

La psychiatrie québécoise depuis 1960 : de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure? Québec psychiatry since 1960 : from structure to structure, is the law of the strongest still the best one?

Françoise Boudreau

Volume 6, numéro 2, novembre 1981

Où va la psychiatrie ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030100ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030100ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Boudreau, F. (1981). La psychiatrie québécoise depuis 1960 : de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure? *Santé mentale au Québec*, 6(2), 27–47. <https://doi.org/10.7202/030100ar>

Résumé de l'article

Le but de cet article est d'examiner de plus près cette période de transformation et d'identifier les manœuvres socio-politiques qui ont donné à la psychiatrie la direction qu'elle a prise depuis vingt ans. Il ne s'agit pas ici de raconter l'histoire récente de la psychiatrie québécoise mais bien de présenter une interprétation d'une série d'événements, d'enjeux politiques et de relations d'influence qui ont bouleversé, modelé et remodelé le système de distribution des soins. En d'autres mots, nous allons examiner, en détail, le scénario « psycho-politique », qui a amené le système « asilaire » qui était sous le contrôle du clergé jusqu'en 1961 (nommé ici période I), à se transformer en un système dit « psychiatrique » sous le contrôle des psychiatres au cours des années 1962-1970 (nommé ici période II), et enfin, en un système « intégré » au réseau global des services de santé et des services sociaux sous le contrôle des technocrates gouvernementaux depuis les débuts des années 70 (nommé ici période III).

LA PSYCHIATRIE QUÉBÉCOISE DEPUIS 1960 : DE STRUCTURE EN STRUCTURE, LA LOI DU PLUS FORT EST-ELLE TOUJOURS LA MEILLEURE?

*Françoise Boudreau**

Le système de distribution des soins psychiatriques au Québec a subi, depuis la fin des années 50, de sérieuses modifications. On parle de réforme profonde mais aussi de détérioration; de révolution psychiatrique et d'âge d'or mais aussi de crise; de métamorphose mais aussi de situation catastrophique — autant de termes contradictoires qui illustrent fort bien l'atmosphère tantôt optimiste, tantôt pessimiste, dans laquelle baigne la psychiatrie québécoise depuis le début des années 60.

Le but de cet article est d'examiner de plus près cette période de transformation et d'identifier les manœuvres socio-politiques qui ont donné à la psychiatrie la direction qu'elle a prise depuis vingt ans.¹ Il ne s'agit pas ici de raconter l'histoire récente de la psychiatrie québécoise mais bien de présenter une interprétation d'une série d'événements, d'enjeux politiques et de relations d'influence qui ont bouleversé, modelé et remodelé le système de distribution des soins. En d'autres mots, nous allons examiner, en détail, le scénario "psycho-politique" (Greenblatt, 1978), qui a amené le système 'asilaire' qui était sous le contrôle du clergé jusqu'en 1961 (nommé ici période I), à se transformer en un système dit 'psychiatrique' sous le contrôle des psychiatres au cours des années 1962-1970 (nommé ici période II), et enfin, en un système 'intégré' au réseau global des services de santé et des services sociaux sous le contrôle des technocrates gouvernementaux depuis les débuts des années 70 (nommé ici période III).

Comme nous le verrons, cette transformation fut loin d'être aisée. Elle est la résultante de conflits de pouvoirs, de luttes idéologiques et de

manœuvres politiques opposant divers groupes d'intérêts durant chacune de ces périodes. Les modifications dans la configuration structurelle et administrative du système depuis 1960 sont donc le résultat d'une certaine dialectique où se sont opposés divers groupes d'intérêts tous armés d'un certain "budget de pouvoir" (Budget Power) (Long, 1962), et ayant tous quelque chose à gagner ou quelque chose à perdre.

De fait, la psychiatrie québécoise a récemment connu, deux épisodes d'affrontement dialectique particulièrement décisifs. Nous avons appelé ces deux points de transition 'la révolution psychiatrique' des débuts des années 60, et la 'crise de la psychiatrie québécoise' aux débuts des années 70. Nous voulons dans cet article démontrer que la révolution psychiatrique fut le résultat d'une 'insurrection' de la part d'un groupe de psychiatres 'modernistes' qui ne pouvaient trouver, dans le système asilaire existant alors, un lieu de pratique et de contrôle qui leur soit propre. La crise de la psychiatrie québécoise, à son tour, fut le résultat direct d'une 'invasion' de la part d'une nouvelle classe d'experts technocrates qui cherchaient à se délimiter un territoire de pratique et de contrôle dans les domaines de la santé et des services sociaux.

Après avoir brièvement examiné les principaux appuis du système asilaire avant les années 60, nous scruterons le scénario psycho-politique qui s'est déroulé au cours de la révolution psychiatrique, et de la crise qui suivit — moins de dix ans plus tard.

LE SYSTÈME ASILAIRE : CENT ANS DE MONOPOLE RELIGIEUX

"Tout ce que vous faites à l'un de ces petits, c'est à moi-même que vous le faites" (St-Luc

* L'auteur, Ph. D., est assistant-professeur au Département de sociologie et d'anthropologie, Université de Guelph, Guelph, Ontario.

VI : 31). Tel était le principe qui devait servir de guide aux employés œuvrant à l'hôpital St-Michel-Archange. Les autres devoirs des employés étaient spécifiés dans le même esprit :

Envers les autres travailleurs : compréhension et collaboration

Envers le public : politesse, courtoisie, discrétion

Envers les malades : charité, dévouement, compréhension, discrétion

Envers l'employeur : justice, charité, honnêteté, respect, soumission, compréhension, collaboration, loyauté, ponctualité, sobriété, etc.

(Hôpital St-Michel-Archange, liste des devoirs des employés, s.d.)

Cette longue liste de vertus n'empêcha pas pour autant deux préposés aux malades de tuer un patient parce qu'il avait refusé de laver un plancher — en 1948.

Ce n'est là qu'une des contradictions du système asilaire catholique francophone, tel que le Québec l'a connu jusqu'au début des années 60. Nous ne nous attarderons pas ici à décrire en détails ce système qui nous est bien familier. Il est important, cependant, d'examiner brièvement les appuis qui en assuraient la continuité.²

Le monopole des congrégations religieuses sur ce système reposait entre autres sur la théorie qui faisait de la folie soit un don de Dieu pour nous éprouver, soit l'instrument de sa colère pour punir le pécheur, et on la pensait incurable (voir tableau 1). Les sœurs étaient donc considérées, du fait de leur esprit d'abnégation et de leur engagement à mener une vie de chasteté, de pauvreté et d'obéissance, les mieux qualifiées pour prendre soin de ces membres affligés du 'corps de Jésus-Christ' et pour sauver leurs âmes. Dans une société catholique traditionnelle et autoritaire, cette approche semblait aller de soi.

Ainsi, à la commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques, la direction de l'hôpital St-Julien jugeait bon d'annoncer que : "nos malades recouvrent presque toujours à l'heure dernière une lucidité d'esprit assez parfaite pour faire le sacrifice de leur vie et remplir à cette occasion leur devoir de chrétienne" (Rapport Bédard, 1962 : 118). En d'autres mots, on annonçait à la commission que le but ultime du système asilaire était atteint dans presque tous les cas! Paradoxalement, cette "humble violette de

la charité dans le champ du Père de famille" pouvait rapporter un excédent de revenus de l'ordre de 187,520.82 \$ en 1961. "La Providence, disent les sœurs, ne manque jamais au plus petit des siens" (1962 : 118) (voir tableau 1).

La dominance des congrégations reposait aussi sur la longue tradition de paternalisme et de monopole du clergé dans tous les domaines du social. Aussi longtemps que la 'normalité' de cet état de chose n'était pas mise en question, le système pouvait fonctionner en toute tranquillité. Autre facteur, et non le moindre, les congrégations avaient le capital financier et humain nécessaire pour investir dans ces domaines. Elles avaient à leur disposition un personnel dévoué, obéissant et non rémunéré. C'était donc économique pour le gouvernement et les payeurs de taxes. En tant que propriétaires de système, elles avaient tous les pouvoirs de gestion et ne devaient rendre de compte à personne, même si la grande partie de leurs fonds était constituée par le per diem alloué par le gouvernement. Apôtre convaincu de la conservation, Maurice Duplessis avait maintenu une stricte politique de 'laissez-faire' dans ce domaine.

Tout budget de pouvoir n'est cependant pas statique. Les appuis de tout groupe dominant sont toujours susceptibles de changement. La transformation du système asilaire contrôlé par le clergé en un système psychiatrique contrôlé par les psychiatres, n'alla pas de soi. Elle se fit à travers de sérieuses confrontations, et luttes intestines, chaque groupe utilisant ses propres appuis afin de gagner ou de garder le contrôle.

LES ACTEURS EN PRÉSENCE

À la fin des années 50, les psychiatres ne constituaient pas un groupe homogène. Deux groupes d'intérêt, les traditionalistes et les modernistes, ne partageaient pas les mêmes idées sur l'origine et le traitement de la maladie mentale, et occupaient des positions bien différentes dans le système. Les traditionalistes, membres d'une petite bourgeoisie libérale traditionnelle, elle-même assujettie au pouvoir clérical, avaient été formés selon le modèle français de neuro-psychiatrie. Ils exerçaient leur profession dans des pratiques privées lucratives aux frontières du système, ou dans les asiles où ils

TABLEAU 1

Caractéristiques des théories dominantes selon la période

Caractéristiques	Période I (-1960)	Période II (1961-1970)	Période III (1970 +)
1. Système	Système asilaire	Système psychiatrique	Système global des Affaires sociales
2. Thème dominant	– “ <i>La folie est un don (punition) de Dieu qui ne se guérit pas</i> ”	– “ <i>La maladie mentale est une maladie comme les autres</i> ”	– <i>La santé mentale est un droit de tous</i>
3. Promoteurs	– Clergé – Congrégations religieuses – ‘Anciens’ neuro-psychiatres – Traditionalistes – Petite bourgeoisie libérale	– Jeunes psychiatres modernistes nouvelle bourgeoisie	– Technocrates Administrateurs Planificateurs MAS
4. But officiel	– Le salut des âmes, l’hébergement des corps	– Traitement et guérison	– L’épanouissement harmonieux de la personne dans sa totalité physique et mentale
5. Représentation de la situation	– Les sœurs étant les plus dévouées sont les mieux qualifiées pour les héberger	– Les psychiatres sont les experts dans ce domaine médical	– Le gouvernement est responsable de la collectivité – tous peuvent et doivent contribuer
6. Consommateur	– Résident, pensionnaire	– Patient	– Client, citoyen
7. Modèle d’intervention	– Modèle traditionnel – religieux; hébergement internement	– Modèle scientifique – curatif; intervention individualisée	– Modèle social préventif; santé publique globale

avaient un certain prestige mais aucun pouvoir réel. Ces psychiatres avaient assimilé et contribué à maintenir la théorie dominante sur la folie. Selon un traditionaliste : “Le bon sens, la sérénité, la compassion, l’objectivité et l’absence de prétentions devant les faits difficiles sont les seules qualités nécessaires pour permettre aux psychiatres d’accomplir leur noble mission” (Dumas, 1962 : 429).

