

## Minorités linguistiques et société Linguistic Minorities and Society



### *To be* ou ne pas être La donnée linguistique dans les services de santé mentale du Nord-Est ontarien (1950-2010)

Marie LeBel et Catherine Rheault

Santé mentale des jeunes des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada : l'état des lieux  
Youth Mental Health in Official Language Minority Communities (OLMCs) in Canada: Situation Analysis  
Numéro 9, 2018

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1043494ar>  
DOI : <https://doi.org/10.7202/1043494ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

#### Éditeur(s)

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

#### ISSN

1927-8632 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

#### Citer cet article

LeBel, M. & Rheault, C. (2018). *To be* ou ne pas être : la donnée linguistique dans les services de santé mentale du Nord-Est ontarien (1950-2010). *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (9), 16-35.  
<https://doi.org/10.7202/1043494ar>

#### Résumé de l'article

Des hôpitaux psychiatriques ont été fermés assez récemment – à la fin des années 1970 et même au début des années 1980 – dans toutes les régions rurales de l'Ontario. Le cas particulier du Northeastern Psychiatric Hospital de Timmins, qui offrait des services en français, a inspiré la présente étude. Ce centre a été fermé brusquement et sans préavis en 1976 et le processus de désinstitutionnalisation ne s'est pas accompagné, dans sa dernière phase, de l'établissement de nouvelles structures d'accueil et de soins adaptées pour remplacer les anciennes. Nous nous sommes demandé si une telle fermeture, faite sans préavis et sans qu'aient été mis en place des services communautaires de remplacement, était survenue ailleurs dans la province. On aura compris que la question linguistique, la situation périphérique des communautés et la triple stigmatisation des sujets de l'étude (langue minoritaire, santé mentale et situation en périphérie des centres) sont autant d'éléments qui participent à la problématique. Cet article puise à de nombreux entretiens effectués auprès de fournisseurs de soins, d'infirmières, de conseillers, de psychologues et de travailleurs sociaux qui ont travaillé dans les services de santé mentale de la région entre les années 1960 et aujourd'hui.

## ***To be or not to be :* la donnée linguistique dans les services de santé mentale du Nord-Est ontarien (1950-2010)**

**Marie LeBel**

*Université de Hearst*

**Catherine Rheault**

*Université d'Ottawa*

### **Résumé**

Des hôpitaux psychiatriques ont été fermés assez récemment – à la fin des années 1970 et même au début des années 1980 – dans toutes les régions rurales de l'Ontario. Le cas particulier du Northeastern Psychiatric Hospital de Timmins, qui offrait des services en français, a inspiré la présente étude. Ce centre a été fermé brusquement et sans préavis en 1976 et le processus de désinstitutionnalisation ne s'est pas accompagné, dans sa dernière phase, de l'établissement de nouvelles structures d'accueil et de soins adaptées pour remplacer les anciennes. Nous nous sommes demandé si une telle fermeture, faite sans préavis et sans qu'aient été mis en place des services communautaires de remplacement, était survenue ailleurs dans la province. On aura compris que la question linguistique, la situation périphérique des communautés et la triple stigmatisation des sujets de l'étude (langue minoritaire, santé mentale et situation en périphérie des centres) sont autant d'éléments qui participent à la problématique. Cet article puise à de nombreux entretiens effectués auprès de fournisseurs de soins, d'infirmières, de conseillers, de psychologues et de travailleurs sociaux qui ont travaillé dans les services de santé mentale de la région entre les années 1960 et aujourd'hui.

### **Abstract**

In all rural areas of Ontario, psychiatric hospitals have been closed fairly recently—between the late 1970s and early 1980s. One case in particular, that of the Northeastern Psychiatric Hospital in Timmins, an institution that offered services in French, inspired this study. The hospital was shut down suddenly and without warning in 1976, and—in its last phase—the deinstitutionalization process did not include the establishment of new, appropriate reception and care facilities to replace the old ones. We wondered if the same situation occurred elsewhere in the province. Language, the peripheral location of the communities, and the triple stigma of the study subjects (minority language, mental health and living in peripheral areas) are all of interest here. The present article draws from several interviews with caregivers, nurses, counsellors, psychologists and social workers who worked in the field of mental health services in northeastern Ontario from the 1960s to the present day.

C'est à l'intérieur d'une recherche nationale – « Déshospitalisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale : regards croisés Ontario-Québec, 1950-2012<sup>1</sup> » – portant sur les lendemains de la désinstitutionnalisation psychiatrique dans des communautés de langue officielle en situation minoritaire que nous avons été amenées à dresser un portrait socio-historique des soins et des services offerts aux francophones du Nord-Est ontarien de 1950 à 2010. La perspective socio-historique nous est apparue intéressante en ce qu'elle propose de contribuer à la construction d'une trame historique des soins de santé mentale depuis la désinstitutionnalisation psychiatrique. Elle contribue aussi à la compréhension d'un phénomène sociétal qui engage des institutions, des familles, des parcours individuels, des initiatives communautaires, des politiques, des pratiques et les interdépendances obligées qui existent entre ces éléments. La socio-histoire invite à saisir la part jouée par différents acteurs dans le phénomène étudié, leur action ou leur désaffection. En outre, quand il s'agit d'étudier la place de la donnée linguistique dans le contexte de la désinstitutionnalisation, une telle approche qui tient compte des enjeux entre l'individuel et le collectif est essentielle. En ce sens, cet article aborde les formes qu'ont pu prendre les services de santé mentale en contexte francophone minoritaire et en contexte périphérique. On y entrevoit le rôle joué par les acteurs communautaires, les limites de leur action pour ce qui est de la prise en compte de la donnée linguistique dans le contexte hospitalier. Le titre, qui mélange d'ailleurs l'anglais et le français dans une formule littéraire célèbre, suggère qu'en milieu hospitalier nord-ontarien c'est la langue anglaise qui a encore la primauté alors que pour les soins de première ligne, sur le terrain et dans les milieux communautaires, il y a une plus grande sensibilité à la langue des patients francophones.

La zone étudiée correspond à la portion septentrionale de l'Ontario. Elle inclut les villes de Timmins, Cochrane, Hearst, Kapuskasing et celles qui se situent le long du corridor le plus au nord de la route 11, une section de la route Transcanadienne. Pendant une grande partie de la période sur laquelle se penche notre projet de recherche relatif aux services et soins en santé mentale offerts dans cette région, au moins 30 % des francophones en Ontario y résidaient. Aujourd'hui encore, les communautés du Nord-Est regroupent une proportion considérable des quelque 611 500 francophones de l'Ontario (Commissariat aux affaires en français, 2013)<sup>2</sup>. Par extension, nous avons inclus dans la cueillette de données les centres hospitaliers de Sudbury et de North Bay, qui ont joué un rôle d'hôpitaux d'aiguillage en termes de soins de santé mentale.

- 
1. Financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, cette recherche interdisciplinaire a inclus des chercheurs du Québec et de l'Ontario qui ont cerné les enjeux linguistiques, mais non exclusivement, des soins et services en santé mentale offerts en contexte minoritaire aux lendemains de la désinstitutionnalisation psychiatrique.
  2. Ce nombre est celui cité par l'Office des affaires francophones de l'Ontario en se référant au recensement canadien de 2011. Il faut quand même préciser que selon les périodes le nombre de francophones répartis dans les différentes régions de l'Ontario varie (Commissariat aux affaires en français, Assemblée législative de l'Ontario, 2013, en ligne).

