

Pour un bilan des services psychiatriques et de santé mentale au Québec

Assessment of psychiatric and mental health services in Québec

Hubert-Antoine Wallot

Volume 13, numéro 2, novembre 1988

De l'adolescence aux adolescents

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031455ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031455ar>

[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

Wallot, H.-A. (1988). Pour un bilan des services psychiatriques et de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 21–34.

<https://doi.org/10.7202/031455ar>

Résumé de l'article

Une des manières de savoir où l'on va consiste à se demander d'où l'on vient. Sur le plan de la prise en charge de la folie au Québec, que peut nous apprendre l'histoire quant à la conception de la folie, quant à ses causes et à ses traitements, et quant aux caractéristiques des organisations (acteurs, valeurs, savoir, ressources financières et humaines) qui en ont assumé la responsabilité ? L'historique présenté décrit deux périodes : la période des rationalisateurs bureaucratiques (les rapports Bédard et Castonguay-Nepveu), et la période de la responsabilisation communautaire. L'orientation du texte délaisse les anecdotes au profit des interrogations qui peuvent être pertinentes au questionnement actuel sur les orientations d'une politique de santé mentale.

Pour un bilan des services psychiatriques et de santé mentale au Québec¹

*Hubert-Antoine Wallot**

Une des manières de savoir où l'on va consiste à se demander d'où l'on vient. Sur le plan de la prise en charge de la folie au Québec, que peut nous apprendre l'histoire quant à la conception de la folie, quant à ses causes et à ses traitements, et quant aux caractéristiques des organisations (acteurs, valeurs, savoir, ressources financières et humaines) qui en ont assumé la responsabilité? L'historique présenté décrit deux périodes: la période des rationalisateurs bureaucratiques (les rapports Bédard et Castonguay-Nepveu), et la période de la responsabilisation communautaire.

L'orientation du texte délaisse les anecdotes au profit des interrogations qui peuvent être pertinentes au questionnaire actuel sur les orientations d'une politique de santé mentale.

Après une période de prise en charge diversifiée des personnes ayant des troubles mentaux, la « formule asilaire » a été adoptée au Québec, avec ses hauts et ses bas, de 1840 à 1960².

On le sait, du côté francophone, la prédominance de soins non professionnels administrés sous le parapluie des communautés religieuses a donné à cette prise en charge le caractère d'un fatalisme dévoué. Du côté anglophone en revanche, l'« ère muséologique » (Lehman, 1972, 5) devenait vite une ère psychiatrique où la dominance médicale et l'émulation par la recherche ont maintenu l'enthousiasme (Cahn, 1981).

Au niveau mondial, plusieurs modèles explicatifs se succédaient, comme le faisaient les conceptions de la folie et les lieux de son traitement. Mais l'efficacité de certains traitements était progressivement consacrée: c'est, par exemple, le cas du traitement du mixoedème (1891), pour le pellagre (1914), pour la parésie générale (1917 et 1921). Ces succès appuyaient le recours au paradigme biomédical pour l'investigation des maladies psychiatriques; celles-ci cessaient toutefois d'être qualifiées de psychiatriques.

Seuls les neuroleptiques découverts dans la foule du Largactil® eurent un succès durable au titre

de leurs propriétés palliatives plutôt que curatives (Tourney, 1967), rendant ainsi possible la « désinstitutionnalisation ». En effet, on n'avait pas assisté avant à une diminution aussi rapide et durable de la population hospitalière (Brill et Palton, 1969). On commence néanmoins maintenant à se préoccuper des effets nocifs à long terme de ces médicaments.

On connaît les changements préconisés - et en bonne partie réalisés - par l'équipe de Bédard, Lazure et Roberts. Mais que peut-on dire de l'impact combiné, sur le secteur des services de santé mentale, des réformes Bédard et Castonguay-Nepveu? Et quel sens prend la tendance, plus récente, de responsabilisation communautaire, dans ce secteur?

La période des rationalisateurs bureaucratiques

La sismothérapie, le Largactil® et l'imipramine ont validé le modèle organique et conféré aux médecins un rôle dominant dès les années 50. Mais la désinstitutionnalisation et les soins externes requéraient un nouveau modèle organisationnel, parfois qualifié de « troisième révolution psychiatrique » (la première étant celle de Pinel et la seconde, celle de Freud). L'accent est déplacé du patient individuel à son milieu familial, social et culturel. Aux États-Unis, le débat naissant de la désinstitutionnalisation (avant la lettre) fait bifurquer le plaidoyer en faveur des départements de psychiatrie de l'hôpital général vers des centres communautaires spécialisés en

* L'auteur, psychiatre et médecin-conseiller au D.S.C. de l'Hôpital de Chicoutimi, est professeur en administration à l'Université du Québec à Chicoutimi.

psychiatrie, distincts des hôpitaux généraux, centres dont le président Kennedy avait préconisé la création, dans un discours adressé au Congrès en 1963. On observe une sorte de mouvement pendulaire des lieux de la folie, oscillant entre une cohabitation dans les lieux de traitement généraux et la formation de lieux spécifiques. Il faut peut-être voir dans cette oscillation la difficulté, pour la psychiatrie, de rivaliser, en termes de prestige, avec les autres spécialités pratiquées à l'hôpital général (Wallot, 1986).

Dans les institutions psychiatriques et dans les hôpitaux du Québec des années 60, la maladie mentale apparaît enfin curable : dès lors, la ségrégation entre les maladies psychiatriques et « ordinaires » ne tient plus, tant pour les subventions au per diem per capita (en 1962 : 2,75 \$ vs 24 \$) que dans les organisations elles-mêmes, où l'assujettissement de l'autorité médicale à l'autorité religieuse prend fin, le pouvoir étant renversé au profit du corps médical.

En 1960, le Parti Libéral remporte les élections provinciales : son programme comporte une série de mesures destinées à moderniser l'économie québécoise et à l'adapter aux exigences du capitalisme contemporain des oligopoles et des multinationales. Ce parti instituera progressivement des mesures sociales visant à améliorer le rendement social par l'élargissement de l'accessibilité à l'instruction et aux soins tout en favorisant l'émergence progressive d'une technocratie, élite nouvelle, relais d'une dépendance nationale politique et économique, qui légitimera son pouvoir par le plébiscite déguisé qu'elle s'offrira à travers l'instauration de la participation à divers niveaux de la société. Cette participation, aux effets tampons ou régulateurs connus, sera idéologiquement décrite plus tard par la Commission Castonguay-Nepveu comme la contribution du citoyen ordinaire à l'entreprise sociale, en échange de politiques sociales qui le protègent.

Le rapport Bédard

Le rapport

Grâce à des subventions fédérales dans le domaine de l'hygiène mentale instituées en 1948, le nombre de psychiatres québécois était passé de 15 à 170 entre 1950 et 1962. Mais, du côté francophone, les psychiatres n'avaient pratiquement pas de place dans une psychiatrie conçue comme une « science au service de Dieu et de l'Eglise »³. En 1961, la Loi sur l'assurance-hospitalisation avait introduit, grâce à la contribution du gouvernement fédéral, la gratuité des

traitements dans les hôpitaux généraux et dans les instituts psychiatriques privés. Elle excluait toute institution régie par la Loi sur les hôpitaux du Québec, adoptée en juillet 1962, parce que, prétendait-on, les coûts additionnels seraient exorbitants (Cahn, 1981, 92). Notons la résistance de plusieurs institutions à adopter les changements requis pour respecter deux conditions fondamentales d'inclusion : l'adoption d'une charte de corporation sans but lucratif et la présence, au conseil d'administration, d'au moins un médecin désigné par le bureau médical de l'hôpital. De fait, malgré les subventions gouvernementales et le travail des patients, le « mythe religieux » veut que les richesses accumulées proviennent uniquement du travail bénévole et providentiel des religieuses et que ces dernières, par conséquent, doivent détenir un pouvoir exclusif de décision sur une institution que la Communauté, par ses dépenses et son travail, croyait s'être appropriée en droit (Fortier, 1966; Côté, 1966). Cette résistance allait évidemment favoriser le développement de quartiers de la psychiatrie à l'hôpital général. Car le Québec manquait de personnel, faute d'argent, le gouvernement du Québec dépensant trois fois moins que le gouvernement de l'Ontario pour les malades mentaux. Par ailleurs, le Québec avait deux fois plus de lits psychiatriques par 1 000 habitants que l'Etat de la Californie (Bédard et al., 1962, 131). Par contre, ces lits étaient géographiquement très mal répartis et ne tenaient pas compte adéquatement des catégories de malades (Bédard et al., 1962, 132).