Bref, en plus de fournir aux traditionalistes, prestige et sécurité financière, le système asilaire fournissait aussi une définition de la situation qui donnait un sens à leur vie. Très peu nombreux au début des années 50, les psychiatres travaillant dans les asiles étaient tout aussi institutionnalisés que leurs patients.³

Le premier signe d’une transformation importante de la balance du pouvoir vint avec l’arrivée massive de jeunes psychiatres qui avaient reçu leur formation grâce aux subventions du gouvernement fédéral instituées en 1948. Le nombre de psychiatres au Québec passa de 15 qu’il était en 1950, à 170 en 1962. Ils entraient dans un système qui avait très peu de place pour eux et où la psychiatrie en tant que “science au service de Dieu et de l’Église” (Hôpital St-Michel-Archange, document pour le personnel, sans date), avait très peu en commun avec ce qu’ils avaient appris à l’extérieur. Une querelle entre les traditionalistes et les modernistes était imminente. À l’institut Albert Prévost, elle était déjà en effervescence et allait bientôt rejaillir sur toute la province.

L’OUVERTURE DU CONFLIT – PÉRIODE ORAGEUSE À L’INSTITUT ALBERT PRÉVOST

Ardent porte-parole de la psychiatrie moderne, le docteur Camille Laurin était à l’emploi de l’institut depuis 1957. Nommé directeur scientifique en 1958, il avait recruté une équipe de cliniciens “unie par une certaine conception du travail dans une perspective moderne” (Rapport Régnier, 1964). Ensemble, ils avaient procédé à la transformation de l’hôpital, introduisant entre autres, un programme d’enseignement en coopération avec l’université de Montréal, un centre de jour, un centre d’observation... La coopération initiale de l’administration aux projets de la nouvelle équipe ne dura pas longtemps. Le climat devint tendu. Dès 1960, l’orage était prêt à éclater.

Il y avait des récriminations de part et d’autre. Du côté de la nouvelle équipe, on protestait contre l’absence d’une structure médico-administrative interne, l’absence de professionnels sur un conseil d’administration entièrement composé de femmes, laïques ou religieuses, infirmières ou dames patronesses. On s’élevait contre le refus de nommer un directeur médical depuis 1956, le refus d’engager plus de travailleurs sociaux, l’intrusion constante de l’administration dans le travail des psychiatres, la rigidité, le mutisme et l’autoritarisme de la surintendante, garde Tassé... L’administration, de son côté, se plaignait du manque de loyauté des psychiatres, de leur insubordination; elle accusa Laurin de poursuivre ses intérêts personnels au détriment de ceux des malades et de la “maison”; elle protesta contre ce qu’elle appelait les demandes déraisonnables des psychiatres, leur endoctrinement des gardes-malades et des travailleurs sociaux, leur utilisation excessive de la psychiatrie freudienne et finalement, leur manque de moralité – en disant entre autres, aux malades, que la masturbation n’est pas un péché. L’administration était convaincue que les psychiatres voulaient miner l’institution et en prendre le contrôle. (tous les journaux du Québec, 5.7.62). Elle en fut tout à fait convaincue en janvier 1961 après l’élection à l’exécutif du bureau médical d’un comité totalement composé de modernistes, sur l’instigation du docteur Laurin. Les traditionalistes qui étaient à l’institut depuis un grand nombre d’années, mais qui n’y travaillaient qu’à temps partiel, avaient tous été mis de côté.

Finalement, “la goutte d’eau qui fit déborder le verre” (Rapport Régnier, 1963 : 15) fut la participation du docteur Laurin dans le livre *Les Fous crient au secours*, le 21 août 1961. L’auteur, Jean-Charles Pagé, raconte l’expérience qu’il a vécue comme patient à l’hôpital St-Jean-de-Dieu : “la dictature qui y règne, la stupidité des règlements, l’inhumanité des traitements imposés à ceux qui ont dérogé aux règlements, la rigueur et la bêtise des gardiens; l’attitude de celles qu’on appelle là-bas les ‘officières’, l’insécurité psychologique ‘des détenus’; l’absence de tout réconfort, de toute marque d’amitié” (*Le Devoir*, 16.9.61). Dans une éloquente postface, Laurin réclame un changement : “La véritable solution réside dans

l'instauration d'un système nouveau qui redonne au malade sa dignité et la chance d'être traité comme il se doit" (Pagé, 1961 : 156).

À l'institut Albert Prévost, c'était la rupture. Garde Tassé se dit renversée, outragée par ce geste de Laurin qui reliait le nom de l'institut à une critique irrévérencieuse et injustifiée des communautés religieuses. La lutte idéologique qui opposait jusqu'ici les traditionalistes et les modernistes à l'institut prit des dimensions provinciales. La guerre avait été déclarée.

LE JEU DES STRATÉGIES ET LES SOURCES D'INFLUENCE

Le remplacement d'une grille idéologique dominante par une autre et d'un modèle d'action par un autre, ne se fait pas automatiquement. Selon Donald Schon (1971), il faut, avant tout, qu'un événement ou une série d'événements critiques viennent rompre l'harmonie, discréditer le système actuel, créer un état de crise, éveiller un public léthargique et l'amener à réclamer un nouveau système d'idées, une méthode d'intervention plus adéquate. "Vanguards, nous dit Schon, move ideas to public awareness, supplying the energy necessary to raise them over the threshold of public consciousness" (Schon, 1971 : 131). L'enjeu, pour ce groupe avant-gardiste, c'est la prise du pouvoir. Les mass media jouent ici un rôle central. Ils propagent les idées nouvelles et constituent l'arène où se fait le débat.

L'insurrection des psychiatres au début des années 60 a connu le même cheminement. Il fallut la publication du livre de Pagé et son endossement par le docteur Laurin pour secouer l'apathie populaire. Un état de crise s'ensuivit. Les accusations et les contre-accusations, les témoignages personnels, les demandes de changement se sont multipliés. Les uns réclamaient avec ardeur une explication, un diagnostic, un nouveau schème d'idées, un nouveau modèle d'action alors que les autres défendaient comme la prunelle de leurs yeux la légitimité du modèle existant ainsi que la dominance et la réputation des sœurs.

Par ses éditoriaux, ses rubriques journalières, ses lettres à l'éditeur, ses enquêtes et ses entrevues avec les acteurs principaux, la presse devint l'élément moteur, l'arène où se poursuit le débat.

"Il est temps d'avoir honte" écrit Gérard Pelletier dans *La Presse* (26.8.61). Les grands titres sont forts révélateurs du climat qui règne : "Dans leur fosse aux serpents les fous crient au secours" (*Le Petit Journal*, 28.8.61); "Un hôpital dont le nom même glace d'effroi : St-Jean-de-Dieu" (*La Presse*, 29.8.61); "Ce n'est pas la faute des religieuses" (*La Presse*, 29.8.61); "La F.T.Q. : négligence grave du gouvernement Lesage au sujet de St-Jean-de-Dieu" (*Le Devoir*, 28.8.61); "Psychiatres et syndicats lancent un dramatique appel" (*Le Devoir*, 30.8.61); "L'apathie du public est en partie responsable des erreurs dénoncées" (*Le Devoir*, 30.8.61); "Notre système a 65 ans de retard" (*La Presse*, 30.8.61).

La résistance fut virulente; les traditionalistes tenaient bon. Dans un article intitulé "Au sujet d'une campagne injustifiée contre nos hôpitaux psychiatriques", le docteur Paul Dumas, directeur de la revue *l'Union Médicale*, déclare avec une verve tranchante qu'il n'existe pas d'état d'urgence en psychiatrie québécoise et que le scandale réel réside exclusivement dans la tête de ces "jeunes médecins machiavéliques qui, au lieu de laver leur linge sale en public avec leur ardeur juvénile, leurs attitudes agressives et intransigeantes, auraient dû discuter de leurs problèmes avec leurs aînés dans de petits comités, dans leurs familles..." "Ces jeunes docteurs, ajoute-t-il, ont dérogé à un principe fondamental de la déontologie médicale : le devoir de respect, justice et charité que tout médecin doit observer envers ses collègues" (Dumas, 1961 : 1396). Le docteur Lortie lui fit aussitôt la réplique : "C'est précisément à cause de notre devoir de justice, de respect et de charité envers le patient et non pas envers nos collègues que nous devons condamner, devant le public, l'incompétence professionnelle des psychiatres et des médecins qui n'adoptent pas les théories et les techniques modernes" (Lortie, 1962 : 424). Le docteur Dumas revint à la charge en utilisant les mots de Voltaire : "Mentez, mentez, de la vérité, il en restera toujours" (Dumas, 1962 : 429). Mais la vérité apparaissait de plus en plus claire à tous, y compris André Laurendeau, Gérard Pelletier, Jean Marchand, et bien d'autres qui tous, à leur tour, vinrent réclamer avec les modernistes une action gouvernementale concrète et immédiate.

“L’équipe du tonnerre”, avec Jean Lesage en tête, était en effet prête à répondre. Elle créa la Commission d’enquête sur les hôpitaux psychiatriques et nomma, pour la diriger, les docteurs Dominique Bédard, Denis Lazure et Charles Roberts. Certains traditionalistes décrétèrent immédiatement – non sans raisons d’ailleurs – le choix des commissaires, choix qui révélait bien le type de conclusions que le gouvernement libéral nouvellement élu s’attendait à recevoir.