Le lecteur remarquera que la question linguistique, la situation périphérique des collectivités et la double stigmatisation des sujets de l'étude – langue minoritaire et santé mentale – sont autant d'éléments qui participent de la problématique abordée dans cet article et qui sont centraux dans l'interprétation des données recueillies. Nous avons ainsi cherché à entrevoir, toujours en tenant compte des dimensions linguistiques et culturelles, les formes qu'ont prises en région les soins en santé mentale alors que s'imposait, par ailleurs, la remise en question du modèle asilaire. Les données amassées révèlent les continuités et les ruptures vis-à-vis des repères qu'avaient longtemps été certaines institutions, en particulier l'hôpital et les médecins. L'article rapporte en outre les paroles de témoins qui rendent compte de la perception qu'ils ont eue du processus de désinstitutionnalisation et des ajustements que celui-ci a entraînés dans les soins et la manière de dispenser ces soins. Ces paroles d'infirmières psychiatriques, de médecins, de psychologues, d'administrateurs et autres intervenants confirment que la situation périphérique de la région et le statut minoritaire des patients francophones ont posé, et posent peut-être encore, des défis particuliers tant aux intervenants qu'aux patients eux-mêmes.

## Profil du corpus de la recherche

Nous proposons un court survol de ce qui s'est fait au Canada dans ce domaine afin de situer nos propres travaux. Les précurseurs de ce champ d'études au Québec sont notamment les sociologues Françoise Boudreau (1984) et Henri Dorvil (1988, 2005) et le psychiatre Hubert Wallot (1998, 2005). Empruntant aux analyses anti-institutionnelles, ils se sont largement intéressés au mythe de l'asile « curatif ». Cette approche considère l'asile comme lieu de régulation sociale, d'abandon et de déshumanisation. Nous nous sommes référées aux travaux plus récents d'André Cellard et Marie-Claude Thifault (2014) sur les mondes asilaires québécois et canadien parce qu'ils invitent à puiser aux sources hospitalières comme aux récits fournis par les soignants. La dimension linguistique à l'intérieur du processus de désinstitutionnalisation et le sort des francophones et des anglophones vivant en situation minoritaire et des usagers des centres de soins ou d'intervention en santé mentale demeurent à découvrir, c'est là notre contribution. Parmi les recherches qui ont guidé ce projet, celles de Sealy et Whitehead (2004) montrent les rythmes inégaux de la désinstitutionnalisation selon les cas. Enfin, on ne peut passer sous silence les travaux d'Erika Dyck (2011) qui, se penchant sur l'usage des drogues et sur les thérapies dans et hors les institutions, présentent l'univers psychiatriques des Prairies et la prise en compte des facteurs régionaux et culturels dans l'évaluation de la portée réelle de la désinstitutionnalisation. Autant de perspectives étoffant notre démarche. Celle-ci se veut empirique et subjectiviste<sup>3</sup> et elle entend étudier la compréhension qu'ont les acteurs du terrain, selon les moments de la période étudiée,

---

3. Pour mieux connaître une approche similaire, voir Dorvil et Mayer (2001).

des soins et des services, de la conjoncture ou de leur situation comme intervenants. Cette démarche n'excluant pas la description matérielle des conditions du phénomène chez les francophones du nord de l'Ontario, nous comptons recourir à des sources primaires de type archivistique comme point de départ de la recherche. Toutefois, les difficultés à accéder à ces archives, parce qu'elles étaient inaccessibles ou disparues, nous ont amenées à réaliser des entretiens semi-directifs auprès d'intervenants du milieu de la santé et, ensuite, à puiser dans les documents d'archives hospitalières que nous avons pu obtenir. Le corpus recueilli et analysé a compté 58 entretiens de 60 à 180 minutes menés auprès d'autant d'intervenants en santé mentale de la région – infirmières, médecins, médecins psychiatres, travailleurs sociaux, gestionnaires, psychologues, thérapeutes – qui ont œuvré en santé mentale auprès de patients francophones de la région à différents moments de la période étudiée. Une fois les entretiens transcrits, les informations pertinentes<sup>4</sup> ont été entrées dans la base de données Filemaker, laquelle a facilité le traitement et l'analyse par thèmes, par récurrence, par mots clés, par dates, etc. Quant aux archives médicales, nous avons eu accès à 49 sommaires d'admission provenant d'un hôpital général de la région et révélant les diagnostics et les parcours transinstitutionnels d'autant de patients francophones qui avaient été aux prises avec des problèmes répétés de santé mentale. Nous avons pu voir les itinéraires empruntés par des patients à l'intérieur des services hospitaliers sur des périodes allant de 20 à 40 années entre 1957 et 2010. Nous détenons un certificat d'approbation éthique, et toutes les données tirées des archives et des entretiens ont été dénominalisées. Nous avons enfin retenu de l'information provenant d'articles de presse, de pages Web d'établissements et de rapports de juges à la Cour provinciale sur les cas impliquant des ex-psychiatrisés francophones. Ce dernier ensemble de documents informe sur les fondations et les fermetures de services, la mission des centres, etc<sup>5</sup>.

## Définition des concepts et mise en contexte pour le Nord-Est ontarien

La désinstitutionnalisation est un processus qui ne se limite ni à une période ni à un lieu mais qui survient avec l'affirmation des droits et libertés individuels dans les sociétés occidentales. En ce qui a trait au schéma qu'aurait suivi la désinstitutionnalisation, Dorvil, Guttman, Ricard et Villeneuve ont de leur côté décrit un processus qui se serait enclenché

4. Nous avons retenu, selon une grille d'analyse préalable, des informations touchant, notamment, aux parcours, aux diagnostics, à la langue de service, aux fondations ou aux fermetures de centres, à la provenance des patients, etc.

5. Le lecteur qui souhaiterait plus d'information sur le corpus fouillé et sur les méthodes d'analyse retenues consultera LeBel et Dallaire-Blais (2016) et LeBel (sous presse). Nous y abordons des défis méthodologiques que les chercheurs en sciences sociales peuvent rencontrer, plus précisément en ce qui a trait à la collecte de données. Dans le cas de cette recherche sur la déshospitalisation psychiatrique et les soins de santé mentale chez les francophones du nord de l'Ontario de 1950 à 2010, les défis méthodologiques liés à la collecte de données ont forcé les chercheuses à opter pour des outils de collecte complémentaires aux archives hospitalières et à se tourner vers les entretiens pour remédier au manque d'archives ou à leur inaccessibilité; elles ont ainsi bénéficié de témoignages inédits d'individus ayant travaillé quotidiennement sur le terrain auprès des patients.

entre 1950 et 1970 et qui se serait modulé en trois temps plus ou moins précis (Dorvil, Guttman, Ricard et Villeneuve, 1997). Nous pensons qu'il est utile de reprendre succinctement ici cette description parce qu'elle a au départ guidé notre approche. Dans un premier temps, on ouvre les portes des établissements asilaires pour en laisser sortir des patients. Ce phénomène est, de manière générale, précédé d'une diminution du nombre de lits dans les établissements visés. L'objectif de cette « déshospitalisation » est d'éviter la réadmission. Le deuxième temps correspondrait, quant à eux, à une non-institutionnalisation, c'est-à-dire une étape marquée par un refus des autorités médicales de diriger les patients vers des hôpitaux psychiatriques. Le cas échéant, les durées de séjour sont plus courtes que précédemment. On verra que nos entretiens témoignent d'un tel moment. Le troisième temps donnerait lieu à une réorganisation du système de soins, qui assure désormais un déploiement de services de soins psychologiques dans les collectivités et la mise en place d'initiatives de réintégration sociale qui visent la réussite du mouvement de sortie des patients des hôpitaux psychiatriques et de leur non-réadmission (Dorvil et coll., 1997).

