

La santé mentale au Québec : un champ en crise

Jean Gagné et Mario Poirier

Volume 1, numéro 1, 1988

Les CLSC à la croisée des chemins

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301013ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301013ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gagné, J. & Poirier, M. (1988). La santé mentale au Québec : un champ en crise. *Nouvelles pratiques sociales*, 1(1), 143–155. <https://doi.org/10.7202/301013ar>



LES PRATIQUES SOCIALES ■ AU QUÉBEC


La santé mentale au Québec : un champ en crise

Jean Gagné
et Mario Poirier

Intervenants à la Maison Saint-Jacques

1. Les mutations du champ de la santé mentale

En janvier 1988 se tenait à Québec une commission parlementaire chargée d'évaluer le projet de politique de santé mentale proposé par le comité présidé par le Docteur Gaston Harnois. Le document proposé par le comité Harnois, intitulé *Pour un partenariat élargi*, a suscité une vive réaction de divers intervenants et organismes qui se sont prononcés sur les recommandations de ce rapport. Bon nombre des mémoires présentés ont critiqué ce texte, parfois à partir de positions diamétralement



opposées, démontrant ainsi la crise profonde que vit le champ de la santé mentale au Québec et la nécessité d'une réflexion plus poussée sur les enjeux inhérents aux dimensions sociales et politiques de ce champ.

Le sociologue Pierre Bourdieu a analysé la sémantique et la dynamique du concept de « champ » tel qu'il s'articule dans le contexte de divers milieux sociaux, à partir des « profits » recherchés par ces divers milieux sociaux : [...] *lieux d'une lutte pour déterminer les conditions et les critères de l'appartenance et de la hiérarchie légitime, c'est-à-dire les propriétés pertinentes, efficaces, propres à produire en fonctionnant comme capital, les profits spécifiques assurés par le champ* (Bourdieu, 1984 : 22). Concrètement, les profits spécifiques au champ de la santé mentale sont liés à sa gestion, aux aspects du pouvoir décisionnel de la direction institutionnelle, au prestige scientifique et populaire de ses acteurs, aux influences politiques, etc. Cette conception du champ requiert qu'on examine qui tire les ficelles principales et domine les structures de ce champ social.

La situation particulière qu'a mis en lumière le débat entourant le projet de politique du comité Harnois, c'est que, précisément, la hiérarchie usuelle, l'ordre courant de la distribution des profits est actuellement remis en cause. Toute réforme de politique sociale est enrubannée de bonne volonté et du désir d'humaniser les systèmes sociaux, du moins en surface : par exemple, le Rapport Harnois et la Commission Rochon proposent de placer davantage l'usager au « cœur du système et des préoccupations ». On ne peut pas être contre la vertu. Mais au-delà des bons vœux, d'ailleurs toujours à peu près les mêmes, une politique sociale vaut ce que valent ses propositions de restructuration des services et des divers acteurs du champ. C'est là que se situent les véritables enjeux, comme le souligne d'ailleurs le Rapport Harnois lui-même : *Dans ce nouveau débat à amorcer, ce n'est pas tant la discussion des moyens proposés qui est visée. C'est plutôt le positionnement des acteurs dans l'atteinte des grands objectifs et les efforts qu'ils sont disposés à y consentir* (Harnois et al., 1987 : 138). C'est dans cette nouvelle donnée que s'inscrit le rôle d'un moment critique, d'une période de crise.

À la faveur de perturbations socio-économiques et culturelles, le champ de la santé mentale a vu se modifier son « marché ». Le Rapport Harnois (1987 : 164) note qu'il y a, depuis 1980, une croissance régulière des actes médicaux et des journées d'hospitalisation

relatives à des problèmes de santé mentale au Québec. Du point de vue des effectifs, le contraste est encore plus fort : de plus en plus de professionnels s'insèrent dans le champ de la santé mentale. Alors qu'il y avait peut-être une dizaine de psychiatres au Québec avant les années 60 (Tremblay, 1986), divers médecins considèrent qu'il en faudrait aujourd'hui 300 de plus pour subvenir aux besoins de la population (Laurin, 1988).

Par ailleurs, une étude du Conseil des affaires sociales et de la famille (1983) soulignait que notre système de soins est particulièrement onéreux. On y notait que le chapitre « troubles mentaux » entraînait la plus importante tranche des dépenses de santé de l'État (17,9 %). On observait également que la majorité de ces dépenses s'effectuait au Québec en milieu hospitalier (60 %), ce qui est, toutes proportions gardées, supérieur à ce qui est déboursé dans le reste du Canada (54 %) et aux États-Unis (48 %). Dans un tel contexte économique et social, on comprend aisément que la perspective de réallocation des ressources en santé mentale mobilise tout le monde dans le champ : le gâteau est beau et les tranches très séduisantes.