On doit ajouter ici que la révolution psychiatrique doit être située dans le contexte d’un Québec qui avait déjà entamé sa révolution tranquille. Le livre de Pagé suivait de près *Les insolences du Frère Untel* (Desbiens, 1960) qui, une année plus tôt, avait dénoncé le système d’éducation et la bureaucratie du clergé. Utilisant la même forme, le même langage, la même sincérité, le livre de Pagé avait bien visé ; il a servi à diriger l’attention contestataire vers un autre domaine où se faisait sentir le poids de cent ans de domination cléricale. Facette de la révolution tranquille, la révolution psychiatrique jetait encore de l’huile sur un feu déjà bien allumé.

ENTRETEMPS, À L’INSTITUT ALBERT PRÉVOST...

La deuxième manche allait débiter. Le 8 janvier 1962, la presse avait un autre événement à couvrir. Le bureau médical de l’Institut avait soumis le nom du docteur Laurin pour combler le poste toujours vacant de directeur médical. L’administration choisit d’ignorer la requête, mais le 25 janvier annonça sa décision de suspendre l’enseignement à partir du 1^{er} juillet. La raison donnée était que l’hôpital devenait une extension de l’Université de Montréal et que l’enseignement se faisait au détriment du traitement des malades. La conséquence logique de cette suspension, et pour plusieurs sa raison véritable, fut bientôt annoncée : les docteurs Laurin, Pierre Lefebvre et Jean-Baptiste Boulanger ne sont plus nécessaires à l’hôpital et sont démis de leurs fonctions. Ce geste provocateur n’allait pas demeurer sans réponse ! Entretiens...

LA COMPÉTENCE ET LA CRÉDIBILITÉ

Les trois commissaires nommés par le gouvernement pour enquêter sur la situation dans les

hôpitaux psychiatriques, s’étaient mis à l’œuvre et déposaient, trois mois plus tard, un rapport dramatique concluant à la nécessité urgente d’un changement. Ils insistaient sur la contradiction flagrante existant entre le traitement traditionnel basé sur “la prière, les bonnes paroles, les promesses de récompense, la contrainte physique, la fermeté, les menaces, les punitions et sanctions” (Rapport Bédard, 1961 : 21) et les techniques prometteuses de la psychiatrie moderne.

“La maladie mentale est une maladie comme les autres et... doit être traitée comme telle”, affirmaient-ils. Le message était clair : seuls les psychiatres formés aux techniques et aux théories modernes d’intervention ont la compétence nécessaire pour redonner aux patients et à leurs familles l’espoir d’une guérison. Le domaine de la maladie mentale, c’est le domaine médical légitime des psychiatres. Il n’appartient pas au clergé.

Dans une entrevue donnée en anglais, en 1979, le docteur Lazure fut appelé à commenter le contenu du rapport : “The commission work was exciting and highly reformist ; we blasted the nuns in our report” (*The Gazette*, 5.9.79). C’était en effet le cas !

LE RAPPORT BÉDARD : LE COUP DE MORT À L’ANCIEN SYSTÈME, ET “LA SOLUTION”

Les commissaires proposèrent donc comme solution un changement dans les structures administratives du système. Leur première recommandation, “qu’une commission gouvernementale, ayant juridiction sur tous les services psychiatriques de la province, soit immédiatement créée”, illustre bien l’intention des modernistes de prendre en main tout le système. L’on recommande aussi, entre autres, l’abolition du *per diem* et la création d’un système de financement intégré au plan d’assurance-hospitalisation ; la mise en marche de programmes de formation en psychiatrie ; la réduction du nombre de patients dans les hôpitaux psychiatriques ; l’activation des asiles, l’adoption d’une politique de portes ouvertes ; la régionalisation et la diversification des services ; l’ouverture de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux ; la création de foyers de transition, d’ateliers protégés, de centres de jour...

Au lendemain de la présentation du rapport, l'Association des psychiatres du Québec annonce son appui total. L'exubérance est celle d'une journée de victoire : "Aujourd'hui, le 30 mars, marque une étape. La psychiatrie au Québec vient de faire un bond prodigieux" (*La Presse*, 31.3.62).

La Presse proclame déjà la victoire de la nouvelle garde : "La psychiatrie moderne vient de remporter une très belle victoire dans la province de Québec. Ébranlée, battue, à bout de forces, la vieille garde a plié devant l'élément progressif" (*La Presse*, 31.3.62). Le gouvernement avait jusqu'ici collaboré avec les modernistes. Allait-il, par des gestes concrets, confirmer leur victoire?...

COMMENT POUSSER LE GOUVERNEMENT À L'ACTION : STRATÉGIE FINALE

Le 12 mai, le personnel psychiatrique de l'Institut Albert Prévost annonce sa décision irrévocable de démissionner en bloc en réponse à la décision de l'administration, annoncée le 25 janvier dernier, de suspendre l'enseignement et de démettre leurs trois collègues. Venant du seul hôpital francophone qualifié d'avant-gardiste par la commission, une telle décision s'avérait très stratégique — d'autant plus qu'une des recommandations du rapport était la modification de la structure administrative de l'hôpital. Encore une fois, on se trouvait en état de crise, et encore une fois, les groupes d'appui tels l'Université de Montréal, l'Association des psychiatres du Québec, et même les syndicats reviennent à la charge et demandent l'adoption immédiate de toutes les recommandations du rapport : "Ces hommes de science méritent sûrement la confiance du public et des autorités pour leurs qualifications personnelles et les services qu'ils ont rendus" déclare Jean Marchand à *La Presse*, (15.5.62).

Le 23 mai suivant, après avoir rencontré le ministre de la Santé, l'administration de l'Institut annonce sa décision de reprendre l'enseignement et de réengager les psychiatres démissionnaires. Elle annonce aussi la nomination tant attendue d'un directeur médical — choisissant, par contre, un médecin obstétricien, ami de la maison, pour remplir le poste. Pour le personnel psychiatrique, c'était de la "moquerie pure" (*La Presse*, 3.7.62). C'était donc au tour du gouvernement d'intervenir.

Le 2 juin 1962, le gouvernement du Québec annonce la création d'une Division des services psychiatriques au ministère de la Santé (voir tableau 2). Composé des trois membres de la commission, sous la direction du docteur Bédard, le département était chargé de mettre en application les recommandations du rapport. Il était chargé aussi de représenter le ministre dans les conflits opposant l'administration et le bureau médical de toute institution psychiatrique recevant des subventions gouvernementales. Le sort de l'Institut Albert-Prévost était donc déposé entre les mains des modernistes.

Sept jours plus tard, le 8 juin, le Docteur Bédard demande la démission des gardes Tassé et Lépine, le retrait immédiat du médecin obstétricien comme directeur médical, le retour de toutes les personnes congédiées ou ayant démissionné au cours de la dernière année, ainsi que la modification des structures légales de l'hôpital. Le 1^{er} juillet, devant le refus de l'administration de se soumettre, les treize psychiatres démissionnaires quittent. L'état de crise s'aggrave; accusations et contre-accusations sont lancées sur la place publique; et, encore une fois, de fortes pressions sont exercées de toutes parts sur le gouvernement.

Le 10 juillet 1962, le docteur Couturier, ministre de la Santé, intervient. Utilisant les dents de la nouvelle Loi sur les hôpitaux du Québec⁴ adoptée quatre jours plus tôt, il annonce la suspension du conseil d'administration de l'Institut, la nomination d'un administrateur par intérim et la création d'une commission d'enquête dirigée par le juge Régnier et dotée d'un budget de 50 000 \$. Le nouvel administrateur Pogany interdit aussitôt aux "deux demoiselles" l'accès à leurs bureaux. Il réengage tout le personnel congédié ou démissionnaire et reconstitue le bureau médical constitué des treize psychiatres modernistes ainsi que des trois anciens membres qui avaient été mis de côté.

La deuxième manche venait d'être remportée par les modernistes rebelles de l'Institut Albert-Prévost. En même temps, un changement de garde s'était effectué dans tout le système. Les deux victoires étaient intimement liées.

LA BÉNÉDICTION GOUVERNEMENTALE

Quatre jours plus tard, le docteur Couturier affirme et manifeste son appui au discours et au

nouveau modèle d'intervention préconisé par les psychiatres modernistes : un comité de la psychiatrie, présidé par le docteur Laurin est créé; il promet une augmentation de cinq millions de dollars au budget prévu pour la psychiatrie ainsi que l'instauration d'un vigoureux programme d'enseignement psychiatrique et d'éducation populaire :

Nous nous attendons à ce que ces changements transforment le statut des malades mentaux pour faire en sorte que le public et les malades eux-mêmes en viennent à réaliser que la *maladie mentale est une maladie comme les autres, c'est-à-dire curable*. En effet nous voulons garantir tous les avantages de la médecine et de la psychiatrie moderne dans ce domaine...

Les malades mentaux, comme les autres ont le droit de jouir des avantages de la santé. C'est le devoir strict de l'État de la leur assurer et c'est ma volonté de collaborer étroitement à cette réadaptation, à ces guérisons (*l'italique est de l'auteur*). (Tous les journaux du Québec, 17.7.62)

Cette bénédiction gouvernementale, c'est tout ce dont les modernistes avaient besoin pour confirmer leur dominance. La véracité de leur discours et la légitimité de leur rôle étaient devenues évidentes pour tous.

LES CONSÉQUENCES INATTENDUES DE LA RÉFORME PSYCHIATRIQUE

Avec la révolution psychiatrique, le discours religieux et "métaphysique" (Beudet, 1976) sur la folie, de même que le contrôle du clergé avaient donc fait place à un discours médical et professionnel et à la dominance des psychiatres sur *leur système* et sur sa réforme. Tout changement, cependant, n'est pas sans conséquences inattendues.

En procédant à la réforme d'une situation tant décriée, le groupe vainqueur vient inévitablement apaiser, véritablement ou non, la situation de crise qui l'a amené au pouvoir et sur laquelle repose en grande partie la légitimité de sa position de contrôle. En transformant la situation qui l'a amené au pouvoir, le groupe en question modifie, par le fait même, la source de son propre pouvoir. Il risque de rendre sa position vulnérable à de nouvelles sources de dynamisme, à d'autres luttes de

forces venant de l'intérieur du système ou de son environnement.

