

La désinstitutionnalisation au Québec Deinstitutionalization in Québec

Mireille Doré

Volume 12, numéro 2, novembre 1987

Chômage et santé mentale (1) et Histoire et politiques (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030407ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030407ar>

[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

Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144–157. <https://doi.org/10.7202/030407ar>

Résumé de l'article

Dans cet article, l'auteure nous invite à s'interroger sur les résultats et les conséquences de la désinstitutionnalisation au Québec. Une analyse du mouvement, par le biais de la prévention des admissions, du retour et du maintien dans la communauté est d'abord présentée, suivie d'une évaluation des impacts sur les principaux acteurs. Le bilan est positif et négatif. Nous verrons, à cet effet, les pas franchis et les failles qui subsistent. Ici comme ailleurs, des problèmes sont associés à la désinstitutionnalisation; des explications en sont fournies.

La désinstitutionnalisation au Québec*

Mireille Doré**

Dans cet article, l'auteure nous invite à s'interroger sur les résultats et les conséquences de la désinstitutionnalisation au Québec. Une analyse du mouvement, par le biais de la prévention des admissions, du retour et du maintien dans la communauté est d'abord présentée, suivie d'une évaluation des impacts sur les principaux acteurs. Le bilan est positif et négatif. Nous verrons, à cet effet, les pas franchis et les failles qui subsistent. Ici comme ailleurs, des problèmes sont associés à la désinstitutionnalisation; des explications en sont fournies.

La désinstitutionnalisation est un phénomène complexe qui a généré de multiples débats, conflits et interrogations au cours des trente dernières années. Amorcé au Québec dans les années 60, nous avons vu la capacité des grands centres psychiatriques diminuer de 50% et les points de services se multiplier à la grandeur du territoire. Basé sur la psychiatrie communautaire, le mouvement n'a pas donné les résultats attendus. Les personnes aux prises avec des problèmes sévères sont le plus souvent laissées à elles-mêmes. L'implication des proches et de la collectivité est demeurée au niveau des principes. Les intervenants ont conservé une approche traditionnelle qui rejoint difficilement les exigences de la désinstitutionnalisation.

Aux personnes sorties massivement des institutions dans les années 60 et 70 s'ajoute la nouvelle génération des 18 à 35 ans aux prises avec des problèmes sévères. Si nous voulons éviter que les centres pour itinérants et les prisons deviennent les nouveaux asiles des années 80, il faut de toute urgence modifier notre trajectoire.

UNE ANALYSE DU MOUVEMENT DE DÉSTITUTIONNALISATION AU QUÉBEC

Nous ne prétendons pas, à l'instar de certains auteurs, que la désinstitutionnalisation «reste à faire». Elle nous apparaît davantage dans le contexte québécois comme un mouvement à compléter et à relancer. La décentralisation des centres hospitaliers psychiatriques vers les hôpitaux généraux, entreprise dans les années 60, n'a pas été suffisante pour garantir aux personnes «désinstitutionnalisées» le support dont elles avaient besoin pour vivre dans la communauté et s'intégrer socialement.

La préoccupation de l'amélioration des conditions de vie, qui animait les modernistes de la révolution tranquille, a graduellement glissé vers la préoccupation du lieu où les soins devaient se donner. Les résultats sont que les zones grises se sont multipliées et qu'un nombre de plus en plus considérable de personnes, de plus en plus sévèrement atteintes, se retrouvent dans une communauté qui ne dispose pas des moyens nécessaires pour accueillir, de façon acceptable, ses concitoyens au comportement parfois marginal.

Ces personnes demeurent par conséquent stigmatisées, et elles évoluent souvent à l'intérieur de «ghettos» dont les conditions de vie rappellent celles qui ont fait «crier au secours, les fous de 1960.» Malgré ce portrait peu réjouissant, des pas ont été franchis au cours des 25 dernières années.

Nous avons examiné cette évolution en nous

* Ce texte est un extrait remanié du document intitulé *Un bilan de la désinstitutionnalisation au Québec*, présenté au comité de la politique de Santé mentale. Novembre 1986, 166 pages.

** L'auteure est conseillère en recherche, à la direction de la planification, des systèmes et méthodes, au Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain. Elle est également présidente du comité scientifique à l'Association canadienne pour la santé mentale (Division du Québec).

référant d'abord aux trois composantes de la désinstitutionnalisation: prévenir, retourner, maintenir. En deuxième lieu, nous avons tenté de cerner les impacts de ce mouvement sur la personne, son entourage, la communauté, les intervenants, et le réseau de services.