2. L'histoire du champ de la santé mentale

Le Rapport Harnois fait ample usage du concept de « champ », en distinguant d'entrée de jeu les concepts de « champ » et de « domaine ». Le champ, dans cette perspective, regroupe à la fois tout le noyau dur des problèmes de santé mentale (v.g. les psychoses), les services qui s'en occupent et tout particulièrement l'hôpital psychiatrique. Le domaine regroupe tout le reste, dans une définition très abstraite et évasive : des épiphénomènes de problèmes de santé mentale tels que la toxicomanie, l'alcoolisme, la violence, jusqu'aux difficultés des populations à risques (pauvres, marginaux, etc.) et, à tout prendre, de la population en général. Cet englobement des problématiques sociales dans le champ élargi de la santé mentale est signe à la fois de voracité et d'aveuglement. La voracité est issue de la nécessité de justifier les services nécessaires et les structures devant se maintenir. L'aveuglement provient du caractère « mou » et indéfini du concept de « santé mentale », ce qui autorise le champ à insérer dans ce tiroir sans fond à peu près n'importe quel « mal de vivre » contemporain. En fait, la distinction faite par le comité Harnois entre champ et domaine est illusoire : ultimement, tout relève du champ de la psychiatrie. Argent, pouvoir, recherche,

effectifs, savoir clinique se concentrent dans ce haut de gamme où trône le psychiatre. En comparaison, le bas de gamme du communautaire et de l'alternatif est dérisoire et condamné à tourner en orbite dans le vide.

Bien sûr, le Rapport Harnois, dans sa bonne volonté, suggère de redorer le blason du communautaire et d'en favoriser le développement, tout comme il suggère de placer au centre des préoccupations l'usager des services de santé mentale. Mais bonne volonté ne fait pas palais doré. Dans les faits, le mémoire des bénéficiaires de Louis-Hippolyte-Lafontaine, regroupement reconnu par la loi et qui représente 7 000 personnes, souligne que nulle part dans le Rapport Harnois on ne les mentionne comme interlocuteurs directs. Le Rapport Harnois propose bien une place aux usagers: celle de **plaignants** s'ils sont insatisfaits des services reçus, mais pas celle de codécideurs dans cette refonte du système. De même, le Regroupement des ressources alternatives du Québec, qui représente une quarantaine de ressources communautaires en santé mentale, souligne dans son mémoire qu'il n'est pas fait mention dans le Rapport Harnois du concept d'alternative. Cette notion qui sous-entend « alternative à la psychiatrie » se trouve évincée au profit d'une autre plus vaste et beaucoup plus floue — et récupérable — la notion de « communautaire ».

En fait, le Rapport Harnois s'inscrit dans un mouvement très vaste qu'on retrouve dans presque tous les pays occidentaux: la désinstitutionnalisation, ou « déshospitalisation ». C'est la nécessité de réussir cette étape sociale qui amène les intervenants à s'interroger sur la structure des services qu'ils offrent.

Pourtant, le Rapport Harnois, tout en reconnaissant l'importance et les enjeux de la désinstitutionnalisation, prend celle-ci au vol sans se préoccuper des aires de départ, c'est-à-dire de ce qui a mené à la nécessité de ce mouvement: l'échec de l'institution et du modèle psychiatrique institutionnel. Le Rapport Harnois ne fait aucun historique du développement du champ de la santé mentale, laissant dans l'oubli des éléments qui sont pourtant essentiels pour comprendre la nécessité et le sens d'une reconstruction de ce champ. Trou de mémoire, matériel refoulé, oubli structurel, l'absence d'historique est caractéristique d'une pensée institutionnelle qui survit en s'élargissant et en négligeant son passé. L'histoire du champ de la santé mentale a pourtant fait l'objet de recherches importantes (Boudreau, 1984). Reprenons ici brièvement les

divisions les plus récentes (congrès de l'Association canadienne de santé mentale de 1987) proposées par Françoise Boudreau, selon qui il y aurait quatre grandes périodes dans cette petite histoire.