La réforme psychiatrique des années 60 transforme le système asilaire en abolissant les frontières traditionnelles entre les professions, encourageant la venue dans le système d'un personnel nouveau (travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychologues, infirmières psychiatriques) qui apportait avec lui ses théories, ses techniques particulières ainsi qu'une volonté de se voir reconnaître une compétence exclusive sur ce champ de pratique. À la simplicité organisationnelle du système asilaire se substitua la complexité, la turbulence et même la désorganisation chronique d'un système où devaient coexister des intérêts conflictuels. Cette transformation, qui était l'une des conditions nécessaires à la réforme, affecta la position de contrôle des psychiatres. Dans un système diversifié où chaque groupe a ses priorités, garde avec jalousie son propre champ de compétence, et relève de ses propres structures professionnelles, la position officielle de contrôle des psychiatres en vint à paraître, pour beaucoup, de moins en moins justifiable.

Graduellement, le concept de 'maladie mentale' devient trop étroit, trop restrictif. Le vocabulaire doit changer; le terme démedicalisé de 'santé mentale' devient plus acceptable, monnaie courante. L'on parle moins de 'maladie mentale' que de problèmes de vie personnelle, de problèmes d'adaptation, d'insertion sociale, de problèmes conjugaux, de problèmes de famille, de relations interpersonnelles. Le 'résident' de la phase asilaire, devenu 'patient' au début de la phase psychiatrique, se voit graduellement devenir un 'client', un 'consommateur' de services.

Ce processus qui mettait sérieusement en question la dominance psychiatrique sur le système créait en même temps un besoin et une demande de plus en plus forte de planification, de simplification, de coordination. La situation était donc idéale pour l'entrée en scène d'un nouveau groupe d'experts véhiculant de nouvelles techniques : celles de la planification et de la gestion des systèmes. Leur 'invasion' du système de santé et de services sociaux signifia pour la psychiatrie, une deuxième époque de changement — les débuts d'une période de 'crise'.

TABLEAU 2

Organismes de direction et/ou de représentation psychiatrique, selon la période, le mandat principal et la composition

Période	Organisme	Mandat principal	Composition
<i>Période I</i> avant 1961	Division des hôpitaux mentaux, attachée au ministère de la Santé.	Recevoir les données statistiques des hôpitaux et les présenter dans son rapport annuel.	1 médecin non-psychiatre et 7 secrétaires en 1961.
<i>Période II</i> 1961-1970 :	Division des Services Psychiatriques au ministère de la Santé.	Mettre en pratique toutes les recommandations du Rapport Bédard, représenter le Ministre dans les conflits entre l'administration et le bureau médical des institutions psychiatriques recevant des subventions gouvernementales.	Comité initial, dirigé par les D ^r Dominique Bédard, Denis Lazure et Charles Roberts.
du 2 juin 1962 à janvier 1970	Change de nom en 1969 et devient le	se donne alors deux principes directeurs : 1. La régionalisation; 2. La sectorisation. Conseiller le Ministre...	Dirigé par le D ^r Bédard.
créé le 14 juillet 1962 et disparaît peu après	Directorat de la Psychiatrie et de l'Hygiène Mentale. Comité conseil de la psychiatrie attaché directement au ministre de la Santé.		14 membres psychiatres représentant les secteurs francophone et anglophone de l'hospitalisation. Directeur : D ^r D. Bédard. Secrétaire : D ^r C. Laurin.
de 1969 à 1976	Coordonnateurs régionaux (Réseau jamais complété, devient un réseau informel de quelques psychiatres après la réforme Castonguay).	<ul style="list-style-type: none"> ● Assurer la régionalisation et la sectorisation ● Évaluer les besoins et les ressources régionales; élaborer des programmes, recruter du personnel; coordonner l'assistance psychiatrique et créer des liens entre les organismes et la population régionale. ● Se veulent un lien entre le C.R.S.S.S., les institutions psychiatriques, le public et le M.A.S. (après 1970); rôle consultatif, informel souvent ignoré. 	Réseau <i>demeuré incomplet</i> : ● Un coordonnateur psychiatre pour chaque région administrative (10) et deux coordonnateurs pour Montréal.

Période	Organisme	Mandat principal	Composition
de 1969 à 1971	1 coordonnateur provincial de la psychiatrie qui devient le	Coordination provinciale des coordonnateurs régionaux.	D ^r Réal Lajoie, psychiatre.
<i>Période III,</i> 1970 + :			
de 1971 à 1976	Chef de Service des Soins aux malades mentaux attaché à la sous- section des programmes de santé de la Division de la programmation du M.A.S.	Rôle consultatif.	D ^r Réal Lajoie.
25 août 1971 à nos jours	Comité de la Santé mentale attaché à la Division de la Planification du M.A.S.	Comité consultatif de planification ; Préparation d'avis à l'intention du ministre et sous-ministre des Affaires sociales sur des questions de santé mentale ; Collaboration au dévelop- pement d'indicateurs en santé mentale...	Collaboration entre les universitaires et les praticiens en santé mentale, et les fonctionnaires chargés de la planification en services sociaux, sécurité du revenu et des services de santé. ● Membres nommés pour une année. ● Secrétaire : M. Pierre Vendette.
1 ^{er} sept. 1977 à nos jours	Commissions administratives régionales sur les services psychiatriques de courte et de longue durée — attachées aux C.R.S.S.S de qui elles tirent leur existence légale.	“Autonomes dans leur fonctionne- ment mais répondent directement du C.R.S.S.S. dans l'exercice de leur mandat.” ● Voir à ce que les services psychia- triques soient assurés, continus et complémentaires. ● Préciser la responsabilité sectorielle et complémentaire des établissements. ● Proposer la réallocation des ressour- ces. Répartir, s'il y a lieu, l'enveloppe régionale de développement fixée par le ministère...	Composés majoritairement de représen- tants des établissements concernés et dans les régions où cela s'applique, de : – Un D.G. ou D.S.P. d'un hôpital à vo- cation psychiatrique. – Un Directeur d'un hôpital général avec département de psychiatrie. – Un D.S.P. d'un hôpital général avec département de psychiatrie. – Un Directeur de département de psy- chiatrie d'un hôpital général. – Un pédo-psychiatre provenant d'un centre hospitalier avec service de pédo- psychiatrie. – Un représentant des C.A. pour méssa- daptés sociaux choisi par eux.

Mars 1977 à
janvier 1980
(présente deux
rapports annuels :
1977-1978
1978-1979)

Comité provincial de la
psychiatrie

- Assurer la complémentarité et la coordination inter-régionales.
- Aviser le ministre sur les besoins, les priorités, les ressources dans le domaine et sur les questions de litige entre les Commissions administratives régionales et le C.R.S.S.S.

Septembre 1979
à nos jours.

Service des Programmes en
santé mentale relevant du sous-
ministre adjoint à la direction
générale des programmes de santé.

Structure administrative de coordi-
nation en santé mentale – doit, en
gros, assurer une politique cohérente
entre les diverses orientations des
C.R.S.S.S...

- Un représentant des C.S.S. de la région choisi par eux.
- Un délégué du C.R.S.S.S. sans droit de vote.

Comprend à sa création :

- 4 membres nommés par le ministre (dont D^r Jacques Mackay et D^r Dominique Bédard).
- 4 membres nommés par le C.R.S.S.S. et choisis parmi les membres des Commissions administratives.
- 2 observateurs – (pour le C.R.S.S.S. et l'A.H.P.Q.).
- 1 secrétaire : M. Louis Blanchet.
- Structure administrative sous la direction du D^r Arthur Amyot, directeur du Département de psychiatrie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

NOUVELLE THÉORIE, NOUVELLES TECHNIQUES, NOUVELLES LUTTES POUR LE POUVOIR

Ces experts avaient reçu leur formation en sciences politiques ou économiques, en sociologie, en administration publique, en politique et en technique de gestion, en relations publiques. Professant une théorie de rationalisation, de coordination et de gestion rentable, ils augmentèrent rapidement leur champ d'influence. Certains d'entre eux se sont retrouvés comme membres de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux créée par le gouvernement Johnson en 1966, et dirigée par l'actuaire Claude Castonguay. Vers la fin des années 60, le gouvernement du Québec était l'un des plus gros employeurs de ce nouveau type d'experts.⁵ L'élection du gouvernement Bourassa en 1970 constitue l'apogée de cette invasion graduelle des positions de gestion par cette nouvelle classe technocratique — une victoire décisive sur l'élite traditionnelle des professions libérales. Ceci fut particulièrement vrai dans les domaines de la santé, de la famille et des services sociaux où Claude Castonguay lui-même hérita des deux ministères dont ils relevaient.

LA MONTÉE VERS LE POUVOIR

Nous avons vu plus tôt que l'une des tactiques de tout groupe qui cherche le pouvoir politique est d'abord d'identifier les contradictions et les lacunes de la réalité présente afin de provoquer une demande populaire de changement. Déjà dans son rapport sur l'assurance-maladie en juillet 1967, la commission Castonguay avait noté le "manque flagrant de balance et de coordination entre les secteurs de la santé" (Rapport Castonguay, 1967 : 122). Dans son rapport sur la santé en 1970, la commission conclut avec fermeté que "les lacunes dans le système sont dues à l'absence d'un véritable système de distribution des soins" (1970 : 34). Elle attribue aussi au gouvernement la complète responsabilité de ce domaine en tant que représentant de la collectivité :

En définitive, on se rend compte que partout dans le monde, en particulier au Canada et au Québec, l'État doit intervenir progressive-

ment dans le domaine la *santé publique* et de l'assurance-maladie. Le maintien de la santé de la population étant de plus en plus accepté comme une *responsabilité collective*, cela ne surprend guère, d'autant moins qu'il faut admettre que, sans une *action vigoureuse de l'État*, le *droit à la santé* demeurera une notion purement théorique, sans aucun contenu réel (les italiques sont de l'auteur). (Rapport Castonguay, 1970 : 34)

Bref, c'est sur ce discours idéologique que seront fondées et justifiées toutes les demandes de changements organisationnels. On ne parle donc plus de maladie mais bien de santé; non de soins personnels individualisés mais bien de santé publique. La santé n'est plus un privilège mais bien un droit; elle n'est plus la responsabilité personnelle du médecin envers son patient mais bien celle du gouvernement envers la collectivité. Finalement, réclamer une intervention gouvernementale accrue afin de réaliser ces buts constitue une autre tactique d'invasion de la part de ces "rationalisateurs technocratiques". (Renaud, 1977) dont l'intérêt principal en tant que groupe social est de se bâtir un nid là où se trouve le pouvoir.