En 1961, Jean-Charles Pagé, ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu, publie un livre intitulé *Les fous crient au secours*, post facé par le Dr Camille Laurin, alors directeur du département de psychiatrie de l'Université de Montréal. Un groupe de 39 psychiatres fera aussitôt connaître publiquement son appui à l'auteur. Le livre décrit les conditions terribles faites aux patients des hôpitaux psychiatriques, suggère certaines explications de cette situation (insuffisance du financement gouvernemental, insuffisance de personnel professionnel qualifié, valeurs inappropriées véhiculées par une administration religieuse, etc.) et formule quelques recommandations, surtout en post-face. L'opinion publique réagit vivement, ainsi que les syndicats. Une commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques est instituée, formée de trois psychiatres et présidée par le Dr Dominique Bédard. En faisant ce choix, le gouvernement se gagnait la sympathie des psychiatres, tout

en plaçant plus ou moins tacitement les communautés religieuses en situation de seules coupables. C'est toutefois le gouvernement qui fut sévèrement blâmé, les écrits de cette commission faisant référence d'une manière beaucoup plus subtile aux communautés religieuses, ... il fallait blâmer l'ancien gouvernement, reconnu pour son absence de politique de santé et son favoritisme.

La désignation de professionnels (des médecins) pour amorcer l'assaut du contrôle religieux des institutions de santé constituait une manœuvre prudente de la part d'un nouveau gouvernement et de sa technocratie naissante en ce Québec encore religieux. La Commission Bédard dépose son rapport en 1962 et le gouvernement mettra progressivement en application ses recommandations, principalement l'arrêt de l'érection d'hôpitaux psychiatriques, la redistribution des per diem entre les besoins psychiatriques et physiques, la création d'une Direction des services psychiatriques au ministère de la Santé, la proximité des services des hôpitaux généraux et des milieux de vie (Bédard et al., 1962, 132-133 et 136), notamment par la création de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. La « désinstitutionnalisation » avant la lettre était proposée par la Commission.

Selon la Commission *« l'hospitalisation dans une institution psychiatrique n'est qu'une des multiples façons de traiter le malade mental »* : les quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux, les cliniques externes, les centres diurnes et nocturnes, les « équipes volantes », l'introduction de personnel psychiatrique dans les services de santé publique (par exemple unités sanitaires), dans les usines et les écoles... » en sont d'autres (Bédard et al., 1962). Il faut mettre sur pied des centres de jour et de nuit, des foyers de réhabilitation (« Halfway Houses », qu'on appellerait peut-être aujourd'hui « structures intermédiaires »), des « Foyers nourriciers », des Centres d'urgence et de diagnostic, des lieux d'hébergement peu médicalisés pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques irréversibles, pour les épileptiques et les cas neurologiques sans psychose ; des centres d'apprentissage et des ateliers semi-industriels pour les arriérés mentaux adultes et adolescents » (Bédard et al., 1962, 136-9).

La technocratie agit par personne interposée

Les trois commissaires de la Commission furent en effet appelés à implanter la réforme qu'ils avaient

recommandée à l'intérieur de la nouvelle Division des services psychiatriques du ministère de la Santé, dont le docteur Dominique Bédard devint le directeur, avec son style de « bon père » qui donnait un accès aisé aux fonds. En 1961, au Québec, les hôpitaux généraux étaient responsables de 9 % des premières admissions psychiatriques et les hôpitaux psychiatriques, de 88 %. En 1970, les pourcentages étaient devenus respectivement de 38 % et de 38 %, alors que pour l'hôpital général, le pourcentage était à cette époque, de 52 % en Ontario et de 71 % en Saskatchewan (Boudreau, 1984, 89). De 1961 à 1970, le taux de lits psychiatriques par 10 000 habitants passa de 4,3 (le taux canadien le plus élevé) à 3,5 (le deuxième en importance, le taux canadien moyen étant passé à 3 ; Boudreau, 1984, 90).

Toutefois, durant cette période, « l'utilisation des centres de jour et des soins à domicile est dans l'ensemble négligeable » (Groupe de travail ..., 1973). De 1961 à 1970, le personnel à l'emploi des institutions psychiatriques augmente de 158 %, la hausse étant surtout marquée pour le personnel clinique paramédical (Boudreau, 1984, 91). Pour la même période, le nombre des médecins travaillant en psychiatrie double. En fait, en 1971, selon les normes fédérales, le Québec avait un excédent, alors que le Canada entier était déficitaire. Toutefois, la répartition des psychiatres fait alors problème car ils sont concentrés surtout à Montréal et aussi à Québec, comme c'est encore le cas aujourd'hui.

Les ressources financières

Le pouvoir que détenait le Dr Bédard ne se limitait pas au domaine psychiatrique, mais il englobait celui de l'Etat, qui lui avait été confié par ce dernier. En apparence, c'était l'âge d'or : « le gouvernement ne tentait même pas de guider ou de contrôler nos dépenses » (Bédard et al., 1965). Mais les dépenses en psychiatrie suivaient la philosophie libérale d'alors qui encourageait l'expansion de l'Etat. En fait, le progrès réel a consisté dans le remplacement du système d'affermage par un budget global ; la croissance, pour sa part, resta en-deçà de celle des budgets de santé. En fait, de 1959 à 1970, le pourcentage des dépenses gouvernementales totales allouées à la psychiatrie passait durant la même période de 21.3 % à 13.2 % (Boudreau, 1984, 105).

La régionalisation et la sectorisation

L'application de la sectorisation donnera lieu à

diverses expériences organisationnelles qui, à la manière des traitements en psychiatrie, connaîtront leur période d'engouement et d'impopularité.

Entre autres, il convient d'évoquer la sectorisation et la régionalisation à l'asile de l'Annonciation et à Rivières-des-Prairies où, selon Vinet (1975), le « grand dérangement » a plus changé un décor qu'une réalité fondamentale.

Le plus grand défi de cette période était de transformer les deux grands hôpitaux psychiatriques : Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Michel-Archange. Ces hôpitaux allaient s'engager sur la voie de la désinstitutionnalisation et de la régionalisation (c'est-à-dire la limitation des nouvelles admissions à la région immédiate). Ainsi, entre 1962 et 1970, la population interne de l'Hôpital Saint-Michel-Archange est réduite de moitié et les admissions, des deux tiers. Cette politique retenait à l'hôpital les malades les plus difficiles. Faisant l'objet d'une régionalisation progressive, à Saint-Michel-Archange, la proportion des patients du comté passait de 21 % des patients de l'hôpital en 1961 à 42 % en 1970. Et la désinstitutionnalisation pratiquée aboutit à la décongestion de l'hôpital plus qu'à une réinsertion sociale. « On en veut pour preuve l'absence quasi totale de « suivi » et de révision concernant les malades libérés du système hospitalier ; l'absence aussi totale de contact avec la famille du malade, avec son employeur, avec son milieu de vie » (Groupe de travail ..., 1973, 15). Est-ce la seule méthode possible de désinstitutionnalisation ? Aux foyers affiliés aux hôpitaux où les contacts sont rares entre propriétaires et patients, s'ajoutent des foyers clandestins, des maisons de chambres plus ou moins sordides, souvent situées à proximité d'usuriers du centre-ville (Murphy, 1986).

Il est difficile de cerner l'effet des nouvelles formes d'urbanisation sur la désinstitutionnalisation. Il est paradoxal de constater que l'environnement immédiat des deux grands hôpitaux s'est très urbanisé. Ainsi, Saint-Michel-Archange, qui, autrefois, avait en son sein cuisines, restaurants, salles de quilles, divers commerces, etc., fait maintenant face à un centre commercial et à un carrefour de multiples parcours d'autobus de la ville de Québec, tandis que son bâtiment principal est séparé de sa ferme par une artère à circulation dense. Saint-Jean-de-Dieu connaît également une situation similaire avec une station de métro située à proximité.