Nous avons bien vu, dans nos entretiens, des éléments de ces étapes. Pourtant, les moments du processus de désinstitutionnalisation psychiatrique tels que les présentent en 2004 deux autres auteurs canadiens, Sealy et Whitehead, sont plus près de ce que nous avons constaté. Les trois moments de la désinstitutionnalisation se présenteraient plutôt ainsi :

1) the shift away from dependence on mental hospitals; 2) « transinstitutionalization, » or an increase in the number of mental health beds in general hospitals (GHs); and 3) the growth of community-based outpatient services for people with mental illness. *Weaving together* these processes for the treatment of mental illness is what Bachrach sees as *complex structural changes* in the delivery of services and what Lewis and colleagues refer to as a « set of organizational arrangements » seriously modifying the ways in which services are delivered. (Sealy et Whitehead, 2004 : 250, nous soulignons)

En fait, les deux schémas proposés ne sont pas contradictoires, mais plutôt complémentaires. Ils nous ont servi à mieux saisir ce qui s'est passé dans le cas qui nous intéresse. Par exemple, le deuxième schéma permet de croire que les trois mouvements étaient « interreliés » et qu'ils ont pu entraîner des « conséquences structurelles extrêmement importantes et complexes » modifiant considérablement les manières d'assurer les services. Nous avons constaté dans le cas étudié que s'il y avait omission ou retard d'une des étapes, la désinstitutionnalisation n'impliquait alors qu'une toute relative déshospitalisation. En effet, si la désinstitutionnalisation s'exprimait par un transfert de lits d'hôpitaux psychiatriques à des hôpitaux généraux, la référence à l'hôpital demeure et on parle alors de parcours transinstitutionnels, d'hospitalisations répétées, de réadmissions. D'ailleurs, nombre des entretiens semblent indiquer que l'hôpital demeure central comme lieu d'accueil, d'aiguillage, de traitement et de soutien pour les patients francophones du Nord-Est ontarien.



En ce qui a trait à la fermeture des hôpitaux psychiatriques, nous avons cherché à voir si d'autres hôpitaux psychiatriques avaient connu une fermeture aussi subite que le Northeastern Psychiatric Hospital de Timmins (1967-1976) – un établissement psychiatrique de taille modeste qui apparaît comme un modèle de transition entre l'asile et le milieu communautaire. Et, effectivement, des fermetures d'établissements sont survenues au même moment à divers endroits en périphérie ontarienne, soit à Lakeshore (1979) et Goderich (1980). On peut donc affirmer que dans les régions périphériques ontariennes comme le Nord-Est, la désinstitutionnalisation est survenue assez tardivement, à la fin des années 1970 et même au début des années 1980. Nous avons aussi constaté que ce processus de désinstitutionnalisation psychiatrique en périphérie régionale était inachevé dans le sens où la fermeture d'un centre psychiatrique ne coïncidait pas avec l'établissement de structures d'accueil communautaires spécialisées et adaptées aux besoins linguistiques ou culturels des régions. Il y avait comme une inadéquation entre la fermeture d'un établissement (Northeastern Psychiatric Hospital) et une réponse concrète et adaptée à la situation régionale. Ce que nous constatons correspond à ce que notaient Sealy et Whitehead : « What in fact occurred was rapid movement of mental health patients out of hospitals and into the community, accompanied by a slow growth of community mental health services » (Sealy et Whitehead, 2004 : 249-250). Nos constatations correspondent également aux travaux de Bachrach sur l'inadéquation possible des solutions de remplacement à l'institutionnalisation pour des populations précises (Bachrach, 1983 : 11).

Dans le Nord-Est ontarien, l'ouverture des services de santé mentale communautaires<sup>6</sup> devant prendre le relais des établissements psychiatriques ne coïncide effectivement pas avec la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Le partage des tâches entre divers intervenants ne s'est donc sans doute pas déroulé en parfaite collaboration. À cet égard, un psychologue et gestionnaire francophone raconte comment se déroulait la mise en place d'un nouveau programme dans les centres psychiatriques :

Est-ce qu'il y avait des consultations régionales... Je ne me souviens pas qu'on faisait partie du développement de la réforme, mais plutôt dans la mise en place. Puis en place, pas dans l'élaboration, mais quand on installait les réformes. Quand bien, par exemple, quand *Making services work for people* est sorti, avec tout ce que ça pouvait vouloir dire, si je me souviens bien, on n'a pas eu de consultations à savoir : « Qu'est-ce que vous pensez de ce document-là? » Mais plutôt : « Voilà les stratégies du gouvernement » ou « Voilà la direction du gouvernement ou du Ministère ». Et puis : « Comment est-ce que vous pouvez nous aider à la mise en place<sup>7</sup>? »

Des employés du Northeastern Psychiatric Hospital nous ont fait part de leur complet étonnement lors de l'annonce de la fermeture de l'établissement en 1976.

6. Dans la région, ces services sont souvent appelés « services de counselling ».

7. B.G., psychométricien et gestionnaire dans les années 1980 à Timmins et à Sudbury, en Ontario.

### **Une déshospitalisation toute relative**

Dans ce contexte, la déshospitalisation est certes souhaitée, comme le montrent les consignes à suivre, mais elle reste relative puisque entre les études, les rapports et les actions sur le terrain, les rythmes et la portée de la déshospitalisation ont pu être fort inégaux. Un regard chronologique sur les fondations et les fermetures des centres à vocation psychiatrique dans la région depuis 1950 révèle a) qu'il existe des vagues de désinstitutionnalisation en région et b) que les étapes ne sont pas nécessairement achevées selon le schéma « standard » présenté par Dorvil (2005), mais qu'elles correspondent plutôt à la vision de Sealy et Whitehead d'un décalage entre les changements de paradigmes thérapeutiques.

Nos données indiquent un retard dans le moment de lancer le processus de désinstitutionnalisation dans la région à l'étude. En effet, alors que l'idée de fermer les asiles faisait son chemin dans les grands centres du pays tels que Montréal ou Toronto, le Nord ontarien venait quant à lui tout juste d'obtenir les fonds publics nécessaires pour ouvrir de nouveaux hôpitaux à vocation psychiatrique. C'est ainsi qu'ont été construits le Northeast Mental Health Center de North Bay (1957), qui devient en 1967 le North Bay Psychiatric Hospital pour ne fermer ses portes qu'en 2011, ainsi que le Northeastern Psychiatric Hospital de Timmins (1967), qui sera fermé en 1976. À partir du milieu des années 1980, les services se répartissent en une multitude de programmes parallèles apparaissant au gré de la période et des lignes directrices dictées par le Ministère, notamment les Outpatient Services (1974), le Mid-Step Program, les Community Health Services (1976), le Cochrane Temiskaming Resource Centre (1976), la filiale de Timmins de l'Association canadienne pour la santé mentale (1977), la Maison Arc-en ciel à Opatatika (1979), le Programme psychiatrique francophone du Nord de l'Ontario (PPFNO) (1981), etc., la plupart de ces services devant contribuer à la « déshospitalisation ».

Après avoir situé le moment et le rythme de la désinstitutionnalisation dans le Nord-Est ontarien tout en nous interrogeant sur la disponibilité ou plutôt sur la non-disponibilité de services spécialisés en français, à l'exception de ce qui était disponible entre 1965 et 1976 au Northeastern Psychiatric Hospital, nous avons cherché à évaluer ce qui caractérisait l'après-désinstitutionnalisation dans la région étudiée.