Tout d'abord, il y aurait une période asilaire débutant vers le milieu du XIX^e siècle avec la création des premiers asiles québécois et se terminant vers 1960 à l'orée de la Révolution tranquille. Le sociologue Henri Dorvil (1987) note à ce sujet que la pensée asilaire a été beaucoup plus tardive au Québec qu'en Europe et que, conséquemment, les Québécois ont une tradition de tolérance, de convivialité et d'ouverture à l'égard de la folie, plus ancrée dans leur mentalité façonnée par une tradition « communautaire » qu'on tend trop facilement à négliger et à occulter.

Une seconde période, dite « psychiatrique », s'étend de 1960 à 1970 et s'achève dans la mouvance de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, ou Commission Castonguay-Nepveu. C'est une période dorée pour le statut du psychiatre. Accueilli comme libérateur des asiles grâce aux psychotropes, il s'insurge contre le pouvoir religieux qui s'exerce alors sur ces institutions et apporte avec lui un vent contestataire et scientifique qui permet de remettre notamment « à leur place » les infirmières et directrices religieuses. Homme (généralement) cultivé, instruit, médecin souvent éduqué en Europe ou aux États-Unis, le psychiatre devient rapidement le nouveau notable du village asilaire et suscite respect et émulation autour de lui. On sent dans les mémoires présentés à la Commission parlementaire par l'Association des psychiatres du Québec, et par le Docteur Camille Laurin notamment, toute la nostalgie de ces intervenants pour cet Eldorado de la psychiatrie. Ces acteurs sociaux s'insurgent nettement, entre autres, contre tout changement des diverses prérogatives professionnelles.

La période suivante est ancrée dans les réformes produites par la Commission Castonguay-Nepveu. Comme le souligne l'anthropologue Marc-Adélar Tremblay, qui participa à l'époque à des travaux de cette commission : *Telle que préconisée par la Commission Castonguay-Nepveu, la réforme des services psychiatriques peut être vue comme étant une réponse partielle à l'idéologie bourgeoise se rapportant à la « maladie » en général, et à la « maladie mentale » en particulier visant, au premier chef, à séculariser et à socialiser les services de santé* (1986 : 6). À la suite de cette réforme et du désir de déstigmatiser la folie, on créa, par exemple, des départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, pour banaliser et sortir

de l'asile les problèmes de santé mentale. Mais si une telle mission ne peut être, encore ici, que très nécessaire et éthique, elle recèle pourtant un danger considérable : un nouvel élargissement de la structure psychiatrique institutionnelle (l'asile ouvert) qui mène à une emprise toujours plus considérable de ce modèle sur la déviance sociale, et même, dans une certaine mesure, à l'accroissement d'une clientèle devenue essentielle pour maintenir cette structure : *Ne faudrait-il pas, aussi, s'interroger sur le fait que l'incidence et la prévalence du nombre de personnes ayant des problèmes de nature psychiatrique nécessitant des soins prolongés et diversifiés, se soient largement accrues durant les vingt dernières années?* (Tremblay, 1986 : 7).

Enfin, la quatrième période est amorcée par les recommandations du Rapport Harnois (1987), d'une part, et par celles de la Commission Rochon, d'autre part. La nouvelle politique ministérielle s'appuiera, sans aucun doute, en partie sur ces travaux, même si la volonté politique du gouvernement ne va pas dans le sens de plusieurs recommandations suggérées.

Mais, pour mieux cerner l'évolution qui mène aux nouveaux enjeux, il faut poursuivre un peu l'analyse de l'histoire du champ de la santé mentale au Québec, à partir des positions qu'occupent les divers acteurs de ce milieu.

Dans la période asilaire, les institutions francophones sont surtout administrées par le clergé, alors que le secteur anglophone est davantage « médicalisé ». La création de l'asile de Beauport est généralement reconnue comme l'acte de naissance du champ. Mais un événement plus significatif encore est l'échec de l'expérience d'un asile d'État (Saint-Jean-d'Youville, 1861-1873). Nous y trouvons l'équivalent de ce que Foucault (1972) décrit comme une étape de cession des fous au pouvoir médical par le pouvoir politique, Pinel libérant de leurs chaînes les fous de Bicêtre pour les traiter en personnes qui requièrent des soins médicaux¹. Au Québec, cette cession se fait plutôt du pouvoir politique au clergé, celui-ci contrôlant l'essentiel de la situation asilaire au début des années 60.