Prévenir—Retourner—Maintenir

Prévenir et éviter l'admission en institution

Si la référence aux services hospitaliers n'a pas diminué au rythme souhaité, le nombre des premières admissions dans les grands centres psychiatriques a néanmoins chuté de façon importante, comme nous le remarquons à la lecture du tableau 1. Nous constatons, en effet, une diminution de près de 43% dans le nombre des premières admissions entre 1965 et 1985.

TABLEAU 1
Évolution du nombre d'admissions en centre hospitaliers psychiatriques¹ de 1965 à 1985

Mouvement	1965	1970	82-83	83-83	84-85
Premières admissions	6 173 (53%)	5 217 (46%)	2 748 (28%)	2 782 (28%)	2 647 (28%)
Réadmissions	4 828 (42%)	5 863 (51%)	5 854 (59%)	5 834 (58%)	5 565 (59%)
Transfert d'une autre institution	560 (5%)	390 (3%)	1 272 (13%)	1 383 (14%)	1 251 (13%)
TOTAL	11 511 (100%)	11 470 (100%)	9 874 (100%)	9 999 (100%)	9 463 (100%)

1. Tiré des données d'admissions et de congés AS 219, Service des données opérationnelles et financières, M.S.S.S.

Cette décroissance est étroitement liée au développement des départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, dont le nombre a doublé depuis 1962. Nous savons aussi que l'hospitalisation n'est plus proposée aux personnes souffrantes comme l'unique solution. Le suivi en clinique externe et le traitement en centre de jour sont d'abord envisagés. Que cette approche découle d'une pénurie de ressources ou du désir d'éviter la rupture avec le mi-

lieu, il demeure qu'elle s'inscrit dans la trajectoire du mouvement de désinstitutionnalisation.

Les données présentées au tableau 2 illustrent la diminution progressive des lits en institutions psychiatriques et, parallèlement, leur augmentation dans les hôpitaux généraux. Il nous est aussi possible de remarquer que le total des lits dressés en psychiatrie a diminué de 7 231 entre 1962 et 1986. Calculée en fonction de la croissance démographique, (1961: 5 259 211 hab.; 1986: 6 340 276 hab. [Statistiques Canada]), la proportion se situerait autour de 9 000 lits.

TABLEAU 2
Évolution des lits dressés en psychiatrie¹ de 1962 à 1986

Catégorie d'établissements	1962	1965	1970	1975	1986
Hôpitaux généraux	580 (2.9%)	863 (4.2%)	909 (5%)	1 685 (11%)	2 703 (21%)
Institutions psychiatriques	19 730 (97.1%)	19 568 (95.8%)	16 211 (95%)	12 957 (89%)	10 176 (79%)
TOTAL	20 310 (100%)	20 431 (100%)	17 120 (100%)	14 642 (100%)	12 879 (100%)

1. Source: service des données opérationnelles et financières, M.S.S.S.

Nous savons que le taux de personnes atteintes de troubles mentaux sévères a tendance à se maintenir. La diminution des lits, associée à l'absence de services de support pour la vie en communauté a, par conséquent, entraîné une hausse des réadmissions. En se référant à nouveau au tableau 1, nous notons que, depuis le début de notre décennie, le taux de réadmissions se maintient autour de 58%.

Il peut néanmoins atteindre des pourcentages beaucoup plus élevés à certains endroits. À l'hôpital Louis-H. Lafontaine, par exemple, il était évalué à 72.39%, en 1984 (Aucoin, 1984). Le syndrome de la porte tournante a en effet pris une ampleur considérable. Des personnes se sont présentées jusqu'à 56 fois à l'urgence en 5 ans, pour une moyenne de 11 fois par année (Dorvil, 1986).

Ce phénomène est incompatible avec une politique réelle de désinstitutionnalisation.

Retourner dans la communauté les personnes vivant en institution

Si ce volet pouvait à lui seul témoigner des efforts fournis par les grands centres psychiatriques, nous pourrions conclure à un certain degré de succès au Québec. Entre 1962 et 1986, nous avons diminué le nombre de places dans ces établissements d'environ 50%, en passant de 19 730 en 1962 à 10 176 lits en 1986, soit une diminution de 9 554 lits. Cependant, il nous est impossible de dissocier les efforts fournis pour sortir les personnes des hôpitaux psychiatriques et les conditions dans lesquelles elles se sont retrouvées «hors des murs de l'asile».