On doit préciser ici que les membres de la commission n'ont pas inventé de toutes pièces ces concepts clés sur lesquels ils ont bâti leur réforme. Ce vocabulaire faisait déjà partie d'un système de pensée en vogue aux États-Unis et dans bon nombre de pays européens. "Ce qui est unique au Québec, nous dit le sociologue Marc Renaud, c'est le style coercitif de gestion, ainsi que la vitesse foudroyante des réorganisations globales et non les changements eux-mêmes" (1970 : 128).

LE NOUVEAU DISCOURS — LA PSYCHIATRIE AUX OUBLIETTES...

Mais, quelle est donc la place réservée à la psychiatrie dans ce schème idéologique? Ironiquement, on lui donne la place que les psychiatres modernistes eux-mêmes lui ont façonnée au cours des années 1960 en insistant sur le principe que la 'maladie mentale est une maladie comme les autres'. Donc, de conclure les technocrates, si c'est une maladie comme les autres, pourquoi lui donner un statut spécial, lui attribuer un système parallèle? "Rien ne peut plus justifier l'isolement dont les malades mentaux furent si

longtemps l'objet par rapport aux autres malades" (Rapport Castonguay, 1967 : 127). Santé mentale et santé physique ne font qu'un lorsqu'on vise le plein épanouissement de l'être humain – but ultime de la réforme tel que défini par les commissaires. Ce qu'il faut, selon la commission, c'est l'intégration de la psychiatrie et de la santé mentale dans un système global des affaires sociales. Intégration, cependant, qui risque fort de devenir désintégration, disparition!

DE LA THÉORIE À LA LÉGISLATION : UNE INVASION SOUTENUE

La nomination de Claude Castonguay à la tête des ministères de la Santé et de la Famille et des Services Sociaux signale donc la victoire politique de ce schème de pensée. De critique du système, Castonguay était devenu un véritable guerrier politique et enfin, le gestionnaire officiel de sa propre réforme.

Claude Castonguay n'est pas venu seul au gouvernement; plusieurs membres de la commission l'ont accompagné. Sidney Lee nous décrit les expériences qu'il a lui-même vécues :

... the entire group experienced a common feeling of excitement, exhilaration and more especially, a determination to see their blueprint translated into reality. It was a mammoth undertaking; the implications were awesome (1978 : 14).

Une véritable 'invasion' du système de santé et de service social s'ensuit dont il n'est plus nécessaire de décrire les étapes législatives. Après la loi sur l'Assurance-maladie (1^{er} novembre 1970), et la loi du ministère des Affaires sociales (le 8 décembre 1970), la loi 65 (le 24 décembre 1970) vint créer, sur papier, le réseau des C.L.S.C., C.H., C.A., C.S.S., C.R.S.S.S. dont on a appris à connaître depuis les lacunes et les failles autant que les 'bons côtés'.

D'autres lois ont aussi vu le jour au nom de cette intégration⁶, et elles marquent clairement la décision du gouvernement de s'établir en tant que 'gérant' général du système. Bref, cette réforme globale est bien le geste d'un gouvernement envahissant dont le but est d'identifier, d'organiser, de filtrer et donc de contrôler les forces et les enjeux du système.

Mais, la rationalité telle que définie et imposée par le M.A.S. n'était pas toujours la 'rationalité' telle que définie par les divers groupes d'intérêts concernés. La réforme donna donc lieu à de multiples crises.

LA CRISE DE LA PSYCHIATRIE QUÉBÉCOISE

Pour le système de distribution des soins psychiatriques, la réforme était lourde de conséquences. L'une d'entre elles était la disparition du Département des services psychiatriques au sein d'un ministère de la Santé qui devait lui aussi disparaître. Dorénavant, il n'y aurait plus de système psychiatrique défini comme tel. Une semaine après l'adoption de la loi 65, le docteur Bédard, décrit par *La Presse* comme désormais "un homme d'action étranglé, jugulé, qui a perdu foi en son gouvernement" (*La Presse*, 30.1.70), donne sa démission comme directeur des services psychiatriques. Son geste crée une "commotion réelle dans le monde de la psychiatrie québécoise" (*La Presse*, 21.1.71), une véritable situation de crise. Selon Donald A. Schon, de telles réactions sont inévitables lorsqu'une situation bien établie est soudainement appelée à disparaître. Les psychiatres avaient perdu leur lien personnel, exclusif avec le gouvernement de même que leur mainmise sur le système. Lorsque toute résistance semble futile, la fuite est une des réactions possibles à une invasion de son territoire – et la nouvelle loi sur l'assurance-maladie était là pour ouvrir aux psychiatres une porte de sortie vers le domaine privé : "Exode massif des psychiatres" (*La Presse*, 13.7.71); "Les hôpitaux psychiatriques bientôt sans psychiatres" (*La Presse*, 13.7.71); "Les psychiatres abandonnent les grands hôpitaux, les départements de psychiatrie, les régions rurales et même la province" (*La Presse*, 26.5.71). Dans une société troublée où tout exode est vu comme une protestation ultime, cette évacuation, réelle ou non, des psychiatres touchait des cordes sensibles.

La résistance officielle des psychiatres à la loi 65 fut particulièrement énergique. L'Association des psychiatres, l'Association des directeurs régionaux en psychiatrie, la Conférence des hôpitaux psychiatriques, entre autres, s'accordent à dénoncer la position vague, imprécise laissée

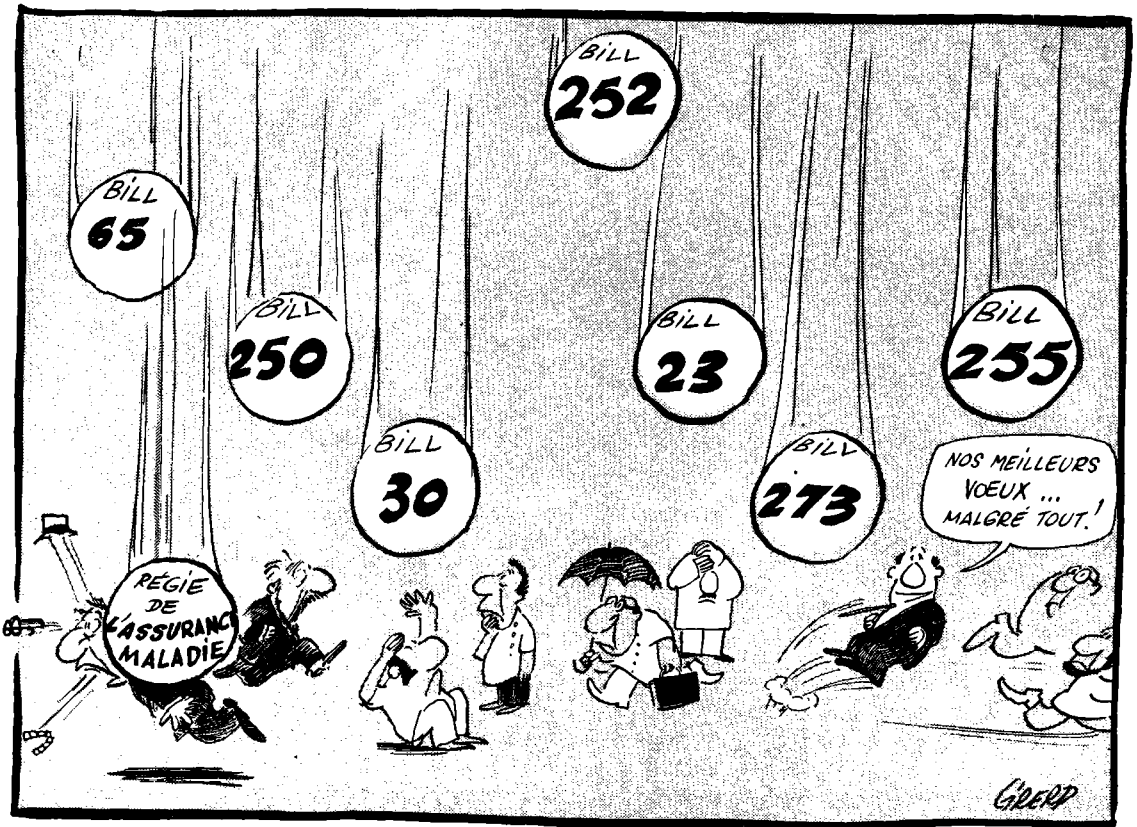
à la psychiatrie dans le nouveau système : “La psychiatrie est noyée” de dire le docteur Naiman au nom de l’Association des psychiatres du Québec (*Journal des débats*, 1971 : B-5, 347). Ils demandaient surtout et avant tout ‘une présence psychiatrique’ au gouvernement. Mais les règles du jeu avaient changé : les psychiatres, tout comme les médecins d’ailleurs, n’étaient plus automatiquement reconnus comme gérants légitimes de ce qui avait été leur système de services. Ils se voyaient bafoués, poussés par un gouvernement socialisant dans la position inconfortable de travailleurs, d’employés – une situation inacceptable pour une élite traditionnellement autonome, dominante, respectée... (voir caricature).

Les stratégies et les ‘Au secours!’ qui s’étaient révélés si efficaces moins de dix ans auparavant n’avaient plus le même effet : “Les psychiatres se sont comportés comme des enfants gâtés et para-

noiaques” nous a dit un technocrate bien placé au M.A.S.; “ils se prenaient et se prennent toujours pour des dieux” nous a-t-on souvent répété. Cette ‘démystification’ n’est qu’une autre tactique d’invasion.

La création, après la présentation en première lecture de la loi 65, d’un Comité de la santé mentale – comité consultatif rattaché à la division de la planification, est vue de part et d’autre comme un ‘suçon pour nous (les) tenir tranquille’. Pour les psychiatres, ce n’était pas suffisant : “Nous croyons qu’au sous-ministère de la programmation, au sous-ministère de la planification, il devrait au moins y avoir une présence psychiatrique” déclare le docteur Lazure en Assemblée nationale.