Une des caractéristiques qui ressortent de nos données, c'est qu'il n'y a pas de déshospitalisation réelle à la suite de la désinstitutionnalisation, et ce fait, on le verra, a des conséquences dans la mesure où, dans le cadre hospitalier, les patients francophones obtiennent plus difficilement des soins dans leur langue. Par exemple, dès l'ouverture de l'hôpital psychiatrique de North Bay en 1957, on assiste à des transferts en provenance de la région vers cet hôpital à vocation psychiatrique<sup>8</sup>, mais bien après la fermeture des hôpitaux de ce

---

8. Cet établissement continue d'avoir une résonance forte dans la mémoire collective. « On va t'envoyer s'a' "côte" à North Bay », avait-on coutume de dire à quelqu'un pour mettre en doute sa santé mentale.



genre, dont celui de Timmins à South Porcupine en 1976, les transferts de patients ont continué de se produire en provenance des urgences des centres hospitaliers des villes et villages environnants, ce qui nous force à relativiser considérablement la réalité d'une « déshospitalisation » des personnes ayant des troubles de santé mentale. À mesure que se déplace la centralité référentielle de North Bay, ces transferts, dont font mention les témoins rencontrés, sont faits vers Timmins, où se trouve depuis les années 1990 l'hôpital de district, puis, à partir de là, pour les cas plus graves ou difficilement gérables, vers Sudbury ou North Bay. Précisons que ces deux derniers centres possèdent encore un secteur hospitalier fournissant des services spécialisés pour la région en ce qui a trait aux patients violents, criminels ou qui présentent de graves symptômes de déconnexion avec la réalité. Les services en français y sont toutefois aléatoires. Timmins, dans le langage bureaucratique du système hospitalier de l'Ontario, est depuis les années 1990 un hôpital de district « désigné<sup>9</sup> ». En ce sens, il est devenu, dès le début des années 1990, le centre de recours ou le *designated hospital* pour les cas « plus gérables ». Ensuite, notre consultation attentive des sommaires d'admission (*summary of admissions*) de patients ayant un problème de santé mentale nous a convaincues que l'hôpital, le centre hospitalier, qu'il soit spécialisé ou non, demeure un lieu où aboutissent fréquemment les personnes francophones aux prises avec des troubles de santé mentale. Nous avons en ce sens cherché à retracer les itinéraires qu'elles peuvent suivre.

### ***Itinéraires transinstitutionnels des patients au fil de la période***

Quelques témoignages tirés des entretiens effectués auprès des intervenants en santé mentale de la région illustrent ce dont nous venons de traiter et donnent un aperçu des itinéraires suivis au fil de la période par les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale pendant et après la désinstitutionnalisation psychiatrique. L'ordre de présentation des témoignages est chronologique et s'étend des années 1950 à 2010. On remarquera que plus on se rapproche de la période contemporaine, plus les soignants sont hésitants à transférer les malades vers les grands centres. Les hôpitaux communautaires doivent, en quelque sorte, gérer le mieux possible la personne en crise. Débutons par ce qu'a rapporté une infirmière de l'Hôpital Sensenbrenner de Kapuskasing à la fin des années 60, alors que la désinstitutionnalisation n'était encore qu'un projet :

Nous autres on transférait toujours à North Bay ou South Porcupine [Timmins], mais je sais qu'y en avait en privé des bureaux de médecins qui allaient, je pense, à Guelph. Oui, j pense que c'est à Guelph qu'y a[vait] une place. Pis y'a[vait] une place aussi à Elliot Lake, une place de conseil [counselling] à Elliot Lake. (D.P., infirmière, Hôpital Sensenbrenner, Kapuskasing, années 1960)

9. Le terme qu'utilisent les témoins est *designated*, faisant ainsi référence à un vocable inspiré de la *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario, qui désigne des centres hospitaliers devant offrir des services et des soins en santé mentale. Nous le traduisons dans ce texte par centre d'aiguillage ou de recours.

Ce témoignage, comme d'autres des années 60, montre qu'il y a, à ce moment, plus d'une option, malgré la prédominance des transferts à North Bay. Il y avait bien des lignes directrices à suivre pour les infirmières, mais pas d'obligation formelle d'envoyer le malade à un hôpital désigné. Et, en toile de fond, la voie de l'hospitalisation du patient en psychiatrie était ouverte et admise.

Un témoignage de la fin des années 70 laisse entendre quant à lui que des services en santé mentale étaient distribués sur le territoire de Kapuskasing sans que les patients aient à être transférés à un hôpital, bien que l'on parle de cas sérieux – schizophrénie, syndrome bipolaire, etc. –, et qu'on administrait des injections de Modecate. C'est toutefois la seule mention de telles pratiques et, en ce sens, il nous faudra vérifier elles étaient fréquentes. On retiendra, dans le cas de cet extrait d'entretien, un élément important : l'infirmière s'est exprimée exclusivement en anglais et l'on sait qu'elle a eu à desservir une zone dont la population est majoritairement francophone. Elle nous a confié ce qui suit :

[...] my role was a psychiatric nurse, and I travelled Hearst to either Smooth Rock Falls or past Smooth Rock Falls, and I provided the clients regular follow-up and injections of Modecate (fluphenazine)<sup>10</sup> [...] I was on my own: no cell or phone. I'd leave in the morning, and I was off to do my work. And so I visited a lot of patients. And a lot of times people are afraid of psychiatric patients, but they always treated me with a lot of respect, and you have to be conscious about the psychosis, because, in that context, a person can become very unreliable, depending on what's going on in their minds. But definitely I used to travel on my own, and visit people in rural, deep rural roads. (J.G., infirmière autorisée, Kapuskasing, fin des années 1970)

Ce témoignage laisse entrevoir les débuts d'une désinstitutionnalisation, tout en révélant des conditions de travail particulières aux soins de santé mentale en périphérie. On remarque aussi que les services dans la langue du patient n'étaient pas une priorité.

Si l'on se transporte à la fin des années 1980, une infirmière de Timmins se rappelle :

Euh, je sais qu'y a des patients des fois qui sont allés à Thunder Bay, mais je sais pas pourquoi. Mais ça, [...] à la longue, c'est devenu de plus en plus rare, parce que l'hôpital de North Bay *voulait qu'on s'occupe de nos propres patients* [...] puis même qu'y a des patients de North Bay qui nous ont été renvoyés à un moment donné [...]. (D.T., infirmière, Northeastern Psychiatric Hospital et Timmins District Hospital, des années 1960 à 1990, nous soulignons)

On notera ici un rétrécissement des options pour les intervenants dans le sens où des lignes directrices étaient établies à l'extérieur du service de psychiatrie qui incitent à emprunter d'autres sentiers thérapeutiques que l'hospitalisation.

---

10. Le Modecate est le nom générique d'un antipsychotique administré aux personnes présentant les symptômes de la schizophrénie.

Un directeur de services communautaires présente les différents paliers d'intervention établis par les lignes directrices provinciales selon la gravité des cas :

[...] ceux suicidaires ou très malades, des fois ils sont envoyés à l'hôpital au Département de la psychiatrie, sur la *schedule one* qu'ils appellent [hôpital de district, Timmins dans le cas présent]. Quand on en a vraiment besoin, puis que le mandat est plus grand que ce que l'hôpital [de district] peut offrir, bien là on les envoie à l'hôpital psychiatrique qui est à North Bay. Nous [les centres de counselling communautaires], on est la source primaire, l'hôpital de district est secondaire. Puis, si on en a vraiment besoin, bien North Bay c'est notre source tertiaire. (A.M., psychologue, directeur général d'un service de counselling communautaire dans le nord de l'Ontario dans les années 2000)

Les intervenants rencontrés connaissent ces directives et s'attachent à les suivre.