Françoise Boudreau (1984) relève que sur 1 675 patients «libérés» du centre hospitalier Robert Giffard, en 1970:

- 53.0% sont retournés dans leur famille,
- 39.8% sont allés dans des endroits divers,
- 4.2% ont été dirigés vers d'autres institutions,
- 2.3% ont été placés en foyer.

Selon les témoignages recueillis, ces chiffres illustrent une situation qui semble s'être généralisée à l'échelle du Québec.

Pour plusieurs personnes, le retour dans la communauté s'est traduit par un isolement encore plus accentué que la «dépersonnalisation» qu'elles avaient connue en institutions.

Ce constat «d'échec» a suscité des remises en question et a entraîné une période de ralentissement vers 1975. Au début de notre décennie, le mouvement a repris de la vigueur, la désinstitutionnalisation est devenue une nécessité, une obligation. On exige que chaque centre hospitalier psychiatrique dépose son plan de désinstitutionnalisation. Les directions d'établissements se prêtent, pour la plupart, à une planification rigoureuse de leur diminution de capacité et il semble hors de cause de sortir des personnes qui ne trouveraient pas dans la communauté les services dont elles ont besoin.

Mettre en place un système d'aide et de support pour la vie en communauté

Pour remplir ses promesses, le mouvement de désinstitutionnalisation doit pouvoir compter sur l'existence d'un réseau de services communautaires diversifiés, qui permettrait de répondre aux besoins multiples des personnes souffrant de trou-

bles mentaux graves ou en voie de le devenir. Ce réseau n'a pas existé jusqu'à présent, les services dans le milieu sont demeurés rares et peu diversifiés.

La continuité des services, qui est un élément essentiel au maintien dans la communauté, est devenue un mythe plutôt qu'une réalité. Idéalement, la personne ayant reçu son congé de l'hôpital doit être suivie en clinique externe et les intervenants de l'équipe multidisciplinaire doivent être en mesure de travailler en coopération avec tous les organismes aptes à répondre aux besoins de cette personne. Mais la réalité a été tout autre et, encore aujourd'hui, cette dichotomie dans les services rendus perdure. Nous n'avons pas encore trouvé les mécanismes et la collaboration nécessaire qui favoriseraient une approche globale de la personne.

Depuis le début des années 80, nous notons toutefois une plus grande préoccupation à l'égard du développement de services dans la communauté. Malgré ces efforts, le système actuel de services est encore loin d'offrir une réponse satisfaisante aux besoins des personnes «désinstitutionnalisées» et de leur entourage. Les services de traitement et d'hébergement en institution accaparent encore presque la totalité du budget affecté à la santé mentale. En effet, selon l'étude réalisée par Camirand en 1980-1981, seulement 1% du budget attribué aux services de santé mentale était affecté à des services autres que ceux dispensés par les institutions.

Les impacts du mouvement de désinstitutionnalisation

Sur la personne

Nous regroupons sous ce vocable les personnes «sorties» des institutions et celles qui n'y sont jamais «entrées» à cause des politiques de désinstitutionnalisation.

Devant l'absence des services de traitement, de support et de réadaptation qui étaient requis pour favoriser une vie décente dans la communauté, ces citoyens sont davantage devenus des candidats à la désinstitutionnalisation sociale plutôt qu'à l'intégration sociale. Avec des ressources financières restreintes et leurs difficultés à gérer adéquatement leur budget, un grand nombre se sont retrouvés

dans des maisons de chambres ou en appartements, dans les quartiers pauvres, entraînant ainsi la formation de ghettos qui confirmaient leur marginalité.

D'autres, incapables d'assumer les responsabilités de la vie quotidienne, ont évolué vers l'itinérance où ils sont confrontés au rejet des autres itinérants, aux craintes du personnel des ressources d'itinérants et, enfin, aux réticences des professionnels du milieu hospitalier, lorsqu'ils y sont référés. En plus de ne pas avoir d'adresse fixe (pas facile pour une sectorisation rigide!), ils sont souvent hostiles au traitement et, malgré le portrait de détérioration sociale qu'ils présentent, leurs problèmes ne sont pas «aigus» dans le sens médical du terme; l'hospitalisation n'est donc pas requise... Avec les moyens limités dont dispose l'équipe thérapeutique, la solution la plus courante est de les retourner là d'où ils viennent, c'est-à-dire nulle part.