Quant aux hôpitaux généraux, ils ne prirent pas

tous leur responsabilité en matière de services psychiatriques, ce qui entrava le fonctionnement de la sectorisation à Montréal : secteurs débordés, engorgement d'urgence, services inadéquats, frustrations, tel est le prix. L'incohérence relative qui s'est manifestée dans la région de Montréal et en partie à Québec, était accrue par le fait qu'une portion de l'offre et de la demande de services était prise en charge par les psychiatres en bureau privé (rémunérés aussi par la Régie de l'assurance-maladie, sauf pour les psychanalyses).

La régionalisation a aussi pris une autre forme, celle de la constitution d'équipes volantes multidisciplinaires en Gaspésie, en Abitibi et à Chibougamau, c'est-à-dire dans les régions où les psychiatres s'implantent rarement. Leur passage réveille les besoins sans les satisfaire complètement et crée de la frustration, comme chez celui qui, après s'être habitué à un manque, souffre lorsqu'il est comblé, car il réalise combien il a été privé longtemps de la satisfaction de ce besoin.

La période qui vient d'être décrite a été à juste titre appelée un âge d'or pour de multiples raisons. 1) Il y avait d'abord adéquation entre le modèle théorique socialement reconnu de la folie et les ressources sociales mobilisées. 2) Il y eut une mise en œuvre d'approches thérapeutiques efficaces, tout au moins pour permettre aux malades d'être assez bien pour quitter l'hôpital, ce qui laisse même croire, à cette époque, à une guérison. 3) On a aussi mobilisé la société, entre autres une nouvelle main-d'œuvre, vers une activité sociale valorisée, notamment aux dépens des élites anciennes. 4) Le gouvernement et les syndicats appuyaient sans réserve ce changement d'élites. 5) Les acteurs de la réforme, jusqu'au plus haut niveau ont été sélectionnés parmi les producteurs principaux de l'industrie de la psychiatrie. 6) Le modèle préconisé se rapprochait de celui vécu par les anglophones à l'Hôpital Douglas, hôpital qui avait connu une performance relativement bonne depuis le début. 7) On avait créé un budget protégé pour la psychiatrie. 8) On nomma des responsables nationaux, régionaux ou locaux identifiables relativement aux services. 9) Mais l'enthousiasme, en partie symbolique, du vidage important des grands hôpitaux n'a pas permis d'entrevoir au début la dimension perverse que représentait cette diminution de patients : la transinstitutionnalisation et la création de sous-prolétariats dans les centres-villes (Warren, 1981).

Le Rapport Castonguay-Nepveu

La pression fédérale et nationale en faveur de l'établissement d'un régime universel d'assurance-maladie, les plate-formes électorales concernées, le développement et le fonctionnement désordonnés des hôpitaux, dont le désordre était partiellement attribué à l'injection accrue de nouveaux spécialistes et de nouvelles techniques dans des organisations mal administrées, et le climat de luttes syndicales et populaires de gauche contre le pouvoir médical, ont préparé le terrain à la création de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. La création de cette commission était motivée par des raisons constitutionnelles, et elle visait, pour l'Union nationale, à neutraliser, l'offensive nationale. Cette commission produira divers rapports entre 1967 et 1972. Ce sont les libéraux, de nouveau au pouvoir, qui en tirèrent un projet de loi, et firent adopter le chapitre 48 de la loi (loi 65), en 1971.

L'objectif ultime du nouveau système était d'améliorer l'état de santé de la population. Il comportait deux sous-objectifs, qui étaient de tendre à une *médecine globale* s'inspirant d'un modèle social de la maladie et destiné à fournir des *soins complets, continus et personnalisés*, et d'*axer la médecine sur la personne*, sur « une relation humaine basée sur la confiance et la compréhension mutuelle entre les personnes à soigner et le personnel à leur service » (Commission, 1970).

« Quant aux établissements pour malades mentaux, ils ont à ce point subi les assauts de l'intégration que l'on ne peut douter de la nécessité de les intégrer au régime général des centres de santé. En effet, on reconnaît de plus en plus que le traitement des malades mentaux s'effectue efficacement à l'intérieur d'un centre de santé normal et, de ce fait, on constate que plusieurs hôpitaux possèdent déjà leur service de psychiatrie » (IV, 4, p. 236, parag. 1866-1869).

L'existence d'un réseau intégré fut toutefois bousculée par de nombreux acteurs. La loi autorisa, à côté des centres locaux de santé communautaire (CLSC), des bureaux de médecins privés, des polycliniques médicales, des cliniques externes dans les hôpitaux et des comités universitaires de médecine familiale. La Loi n'établit pas une hiérarchie des hôpitaux. Et la réglementation, qui, par définition, demeure à la merci de l'arbitraire quotidien du gouvernement, ne fit une classification que « du bout des lèvres », sans implication concrète, sans comp-

ter que toute réglementation demeure à la merci de l'arbitraire quotidien du gouvernement. Ceci se traduira en pratique par la poursuite de l'individualisme des établissements et par l'absence de coordination entre eux. De fait, le gouvernement constatait que les soins ultraspecialisés, par exemple, n'étaient pas concentrés dans un seul établissement. C'est finalement la concertation des établissements effectuée par les DSC et les CRSSS qui devait, dans les faits, tenir lieu de hiérarchisation des établissements, c'est-à-dire jouer un rôle similaire à la hiérarchisation.

D'autres lois firent évoluer la santé mentale en reconnaissant au malade mental, non plus des lieux, mais un statut. *La loi de la protection du malade mental*, adoptée en 1972 abrogeait la Loi des institutions pour malades mentaux et la Loi des institutions psychiatriques pour détenus et annonçait une nouvelle attitude envers la maladie mentale : on lui reconnaît, non plus *des lieux privilégiés* mais *un statut*. Mais ce statut particulier ne s'applique qu'au malade mental dont les troubles sont susceptibles de mettre en danger sa santé ou sa sécurité, la santé ou la sécurité d'autrui (article 2 de la Loi de la protection du malade mental). Ce statut consiste de fait en une curatelle exercée sur la personne ou ses biens, selon le cas. Il n'y a plus de lieu privilégié de la maladie mentale : le centre hospitalier ou le centre local de services communautaires sont tenus de fournir les services aux malades mentaux, de leur faire subir les examens requis (article 4) ou de les recevoir en cure fermée (article 12).

Enfin, le 27 juin 1975, fut adoptée la *Charte des droits et libertés de la personne*, qui vient garantir la sécurité, l'intégrité physique et la liberté de la personne (article 1). Cette charte prévoit le droit de toute personne d'être secourue (avec sa réciproque, l'obligation de secourir les personnes dans le besoin, article 2) et, dans le cas particulier du malade mental, la protection contre toute forme d'exploitation de même que la protection et la sécurité que doivent apporter la famille ou les personnes qui en tiennent lieu (article 48). Les derniers droits reconnus au malade mental sont analogues à ceux reconnus aux enfants par l'article de la Loi.

Conséquences des réformes pour les services psychiatriques

La réforme Castonguay-Nepveu poussait à sa limite le principe du Rapport Bédard qui stipulait que la maladie mentale était une maladie comme les

autres. Elle intégrait cette dimension à un échafaudage de structures érigées autour des niveaux de soins (primaire, secondaire et tertiaire), l'équipe de première ligne, notamment l'omnipraticien, étant le pivot de la continuité du système.

La perte du leadership médical

Le comité de la santé mentale du Québec, comité consultatif multidisciplinaire créé en 1971, se rallie à la fin des années 70 au principe de l'intégration. Après 1970, la Division des services psychiatriques et les coordonnateurs régionaux sont remplacés par le chef d'un service des soins aux malades mentaux, qui jouera un rôle consultatif auprès de la sous-section du programme de santé de la Division de la programmation du MAS. Il faut aussi ajouter que l'approche bio-psycho-sociale n'est plus l'apanage exclusif de la psychiatrie: typique de la nouvelle médecine (Engels, 1986), elle sous-tend les principes du rapport de la Commission Castonguay-Nepveu. Bien que théoriquement compréhensible dans un cadre d'intégration, la disparition de la Direction du Service Psychiatrique signifiait une perte de leadership médical dans un domaine (la psychiatrie) caractérisé par une mollesse technologique (Perrow, 1965) et donc sujet à maints conflits interprofessionnels. C'est à partir de cette époque que les conflits croîtront en nombre et en virulence. Comme l'écrira le Comité de la psychiatrie du Québec (1977-1978) qui sera créé en 1977, les équipes multidisciplinaires sont de véritables lieux de querelles interdisciplinaires et de débats insolubles sur la nature des pouvoirs et du leadership, au nom de la responsabilité clinique, le psychiatre revendiquant le leadership de l'équipe psychiatrique multidisciplinaire, leadership contesté par les autres membres de l'équipe. Ces querelles entraînent une perte de productivité, l'analyse de l'autofonctionnement de l'équipe grugeant trop de temps (voir notamment Vinet, 1975).