Un extrait d'entretien laisse entendre comment la volonté de déshospitalisation sous-jacente à ces directives s'inscrit pour les soignants dans la veine des améliorations relatives aux droits des malades. Les deux témoins suivants affirment qu'au tournant des années 2000 les administrations hospitalières ont demandé aux soignants de s'assurer que la personne en crise ou éprouvant des problèmes de santé mentale était mise au courant de ses droits et des options disponibles en termes de traitements et d'hospitalisation. Voici ce que rapportent deux infirmières d'un hôpital communautaire<sup>11</sup> :

Premier témoin – Slowly but surely. I've seen... I think I've been more aware. Like, I can't say that it hasn't changed before then, but I became more aware in 2000, that they [caretakers] were more... they're addressing more the person's rights, and making sure that people were informed... Well, they [hospital administration, caretakers, etc.] probably developed a little bit along the way, but I saw a lot of change... probably, because I was working in the mental health field... but I remember with the community care access center, you still had to let people know what you were doing and what not. [Le second témoin intervient.]

Second témoin – Yeah, but I think it's more and more, in everything we do, I find that even residents' rights, prior to 2010, they had 21 rights. Now they have 27. So [...] the rights of the seniors, or the rights of mental health, the rights of all clients of the health care system, have increased. And one of them is knowledge. The biggest one is knowledge: everything has to be informed and consent [*sic*]. [...] That's it.

Si l'extrait confirme qu'on assistait bien à une progression dans l'écoute des malades et la défense de leurs droits, il semble montrer néanmoins que la considération linguistique était peu ou n'était pas prise en compte dans le contexte hospitalier étudié, lequel contexte restait central dans les itinéraires de patients francophones si on se fie à l'étude que nous avons faite et comme le révèle la consultation des sommaires d'admission de patients aux prises avec des problèmes de santé mentale dans la région. La plupart de ces patients, et nous illustrerons plus

11. Il est quelque peu ironique cependant que deux infirmières francophones fournissent ces renseignements en anglais pour une recherche en français et que le service dans la langue du patient n'ait pas fait partie des droits de ce dernier.

avant ce fait, ont fréquemment et à répétition eu recours à l'hôpital pour y chercher des soins physiques qui n'étaient pas toujours sans lien avec leur condition psychologique : problèmes gastro-intestinaux récurrents, infections bucco-dentaires, avortements, etc.

### Des taux élevés de réadmission

En jetant un coup d'œil aux taux de réadmission pour problèmes psychiatriques au pays, en province et dans la région tels qu'ils apparaissent dans le tableau 1, on voit que le Nord-Est ontarien se distingue par des taux particulièrement élevés.

**Tableau 1**  
**Rendement du système de santé**  
**selon l'Institut canadien d'information sur la santé**

Années	Canada		Ontario		Nord-Est ontarien	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012
Réadmission dans les 30 jours pour les cas de problèmes mentaux	11,4 % <sup>a</sup>	11,5 % <sup>a</sup>	11,5 % <sup>b</sup>	11,3 % <sup>b</sup>	11,9 % <sup>c</sup>	12,8 % <sup>c*</sup>
Hospitalisations à répétition pour les cas de problèmes mentaux	10,8 % <sup>d</sup>	11,0 % <sup>d</sup>	10,5 % <sup>e</sup>	10,9 % <sup>e</sup>	12,6 % <sup>f*</sup>	13,7 % <sup>f*</sup>
Années	2009	2013	2009	2013	2009	2013
Nombre moyen de jours d'hospitalisation pour les cas de problèmes mentaux (100 000 pers.)	672 <sup>g</sup>	698 <sup>g</sup>	481 <sup>h*</sup>	518 <sup>h*</sup>	1 122 <sup>i*</sup>	894 <sup>i*</sup>

\* Statistiquement différent du taux moyen au Canada (Seuil de signification  $p < 0,05$ ) Cela signifie que ces résultats ont moins de 5 % de chances d'être obtenus par hasard, et l'on peut donc dire avec certitude qu'ils sont véritablement différents.

- Institut canadien d'information sur la santé (2008-2013). *Health System Performance [0] Canada. 30-Day Readmission for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- Institut canadien d'information sur la santé (2008-2013). *Health System Performance [35] Ontario. 30-Day Readmission for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- Institut canadien d'information sur la santé (2008-2013). *Health System Performance [3513] North East, Local Health Integration Network, Ontario. 30-Day Readmission for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- Institut canadien d'information sur la santé (2008-2013). *Health System Performance [0] Canada. Patients with Repeat Hospitalization for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- Institut canadien d'information sur la santé (2008-2013). *Health System Performance [35] Ontario. Patients with Repeat Hospitalization for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- Institut canadien d'information sur la santé (2008-2013). *Rendement du système de santé. Community and Health System Characteristics [3513] North East, Local Health Integration Network, Ontario. Patients with Repeat Hospitalization for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- Institut canadien d'information sur la santé (2008-2013). *Health System Performance [0] Canada. Mental Illness Patient Days – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- Institut canadien d'information sur la santé (2008-2013). *Rendement du système de santé. Community and Health System Characteristics [35] Ontario. Mental Illness Patient Days – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- Institut canadien d'information sur la santé (2008-2013). *Rendement du système de santé. Community and Health System Characteristics [3513] North East, Local Health Integration Network, Ontario. Mental Illness Patient Days – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).

Lorsque l'on compare, par exemple, le pourcentage de patients atteints de maladie mentale ayant été réadmis dans les 30 jours, le pourcentage de patients atteints de maladie mentale ayant eu des hospitalisations répétées et le nombre moyen de jours d'hospitalisation de patients atteints de maladie mentale entre le Canada et le Nord-Est ontarien, on voit que la différence est presque toujours significativement plus élevée dans le nord de l'Ontario (sauf dans le cas des réadmissions dans les 30 jours en 2009). Soulignons en outre que la différence est plus considérable encore entre les patients de l'Ontario en général et les patients de la région du Nord-Est ontarien, où l'on observe un taux de réadmission supérieur au pourcentage provincial.

Ces données laissent penser que la santé mentale de la population de la région pose de plus grands défis que celle des autres régions de l'Ontario. Il serait facile de déduire que les services offerts en santé mentale dans la région du nord-est de l'Ontario sont trop restreints pour subvenir aux besoins de ses habitants, sauf que la revue historique que nous avons effectuée par ailleurs des services offerts en première ligne – centres de counselling, cliniques de santé familiale, centres de prévention ou de traitement de la toxicomanie, etc. – prouve que ceux-ci sont présents, relativement diversifiés et sans doute comparables aux services disponibles dans d'autres régions depuis les années 1980 (LeBel, 2016). La liste chronologique établie parallèlement, et encore inédite, va dans le même sens.

Nous estimons, sans toutefois bien pouvoir le démontrer encore, que les limites des services en français – langue d'une bonne partie des patients qui y sont transférés – disponibles dans les grands centres qui les accueillent comme Timmins, Sudbury et North Bay peuvent contribuer à expliquer une partie des échecs d'une véritable déshospitalisation. Cependant, l'hypothèse reste à démontrer, et c'est pourquoi nous nous penchons plus avant sur les données amassées qui permettraient de situer la place accordée par les différents paliers de soins – primaire, secondaire, tertiaire – à la question linguistique dans le paysage des soins en santé mentale dans une région à forte concentration francophone.