Certains, que l'on pourrait appeler les «relocalisés» se sont retrouvés dans des ressources d'hébergement de plus petite taille, à savoir: les foyers affiliés convertis au cours des années 70 en pavillons et en familles d'accueil. Le nombre de places dans ces ressources est évalué à 2 013 en 1970 et à environ 6 000 en 1985. On croyait que l'atmosphère familiale devait faciliter leur intégration. Des réussites et des échecs ont été enregistrés à des degrés divers. Le vécu dans ces ressources apparaît davantage pour le malade psychiatrique comme un prolongement de l'institution. Les personnes qui y vivent continuent pour la plupart à demeurer en marge de la société.

D'autres se sont retrouvés dans des ressources dites «illicites» où ils subissent une nouvelle forme d'exploitation. En bout de piste, nous en retrouvons un certain nombre dans le nouvel asile des années 80, soit la prison. Au stigmatisme de «malade mental», s'ajoute alors celui de «prévenu».

L'impact de la désinstitutionnalisation sur les 18 à 35 ans mérite une attention particulière, parce que ce sont eux qui semblent subir de façon la plus dramatique l'absence de services dans la communauté. Ils sont entrés dans le système au moment où «les fous avaient déjà crié au secours». Aux prises avec des problèmes de santé mentale graves, ils évoluent en marge de l'institution psychiatrique, en marge de la société et de leur milieu. Par contre, le syndrome

de la porte tournante fait partie de leur mode de vie. Le plus souvent, ils vivent isolés, les liens avec leur famille sont fragiles ou rompus. Les services offerts ne les rejoignent pas dans leurs besoins.

Bref, pour un bon nombre de personnes ayant des troubles mentaux sévères et vivant dans la communauté, nous nous dirigeons rapidement vers une situation aussi inacceptable qu'en 1960. Elle est moins évidente, plus subtile, mais toute aussi scandaleuse. Au lieu de les brimer, nous les laissons à eux-mêmes, sans service approprié.

Le mouvement de désinstitutionnalisation a eu, cependant, un impact positif pour toutes les personnes qui présentaient des problèmes aigus et qui pouvaient dorénavant être traitées, soit dans leur milieu, soit dans les hôpitaux généraux, sans avoir à subir une exclusion sociale pour des mois ou des années durant, comme c'était le cas au temps des «asiles».

L'impact sur la famille et l'entourage

Les familles sont devenues pour une large part sans le savoir, et parfois même sans le vouloir, les thérapeutes de facto d'un de leurs membres. Parmi les effets observés, on note:

- un bouleversement des habitudes familiales;
- des limites imposées à la vie sociale et aux activités de loisirs;
- des difficultés dans les relations maritales et parentales;
- de la négligence dans l'éducation et l'attention données aux enfants;
- des problèmes de santé physique et de santé mentale accrues chez les autres membres de la famille;
- des options limitées de travail pour le membre de la famille responsable des soins primaires, ordinairement la mère ou l'épouse du malade.

Le Dr André Masse, chef du département de pédo-psychiatrie à l'hôpital Ste-Justine, soulignait lors du colloque de l'A.H.Q. tenu en 1985, que les effets des nouvelles approches de la psychiatrie adulte, qui rendent plus fréquente la cohabitation prolongée d'enfants avec des parents présentant des pathologies sévères, amènent une nouvelle clientèle en pédo-psychiatrie.

Quant à la situation des femmes, lorsque l'on parle de retour et de maintien dans le milieu naturel, il faudrait demeurer très conscient que ces nobles intentions peuvent se heurter à une évolution en devenir, à des aspirations légitimes qui bouleversent les stéréotypes du passé.

L'impact sur les intervenants

Pour les professionnels, les nouvelles orientations de la psychiatrie communautaire et de la désinstitutionnalisation exigent d'eux de délaisser leur lieu de travail habituel pour sortir, eux aussi, dans la communauté. À partir des liens hiérarchiques établis au bureau, le professionnel doit développer un nouveau type de rapports dans un environnement communautaire où ses compétences se traduisent différemment. En 1986, nous n'avons toujours pas fait le pas.