La prise en charge mitigée des cas lourds

Non seulement les équipes multidisciplinaires seraient improductives, mais à l'instar des psychiatres dont plusieurs n'œuvrent qu'en bureau privé, elles tendent à négliger les cas lourds. Comment corriger cette situation en vertu de laquelle, selon certains, « la qualité et l'intensité du traitement varient de façon inversement proportionnelle à la sévérité

de la maladie » dira le rapport Bélanger (Groupe de travail ..., 1973).

A l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu qui, ultérieurement, portera le nom d'Hôpital Louis-H. Lafontaine, on procéda à une division par secteurs géographiques de façon plus ou moins arbitraire et on répartit les cas les plus lourds dans tous les secteurs, de manière à forcer leur prise en charge. On présume que, regroupés ensemble, les cas lourds seraient trop exigeants pour toute équipe, et donc, qu'ils ne recevraient pas les soins requis. Pourtant, cette orientation contredisait les conclusions de la Commission Bédard, dont avait pourtant fait partie le directeur de Saint-Jean-de-Dieu, le Dr Lazure. La Commission avait dénoncé la cohabitation au sein d'une même unité de personnes ayant diverses pathologies, cohabitation qui conduit à une situation d'homogénéisation induite de l'approche. Cette dénonciation reviendra dans le *Rapport de la Commission d'enquête sur la qualité de l'administration et du fonctionnement de l'Hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine*, remis au MAS le 21 mai 1984, (Aucoin, 1984). Pourtant l'approche par population-cible (ayant les mêmes diagnostics ou les mêmes problèmes) existe partout ailleurs en médecine. Or, le dosage, dans une société donnée, des soins devant être fournis au patient psychiatrique d'une manière particularisée plutôt que généralisée, doit être constamment révisé à la lumière du degré de réceptivité de la société en général et du personnel soignant en particulier (Boudreau, 1984, 198).

En 1976, le Dr Réal Lajoie, chef du service des soins aux malades mentaux, incite le gouvernement à adopter une forme de sectorisation compatible avec l'intégration de la psychiatrie au réseau général des soins (Lajoie, 1976), de manière à ce qu'une personne soit responsable de la prestation territoriale des services, comme au temps de Bédard ou comme on le proposait pour les CLSC.

La réponse à l'invitation du Dr Lajoie fut l'abolition du service de soins aux malades mentaux. Enfin, le 29 septembre 1976, devant l'Association des psychiatres du Québec, le ministre des Affaires sociales émet l'avis selon lequel la sectorisation est un modèle de gestion des ressources qu'on peut dissocier de l'approche communautaire en santé mentale, mais que la notion de prise en charge telle que préconisée par la sectorisation est incompatible avec la « liberté de choix, une caractéristique fondamentale de nos services de santé ».

Deux mois plus tard, le Parti Québécois prenait le pouvoir et nommait un cabinet ministériel comprenant trois médecins, dont deux psychiatres. Paradoxalement, les premiers gestes du Dr Lazure, psychiatre et nouveau ministre des Affaires sociales, militent en faveur de l'intégration, notamment par la Loi 9 (1977) qui, en créant l'Office des personnes handicapées, garantit à la fois les droits des personnes handicapées physiquement *et* mentalement.

À ce moment, les CRSSS, les DSC et les CLSC ont déjà des territoires (ou des populations désignées) tout autant que les secteurs, même s'il n'existe pas de correspondance entre les divers découpages. L'articulation organisationnelle permettant d'effectuer au niveau régional ce qu'effectuaient autrefois les psychiatres « coordonnateurs régionaux », sera donc confiée à des Commissions administratives régionales des services psychiatriques, tout en conservant au CRSSS dont elles relèvent le droit de veto sur les décisions qui « ne respectent pas les orientations et priorités fixées par le gouvernement au niveau provincial et celles définies par le CRSSS dans son plan régional » (Brunet, 1977).

De plus, un comité provincial de la psychiatrie est créé en mars 1977. Six des dix membres sont psychiatres : leur mandat principal est d'assurer la complémentarité et la coordination interrégionale et d'agir en tant que conseillers auprès du Ministre sur les besoins, les priorités et les ressources dans le domaine ainsi que sur les litiges surgissant entre les commissions administratives régionales et les CRSSS... Contrairement à l'époque de Bédard, les responsabilités n'échoient toutefois pas à des individus mais à des comités ou à des commissions.

Pour certains, la création de ce comité provincial consacre la mise en tutelle par les psychiatres des intervenants en santé mentale. De son côté, le nouveau Comité de la psychiatrie du Québec estime que le réseau intégré de la psychiatrie n'est pas complet, faute d'« une structure permanente et responsable afin d'assurer une permanence de programmes et de spécialistes attirés aux activités de la psychiatrie au sein du MAS » (Comité de la psychiatrie du Québec, 1977-78). Ce comité veut plus de pouvoir, plus de centralisation, n'hésitant pas à citer le rapport Bédard, signé par le Dr Lazure, pour réclamer en 1979 un « système parallèle intégré ». « Contrairement aux autres malades, le malade psychiatrique a besoin d'être protégé très souvent contre lui-même et pres-

que toujours contre les réflexes de la société. La psychiatrie a aussi besoin d'être protégée à l'intérieur de la médecine et les malades psychiatriques les plus atteints ont également besoin d'une protection particulière dont ils ne jouissent pas suffisamment à l'intérieur même du champ de la psychiatrie » (Comité de la psychiatrie du Québec, 1979).

Le comité fait volte-face sur le statut de la maladie mentale : contrairement au rapport Bédard, la maladie mentale n'est plus une maladie comme les autres.

De l'intégration des services à l'intégration des concepts

Afin de modifier le partage du pouvoir, on commence à vouloir changer les mots. On veut transformer le département de psychiatrie de l'hôpital en département de santé mentale, ayant le statut de département de santé communautaire, et dont le chef serait psychiatre. Celui-ci gèrerait toutes les ressources de son département. Ce modèle sera implanté à quelques endroits, notamment à l'Hôtel-Dieu de Lévis, par le Dr Bédard lui-même.

On crée au MAS, en septembre 1979, un service des programmes en santé mentale dont la direction est confiée au Dr Arthur Amyot, qui accomplira un travail technocratique de redéfinition gigantesque. Ce nouveau service a pour tâche de coordonner les commissions administratives régionales et de conseiller le Ministre et le Sous-ministre en matière de santé mentale : on lui demande de développer une articulation plus étroite avec le Comité de santé mentale, composé d'experts-conseils recrutés à l'extérieur de la fonction publique.

Entre-temps, les commissions administratives régionales participent à ce mouvement en préparant leur plan d'organisation, en questionnant les établissements, en compilant des statistiques, en créant les comités et en multipliant rencontres et documents de travail⁴. En d'autres mots, la plupart des commissions administratives connaîtront un ralentissement ou une stagnation.

De l'intégration des concepts à la rationalisation des services

La productivité organisationnelle se trouve également paralysée par les résistances aux changements qui se manifestent dans d'autres secteurs. À côté d'une commission administrative des services psychiatriques, il y a toujours au sein des CRSSS, d'autres commissions plus préoccupées à gérer les ressources qu'à gérer les besoins.

De nouveaux problèmes surgissent. Le statut des travailleurs sociaux et le rôle des CSS sont remis en cause par les établissements et par les psychiatres. Les psychologues, qui ont fait leur apparition dans le système de santé principalement à la suite du rapport Bédard, commencent à s'affirmer.