### **Place accordée aux besoins linguistiques par les divers paliers du système de soins en santé mentale**

Nos dernières analyses des sources ont cherché à voir si la langue du patient avait été prise en compte à l'époque où les soins étaient dispensés en établissement psychiatrique. De même, nous voulions savoir si, au moment de la désinstitutionnalisation qui s'est amorcée à la fin des années 70 dans la zone, la grande présence de francophones avait pu influencer sur l'offre de services des centres d'intervention communautaire. Nous inscrivant dans la mouvance des travaux récents de Dorvil et Thifault, nous avons cherché à saisir le rythme et l'impact de la désinstitutionnalisation psychiatrique (Dorvil et Thifault, 2014). Qu'en était-il dans les départements psychiatriques des hôpitaux désignés pour accueillir les patients

transférés? Est-ce que la question linguistique avait été intégrée aux *complex structural changes* découlant de la désinstitutionnalisation, pour emprunter les termes de Sealy et Whitehead?

### 1957-1979

En ce qui concerne la période des soins dans les établissements psychiatriques régionaux – de 1957 jusqu'à la toute fin des années 70 –, il semble que les patients transférés entre 1965 et 1976 au Northeastern Psychiatric Hospital de South Porcupine se trouvaient durant leur hospitalisation dans un milieu relativement francophone. C'est ce que confirment les témoignages que nous avons obtenus de plusieurs membres de l'équipe en place à ce moment-là que nous avons pu rencontrer. Il en allait toutefois différemment à l'hôpital psychiatrique de North Bay de 1957 jusqu'à sa fermeture en 2011, puisque le personnel qualifié y était, selon les témoignages, majoritairement anglophone. Il faut toutefois mieux fouiller ce deuxième aspect à la lumière de tous les entretiens dont nous disposons. En effet, s'il est établi que les médecins psychiatres et médecins spécialistes étaient anglophones, on sait aussi, d'après les entretiens avec des infirmières francophones, que ces dernières travaillaient étroitement auprès des patients. Elles contribuaient ainsi à réduire « l'étrangeté » du milieu de soins pour les patients francophones, et nous pensons que, déjà, cet élément peut avoir amélioré le séjour thérapeutique de ces derniers.

Écoutons à ce propos G.T., infirmière à l'hôpital psychiatrique de North Bay dans les années 1950 à 1970 :

Et puis nous autres, les infirmières qui [étions] à Sudbury – j'ai fait mon cours à Sudbury moi – et puis on était plusieurs francophones, mais on en avait aussi qui venaient de North Bay, du Témiscamingue, qui venaient de Timmins, un peu partout. Fait qu'on était des infirmières... plus d'infirmières francophones. Mais là, la langue de travail, tout ça, c'était tout anglophone dans ce coin-là, à North Bay. Psychiatres? Tous anglophones. (G.T., infirmière psychiatrique, North Bay Psychiatric Hospital, années 1960-1980)

À la question de savoir s'il y avait des patients francophones à l'hôpital psychiatrique de North Bay, l'infirmière répond :

Ah oui, ah oui, ah oui! Les gens du Nord, c'est là qu'ils allaient. Fait que dans ce temps-là, c'est qui qui s'occupait d'la traduction? Les infirmières. Oui, on essayait de nous jumeler – que j'me souviens –, que si on pouvait parler français on pouvait s'asseoir avec eux autres [les patients] puis les interviewer puis tout ça, mais sans ça là, c'était bien difficile pour les patients. Très difficile de s'exprimer. [...] Mais évidemment, on était loin d'être psychologues, psychiatres là, hein. Alors les psychologues, les psychiatres, la langue, on écrivait tout ça [pour eux] en anglais. Puis eux autres lisaient qu'est-ce que c'est qu'on avait écrit là. C'était plutôt l'histoire, puis si y avait des développements puis tout ça là, mais à part de d'ça, c'était tout anglophone. (G.T., infirmière psychiatrique, North Bay Psychiatric Hospital)



L'infirmière souligne que ces patients avaient des difficultés de communication avec les spécialistes des services en santé mentale : « Tous les gens qui v[enaient] du Nord là, dans ces années-là, ça ne parlait pas anglais ça. Y avait beaucoup de francophones. » Dans de telles circonstances, d'autres infirmières que nous avons rencontrées ont affirmé qu'elles avaient eu à jouer à plusieurs reprises le rôle d'interprète improvisée. Certaines trouvaient cette tâche éprouvante, notant que la difficulté linguistique ajoutait à la détresse des patients souvent en crise. Quelques-unes, moins nombreuses, ont plutôt déclaré qu'elles n'avaient vu aucun problème à ce système de traduction non professionnelle. C'est le cas d'une infirmière de Kapuskasing : « The language barrier didn't matter, you'd find somebody. Lots of times they'd come and get me to go and interpret somewhere. Never seemed to be a problem » (C.V., infirmière autorisée, Kapuskasing). Précisons, par exemple, que le premier traducteur qualifié n'est arrivé à l'Hôpital Sensenbrenner de Kapuskasing que dans les années 1990. Jusque-là, la documentation était uniquement en anglais, la langue de travail était l'anglais, et cela malgré le fait que plusieurs des infirmières avaient le français comme langue maternelle (G.T., infirmière, Kapuskasing, 1970-2000). Lors des entretiens, trois infirmières francophones ont quand même demandé de nous accorder l'entretien en anglais.

Dans le contexte étudié, le personnel infirmier, médical ou administratif juge la question des services en français importante, mais simultanément elle devient pour eux secondaire en comparaison avec celle des soins à prodiguer ou au fait que l'on puisse accéder à des soins. Par exemple, une autre infirmière de la région témoigne à sa manière de la situation en faisant remarquer que le problème linguistique pouvait aussi toucher un patient asiatique... Pour ce témoin, la notion de services en français est, on le note encore, toute facultative, même si la soignante éprouvait de la sympathie envers un malade qui ne comprenait pas ce qu'on lui disait.

Y. – At the manor we always had French nurses. That always went around with the doctors.

[...] But let's say, in case of the mental health team, [...] so people that required admission to the Psych, were sent to North Bay. You were not guaranteed that the person would have an interpreter over there. So you might've had a person that was totally isolated from their community, being transplanted into a hospital they don't know, probably being given treatments that they did not require because they could not express themselves the right way. And that's, you know, it happened to Chinese individuals, anybody who spoke...

W. – It's happening right now with the natives from Attawapiskat. It's happening right now with them, right? (Y. et W., infirmières de Kapuskasing, 1970-2000)

Toutefois, ces propos, comme l'affirmation que la question linguistique n'avait pas d'effet sur les soins (*didn't matter*), ont été formulés en anglais et ne correspondent pas à l'opinion de la majorité des témoins, qui considère que la réalité d'un francophone dans le système de santé nord-ontarien pouvait difficilement être mesurée et saisie par les individus du groupe

majoritaire. Il faut voir ce que la période de communautarisation de certains services en santé mentale a changé à ce portrait.