Avec l'arrivée des psychotropes et des psychiatres, le tableau change radicalement : *Fortes des succès déjà remportés, de ses effets croissants et de son savoir constamment renouvelé, la*

1. Cf. aussi De Freminville (1977).

psychiatrie peut désormais espérer réduire, sinon arrêter, ce fléau des temps modernes que constitue la maladie mentale (Laurin, 1961). Mais il ne faudrait pas attribuer ces transformations et cet enthousiasme entièrement aux succès de la médication et de l'amélioration des connaissances vers la fin des années 50. Cet éclatement du champ et son invasion par de nouvelles hordes répond à une situation sociale toute nouvelle, à une vague de fond qui va bien au-delà d'un nouveau savoir : c'est l'éclosion du Québec moderne, la Révolution tranquille, la création d'une élite ouverte à ce qui se fait dans d'autres pays, le tout construit sur une forte croissance économique. C'est une période toute neuve où les consommations sont offertes presque gratuitement au bar de l'État!

Les années 70 et 80 mettront un frein à ces investissements tous azimuts. Une ère « technocratique » s'amorce, et il est symptomatique que l'on confie la présidence de la commission à l'origine de plusieurs de ces transformations, non pas à un médecin, mais plutôt à un actuaire, Claude Castonguay. Planification et contrôles seront à l'ordre du jour. Les psychiatres se verront un peu enfermés dans leur propre discours ; la maladie mentale, maladie comme les autres, devenant diluée dans le champ plus vaste du socio-sanitaire. La situation du champ devient inconfortable : il s'étiolo, d'autres corporations s'imposent, les services sociaux se développent, les intervenants se multiplient.

Avec le Rapport Harnois, la pensée institutionnelle est prise dans une contradiction, une ambivalence de fond : d'une part, la nécessité de poursuivre cet étiolement en confirmant les innombrables partenaires sociaux dans leur raison d'être (le partenariat élargi) et, d'un autre côté, la nécessité de préserver l'unité du champ et la structure du pouvoir médical et institutionnel : l'englobement dans la notion de santé mentale de multiples problèmes sociaux, et l'élargissement du champ psychiatrique sur le domaine du communautaire.

La situation économique de la fin des années 70 et du début des années 80 n'a pas permis un débat politique sur la santé mentale. L'inflation et le fort taux de chômage (récession) ne permettaient que de suggérer des coupures ou de réclamer le maintien des acquis.

Le Rapport Harnois et la Commission Rochon n'ont pas eu le privilège d'intervenir dans une atmosphère de créativité culturelle et de forte croissance économique. Cependant, la situation semble relativement stable et permet de réallouer les ressources en fonction

de diverses priorités. Par conséquent, les enjeux actuels se situent dans un **repositionnement** : Qui sera grugé? Qui sera négligé? Qui sera forcé d'accepter une refonte ou de nouvelles mesures de contrôle?

3. L'autonomie communautaire

Les ressources alternatives et communautaires en santé mentale au Québec sont en situation de survie et de développement. S'inscrivant dans l'éclatement du champ de la psychiatrie, elles proposent de nouveaux modèles d'intervention, un regroupement des usagers des services en associations d'entraide et de défense des droits. En outre, elles favorisent de nouveaux partages du pouvoir dans les structures d'aide. La force du communautaire réside dans sa popularité, dans sa facilité à établir et à maintenir des réseaux naturels de support et d'insertion avec les communautés environnantes, dans la créativité que permet la petite taille des ressources, l'énergie considérable des participants, leur autonomie relative face au réseau d'État et des administrations technocratiques. Les petits organismes communautaires sont des réponses d'adaptation et de résistance au nouvel univers kafkaïen créé par la complexité et la confusion qui règnent dans les grandes institutions. Le Rapport Harnois le souligne d'ailleurs très justement :

L'institutionnalisation, produit d'une société à l'égard d'une partie de ses membres marginaux, a eu comme conséquence de déposséder la personne de sa responsabilité et de sa possibilité de choix, générant ainsi une situation de dépendance extrême. [...] Plus visibles, les grands établissements ont constitué une cible privilégiée de la critique d'autant que leur seule dimension favorise la dépersonnalisation des rapports humains, la standardisation des formes d'aide et la sous-estimation de tout potentiel (Harnois, 1987: 25).

Mais le communautaire et l'alternatif sont aussi des produits de l'échec du modèle médical en santé mentale: en bout de ligne, quoiqu'on en dise dans la recherche médicale pour des raisons évidentes, la maladie physique et les problèmes émotifs et sociaux sont fondamentalement différents. La santé mentale ne relève pas du bon médicament correspondant au bon diagnostic fait par le médecin compétent, mais plutôt d'une intervention humaine construite dans une véritable relation d'aide, établie en fonction de la réalité sociale

vécue différemment par chacun, et ouverte à un véritable projet de réinsertion sociale.