M. CASTONGUAY – La réponse est très simple sur le dernier point. Si je la mentionne, c’est que c’est la seule et unique réponse. Nous serions



bien disposés à accepter un psychiatre, mais vous êtes trop bien payés à l'extérieur, vous ne voulez pas venir au ministère. Qu'est-ce que vous voulez que je fasse?

M. LAZURE — Je m'excuse, parce que je n'accepte pas cela comme réponse, M. le ministre, parce qu'il y a eu une période de six ans pendant laquelle il y avait une présence psychiatrique très active au ministère, et ces psychiatres n'étaient pas payés en dehors des barèmes du ministère et... (*Journal des débats*, 1971 : B-4836).

Mais, c'était en vain; les règles du jeu avaient changé — de même que le discours des psychiatres. Ceux-là mêmes qui, au début des années 60, avaient proclamé avec ardeur que "la maladie mentale est une maladie comme les autres et qui doit être traitée comme telle" soutenaient maintenant que "tout comme le Québec n'est pas une province comme les autres à l'intérieur de la Confédération, la psychiatrie n'est pas une discipline comme les autres dans le champ de la médecine" — pour utiliser les mots du docteur Camille Laurin à l'Assemblée nationale. Cette fois-ci, cependant, ce n'est plus le message victorieux d'un groupe dans sa montée vers la dominance mais bien le message de résistance d'un groupe combatif dont le 'budget de pouvoir' frôle dangereusement la faillite.

LA RÉFORME DE 1970 À 1976 : INTÉGRATION OU DÉSINTÉGRATION?

Avec l'adoption de la loi 65, le système de distribution des soins psychiatriques au Québec entrait dans une ère nouvelle. L'implantation du nouveau réseau 'intégré' n'allait pas être chose facile. La rationalité a ses limites; la mise en œuvre d'un cadre législatif qui croise une myriade de conflits d'intérêt et de jeux politiques n'est pas sans risques. Nous n'essaierons pas ici d'examiner en profondeur les hauts et les bas de cette période, les victoires et les défaites. Nous l'avons fait ailleurs (Boudreau, 1977).

Disons simplement que pour la psychiatrie québécoise, surtout au cours des années 1970 à 1976, cette intégration imposée a surtout pris le visage de la désintégration, de la confusion et de l'incertitude. Qu'advient-il de ce réseau dont on a coupé la tête et qui doit s'intégrer, sans dispa-

raître, à l'intérieur de structures de santé et de services sociaux et qui baignent elles-mêmes dans l'incertitude, les conflits d'intérêts, d'idéologies et de jeux de pouvoir.

Au cours de ces batailles de structures avec un gouvernement centralisateur et autoritaire, au milieu de luttes interprofessionnelles et syndicales qui semblent être le lot quotidien de la majorité des établissements, on parle, dans les milieux psychiatriques, de 'fin de l'âge d'or', de 'période creuse', de 'malaise profond' affectant tous les services. Le manque d'intérêt marqué et parfois l'animosité envers la psychiatrie dans les hôpitaux généraux et les C.L.S.C. confirme chez nos modernistes médusés le statut de 'parent pauvre', mal accepté, incompris et dévalorisé, de leur profession. Le passage de la 'psychiatrie' à la 'santé mentale' est un épineux problème, un problème à conceptualiser, à opérationnaliser. On piétine, on tente maintes fois de définir le nouveau terme. On parle de plans d'ensemble, de politiques et de promotion de la santé mentale, de prévention, de régionalisation, de sectorisation, de prise en charge, d'accessibilité, de réinsertion sociale, d'humanisation et d'approche communautaire — autant de termes clés, lourds de promesses et, devant une lenteur administrative inévitable, pleins de déceptions, sources d'amertume, d'hostilité.

L'évaluation que l'on fait de la situation à ce moment-là est loin d'être rose : on souligne le maintien des attitudes ségrégationnistes envers les malades, la psychiatrie et les psychiatres; on se plaint du recours abusif aux asiles traditionnels comme poubelles pour ceux dont personne ne veut, on condamne la mise en échec systématique des programmes de sectorisation. On parle aussi d'hôpitaux sans psychiatres, de C.L.S.C. inconscients de leurs responsabilités en santé mentale, de services d'urgence congestionnés, de malades refusés, déplacés d'une région à l'autre; de tiraillements causés par la double allégeance des travailleurs sociaux dont l'employeur est le C.S.S. quelque soit leur lieu de travail; on parle de budgets psychiatriques mal protégés et réaffectés; du problème des psychiatres cantonnés en pratique privée, des directeurs de département de psychiatrie sans véritables pouvoirs et devenus le bouc émissaire de tous; de débats insolubles au sujet du leadership dans les équipes multidis-

ciplinaires, de ressources insuffisantes, mal réparties, de manque de coopération et de suivi dans l'ensemble du système et enfin, d'une absence flagrante de toute politique gouvernementale cohérente en psychiatrie et en santé mentale.

En milieu psychiatrique, on attribue ce piétinement, cette "rétrogradation du système" (Bédard, 1981) à l'absence d'une structure décisionnelle véritable au gouvernement — "comme on l'avait dans le temps de Bédard" (répété mille fois)... Un discours de Claude Forget, alors ministre des Affaires sociales, devant l'Association des psychiatres, le 29 septembre 1976, vint confirmer ces impressions. Le message de Forget fut perçu, par nos 'modernistes', comme un véritable désastre surtout en ce qui a trait à la sectorisation où plus d'un, y compris le Comité de la Santé Mentale, y avaient mis leurs espoirs en vue d'une prise en charge véritable de la psychiatrie communautaire :

Je tiens à préciser, que ce terme ne désigne pour moi rien d'autre qu'un modèle de gestion des ressources... On peut épouser l'approche communautaire en santé mentale sans sectorisation et l'inverse est également vrai... Il y a surenchère de (cette) formule d'organisation... À titre de ministre des Affaires sociales, je ne saurais être contre la notion de prise en charge, c'est-à-dire contre l'affirmation d'une responsabilité professionnelle continue envers tout bénéficiaire. Toutefois, il est impensable à l'heure actuelle, de traduire un tel concept par un régime administratif particulier à un seul problème de santé... Les politiques actuelles (du M.A.S.) s'opposent à la sectorisation et il en est ainsi de nos lois qui font de la liberté de choix une caractéristique fondamentale de nos services de santé (Forget, 1975).

La sectorisation est donc vue par le M.A.S., comme une "médecine de luxe que nous ne pouvons pas nous offrir" (Forget, 1976). Comme toujours, la réponse des psychiatres ne fut pas longue à venir. Au lendemain de la conférence, le docteur Jacques Mackay, alors président du Comité de la santé mentale du Québec dénonce dans une conférence de presse, l'attitude "tout à fait injustifiée" et "caricaturale" du ministre. "Le ministre n'a parlé de la responsabilité qu'implique la sectorisation que pour s'en moquer!... Depuis dix ans on travaille dans un sens exactement contraire à celui que le ministre vient de nous

indiquer... Suite à la conférence d'hier, on se demande si le ministre veut vraiment la disparition du réseau public!" (Mackay, 1976a).

Le 10 novembre, le Comité de la santé mentale rencontre le sous-ministre, Jacques Brunet, pour discuter du fameux discours et du "manque de consultation préalable flagrant qui caractérise fréquemment les prises de position du ministère" (Mackay, 1976b). Mais avant même que l'on ne puisse réagir plus amplement contre le "style actuel du ministère" (Mackay, 1976b), un événement imprévu en a pris plus d'un par surprise. La victoire du Parti québécois et l'entrée du docteur Denis Lazure comme ministre des Affaires sociales a totalement changé la conjoncture. Pour l'équipe qui avait façonné et dirigé la réforme Castonguay, le 15 novembre marquait "la fin d'une époque" (Lee, 1978 : 48). Pour le Comité de la santé mentale, "les événements... ont ouvert des perspectives nouvelles en ce qui regarde la distribution des soins en santé mentale et peut-être jamais la conjoncture dans ce domaine n'a été aussi favorable... C'est notre opinion que le Comité de la santé mentale est une structure qui va prendre beaucoup d'importance dans les mois à venir par son rôle d'agent orienteur au niveau des politiques du M.A.S. en santé mentale" (Hudon, 1976).

Un sentiment de victoire règne : "Enfin on en a une représentation psychiatrique au gouvernement; et quelle représentation! Quelle ironie aussi! Qu'est-ce que les prochaines années nous réservent?" (Entrevue).

APRÈS NOVEMBRE 1976 : LE RETOUR À L'ÂGE D'OR?

Il n'est pas question pour nous de faire ici une analyse détaillée, ni même de tenter un bilan des mesures prises par le nouveau gouvernement en ce qui touche directement, ou indirectement, la psychiatrie ou la santé mentale.⁷ Dans le contexte de cet article, un certain nombre de questions nous intéressent cependant. Ce sont celles que se sont posées spontanément maintes personnes en apprenant la nomination du nouveau ministre. Cette présence tant réclamée et sous la forme inattendue d'un ministre psychiatre marquera-t-elle pour la psychiatrie le début d'une période

nouvelle? Un retour à l'âge d'or? Célébrera-t-on une seconde victoire de la psychiatrie et des psychiatres? Est-ce la fin prochaine de cette politique d'intégration des services psychiatriques et de santé mentale au système global des affaires sociales "qui, selon un psychiatre interviewé, ne nous a pas du tout servi"?

En d'autres mots, allons-nous 'relancer la réforme psychiatrique'? Quels seront les termes clés de la nouvelle administration? Quels changements structurels s'élaboreront-ils au nom d'une meilleure distribution de services? Il n'y avait plus qu'à attendre et à observer.

'LA DÉCENTRALISATION' – POUR UN 'SYSTÈME PARALLÈLE INTÉGRÉ'

Le 18 mars 1977, lors du colloque régional de la santé mentale organisé par le Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Côte Nord, le nouveau ministre fait le bilan "peu élogieux" des "principales lacunes de la distribution des soins aux malades mentaux du Québec" et enchaîne avec "les solutions que j'entends préconiser pour y remédier" (Lazure, 1977).