### 1980-2010

Durant la période de 1980 à 2010, la tendance dans les soins fournis aux personnes aux prises avec des troubles de santé mentale a consisté à les garder dans leur milieu, car cette stratégie rejoignait les lignes directrices du ministère de la Santé. En un sens, cette disposition présentait l'avantage dans la région étudiée de conserver le patient dans un lieu thérapeutique relativement plus francophone que les centres de recours ou d'aiguillage. Par contre, les soins spécialisés y sont minimaux et les intervenants des centres communautaires nous ont bien fait part des limites auxquelles ils étaient confrontés. Dans un article de 1997, Barnard-Thompson avait déjà signalé, sans se pencher toutefois sur la question des services en français, qu'en Ontario « il n'y avait pas un véritable système de soins en santé mentale, mais plutôt plusieurs solitudes » (Barnard-Thompson, 1997 : 60). Les entretiens confirment assez ce constat, surtout en ce qui a trait aux soins dispensés à la minorité francophone. Même dans les premières années du XXI<sup>e</sup> siècle, être soigné dans sa langue demeure une question de chance : « Si on voit que ça détériore, on a aussi nos psychiatres ; la télé-psychiatrie puis si c'est vraiment grave on les envoie à l'hôpital, soit à TDH [Timmins District Hospital] ou si on est chanceux on peut les transférer à Montfort » (A.M., psychologue et gestionnaire, Kapuskasing). Ces propos laissent bien entendre que, pour les intervenants eux-mêmes, le transfert d'un patient doit idéalement se faire dans un milieu francophone. L'Hôpital Montfort, rappelons-le, est un hôpital francophone d'Ottawa, et y faire transférer un client d'un établissement nord-ontarien est considéré comme une chance.

Il existe donc encore nombre de défis en ce qui a trait à la nature même des soins et des services en santé mentale (télé-médecine, transferts, disponibilité des psychiatres, horaires, épuisement et désaffection des proches, etc.) et, on l'aura compris, la donnée linguistique, si l'on consent à en tenir compte, s'ajoute pour compliquer le portrait. Lorsqu'on demande aux interviewés si les services en français se sont améliorés dans le domaine des soins psychiatriques, la plupart répondent sans hésitation par l'affirmative. Mais leurs témoignages ne permettent pas de conclure qu'il ne s'agit plus d'un enjeu. Nous avons ainsi constaté que si les services en français se sont améliorés en nombre dans les centres communautaires, là où la désinstitutionnalisation des malades a été suivie de la récupération par des élites régionales de certains leviers d'intervention en faveur des francophones, ce n'est pas tout à fait le cas dans les hôpitaux de recours<sup>12</sup>.

12. Nous avons abordé tout particulièrement le rôle joué par ces intervenants régionaux francophones dans la récupération du mouvement de désinstitutionnalisation au début des années 1980. Leur arrivée dans le paysage des soins coïncide avec l'émergence de nombreux établissements de formation en travail social et en counselling il y a une quarantaine d'années (St-Amand, 2001 : 35 ; LeBel, 2016).

Depuis les années 1980, les services en français ne sont nullement assurés dans les hôpitaux régionaux ou de district situés dans des centres urbains importants, où la proportion de francophones tend à se perdre dans l'ensemble de la population. Dans bien des cas, les patients francophones ou leurs proches ont dû se débrouiller par eux-mêmes ou espérer que se trouve parmi le personnel un ou une francophone susceptible d'assurer la traduction, comme l'ont fait de manière improvisée plusieurs infirmières rencontrées, particulièrement au Northeastern Psychiatric Hospital et au North Bay Psychiatric Hospital.

Selon les intervenants ayant travaillé dans la région de Timmins, comme en témoigne un psychologue, le pourcentage de services offerts en français par les organismes était probablement inférieur au pourcentage de la population francophone à desservir. Cependant, ce n'est pas à défaut d'aspirer au bilinguisme : le fait de connaître les deux langues était apparemment un atout lors de l'embauche des travailleurs après l'adoption en 1984 de la *Loi sur les services en français* (Loi 8)<sup>13</sup>. Il reste quand même à déterminer si cette sensibilité à la question de la langue des usagers a contribué à la mise en place de services en français à tous les niveaux d'intervention en santé mentale parce que, dans les faits, un bilinguisme de surface a pu masquer une réalité moins reluisante qui est que dans l'administration, dans les soins spécialisés ou dans les recours à des services extérieurs, presque tout est fait en anglais. Au fur et à mesure que sont adoptées des politiques de bilinguisme se développe aussi l'idée que les patients francophones sont de plus en plus aptes à converser en anglais. Par conséquent, si la population de patients francophones est évaluée à 40 % au Timmins District Hospital, par exemple, le personnel peut présumer que, sur ce pourcentage, un tout petit nombre maintenant ne serait pas bilingue<sup>14</sup>. Ce préjugé du bilinguisme des patients a quelquefois eu des effets désolants, comme nous l'a rapporté une infirmière de Hearst. Elle relate le cas d'un garçonnet francophone âgé de neuf ans transféré à Sudbury en pédopsychiatrie au début des années 2000.

Parce que, regarde Mathieu X, le petit gars à Sylvie X<sup>15</sup>, il a fait un genre de dépression. Ils l'ont envoyé à Timmins pour commencer. Ils l'ont transféré à Sudbury, puis à Sudbury ça n'a rien donné pantoute. Il ne voulait pas rester là, puisque c'était tout anglais, puis il était jeune encore, neuf ans. (L.F., infirmière de Hearst, 1960-1990)

Un coordonnateur des services de counselling de Kapuskasing se rappelle quant à lui la situation linguistique dans le service : « En 1984, les employés étaient tous bilingues. J'essaie de me souvenir... quatre employés. Pis le patron, par contre, le coordinateur, était unilingue anglophone. La documentation et la gestion se faisaient alors en anglais » (A.M., gestionnaire, Kapuskasing).

13. *Loi sur les services en français*, LRO 1990, c F32.

14. Il serait ironique qu'une mesure devant préserver la minorité francophone ait pour effet (pervers) de favoriser l'assimilation, dans le sens où l'on présume que ses membres sont désormais majoritairement bilingues.

15. Les noms ont été changés.

Nous pourrions poursuivre ainsi encore longtemps, mais le lecteur aura compris que les données accumulées sont à même de permettre une compréhension de l'évolution des soins de santé mentale en région et qu'elles éclairent aussi sur la situation des personnes francophones qui ont eu et qui ont recours aux soins et services de santé mentale dans le Nord-Est ontarien.

## Conclusion

Les témoignages présentés dans le présent article nous éclairent sur plusieurs aspects des soins et services de santé mentale en région et de ceux destinés aux minorités de langue officielle. D'abord, ils témoignent du recours régulier, pour ne pas dire fréquent, aux hôpitaux, aux urgences ou aux cabinets de médecin par des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ainsi, les contenus des sommaires d'admission renforcent l'hypothèse que la désinstitutionnalisation psychiatrique n'a pas impliqué une déshospitalisation des patients, en ce sens que ceux-ci vont régulièrement avoir recours aux services hospitaliers. L'on voit aussi que les directives concernant les transferts et l'orientation des patients changent au cours de la période. Ainsi, de la règle des transferts en hôpital psychiatrique (essentiellement North Bay) à l'envoi des personnes en décompensation à l'hôpital de district désigné, essentiellement Timmins ou Sudbury, dans les années 2000, en passant par ce qu'on peut appeler des formules intermédiaires (équipes volantes, traitants itinérants, etc.) durant la période de fondation et de répartition des services communautaires, les itinéraires des personnes aux prises avec un problème de santé mentale ont en commun de croiser régulièrement les services hospitaliers et, donc, un environnement où la question linguistique est généralement considérée comme secondaire malgré un bilinguisme de surface. Dans les lieux de recours ou d'aiguillage, on note une relative, bien qu'accidentelle, négligence de la prise en compte de la langue du patient.

