exclusion sociale et de l'entretien d'un mouvement perpétuel conduisant vers la chronicisation et la violence: communauté - crise - hospitalisation - prison - communauté. Ceci ne peut être envisagé que par le développement d'alternatives à la psychiatrie hospitalière actuelle et de nouvelles structures d'accueil orientées, en priorité, vers l'insertion sociale. Ce qui suppose que *ces alternatives et ces structures dites intermédiaires, selon l'exportation française, ne peuvent être conçues et gérées par un système hospitalier traditionnel, qui organise les besoins en fonction de l'hospitalisation.* Ceci, au point parfois de transformer certaines structures d'accueil (dites intermédiaires) en de véritables succursales hospitalières (sur une plus petite échelle) ou en «arrière boutiques» pour les plus chronicisés et les plus dérangeants.

Il faut donc, pour supporter cette population dans la communauté, faire éclater la conception et l'organisation hospitalière actuelle des besoins, permettre que des structures plus autonomes de support à l'insertion sociale et à la prévention de l'hospitalisation se développent. Ceci dans le but de pallier à la marginalisation chronicisante que favorise et qu'entretient une telle organisation des besoins, conçue dans la perspective de la désinstitutionnalisation psychiatrique et de critères d'accueil où cette population ne peut avoir de place.

On ne peut nier les nombreuses améliorations apportées à la condition des dits malades mentaux par les services de santé et des affaires sociales depuis les années 60 au Québec. Cependant, cela ne nous exempte pas de remettre en question l'impact actuel de l'organisation d'un tel réseau auprès des plus démunis et dépourvus à tous les niveaux dans la communauté. À la façon de les traiter et de les intégrer à notre société, il nous vient parfois quelques doutes quant à l'arrogance, l'inconséquence, la témérité et l'omnipuissance avec laquelle parfois nous jugeons nos aïeux et leurs façons de traiter les «fous».

«Ces fous sont logés et entretenus sur le budget de la ville, et pourtant ils ne sont point soignés; ils sont purement et simplement jetés dans les prisons. On peut croire que, dans certaines villes importantes - lieux de passage et de marchés - les fous étaient amenés par les marchands et mariniers en nombre assez considérable, et qu'on les y « perdait» purifiant ainsi de leur présence la ville dont ils étaient originaires.»
(M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Edits Gallimard, 1972, extrait, ch.1 «Strultifera navis», pages 20-21.)

NOTES:

1. Voir à ce sujet la très pertinente réflexion de madame Françoise Boudreau (1983), L'église et la santé mentale: vers un nouvel engagement, *Sociologie et sociétés, XVI*, no 1, avril, 93-108.
2. Il y avait 130 dossiers pour lesquels nous pouvions disposer d'informations suffisantes sur le pronostic social et/ou psychiatrique et/ou sur la confiance en l'individu.
3. Voir à ce sujet la requête pour jugement déclamatoire déposée en Cour supérieure par l'hôpital Notre-Dame contre le Procureur Général du Québec, district de Montréal, le 15 mars 1985 et portant le numéro 500-05-002810-8T9.
4. Pen: Pénitencier où les sentences sont de deux ans et plus.
5. Nous planifions présentement une recherche-action pour approfondir, par l'accompagnement, notre connaissance du quotidien de ces individus et leurs interactions avec la communauté et les ressources institutionnelles lorsqu'ils sont en situation de crise.
6. L'insuffisance et même l'absence de soins cliniques et médicaux adéquats, auxquels ont droit les psychiatrisés incriminés dans nos établissements de détention et les pénitenciers, est une lacune injuste et injustifiable dans un système de soins dit aussi démocratique que celui du Québec. Voir à ce sujet, les efforts de concertation entrepris par certains représentants du ministère de la Justice pour une démocratisation des services de santé: Decoste, G., *Problèmes vécus dans le dossier des services psychiatriques*, Québec, Gouvernement du Québec, M.J. Dir. de la participation communautaire, 16 janvier 1985, 14 pages avec annexes; Direction de la Probation et des Établissements de détention, *Politique de santé des Services Correctionnels québécois* (document de travail), Québec, M.J. septembre 1984, 129 pages; *Rapport du Groupe de travail M.A.S.- M.J. relatif au sort du malade mental dans les processus judiciaire et correctionnel*, Québec, M.A.S. - M.J., novembre 1982, document de travail.

SUMMARY

One of the many objectives of psychiatric deinstitutionalization is to try to ensure that individuals who receive treatment reintegrate their community. The author points out that, for a certain category of young people undergoing treatment, such an objective requires a much broader approach involving more than psychiatric intervention alone; an increasing proportion of young people are left without community support and using prison as their drop-in centre. The situation is examined from the points of view of institutional practice and the life experience of subjects. The author sheds light on another step of psychiatric deinstitutionalization, namely social deinstitutionalization of a community's acceptance, support and accompaniment of the new generation of so-called mental patients.