Rappelant à son auditoire la mission des C.R.S.S.S. comme "organismes consultatifs de planification et de concertation régionale à qui je peux toutefois confier des mandats spécifiques", le nouveau ministre annonce une création immédiate ce qu'il voit comme étant une mesure spécifique et concrète "qui contribuera à coordonner la distribution des soins psychiatriques au Québec et qui assurera qu'elle se fera à travers *un réseau de services intégrés à l'ensemble du système de santé et de services sociaux*" (les italiques sont de l'auteur) (Lazure, 1977).

Sous le sigle officiel de la 'décentralisation', le ministre Lazure annonce donc la création de Commissions administratives régionales sur les services psychiatriques de courte et de longue durée qui devront être mises en place par chaque C.R.S.S.S., de qui elles détiendront leur existence légale. Elles seront autonomes, dit Lazure, dans leur fonctionnement et seront composées majoritairement de membres des établissements concernés et répondront directement au C.R.S.S.S. dans l'exercice de leur mandat. Donc, à chaque C.R.S.S.S. est donné le droit de veto sur les décisions prises

par la commission à chaque fois qu'il juge que les décisions de cette dernière "*ne respectent pas les orientations et priorités fixées par le gouvernement au niveau provincial et celles définies par le C.R.S.S.S. dans son plan régional*" (les italiques sont de l'auteur) (Brunet, 1977).

Un comité provincial de la psychiatrie est aussi créé dont les buts principaux sont d'assurer la complémentarité et la coordination interrégionales et d'agir en tant qu'aviseur du ministre sur les besoins, les priorités et les ressources dans le domaine et sur les litiges entre les Commissions administratives régionales et les C.R.S.S.S. Pour certains, ce comité provincial était une atteinte à une véritable décentralisation – terme plein de promesses mais aussi sujet à maintes interprétations et à beaucoup d'insatisfaction. C'est un terme aussi qui fait peur : "Pour moi, nous dit le ministre Lazure, la décentralisation, ça vient de la tête, pas des tripes" (entrevue personnelle en 1981). Pourtant, lorsque l'on retourne à la définition donnée par monsieur Lazure à l'Assemblée nationale lors du débat sur la loi 65 en 1971, c'est un homme plus convaincu que l'on retrouve :

La vraie décentralisation, pour moi, c'est quand la personne à qui on a confié des fonctions et un titre a le pouvoir de dire oui ou non à la demande de son subordonné dans telle région donnée et ne pas dire : 'On va prendre cela en considération et on va consulter le ministère'... La vraie décentralisation devrait aller jusqu'à la répartition de l'enveloppe budgétaire qui aurait été octroyée, évidemment, après étude par le ministère... Il y a toute une distinction entre déléguer une responsabilité et déléguer une autorité... On demande que le ministère délègue son autorité... mais pas sa responsabilité. Sa responsabilité il la conserve devant le Parlement et devant le peuple. Il y a toute une distinction à faire entre les deux (*Journal des débats*, 1971 : B-4838).

Dans sa création des commissions psychiatriques, le ministre n'a pas vraiment délégué son autorité. Décentralisation veut dire ici nouvelles structures régionales, mais aussi nouvelles tentacules de contrôle et confirmation du pouvoir central. Mais la question doit se poser, même si dans certains milieux elle n'est pas très populaire : est-ce que la décentralisation complète est possible ou même désirable, ou n'est-ce pas là aussi

une autre idéologie utile, passe-partout, véhiculée au nom d'une société juste par un groupe en quête de dominance? Il est caractéristique d'un groupe qui a le pouvoir, qu'il hésite à s'en départir. Si nous savions tous ce qu'est une société juste... ce serait plus facile!...

Selon le Comité de la psychiatrie, nouvellement créé, le processus de réorganisation du système psychiatrique n'était malgré tout, pas encore complet : il manquait toujours "une structure permanente et responsable afin d'assurer une permanence de programmes et de *spécialistes attirés* aux activités de la psychiatrie au sein du M.A.S." (Comité de la Psychiatrie, *Rapport Annuel*, 1977-78 : 31) (les italiques sont de l'auteur). Le problème selon le comité était donc surtout celui d'une centralisation insuffisante, d'une absence de contrôle de la psychiatrie par des spécialistes en psychiatrie et non pas celui de la décentralisation.

Il est peut-être révélateur de noter qu'en appendice à son premier rapport annuel de 1977-1978, le comité a cru bon de reproduire les recommandations du Rapport Bédard de 1961, qui demande en tout premier lieu, on s'en souvient, qu'une commission gouvernementale ayant juridiction sur tous les services psychiatriques de la province soit immédiatement créée. Ce geste du comité manifestait un désir de "relancer la réforme.. des années 60 dont tous se souviennent avec nostalgie. La commission, dans la nouvelle conjoncture, réclamait la création d'un "système parallèle intégré" (Comité de la psychiatrie du Québec, 1979), cette étrange gymnastique du vocabulaire demandait en d'autres mots, d'intégrer la réforme Bédard à la réforme Castonguay, "de l'ancienne à la moderne!"

Quelques mois plus tard, en février 1979, les membres du comité reviennent à la charge avec un document intitulé "Situation de la psychiatrie au Québec : lacunes et perspectives d'organisation". Le document essaie de revaloriser le rôle 'premier' du psychiatre. La stratégie est toujours la même : d'abord, identifier les lacunes, ensuite provoquer une situation d'alerte, qui mène, en effet, certains journaux à reprendre les vieux titres : "Les fous crient toujours au secours", "Dégringolade de la psychiatrie depuis cinq ans", "Électrochoc et lobotomie", "Adapter

les gens au système" (*La Presse*, 21.4.79), et, finalement, inviter à "relancer la réforme interrompue" (*La Presse*, 23.4.79) avec "la mise en place d'une structure permanente de programmation en santé mentale, au sein du ministère des Affaires sociales..." (Comité de la psychiatrie, 1979 : 32). Les critiques de ce document sont sévères :

C'est là, la paranoïa des psychiatres... Ce n'est pas en créant un réseau 'parallèle intégré', une direction générale, que se feront des efforts d'intégration, d'échange, de dialogue. C'est en absorbant une bonne dose de modestie, et en rabaisant le niveau de pratique des psychiatres à celui d'une bonne pratique générale. Le besoin des populations n'est pas si sophistiqué qu'on doive, pour le combler s'enfermer dans des structures (Commentaires d'un 'Critique du système psychiatrique').

Malgré ces critiques, le Service des programmes en santé mentale au M.A.S. vit le jour en septembre 1979 et est présentement dirigé par le docteur Arthur Amyot, psychiatre, qui y travaille à mi-temps. Bien que l'on ait entendu le ministre Lazure lui-même et bien d'autres appeler cette structure "l'équivalent de ce qu'on avait dans le temps de Bédard", ce n'est pas tout à fait exact. Une structure administrative de coordination en santé mentale qui relève du sous-ministre adjoint à la direction générale des programmes de santé et dont le mandat est "d'assurer une politique cohérente entre les diverses orientations des C.R.S.S.S." (Amyot, 1981 : 24) ne saurait se comparer au pouvoir d'un seul homme qui a autorité et responsabilité budgétaire sur la quasi totalité d'une réforme psychiatrique!

Dans le contexte actuel, il faut bien l'admettre, l'âge d'or de l'époque Bédard demeure un souvenir qui va en s'embellissant, mais qui ne se reproduira plus. Néanmoins, une nouvelle relation, plus harmonieuse que conflictuelle, semble s'être présentement établie entre les membres de la profession psychiatrique et les technocrates gouvernementaux. Il ne s'agit pas surtout de technocrates gagnés à la psychiatrie mais plutôt de psychiatres qui ont adopté le langage de la technocratie.

CONCLUSION

Nous avons tenté de retracer une série d'événements qui ont contribué à modeler et à remo-

deler le système de distribution des soins psychiatriques au Québec depuis 1960, et nous avons voulu en présenter une interprétation. Le scénario psycho-politique présenté ici en est un de conflits d'intérêts, de jeux d'influence, de luttes idéologiques et de manœuvres politiques qui ont connu deux points culminants au cours des dernières décennies, mais dont le système ressent toujours les effets, ici et là, à intervalles plus ou moins réguliers.

C'est une histoire fascinante, et qui est 'à suivre'. Il est encore trop tôt pour se prononcer sur l'efficacité du nouveau réseau de gestion, maintenant complet avec sa structure permanente à la programmation, son comité de santé mentale à la planification, et ses commissions administratives régionales. Cependant, une question demeure primordiale : jusqu'à quel point ces transformations des structures remplissent-elles et rempliront-elles le but 'officiel' qui en justifie la mise en place? Jusqu'à quel point le client psychiatrique et la population québécoise — au nom desquels se sont poursuivies toutes ces querelles — ont-ils vraiment bénéficié des modifications apportées à chacune de ces périodes?

L'ironie de ces conflits de discours et de ces changements de structures, c'est qu'ils contiennent tous de belles promesses. On parle de continuité, d'efficacité, d'accessibilité, d'humanisation des services, de prévention, de promotion de la santé mentale et même d'épanouissement harmonieux de la personne dans sa totalité physique et mentale. Ces termes clés et lourds de pouvoir, créent des espoirs, suscitent des attentes de la part d'un public à l'écoute qui se trouve de plus en plus frustré, désillusionné par l'absence des résultats promis.

Cette situation mène certains groupes de "psychiatrisés, leurs amis et sympathisants", excédés par ce qu'ils appellent "les pratiques barbares de la psychiatrie" (*La presse*, 15.9.80), à s'organiser, à réclamer une commission parlementaire "afin que tous les groupes intéressés par la défense des droits des malades mentaux puissent se faire entendre" (*Le Devoir*, 24.2.81) et à déclarer d'un seul trait : "la psychiatrie au Québec, c'est le néant" (Entrevue, 1981). Il nous faut bien conclure que de structure en structure, la loi du plus fort n'est pas toujours la meilleure

pour tous ceux qui sont concernés. On peut donc se demander d'où viendra le prochain cri "au secours?" Est-ce le tour des 'psychiatrisés'?