Par contre, en consultant l'historique de la fondation de centres communautaires de counselling, en écoutant les entretiens qui nous ont été accordés, il est permis d'affirmer que la langue a été, dans certaines localités de la région, un facteur important pris en compte par des acteurs communautaires dans la mise en place de services locaux ou municipaux en santé mentale avec l'amorce du processus de désinstitutionnalisation dans le Nord-Est ontarien. C'est sur le terrain, dans les milieux communautaires et non dans les grands hôpitaux, que des services en français se sont le mieux implantés. Or, le cas du jeune malade rapporté plus haut montre bien que le travail des services communautaires est essentiellement de première ligne et qu'il ne peut véritablement porter fruit que s'il trouve un écho ou une continuité en français dans les services plus spécialisés des unités psychiatriques des hôpitaux de district. En ce sens, de ce que révèlent nos données, on peut conclure que les grands hôpitaux où ont été et sont transférés les patients, que ce soit ceux de Timmins, North Bay, Sudbury ou même Thunder Bay, demeurent majoritairement anglophones.

Ces grands hôpitaux régionaux offrent sans conteste les services en santé mentale dont la région a besoin, mais ces services sont difficilement ou inégalement disponibles en langue française. Ce n'est pas dans les hôpitaux de recours régionaux que la désinstitutionnalisation psychiatrique a permis des gains ou des améliorations en termes linguistiques. Ces hôpitaux, sans exception notable, ont gardé le monopole des soins et services psychiatriques, présentant ici ce que l'on considère comme une difficile progression vers la déshospitalisation, première étape du processus de désinstitutionnalisation. De même, la non-institutionnalisation des individus n'est pas assurée puisque ceux-ci finissent par être transférés dans ces grands hôpitaux psychiatriques pour des séjours plus courts, certes, et moins fréquents parce que des consignes les découragent, mais qui se produisent quand même. Si l'on se fie aux sources consultées, les deux premières étapes du processus de désinstitutionnalisation ont donc été difficiles à mettre en place dans le Nord-Est ontarien. Néanmoins, nous avons pu constater que la réorganisation du système de soins est relativement réussie en ce qu'elle a entraîné la création d'un réseau communautaire d'organismes offrant des soins et services en santé mentale et, ce qui est non négligeable dans le cas de la problématique étudiée, en français.

### *Remerciements*

Les auteures tiennent à remercier pour leur soutien financier indispensable à cette recherche les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et l'Université de Hearst. Elles sont aussi reconnaissantes à la Chaire de recherche sur la francophonie canadienne en santé de l'Université d'Ottawa et à sa titulaire, Marie-Claude Thifault, pour les conseils et l'expertise.

### **Références**

- BACHRACH, Leona L. (1983). « An overview of deinstitutionalization », *New Directions for Mental Health Services*, n° 17, p. 5-14.
- BOUDREAU, Françoise. (1984). *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques histoire et institutions*, Montréal, Saint-Martin, 274 p.
- BARNARD-THOMPSON, Kathleen (1997). « L'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 2, p. 53-70.
- COMMISSARIAT AUX AFFAIRES EN FRANÇAIS DE L'ONTARIO, « Plus de 600 000 francophones en Ontario », Assemblée législative de l'Ontario, données fondées sur la définition inclusive de francophone (DIF) du recensement de 2011. En ligne : <http://csfontario.ca/fr/articles/3196> (consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2017).
- DORVIL, Henri (1988). *De l'Annonciation à Montréal. Histoire de la folie dans la communauté, 1962-1987*, Montréal, Éditions Émile Nelligan, 280 p.
- DORVIL, Henri (2005). « Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 41-42, p. 209-235.



- DORVIL, Henri, Herta GUTTMAN, Nicole RICARD et André VILLENEUVE, avec le concours de Jacques Alary, Françoise Beauregard, Luc Blanchet, Christiane Cardinal, Claude Leclerc, Danielle McCann et Céline Mercier (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale pour une réforme efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. En ligne : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97\\_155co.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_155co.pdf) (consulté le 15 août 2015).
- DORVIL, Henri, et Robert MAYER (dir.) (2001). « Problèmes sociaux et recherches sociales », dans *Problèmes sociaux*, tome 1 : *Théories et méthodologies*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 270.
- DYCK, Erica (2011). « Dismantling the asylum and charting new pathways into the community: Mental health care in twentieth century Canada », *Histoire sociale = Social History*, vol. 44, n° 88, p. 181-196.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008-2013). *Health System Performance [0] Canada. 30-Day Readmission for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008-2013). *Health System Performance [35] Ontario. 30-Day Readmission for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008-2013). *Health System Performance [3513] North East, Local Health Integration Network, Ontario. 30-Day Readmission for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008-2013). *Health System Performance [0] Canada. Patients with Repeat Hospitalization for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008-2013). *Health System Performance [35] Ontario. Patients with Repeat Hospitalization for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008-2013). *Rendement du système de santé. Community and Health System Characteristics [3513] North East, Local Health Integration Network, Ontario. Patients with Repeat Hospitalization for Mental Illness – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008-2013). *Health System Performance [0] Canada. Mental Illness Patient Days – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008-2013). *Rendement du système de santé. Community and Health System Characteristics [35] Ontario. Mental Illness Patient Days – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2008-2013). *Rendement du système de santé. Community and Health System Characteristics [3513] North East, Local Health Integration Network, Ontario. Mental Illness Patient Days – Both sexes*. En ligne : <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/SearchServlet> (consulté le 24 août 2015).



- LEBEL, Marie (2016). « Manque de collaboration, manque d'effectifs ou disparition des données : le nécessaire et difficile accès aux archives psychiatriques », *Santé mentale au Québec*, Montréal, Université de Montréal, vol. 41, n° 2, p. 41-49.
- LEBEL, Marie (sous presse). « Peut-on parler d'une déshospitalisation psychiatrique? Les soins en santé mentale dans le Nord-Est ontarien », dans Hervé Guillemain, Alexandre Klein et Marie-Claude Thifault (dir.), *La déshospitalisation psychiatrique dans la francophonie au XX<sup>e</sup> siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- LEBEL, Marie, et Frédérique DALLAIRE-BLAIS (2016). « Quand les sources traditionnelles ne répondent pas... De quelques stratégies pour brosser un portrait sociohistorique de la déshospitalisation en santé mentale dans le Nord ontarien », dans Isabelle Perreault et Marie-Claude Thifault (dir.), *Récits inachevés : réflexions sur la recherche qualitative en sciences sociales*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p. 115-138.
- SEALY, Patricia, et Paul C. WHITEHEAD (2004). « Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: An empirical assessment », *Canadian Journal of Psychiatry = Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 49, n° 4, p. 247-257.
- ST-AMAND, Nérée (2001). « Dans l'ailleurs et l'autrement : pratiques alternatives et service social », *Reflets : revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 7, n° 2, p. 30-74.
- THIFAUT, Marie-Claude, et Henri DORVIL (2014). *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 196 p.
- WALLOT, Hubert (1998). *La danse autour du fou*, Beauport, Publications MNH, 456 p.
- WALLOT, Hubert (2005). *Peut-on guérir d'un passé asilaire? Survol de l'histoire socio-organisationnelle de l'hôpital Rivière des Prairies*, Montréal, Publications MNH, 160 p.

## Législation

*Loi sur les services en français*, LRO 1990, c F32.

## Mots clés

désinstitutionnalisation (psychiatrique), minorités (linguistiques), Ontario français, santé mentale, francophonie, centre et périphérie

## Keywords

(psychiatric) deinstitutionalization, (linguistic) minorities, Francophone Ontario, mental health, Francophonie, centre and periphery

## Correspondance

[Marie\\_lebel@uhearst.ca](mailto:Marie_lebel@uhearst.ca)

[rheaultcatherine@gmail.com](mailto:rheaultcatherine@gmail.com)