Dans le contexte de la régionalisation des services de santé, la répartition chroniquement inéquitable des psychiatres allait en effet favoriser deux groupes de relèvements: les paramédicaux, en quête d'autonomie, répartis de manière satisfaisante et qui avaient pu se multiplier davantage en périphérie, et les omnipraticiens, eux aussi assez bien répartis sur le territoire. Ces groupes allaient offrir de la résistance à la venue ultérieure de tout psychiatre désireux d'imposer son mode de gestion.

Si les difficultés engendrées par les conflits interprofessionnels avaient initialement favorisé l'ascendant des bureaucrates sur les professionnels, l'ampleur grandissante de ces conflits et le spectre de leur généralisation allaient ébranler cette mainmise et commencer à menacer toute possibilité de rationaliser les services.

À l'Hôpital Jean-Talon, les conflits sont constants et régulièrement rapportés dans la presse (Le Soleil, 11 février 1981). Au Centre hospitalier de Valleyfield, les psychologues ouvrent leur propre clinique au sein de l'hôpital, alors que les clients leur sont acheminés par les omnipraticiens. Dans cette forme de pratique, il n'y a plus de prise en charge d'une population, mais dispensation de services à ceux qu'on réfère, « s'il y a de la place ». L'équipe de secteur « démocratique » aura été le tremplin vers la déresponsabilisation à l'égard de la population. À l'Albert-Prévost, un psychiatre suspend une professionnelle à la suite d'un différend l'opposant à une résidente. L'équipe révoltée porte l'affaire jusqu'à la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Plusieurs conseils d'administration d'hôpitaux croient opportun de réaffirmer l'autorité légale du psychiatre; ce qui jette de l'huile sur le feu, comme ce fut aussi le cas à Amos ou à l'Institut Roland Saucier.

Aussi, les difficultés, non généralisées mais croissantes, rencontrées par des équipes multiprofessionnelles, difficultés qui se combinent aux effets de la crise économique, portent les rationalisateurs bureaucratiques à faire alliance avec les psychiatres, comme avec les médecins en général. Ainsi se sont manifestés des changements de style des directeurs

d'hôpitaux à l'égard des médecins. À titre d'exemple, à l'Hôpital Robert-Giffard, un directeur considéré comme anti-psychiatre, M. Léo-Paul Beausoleil, est remplacé par un autre, Réjean Cantin, qui amorce une participation des psychiatres aux activités de rationalisation bureaucratique de la direction générale.

Le développement des droits des « psychiatisés »

Le développement des droits des psychiatisés vient ajouter un élément de complexité à l'organisation des services, en plaçant le psychiatre dans une situation similaire à celle d'un gardien de prison⁵. De plus, il y a souvent conflit entre le respect des droits du malade et son retour à la santé.

Outre cette situation engendrée par la loi sur la protection du malade mental, des groupes de pression se forment pour défendre les droits des « psychiatisés ». En 1980, par exemple, des malades déjà traités en psychiatrie se regroupent dans l'Association québécoise des psychiatisés et des sympathisants (AQPS). L'AQPS devient plus agressive et prend en 1981 le nom d'Auto-Psy, dans « le but ... de créer un rapport de force avec les intervenants du réseau afin de changer les règles du pouvoir » (Guertin et Lecomte, 1983). Jusqu'à quel point ce groupe est-il représentatif des malades et va-t-il pouvoir demeurer critique à l'endroit d'un gouvernement qui le finance? Subventionné tacitement par des services du MAS et directement par Centraide, Auto-Psy entreprendra contre des psychiatres des poursuites judiciaires dont l'insuccès ne fera qu'accroître le temps perdu par ces psychiatres et éventuellement réduire l'attrait, déjà limité, des soins aux grands malades.

La crise et la responsabilité:

La santé mentale (?) dans la communauté (?)

Au cours des deux dernières décennies, le Québec est marqué par une contradiction entre les réformes de philosophie sociale-démocrate poursuivant des objectifs collectifs et le culte courant d'un « individualisme » (Bibeau, 1986) étant au service du productivisme capitaliste compétitif, dont la dénatalité et le taux de divorces sont peut-être des indices.

À cause de la fragmentation du tissu social, causée par l'individualisme d'une population qui, de plus, vieillit, la demande de services pour la résolution de problèmes psychologiques ou psychiatriques augmente: « ... bouleversement rapide des valeurs

familiales, sociales et culturelles; mutations technologiques soudaines et augmentation du chômage, particulièrement chez les jeunes; croissance accélérée des séparations et des divorces, avec son cortège d'instabilités et de conflits; écarts croissants des revenus et augmentation effarante du nombre d'individus et de familles vivant sous le seuil de la pauvreté; pollution multiforme de l'environnement, y compris celui du travail trop souvent stressant et abrutissant; vieillissement rapide d'une population qui consomme d'autant plus de soins qu'elle perd ses liens et ses objets, s'isole et s'appauvrit. Bien qu'on ne puisse encore le vérifier, la filiation entre ces divers facteurs sociaux et l'incidence des maladies mentales est évidente » (Laurin, 1986).

Toutefois, le spectre de la hausse spectaculaire des coûts de la santé consécutive à la hausse des besoins et dont on trouve l'illustration chez nos voisins du Sud, ne s'est finalement pas matérialisé au Canada et au Québec, en raison de facteurs tantôt reliés aux qualités du système et de ses gestionnaires (Bégin, 1983), tantôt à la limitation pure et simple de services.

Par ailleurs, à partir des années 70, la santé publique est devenue au Québec la santé communautaire (Rochon, 1976), la différence tenant à la participation de la population concernée à la mise en œuvre de programmes de santé.

La santé mentale communautaire et la désinstitutionnalisation, qu'on confond trop aisément, trouvent leur légitimité dans la croyance qu'« il est souhaitable que les individus vivent le plus possible indépendamment, assument une responsabilité et affichent un désir de s'adapter à la vie dans la communauté » (Mechanic, 1980). Mais cette révolution est parfois considérée incomplète, sinon comme une « abdication de responsabilité » (McKinley, 1982), parce que la responsabilité sociale se doit d'être présente là où la responsabilité individuelle fléchit à cause de la maladie. Cette responsabilisation postule que, pour toute maladie, le sujet ou sa communauté peut se prendre en charge. Cette capacité est postulée rapidement en matière de problèmes psychologiques ou psychiatriques sévères. Et bien qu'une réadaptation puisse améliorer cette capacité, souvent on déploie en matière de réadaptation un effort excessif (Bachrach et Lamb, 1982) qui est peut-être thérapeutique pour les intervenants, mais qui nuit parfois à la qualité de vie du grand malade (Bachrach, 1982). Sous les formes sévères, telle la

psychose schizophrénique, la maladie mentale se caractérise justement par une manière d'être qui est l'envers des capacités de responsabilisation de soi et de socialisation. Par ailleurs, la société elle-même n'a jamais été reconnue comme un milieu doté de qualités thérapeutiques spontanées ou d'un pouvoir de réhabilitation exceptionnel: c'est de cette constatation qu'est né l'asile au siècle dernier. Mais le lyrisme inspiré de Rousseau dont font preuve certains partisans de l'asile n'a été remplacé aujourd'hui que par une autre idéologie qui critique l'asile et le considère comme une « structure de l'oubli » (Vinet, 1975), sans intégrer dans sa vision les raisons de l'origine de l'asile. Jusqu'à quel point peut-on responsabiliser un grand schizophrène? Et quelle est sa communauté? Est-ce celle, probablement aussi malade, qui l'a élevé, celle où il se reconnaît ou encore celle où, comme « chronique » (avant tout diagnostic médical) il a migré, ou enfin, celle du secteur auquel la psychiatrie considère qu'il appartient du point de vue administratif? Une autre ambiguïté de la responsabilisation du malade, c'est l'éventuelle économie des coûts entraînée par la prestation de services par des non-professionnels, c'est-à-dire: 1) le bénévolat ou « statut d'exploitation économique des générosités individuelles; ... mentalité conforme à un type périmé de société » (Apollon, 1986); 2) la communauté, « réintroduisant ainsi dans l'univers non marchand le travail, en bonne partie féminin, qui avait intégré progressivement la sphère d'activité marchande à travers le salariat du réseau des établissements de santé » (Gaucher, 1985); 3) les ressources (humaines) alternatives ... aux ressources syndiquées; 4) l'alternative fréquente pour les hommes souffrant de troubles mentaux: la prison (Lefebvre, 1987).