Le modèle psychiatrique est en panne. L'hôpital, usine à soigner les malades, est fondamentalement déshumanisant. Beaucoup d'indices démontrent un éclatement du paradigme médical, surtout en santé mentale : insatisfaction des usagers des services institutionnels (cf. Letendre *et al.*, 1988), émergence d'innombrables médecins doux et de psychothérapeutes de toutes allégeances (cf. Tremblay, 1986 : 7), phénomènes de la porte tournante et des références multiples, prises en charge déresponsabilisantes et absence de véritable insertion sociale des désinstitutionnalisés, coût effarant de l'institution, survalorisation de la médication, panacée universelle (pierre philosophale) qui ne résout rien et maintient dans le Moyen-Âge le savoir thérapeutique. En fait, l'intervention psychiatrique manque de rigueur scientifique ; elle est évidemment inefficace et coûteuse ; elle est monopolisante et écrasante face à tout autre paradigme d'intervention ; elle suscite un taux d'insatisfaction élevé chez les usagers et ne leur laisse aucune place dans les cercles du pouvoir institutionnel².

En 1981, le sociologue Zola (1981) affirmait que la médecine est en passe de devenir la plus importante institution normative, supplantant la religion et le droit³. Les grandes institutions psychiatriques et hospitalières d'aujourd'hui, comme hier les grandes églises et cathédrales, sont remplies de personnes qui cherchent un enracinement personnel et social, ainsi que des réponses aux difficultés de vivre en société. S'en remettant à « ceux qui savent », hier curés et aujourd'hui médecins, ces personnes s'incrument parfois dans les institutions ; elles y perdent plus ou moins leur identité et sont prises en charge à plus ou moins long terme. Si les séjours sont de moins en moins longs, ils sont par contre de plus en plus fréquents, certains patients passant par plus de vingt hospitalisations dans leur vie. La structure institutionnelle actuelle leur permet de ne jamais tout à fait perdre l'élastique qui les relie à l'institution, la médication, la psychiatrie : avec les cliniques externes, les centres de jour, les ressources intermédiaires et les foyers de transition, l'asile s'étend en dehors de ses murs toujours un peu plus loin. Beaucoup de thérapeutes en

2. Cf. aussi Poirier et Gagné (1988).

3. On peut aussi consulter Morin (1986) et le Syndicat des professionnels des affaires sociales du Québec (1981).

viennent au bout du compte à se convaincre que, de toute façon, la communauté est incapable de les réinsérer ; que la médication est nécessaire compte tenu de la souffrance et des risques de désorganisation des patients ; que la désinstitutionnalisation est en fin de compte une erreur. C'est peut-être qu'avant de pouvoir réussir à désinstitutionnaliser et à réinsérer la clientèle, il faudrait réussir à désinstitutionnaliser davantage l'institution ?

Dans ces perspectives de désinstitutionnalisation, d'éclatement du champ de la santé mentale et d'émergence de nouveaux paradigmes d'intervention sociale, de plus en plus de personnes s'intéressent aux ressources communautaires et alternatives, un peu abstraitement comme le Rapport Harnois, ou très spécifiquement comme la Commission Rochon, qui suggère, dans ses conclusions et recommandations, de les reconnaître et de les favoriser dans leur développement : [...] *la commission recommande : Que les organismes communautaires soient appuyés de façon stable dans leurs missions de promotion, d'entraide et de développement d'approches « alternatives »* (Rochon **et al.**, 1987 : 692).

En tant que porteurs de nouvelles expériences, ancrées dans leurs communautés et ouvertes à un vécu « humanisant » favorisant la réinsertion, les ressources alternatives et communautaires vont peut-être, dans les prochaines années, être davantage reconnues et soutenues.