Pour le personnel affecté aux soins quotidiens des bénéficiaires, la désinstitutionnalisation s'est concrétisée par le départ de «bons malades» et l'obligation de devenir accueillants et adéquats auprès d'une clientèle de plus en plus lourde, autrefois hébergée dans les «salles arrières». Ce mouvement a eu un effet sur la motivation du personnel et, au fil des ans, a créé une certaine résistance à préparer des gens à la vie en communauté.

Pour certains directeurs d'institutions, le mouvement de la révolution tranquille et de la révolution psychiatrique a été une occasion d'actualiser leurs intentions avant-gardistes. Pour d'autres, ce mouvement s'est traduit en «mission impossible» (Dr Bordeleau, L.H.L., 1971), et les résultats sont demeurés comparables à ceux de la période «asilaire», même si les règles internes se sont considérablement assouplies.

Enfin, pour l'ensemble du personnel des institutions, ce mouvement qui dans les années 60 fut une source d'emploi représente davantage, en 1986, un risque de perte d'emploi ou de diminution de salaire (pour les cadres). Pour les nouveaux intervenants communautaires, il se traduit par une possibilité de reconnaissance du vécu et d'un emploi mieux rémunéré que ce qu'ils ont connu jusqu'à maintenant.

L'impact sur la communauté

La communauté n'a pas été impliquée dans le mouvement de désinstitutionnalisation et elle n'était pas prête à recevoir ces concitoyens tombés dans l'oubli. Ces derniers ont souvent dû faire face à des tentatives formelles ou informelles d'éviction. Les nombreux mouvements d'opposition à l'implantation de ressources d'hébergement, qui ont fait la une des quotidiens au cours des 25 dernières années, en sont des indices.

Selon l'étude réalisée par Melanson-Ouellet et Pronovost en 1979 sur les connaissances et les perceptions de la population en regard de la psychiatrie au Québec, nous notons que 82% de la population désire le maintien des hôpitaux psychiatriques, parce qu'elle estime que ces établissements ont une responsabilité de protection envers la population. Cette étude, réalisée près de 20 ans après le début du mouvement de désinstitutionnalisation, nous indique clairement le peu de moyens qui ont été utilisés pour informer, sensibiliser, impliquer la collectivité dans ce projet qui repose en grande partie sur sa capacité d'accueil.

L'impact sur le système de services

SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. En questionnant l'histoire des hôpitaux généraux, des services de première ligne ainsi que des ressources intermédiaires et alternatives, on se rend facilement compte que la désinstitutionnalisation est omniprésente. En traitant ces catégories de services, mes collègues ont soulevé les impacts du mouvement qui nous occupe. De plus, dans le bilan positif et négatif, que nous abordons un peu plus loin, nous reviendrons sur les principaux effets observés en regard de ce réseau de services.

Nous verrons, entre autres, que l'organisation des services de santé et des services sociaux n'a pas su s'adapter à l'évolution des besoins des personnes qui se sont retrouvées dans la communauté. Nous assistons au morcellement des interventions, qui vont complètement à l'encontre de l'approche globale de la personne. «Le malade mental, un malade comme les autres» est devenu une réalité pour ceux qui souffrent de problèmes transitoires et suffisamment légers pour reprendre leurs activités. La personne qui présente des problèmes permanents de

son fonctionnement social n'a pas su inspirer au système la cohérence «d'un malade comme les autres».

SERVICES D'ÉDUCATION. Le mouvement exige que les services d'éducation dispensent une formation adaptée aux besoins des personnes «désinstitutionnalisées». Outre l'affectation de certaines ressources professionnelles dans les centres hospitaliers psychiatriques, nous ne connaissons pas d'expérience où la formation est donnée dans le milieu scolaire. Les services d'éducation devraient être des acteurs privilégiés de la désinstitutionnalisation en fonction des apprentissages, de la scolarisation et de la formation professionnelle.

SERVICES DE MAIN-D'ŒUVRE. Nous savons l'importance du travail dans la réadaptation des personnes ayant des déficiences. Il semble que les bureaux de main-d'œuvre aient été fort peu impliqués dans le développement de services adaptés aux besoins des personnes qui présentent des troubles mentaux.

LES MUNICIPALITÉS. Les conseils municipaux ont résisté de façon périodique à l'implantation de ressources dans leur milieu, alors que le mouvement exigeait d'eux encore plus que leur simple approbation.