La vérité est que la société tente sans doute de se donner bonne conscience en créant des structures destinées à la prise en charge, mais cherche aussi à faire oublier un phénomène qui lui résiste, la folie, qui sera toujours un élément perturbateur parce qu'elle est elle-même en partie refus ou oubli de la réalité physique et/ou sociale. Ce fait, par ailleurs, ne préjuge en rien de l'étiologie de la folie. Mais la société n'existe pour ses membres que par une pétition de principe qui fait qu'elle se rend responsable de tout ce qui survient ou qu'elle s'engage à agir, c'est-à-dire gérer. Dans ce contexte, la folie a une cause sociale et on doit mettre de l'avant une approche sociale de ce phénomène.

Souvent, la réponse clinique et organisationnelle à l'impuissance face à certaines formes de folie, c'est « la danse autour du psychotique » (Migneault, 1978), en costume du pays et/ou en costume d'époque. Les psychiatres sont, eux aussi, des gens de mode (Lemieux, 1975). Le grand dérangement (Vinet, 1975) qui, épisodiquement, transforme le costume des approches de la maladie mentale, a une intensité inversement proportionnelle à la solidité technologique du modèle, en raison de l'angoisse que suscite l'étrangeté de la folie (les formes sévères de maladies mentales) et notre impuissance partielle face à elle.

« Ces grands dérangements » traitent plus la motivation des intervenants que la folie elle-même. Si notre impuissance était totale, la conduite pratique serait plus simple. Avec l'impuissance partielle se pose la question : quelle est la meilleure allocation possible des ressources limitées, qui tienne compte à la fois d'une efficacité différenciée selon les pathologies et de l'équité (laquelle demeure difficile à opérationnaliser). Dès qu'une pathologie est contrôlable complètement, comme ce fut le cas de la neurosyphilis, elle sort du champ de la maladie mentale et de la psychiatrie, qui semblent toujours commencer là où s'arrêtent le seuil de tolérance d'une société et le seuil du savoir.

Jusqu'ici, l'allocation des ressources s'est faite au niveau des approches curatives. Ici, se pose la question du choix des ressources à financer. « Au cours des prochaines années, nous, payeurs de taxes, serons acculés à choisir entre ce qui est préférable et ce qui est supportable (...) » « (La première mesure supportable est de faire le meilleur usage des ressources existantes (...)) » « La seconde est de penser en termes de système équilibré de services » (Heseltine, 1983). Dans les faits, les ressources existantes demandent continuellement un réinvestissement. Doit-on investir dans l'entretien immobilier des hôpitaux psychiatriques ? Aménager ou recycler du béton existant est toujours dispendieux. Mais, à côté du béton physique, il y a le béton social qu'est le personnel. « La désinstitutionnalisation des patients doit aussi signifier la désinstitutionnalisation, la rééducation et la relocalisation du personnel dans des emplois équivalents en statut et en salaire » (Mars-hall, 1982)⁶.

Certains préconisent une déprofessionnalisation et la responsabilisation individuelle de l'individu souffrant de problèmes psychologiques (Beausoleil

et Godin, 1983). Si l'individu ne se comporte pas de manière responsable à cause de la nature même de ses problèmes psychologiques, comment le responsabiliser ? On en arrive au mythe de la maladie mentale (Szasz, 1961). A ce sujet, la directrice d'une structure intermédiaire décrit ainsi la période ayant précédé l'ouverture de son programme (entre 1978 et 1981) : « Quant aux ressources alternatives, elles se situaient souvent dans un mouvement de contestation de toute forme de professionnalisme. Le problème posé par ce type de choix est la nécessité de recourir quand même aux structures hospitalières lorsque les gens en difficulté ont besoin d'une aide plus intensive ... Lors de la dernière assemblée annuelle du regroupement des alternatives du Québec, tenue à Montréal en octobre 1985, bon nombre de groupes, au moment des discussions, s'avouaient démobilisés par les problèmes posés par le soutien des psychotiques dans la communauté, ceux-ci ayant souvent des problèmes trop complexes pour être accompagnés dans leur type de ressources » (Berge-ron, 1986). La « formation » sur le tas est donc difficile à réaliser.

Dans une enquête menée par le ministère des Affaires sociales auprès d'un échantillon de 1 200 québécois (Melanson-Ouellet et Pronovost, 1981), on découvre trois faits importants : 1) il n'y a pas de correspondance exacte entre la conception psychiatrique du champ de la maladie mentale et la conception populaire de ce même champ ; 2) un rôle majeur est attribué au médecin de famille ; 3) lorsqu'interrogés à savoir s'ils inviteraient une personne physiquement ou mentalement handicapée pour une visite ou pour un repas, 80 % des répondants ont dit non ; « on peut se demander au sujet des 20 % qui ont dit oui si leur réponse serait la même en présence de cet invité s'apprêtant à manger » (Boudreau, 1986).

« Le médecin de famille constitue aussi une ressource et un intervenant plus naturel que le psychiatre auprès de la communauté... 50 à 60 % des soins mentaux sont assurés par des médecins omnipraticiens »... (Aird, 1982). De fait, 73 % des omnipraticiens facturent l'acte de psychothérapie à la RAMQ (Kovess et al., 1983 ; Kovess et Murphy, 1983).

Les CLSC paraissent particulièrement indiqués pour offrir des services globaux et continus sur leur territoire bien circonscrit. Mais on note de la « crainte de la part des CLSC, la peur de s'engouffrer dans ce dossier (gouffre sans fond) ... d'une clientèle trop

lourde » (Fédération des CLSC, 1984). « Une façon concrète d'aider et d'obliger les intervenants professionnels en santé mentale/psychiatrie à s'attacher aux réalités sociales et aux dynamismes sains d'une population, c'est de travailler le plus possible là où les gens se réfugient ou s'adressent en situation de difficultés psychosociales : l'intégration physique aux CLSC et autres ressources du milieu nous paraît un pas (modeste, mais concret) en ce sens. La fréquentation des milieux communautaires est bénéfique au psychiatre lui-même » (Migneault, 1986).

Conclusion

Il faut reconnaître certaines constantes dans l'histoire de la prise en charge de la folie :

1. L'oscillation entre des lieux communs à tous les malades et des lieux distincts pour les malades mentaux, les premiers étant sans doute moins stigmatisants.
2. D'épisodiques coups de balai professionnels, parfois coûteux, qui, après coup, semblent plus utiles aux soignants qu'aux soignés. On associe parfois des formules magiques à ces coups de balai. Ainsi, le Centre hospitalier Robert-Giffard a changé quatre fois de nom et le Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, trois fois.
3. Des fluctuations fréquentes quant à l'importance des structures et des intervenants non professionnels (religieux, bénévoles, familles et autres).
4. Un modèle bio-psycho-social de l'étiologie des maladies mentales dont les parties sont cependant devenues, avec le temps, paradigmatiquement plus étanches. Ainsi, malgré ses neuf ans de formation, dont quatre ans sont consacrées à la psychiatrie, et qui comprend la formation pratique à diverses psychothérapies, le psychiatre est ramené à la dimension biologique, l'omnipraticien l'est davantage encore, malgré le nouveau modèle de la maladie (Engels, 1986). Les psychologues ont des points de vue étanches (ils sont behavioristes, ou expérientiels ou psychodynamiciens). Les travailleurs sociaux se distinguent en gérants de cas ou en agents de changement social. Et surtout, nul ne peut choisir son équipe.
5. L'oscillation entre la tolérance et l'intolérance à l'intérieur et à l'extérieur des murs des organismes intervenant dans la prise en charge de la folie, l'une et l'autre aussi néfastes lorsqu'excessives.
6. Le désir de camoufler l'horreur inspirée par la folie, tantôt dans la « communauté », et le scandale associé à la prise de conscience des comportements qui dérivent de ce désir.
7. Le déplacement de cette horreur du « fou » sur ceux qui s'en occupent comme pour les en rendre responsables.