NOTES

1. Cet article est le résultat d'une recherche approfondie qui a nécessité le dépouillement de documents historiques et contemporains, journaux, rapports de toutes sortes, venant du gouvernement, de commissions diverses, d'organismes, d'institutions; manuscrits de déclarations, mémoires non publiés, documents de travail de divers groupes. Il utilise aussi près de 150 entrevues auprès de personnes occupant diverses positions administratives et thérapeutiques dans le système psychiatrique au cours des dernières décennies. Nous aimerions remercier ici ces personnes pour leur coopération. Évidemment l'interprétation faite ici des événements décrits est ma seule responsabilité. J'ai présenté une analyse plus détaillée d'une partie des événements décrits ici, dans la *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie* 17(2)80, sous le titre "The Quebec Psychiatric System in Transition; a Case Study in Psychopolitics".

2. Rappelons simplement que le système public était constitué de deux réseaux centralisés, administrés par des congrégations religieuses. A St-Michel-Archange et à St-Jean-de-Dieu étaient respectivement rattachés une demi-douzaine d'institutions pour malades paisibles et chroniques. Seules les deux institutions centrales étaient appelées 'institutions actives' car seules elles pouvaient admettre, diagnostiquer, 'traiter' et diriger les patients vers les asiles périphériques. Constituées en municipalités civiles et en paroisses catholiques, ces deux institutions groupant chacune près de 6 000 pensionnaires n'avaient pas encore, en 1960, le caractère transitoire d'un hôpital. Comme dans tout autre asile, cure fermée, surpeuplement chronique et manque de personnel qualifié, conditions sanitaires inadéquates, soins impersonnels, attitudes punitives, durée de séjour indéfinie, ainsi qu'une administration autoritaire et dictatoriale étaient la règle.

Deux psychiatres, surintendants de St-Jean-de-Dieu et de St-Michel-Archange, assuraient la direction médicale du réseau. Ils ne siégeaient pas sur le conseil administratif des hôpitaux et n'avaient aucun droit de regard sur les décisions prises au sujet de la recherche, de l'éducation et de l'allocation des fonds — issus principalement d'un *per diem* payé par le gouvernement. En 1961, le réseau comprenait 87,3% des 22 694 lits psychiatriques de la province. Les autres lits se trouvaient dans les quelques départements de psychiatrie des hôpitaux généraux ou dans un réseau protestant anglophone à la fine pointe de la psychiatrie moderne.

Parallèlement au système catholique francophone, s'était développé au Québec, un système protestant anglophone, connu en 1960 sous le nom de réseau de McGill. Pour lire une excellente histoire de l'évolution de la psychiatrie anglophone au Québec jusqu'en 1963, il faut se rapporter à l'étude de Céline Beaudet préparée par l'Institut supérieur des sciences

- humaines. Beaudet oppose l'approche 'matérialiste' libérale et dynamique de la psychiatrie anglophone à la vision 'métaphysique', 'soumise', et 'fataliste' du système catholique francophone d'avant 1960 (Beaudet, Céline. *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec : 1880-1963. Le cas de l'hôpital de Verdun*, Cahiers de l'Institut Supérieur des Sciences Humaines n° 6, Université Laval, septembre 1970, 126 pages). Il n'y avait qu'une seule lumière dans la noirceur : l'Institut Albert-Prévost, hôpital psychiatrique privé de 148 lits et dirigé par deux infirmières, garde Tassé et garde Lépine. Affiliée à l'université de Montréal, l'institution avait à son emploi en 1960 une équipe de plus de quinze psychiatres reconnue pour sa compétence et son enseignement. Mais un malaise profond était installé au cœur même des relations entre l'administration et le bureau médical et allait bientôt rejaillir sur toute la province.
3. Comme le dit si bien Hubert Wallot dans "Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie : le cas de l'asile de Québec", *Santé mentale au Québec : vers une nouvelle pratique*, vol. IV, n° 1, juin 1979, 109.
 4. La présentation de cette loi avait été le sujet de l'une des recommandations de la Commission Chabot sur les problèmes administratifs à l'hôpital Jean Talon. Elle permettait au gouvernement d'intervenir dans les luttes intestines des hôpitaux.
 5. Voir à ce sujet l'étude de Marc Renaud intitulée : "Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'état québécois dans le domaine de la santé" dans *Sociologie et Sociétés*, IX, I : 127-152.
 6. Le 20 juin 1971, la loi sur la protection du malade mental (loi 64) stipule entre autres que la 'cure fermée' pourra désormais être faite en département de psychiatrie de même que dans les hôpitaux psychiatriques.
 7. Ce bilan inclut entre autres une loi sur la protection des personnes handicapées, une loi sur les services de garde à l'enfance, une loi sur la protection de la jeunesse, un programme d'asile pour les femmes en détresse, pour les personnes âgées, l'ouverture d'un office des personnes handicapées, la décision de compléter le réseau des CLSC...
- RÉFÉRENCES**
- AMYOT, A., 1981, Vers la santé mentale. Une entrevue du docteur Arthur Amyot réalisée par Denise Grenier, *La réforme des Affaires sociales*. Dossier la Santé Mentale, vol. 3, n°, janvier 1981 : 22-29.
- BEAUDET, C., 1976, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec : 1880-1963. Le cas de l'hôpital de Verdun*. Cahiers de l'Institut supérieur des sciences humaines, n° 6, Université Laval, septembre 1976, 126 p.
- BÉDARD, D., 1962, *Rapport Bédard* : Rapport de la commission d'étude des hôpitaux psychiatriques. Gouvernement du Québec.
- BÉDARD, D., 1981, Vingt ans après, Dominique Bédard raconte. Un reportage de Denise Grenier dans *Carrefour des Affaires sociales*. Dossier la Santé Mentale, vol. 3, n° 1, janvier 1981 : 31-32.
- BEERS, C., 1948, *A Mind That Found Itself*. Garden City, New York : Doubleday.
- BOUDREAU, F., 1977, Changes in the System for the Distribution of Psychiatric Care in Quebec, 1960-1974. Thèse de doctorat, Department of Sociology, University of Toronto.
- BRUNET, J., 1977, *Décentralisation et organisation des services psychiatriques de courte et longue durée*. Circulaire envoyé aux directeurs généraux des CRSSS, des CH, et des CA pour mésadaptés sociaux, le 23 mars, 1977.
- Comité de la psychiatrie du Québec : 1977-1978, Premier rapport annuel; 1979, Situation de la psychiatrie au Québec. *Lacunes et perspectives d'organisation*; 1980, Deuxième et dernier rapport annuel.
- DESBIENS, J.-P., 1960, *Les insolences du Frère Untel*. Montréal, Ed. de l'homme, 158 p.
- DUMAS, P., 1961, A propos d'une campagne injustifiée contre nos hôpitaux psychiatriques. *L'Union médicale* 90 (déc.): 1 : 396-397.
- DUMAS, P., 1962, Réplique à une réponse ou lettre sur l'hôpital St-jean-de-Dieu. *L'Union médicale* 91 (avril : 426-429.
- FORGET, F., 1976, Discours (non publié) prononcé devant l'Association des psychiatres du Canada, Québec, le 29 septembre 1976.
- GREENBLATT, M., 1978, *Psychopolitics*. New York : Greene & Stratton, Inc.
- Hôpital St-Michel-Archange, (sans date) Liste des devoirs des employés, Document interne distribué au personnel par la direction.
- HUDON, M., 1976, Note explicative accompagnant la réponse du Comité de la santé mentale du Québec au discours du ministre Claude Forget. Document non publié, 29 novembre 1976.
- Journal des débats, 1971-1972, Assemblée nationale, 29^e législature (première et deuxième session), 1971, et (troisième session) 1972.
- LAZURE, D., 1977, *La distribution des services psychiatriques au Québec*. Allocution prononcée par le docteur Denis Lazure, ministre des Affaires sociales du Québec lors du colloque régional sur la santé mentale organisé par le CRSSS de la Côte Nord, Baie Comeau, le 18 mars 1977. (texte inédit).
- LEE, S., 1978, *Quebec's Health System : A decade of Change, 1967-1977*. Monographs on Canadian Public Administration - No. 4, published by the Institute of Public Administration of Canada.
- LONG, N., 1962, *Power and Administration in the Polity*. Chicago : Rand McNally and Co.
- LORTIE, G., 1962, Réponse au docteur Dumas. *L'Union médicale* 91 (avril) : 424.
- MACKAY, J., 1976a, *Conférence de presse*, le 30 septembre 1976.
- MACKAY, J., 1976b, Lettre du docteur Mackay à tous les membres de la division des CH ayant des services de psychiatres, le 16 novembre 1976.
- PAGÉ, J.-C., 1961, *Les fous crient au secours, témoignage d'un ex-patient de St-Jean-de-Dieu*. Montréal : Les Éditions du Jour, 156.
- Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1967, *L'Assurance maladie*, vol. 1, Gouvernement du Québec, 338 p.
- Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1967, *La Santé*, vol. IV, tomes I-IV, Gouvernement du Québec, 4 tomes.

Rapport Régnier, 1964, Rapport de la Commission d'enquête sur l'administration de l'institut Albert-Prévost quant à son personnel médical et hospitalier. Montréal.

RENAUD, Marc, 1977, Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'état québécois dans le domaine de la santé. *Sociologie et Sociétés*, IX, I : 127-52.

SCHON, D., 1971, *Beyond the Stable State*. New York : W. W. Norton and Co.

Sœurs de la Charité/Hôpital St-Michel-Archange (sans date), *À la faveur d'un centenaire, une porte close s'entrouve. Album Souvenir (1849-1949)* Québec : Les Sœurs de la Charité/St-Michel-Archange Hospital. Document non publié distribué au personnel par la direction.

WALLOT, H., 1979, Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie : le cas de l'asile de Québec.

Santé Mentale au Québec : vers une nouvelle pratique, vol. IV, 1, juin, p. 109.

SUMMARY

This study examines in detail the dialectical process which has brought extensive changes in the governing and distribution structure of psychiatric services in Quebec's recent past. It is a study of shifting groups in positions of power, of conflicting ideas and plans for action, of tactics and strategies, of insurgence and invasion, of dynamism and conservatism. However, in these debates over territories and management, the patient, in whose name beautiful structural blueprints are designed and defended, appears to be the one who least benefits.