Pour se réaliser, la désinstitutionnalisation requiert l'implication des municipalités, afin qu'elles facilitent l'accès aux services existants et développent ceux qui favoriseraient l'intégration sociale des personnes vues comme «différentes». Jusqu'à ce jour, nous constatons que les municipalités ont très peu participé au mouvement et que leur réaction s'est traduite davantage par une forme de protection de leurs citoyens considérés «normaux».

SERVICES DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Ce ministère est appelé à vivre de façon cruciale les problèmes associés à la désinstitutionnalisation. Selon des données qu'il a produites entre 1978 et 1984, 7 333 personnes incarcérées ont déclaré, lors de leur admission dans une institution du milieu judiciaire et correctionnel, avoir des antécédents psychiatriques, ce qui représente une moyenne de 1 000 individus par année. Parmi les principales caractéristiques de

cette clientèle, nous notons:

- Une incapacité à vivre en société de façon autonome: ils sont la plupart du temps sans famille, sans argent, sans emploi, sans résidence.
- Un passé lourd à incidences multiples, psychiatriques, judiciaires et/ou institutionnelles.
- Qu'à leurs problèmes psychiatriques s'ajoute souvent celui d'accoutumance à l'alcool ou à la drogue.
- Que les délits commis apparaissent davantage comme un symptôme de leur maladie que celui d'un agir typiquement délinquant. Ils sont souvent mineurs et leurs gestes constituent, en désespoir de cause, une forme d'appel à l'aide ou de demande de prise en charge par une ressource aussi peu appropriée que la «prison».

En l'absence de services adéquats, un incident survient et c'est l'inculpation. Alors qu'une partie de cette clientèle est acquittée pour cause d'aliénation mentale ou parce qu'incapable de subir un procès dans l'immédiat, l'autre partie est entraînée dans le processus judiciaire et les coupables se retrouvent, soit en probation, soit en détention. Les coupables ont tendance à se diviser en deux groupes.

Le premier groupe, majoritaire, est constitué d'une population jeune, ayant entre 18 et 35 ans, peu scolarisée et souvent sans famille. Ils ont peu ou jamais séjourné en établissement psychiatrique de longue durée. Peu motivés à se faire traiter, ils refusent généralement les services traditionnels et l'étiquette de «malade mental».

Le deuxième groupe semble correspondre à une population dite «chronique», c'est-à-dire qu'elle présente des caractéristiques psycho-pathologiques qui rendent l'adaptation sociale précaire, voire impossible sans suivi et sans support continu.

Selon les informations recueillies, leur nombre s'élève quotidiennement à environ 60 à Parthenais et 50 à Bordeaux et à la maison Tanguay. Il est certain que le milieu carcéral ne répond pas à leurs besoins et qu'il contribue le plus souvent à la détérioration de leur état.

UN BILAN POSITIF ... UN BILAN NÉGATIF

En considérant la désinstitutionnalisation comme un ensemble de moyens pour éviter et prévenir l'admission en institution, retourner les personnes dans la communauté et mettre en place les services de soutien et de support requis, nous retenons les effets positifs et négatifs suivants:

Bilan positif

La régionalisation des services

La régionalisation des services psychiatriques était une mesure congruente avec le mouvement de la désinstitutionnalisation. Ce mode d'organisation a créé l'obligation, pour les hôpitaux, d'offrir des services à l'ensemble des citoyens de leur territoire, quelle que soit la gravité de leur état.

Entreprise dans les années 60, elle a permis une diminution importante des lits en institution psychiatrique, le développement des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux et, enfin, l'accès pour les personnes en besoin d'aide, à des services situés à proximité de leur milieu naturel.

La transformation du milieu asilaire

Nous ne prétendons pas que le caractère asilaire des institutions psychiatriques a complètement disparu. Elles demeurent gigantesques et certaines règles de fonctionnement sont trop souvent assimilables à «l'hébergement» plutôt qu'à un milieu thérapeutique. Néanmoins, l'arrivée d'un grand nombre de professionnels dans ces milieux au cours des années 60 et 70, a modifié l'approche au malade et a permis le développement de centres d'activités thérapeutiques et d'occupation. L'aspect policier et l'orientation religieuse des interventions ont complètement disparu.