Depuis le siècle dernier, le concept de folie s'est muté en celui de troubles de la santé mentale, en passant par celui de maladie mentale. Les explications des troubles mentaux comportent, depuis lors, des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles. Mais ces dernières, aujourd'hui, sont généralement intégrées dans des paradigmes dont l'étanchéité conceptuelle n'a d'égale que la mollesse technologique du domaine. Ce contexte rend difficile la collaboration entre ceux qui, souvent formés dans l'optique d'un seul paradigme, s'occupent des problèmes de santé mentale. Pour sa part, la population préfère avoir affaire à un omnipraticien pour le traitement d'un problème de santé mentale (Melanson-Ouellet, 1981). Encore faudrait-il prévoir pour eux et pour la première ligne, une entreprise de transfert technologique.

Il n'y a plus de lieu spécifique devant assumer la responsabilité des problèmes de santé mentale : hôpital psychiatrique avoisinant un métro ou un centre commercial, département de psychiatrie de l'hôpital général, CLSC, polyclinique, maison de chambres du centre-ville, foyer ou famille d'accueil situé plus ou moins en milieu urbain, ressource communautaire intermédiaire, etc. La désinstitutionnalisation, au sens de la diminution de patients hospitalisés, existe depuis les années 50. Il semble bien malgré tout que, dans le cas des grands malades, on ait fait de la transinstitutionnalisation et déplacé le lieu du prévisible réseau social des grands hôpitaux psychiatriques (principalement un réseau de soignés), à un lieu moins prévisible dans la « communauté », qui est un réseau constitué tantôt de bénéficiaires, tantôt de clochards, en quête de charité et/ou en situation d'exploitation. De plus, comme illustration du progrès indéniable, *malgré l'esprit critique que nous devons conserver*, l'espace vital du malade mental et son accès au luxe ont été accrus au cours du temps tandis que les différences entre soignés, soignants et familles ont décrié à plusieurs titres, comme celui du vêtement, où se marque encore ailleurs en médecine, la distance du soigné et du soignant. Mais l'écart psychologique et l'écart social ont-ils été réduits ?

La société oscille entre l'improbable responsabilisation individuelle du porteur de problèmes mentaux et la responsabilité publique des soins à son égard, qu'elle a du mal à articuler (par exemple, à travers la sectorisation) et dont elle redoute le coût. Quand elle accepte cette responsabilité, la société oscille entre différents modèles de responsabilité sociétale. Celle-ci doit, croyons-nous, pour être efficace, reposer sur une hiérarchie d'individus personnellement responsables (à la manière de la DPJ).

Entre les professionnels et les non-professionnels destinés à accompagner la personne affligée de troubles psychiques, a-t-on vraiment à choisir, comme le suggèrent certains ténors d'aujourd'hui? L'histoire ne fournit pas de réponse précise, si ce n'est que les familles ont souvent été considérées comme pathogènes et que les religieuses constituent un exemple de personnes à prédominance non professionnelle dont la charité fut jugée comme plutôt maladroite en maintes occasions. Le sage Dorvil (1987) souligne néanmoins que le simple travailleur, sans doute bien guidé, peut jouer un rôle majeur dans la réinsertion sociale des malades mentaux. Cependant il faut mentionner que tout soutien à des ressources dites communautaires risque d'entraîner à moyen terme leur récupération.

Enfin, non seulement la faiblesse technologique du domaine de la santé mentale mais aussi la folie, pôle extrême de la détresse psychologique, réputée habile pour hanter le moi divisé, continuent de diviser entre eux les humains qui en prennent charge. Tant et si bien qu'on ne doit pas s'étonner des divisions caractéristiques passées et futures des opinions et des orientations des milieux institutionnels et des groupes d'intérêt qui interviennent actuellement, ou pourront ou voudront intervenir dans le domaine de la santé mentale.

Dans le cas des problèmes psychiques sévères, on a pu distinguer, à travers l'histoire, trois dimensions: 1) la prise en charge publique *juridique* de la protection du malade et de son environnement, comme ce fut jadis le cas des approches publiques de pathologies contagieuses (lèpre, tuberculose); 2) la prise en charge *sociale* (du suivi) du malade, dont la responsabilité peut, par exemple, être répartie entre les membres complémentaires d'une équipe soignante, mais sous la responsabilité ultime du médecin, dans le contexte de la législation actuelle.

Une vraie politique de santé mentale doit déborder l'organisation des services et proposer d'agir sur

les facteurs de risque. À titre d'exemples, l'alcoolisme et les toxicomanies, de même que les grossesses non désirées qui transforment en problèmes l'attachement futur parents-enfant. L'image violente de l'identité masculine et le chômage endémique de certaines populations constituent des problèmes types de santé mentale publique. Enfin, le grand âge, important dans notre population vieillissante, est un sérieux facteur de risque, surtout pour la dépression⁷.

Ce qu'il ne faut pas espérer d'une politique de santé mentale, c'est de la voir dispenser le rôle qu'à la société de donner un sens à la souffrance, à la mort, aux inégalités inéluctables (comme les incapacités) et au dévouement. La manière dont la société s'acquitte de ce rôle a un impact sur la vulnérabilité des individus aux stress sociaux, et sur les modes de prise en charge sociale de la détresse psychologique.

NOTES

1. Ce texte est une version abrégée et remaniée d'un document de travail soumis au Comité de la politique de santé mentale et dont la version intégrale sera publiée dans les Cahiers de recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. L'auteur tient à remercier Madame Dominique Gaucher pour l'aide apportée à l'édition finale de la version présentée ici.
2. On trouvera une rétrospective détaillée des périodes pré-asilaire, de l'âge d'or et de l'âge noir des asiles dans la version intégrale du texte.
3. Document non daté adressé au personnel de l'Hôpital St-Michel Archange.
4. Concertation, coordination, articulation: tels sont les mots-clés. On parle de définitions de la santé mentale, on dessine le système idéal complet, on parle d'objectifs, de critères d'évaluation et de coûts, de traitement et de prévention, d'urgence, d'hospitalisation, de ressources alternatives et de suivi; on distingue les services qui existent de fait, officiellement, officieusement ou pas du tout... Mais, devant une enveloppe de développement très peu garnie, sinon vide, il faut procéder par réallocation de ressources (Boudreau, 1984, 201).
5. Dans la situation actuelle, les psychiatres peuvent être obligés de garder un individu contre son gré pour le protéger ou pour protéger autrui, sans toutefois être autorisés à lui fournir des traitements si le malade refuse cette autorisation et que son état n'est pas assez critique pour que l'on décide de passer outre à son désir.
6. Les syndicats (CSC, FTQ, OIIQ, FSPIQ et CEQ) tant en Ontario qu'au Québec, parlent le même langage en 1985, réclamant un « moratoire » à la sous-commission parlementaire sur cette question. Certains parents tiennent un langage semblable (Boudreau, 1986).
7. Ainsi, à titre d'exemple, alors que la dépression est plus fréquente chez la femme qui, par ailleurs, finit sa vie seule, et vit en moyenne dix ans de plus que l'homme, ce dernier est le champion des troubles psychiques: troubles d'apprentissage et de comportement à l'école, perversion, toxicomanie, suicides réussis, suicides voilés sous forme d'accidents, violence, schizophrénie.