Il faut cependant espérer, et seules de nouvelles politiques permettront de le déterminer, que l'autonomie de ces ressources sera respectée, puisque seule cette autonomie est garante du fait qu'une vision véritablement différente du paradigme institutionnel et psychiatrique usuel pourra être élaborée et expérimentée. Pour cela, il est nécessaire de bien situer les enjeux et la dynamique du « champ » de la santé mentale, d'en connaître l'histoire et les ambivalences. L'absence d'un regard critique sur les dangers de l'élargissement du champ — tel que proposé par le Rapport Harnois — mène à une pensée institutionnelle toujours élargie, comme le démontre cette brève citation récente d'un psychiatre français :

[...] les théories systémiques et les théories de la communication ont acquis droit de cité dans la psychiatrie officielle [...]. Ces avancées théoriques [...] ont été rapidement intégrées à l'arsenal thérapeutique institutionnel par une meilleure compréhension de l'interdépendance de ces différents modes d'approches au-delà des positions dogmatiques. Ainsi, le

concept de psychothérapie institutionnelle après avoir connu une certaine désaffection, s'est trouvé enrichi et renforcé dans son efficacité par ces nouvelles possibilités qu'il a su agencer dans leur complémentarité. Son champ d'intervention sera élargi par la mise en place de la sectorisation qu'il a suscitée⁴.

À l'heure de la désinstitutionnalisation et de la création de nouvelles politiques sociales en santé mentale, le danger que le modèle institutionnel englobe ou écrase le communautaire est réel. Ce danger est amené soit par un élargissement perpétuel du champ de la psychiatrie, soit par l'instauration de « listes d'épicerie » (v.g. les plans de services individualisés) imposés aux ressources communautaires, soit par une mainmise sur les ressources financières allouées aux régions, soit par l'exercice d'un pouvoir décisionnel sur le développement de nouvelles ressources en santé mentale, ou encore par « l'achat » fait par l'hôpital de ressources existantes menacées de fermeture par manque de fonds. Si on veut que les pratiques alternatives et communautaires en santé mentale continuent à faire preuve de vigueur et de créativité, il faut assurer leur survie et leur autonomie, d'une part, et favoriser leur développement et l'exploration de nouveaux modèles, d'autre part.

Bibliographie

BOUDREAU, Françoise (1984). *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin.

BOURDIEU, Pierre (1984). *Homo Academicus*, Paris, Éditions de Minuit.

CLAVERIE, C. (1987). « Aspects historiques de la psychothérapie institutionnelle », *L'information Psychiatrique*, vol. 63, no 8, p. 970.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (1983). *Les coûts de la maladie*, Québec.

4. CLAVERIE (1987). Cette citation est un exemple parmi bien d'autres qui peuvent venir à l'esprit des dangers d'un élargissement continu et automatique du cadre institutionnel même quand une grande ouverture à de nouvelles approches existe dans le modèle psychiatrique.

DORVIL, Henri (1987). « La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, no 1, pp. 55-65.

FOUCAULT, Michel (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.

FREMINVILLE, B. de (1977). *La raison du plus fort : traiter ou maltraiter les fous?*, Paris, Seuil.

HARNOIS, Gaston **et al.** (1987). *Pour un partenariat élargi; Projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Québec, Comité de la politique de santé mentale, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

LAURIN, Camille (1961). « La maladie mentale : un défi à notre conscience collective », Postface de J. C. Pagé, *Les fous crient au secours*, Montréal, Éditions du Jour, pp. 145-146.

LAURIN, Camille (1988). « Libre-opinion », *Le Devoir*, 14 janvier 1988.

LETENDRE, Robert **et al.** (1988). *Dynamique de l'expérience de l'hospitalisation en département interne de psychiatrie chez les 18-30 ans*, Montréal, UQAM.

MORIN, Paul (1986). « Main basse sur les ressources alternatives », *Santé mentale au Québec*, vol. 11, no 2, pp. 89-94.

POIRIER, Mario et GAGNÉ, Jean (1988). « Le rapport Harnois sur la santé mentale : un partenariat voué à l'échec », *Le Devoir*, 28 janvier 1988, p. 9

ROCHON, Jean **et al.** (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec.

SYNDICAT DES PROFESSIONNELS DES AFFAIRES SOCIALES DU QUÉBEC (1981). « La psychiatrie et le monopole médical : les professionnels en tutelle, la population en otage », *Santé mentale au Québec*, vol. 6, no 2, 1981, pp. 89-98.

TREMBLAY, M.-A. (1986). « La révolution tranquillisante en psychiatrie : paradigmes, univers des pratiques et représentations sociales », in *Actes du colloque Pour un réseau autonome en santé mentale?*, organisé par le GIFRIC et COSAME 20-21 novembre 1986, pp. 6-18.

ZOLA, I. K. (1981). « Culte de la santé et médicalisation », in L. Bozzini **et al.**, *Médecine et société: les années 80*, Montréal, Éditions Saint-Martin.