RÉFÉRENCES

- Aird, G., 1982, La mort d'une illusion : la psychiatrie communautaire, *Santé mentale au Québec*, VII, no. 1, 116-121.
- Apollon, W., 1986, Pour une politique en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 75-104.
- Aucoin, L., et al., 1984, *Rapport de la Commission d'enquête sur la qualité de l'administration et du fonctionnement de l'Hôpital Louis-Hypolite Lafontaine*, Gouvernement du Québec.
- Bachrach, L.L., 1982, Assessment of outcomes in community support systems : results, problems and limitations, *Schizophrenia Bulletin*, 8, no. 1, 39-61.
- Bachrach, L.L., Lamb, H.R., 1982, Conceptual issues in the evaluation of the deinstitutionalization movement in Stahler, G.J., Tash, W.R., eds, *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*, Academic Press, New York, 159-161.
- Beausoleil, L.P., Godin, M., 1983, *Réflexion critique et prospective de la santé mentale au Québec*, document remis au ministère des Affaires sociales en mars.
- Bédard, D., Lazure, D., Roberts, C.A., 1962, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Ministère de la Santé du Québec, mars.
- Bédard, D., Lazure, D., Roberts, C.A., 1965, *Recent Developments in Psychiatry in the Province of Quebec (Canada)*, Conférence annuelle de l'American Psychiatric Association, New York, mai.
- Bégin, C., 1983, L'évolution du système de santé au Québec, 1973-1983, *Administration hospitalière et sociale*, 29, no. 5, 17-22.
- Bégin, C., Vinet, A., 1974, *Une approche systémique pour l'étude des modèles de dispensation des services de santé mentale du Québec*, mars.
- Bergeron, D., Cantin, L., 1986, Pour une nouvelle approche de la psychose : le 388, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 149-172.
- Bibeau, C., 1986, Le facteur humain en politique : application au domaine de la santé mentale, *Santé mentale au Québec*, IX, no. 1, 14-41.
- Boudreau, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale*, Les éditions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal.
- Boudreau, F., 1986, *Mental Health - A New Policy? The 1980's and The Challenge of Sanity in Quebec and Ontario*, communication à la Canadian Sociology and Anthropology Association, Winnipeg, juin.
- Bowlby, J., 1988, Developmental psychiatry comes of age, *American Journal of Psychiatry*, 145, no. 1, 1-10.
- Brill, H., Palton, R.E., 1969, Clinical statistical analysis of population changes in New York, State mental hospitals since introduction of psychotropic drugs, *American Journal of Psychiatry*, 119, 20-35.
- Brunet, J., 1977, *Décentralisation et organisation des services psychiatriques de courte et de longue durée*, circulaire expédiée aux directeurs généraux des CRSSS, des CH et des CA pour mésadaptés sociaux, le 23 mars.
- Cahn, C.H., 1981, *Hôpital Douglas, 100 ans d'histoire et de progrès*, Montréal, Hôpital Douglas.
- Comité de la psychiatrie du Québec, 1977-78, *Premier rapport annuel*, M.A.S., Gouvernement du Québec.
- Comité de la psychiatrie du Québec, 1979, *Situation de la psychiatrie au Québec*, M.A.S., Gouvernement du Québec.
- Comité de la santé mentale du Québec, *L'organisation des services de soins psychiatriques*, ministère des Affaires sociales, gouvernement du Québec.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970, *Rapport vol. IV, tome 2*, Editeur officiel, Gouvernement du Québec.
- Côté, R., 1966, *L'hôpital psychiatrique : une culture asilaire ou un milieu thérapeutique*, thèse de maîtrise en sociologie, Université Laval, décembre.
- Dorvil, H., 1987, La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 55-65.
- Ebaugh, F.G., 1974, *The Care of The Psychiatric Patient in General Hospital*, American Hospital Association, Chicago.
- Engels, G.L., 1986, The need for a new medical model : a challenge for medicine, *Science*, 196, 129-136.
- Fédération des CLSC, 1984, *Compte rendu du colloque intitulé Partage d'expériences en santé mentale*, Montréal, décembre, 174-203.
- Fortier, M., 1966, *L'administration de l'asile à l'hôpital psychiatrique*, thèse de maîtrise en sociologie, Université Laval, décembre.
- Foucault, M., 1960, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris.
- Gaucher, D., 1985, L'organisation des services en santé mentale au Québec : tendances actuelles, *Sociologie et Sociétés*, XVII, no. 1, 41-49.
- Greenhill, M.H., 1979, Psychiatric units in general hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 30, no. 2, 169-182.
- Groupe de travail sur la distribution des services en santé mentale dans la région de Québec et particulièrement sur l'orientation de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, 1973, *Etude de l'organisation du mode de distribution des services en santé mentale dans la région administrative no 3*, Gouvernement du Québec, ministère des Affaires sociales, mars.
- Guertin, M., Lecomte, Y., 1983, Editorial sur les structures intermédiaires ou alternatives, *Santé mentale au Québec*, VIII, no. 1, 4-6.
- Heseltine, G.F., 1982, *Blueprint for Change : the Next Ten Years*, rapport intérimaire, Ontario Mental Health Policy and Planning.
- Hurtubise, G., 1974, *Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Cahier du Québec.
- Kanno, C., Scheidemandel, J., 1979, *Psychiatric Treatment in the Community : A National Survey of General Hospital Psychiatry Hospital*, Joint information service, Washington D.C.
- Kovess, V. et al., 1983, *Evaluation de la pratique des équipes en psychiatrie communautaire*, Centre psychiatrique communautaire Douglas, Montréal.
- Kovess, V., Murphy, H.B.M., 1983, Philosophie communautaire, *Santé mentale au Canada*, 31, 2-7.
- Lajoie, R., 1976, *Commentaires sur l'organisation de la distribution des services psychiatriques à l'intérieur*

- d'un réseau intégré de soins médicaux et de services sociaux, 16 juin 1976, à l'attention de M. Réjean Cantin, directeur des établissements de santé et de M. Charles Chamard, sous-ministre adjoint à la programmation.
- Lande, H.R., 1979, Roots of neglect of the long-term mentally ill, *Psychiatry*, 42, 201-207.
- Laurin, C., 1986, La maladie mentale: un défi à notre conscience collective, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 105-116.
- Lefebvre, Y., 1987, Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 5-14.
- Lehman, H., 1972, *Addresses on the opening of the Entry Court of Douglas Hospital*, Montréal (S.C.), 5.
- Lemieux, M., 1975, *How we Have Sold our Soul Twice*, comité d'éducation du Centre psychiatrique communautaire.
- Le Soleil*, 11 février 1981.
- Marshall, J.M., 1982, *An Indictment of the Mental Health Care System in Ontario*, à partir d'une enquête publique commandée par l'Ontario Public Service Employee's Union, Toronto, OPSEU.
- McKinley, J., 1982, Politics and health care, *Milbank Reader* 6, Cambridge, Mass., M.I.T. Press.
- Mechanic, D., 1980, *Mental Health and Social Policy*, Prentice Hall Inc., 2e édition.
- Melanson-Ouellet, A., Pronovost, L., 1981, Etude sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec, *Santé mentale au Québec*, VI, no. 2, 79-88.
- Migneault, P., 1978, La révolution tranquille et la révolution psychiatrique au Québec, *Revue Réseau*, numéro spécial no. 1, publiée par le Centre hospitalier Robert-Giffard.
- Migneault, P., 1986, Pratique hospitalière de secteur et fréquentation des milieux alternatifs en santé mentale: leçons et pièges, *Transitions*, no. 22, 136-152.
- Murphy, H.B., 1986, Foster homes: The new back wards, *Canada's Mental Health*, 20, (supplement), 1-17.
- Pagé, J.-C., 1961, *Les fous crient au secours*, Ed. du Jour, Montréal.
- Perrow, C., 1965, Hospital, technology, structure and goals in March, J.G., ed., *Handbook of Organizations*, Rand McNally and Co., Chicago.
- Raymond, L.M., 1966, *Quelques aperçus sur une réforme des services psychiatriques*, Editions Pichon et Durand-Auzias, Paris.
- Rochon, J., 1976, La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux, *L'Annuaire du Québec*, 470-476.
- Szasz, T.S., 1961, *The Myth of Mental Illness*, Paul B. Hoeber Inc., New York.
- Tourney, G., 1967, Therapeutics fashions in psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 124, no. 6, 93-104.
- Vinet, A., 1975, La vie quotidienne dans un asile québécois, *Recherches sociographiques*, XVI, 85-113.
- Wallot, H., 1986, *Intégration et bureaucratie professionnelle: le cas des psychiatres et des omnipraticiens à l'hôpital général et à l'hôpital psychiatrique*, thèse de Ph.D. en sciences de l'administration, Université Laval, Québec.
- Warren, C., A.B., 1981, New forms of social control. The myth of deinstitutionalization, *American Behavioral Scientist*, 24, no. 6, 724-740.

SUMMARY

One of the ways of finding out where we are going consists of asking ourselves where do we come from. Here the author uses a historical approach to give an overview of the problem of insanity in Québec. The author discusses how people view insanity, its causes and treatments and the characteristics of the organizations (actors, values, knowledge, human and financial resources) that have met its challenge. The author describes two periods: the period of bureaucratic rationalization (the Bédard and Castonguay-Nepveu reports) and the period of community responsibility.

Rather than presenting anecdotes, the author concentrates on raising a number of questions that can help unravel the debate on forming a policy on mental health.