Bref, la situation dans les centres hospitaliers psychiatriques s'est suffisamment améliorée, pour que la situation scandaleuse des malades de 1986 soit davantage attribuable à ceux qui sont abandonnés à eux-mêmes dans la collectivité plutôt qu'à ceux vivant en institution.

La diminution des durées de séjour

Selon Danielle St-Laurent, (1986), les durées de séjour ont diminué de 11 mois, entre 1967 et 1976. Elles varient toutefois considérablement entre les centres hospitaliers psychiatriques et les hôpitaux généraux. Dans un hôpital général, la durée moyenne d'une hospitalisation de courte durée est de 28 jours, alors qu'elle est de 117 jours dans les centres hospitaliers psychiatriques. Nous notons un écart comparable en ce qui concerne les soins de longue durée. En effet, une hospitalisation de longue durée dans un hôpital général se situe autour de 362 jours, alors que dans un hôpital psychiatrique cette moyenne de séjour s'élève à 1 120 jours.

Nous n'avons cependant pas suffisamment d'information pour expliquer cet écart. Est-il attribuable au mode d'intervention ou à la gravité de l'état des personnes qui sont hospitalisées à l'une ou à l'autre des catégories d'établissements?

L'hospitalisation, une alternative

L'expansion des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux a favorisé une approche qui veut éviter l'hospitalisation. Les personnes sont suivies en clinique externe et c'est habituellement en dernier lieu que l'hospitalisation sera envisagée. Nous savons que nous pourrions y recourir encore moins si nous disposions des services requis dans la communauté.

Émergence des groupes critiques

La désinstitutionnalisation a permis à des groupes de se constituer: associations de parents et d'amis, regroupement d'ex-psychiatisés dont les principaux objectifs sont la défense des droits et l'entraide. L'écoute de leur vécu peut constituer un apport précieux à l'expression de «leurs besoins». Ils incitent à la vigilance et au questionnement. Ils traduisent «la réalité» des principes mis de l'avant.

Un bilan négatif

L'accessibilité aux services

En plus de ne pas mettre à la disposition des personnes une gamme diversifiée de services, principalement en regard de la réadaptation et du support

communautaire, les services existants se caractérisent, pour la plupart, par un accès réduit. Nous assistons à un débordement continu des soins aigus, à des listes d'attente d'environ six mois pour des rendez-vous de clinique externe, et à des attentes prolongées dans les salles d'urgence. Ce phénomène a de lourdes conséquences sur l'état et l'évolution des personnes en besoin d'aide.

Une pratique en vase clos

Les équipes multidisciplinaires n'ont pas su adapter leur mode de fonctionnement aux exigences de la psychiatrie communautaire. La pratique se fait en milieu hospitalier ou dans des bureaux de cliniques externes situés dans la communauté, mais où les liens avec la collectivité demeurent, pour la plupart, absents. Dans les régions éloignées de faible densité, les équipes semblent davantage tenir compte des ressources communautaires.

Une porte d'entrée unique et inappropriée

L'urgence demeure la seule porte d'entrée dans le système pour les personnes en situation de crise. Si les problèmes présentés sont davantage au niveau du fonctionnement social, les personnes sont souvent retournées sans avoir reçu l'aide nécessaire. L'urgence des hôpitaux demeure la seule porte d'entrée pour les malades psychiatriques. La mission des C.L.S.C. concernant la prévention, l'accueil, la référence, le maintien dans la communauté et les services à domicile, ne s'est pas étendue à la clientèle psychiatrique.

La sectorisation des services

Ce mode d'organisation des services, qui vise à ce que chaque personne ayant des troubles mentaux puisse avoir accès à des services, est trop souvent utilisé dans le but de refuser de servir certaines personnes, par exemple aux itinérants qui présentent une détérioration tant aux niveaux médical et social que fonctionnel.

Le syndrome de la porte tournante

Ce phénomène a pris une ampleur considérable et constitue un des principaux problèmes associés à la désinstitutionnalisation.

Selon Henri Dorvil: «un des principaux motifs de ces retours constants en milieu hospitalier est le renouvellement de prescriptions. Contrairement à la croyance populaire, qui voudrait que ce soit davantage les personnes isolées qui vivent ce syndrome, 80% des patients viennent de leur milieu naturel et 57% ont un domicile fixe depuis 5 ans.»

Évidemment, une certaine proportion de ces personnes est constituée de celles qui vivent en chambre, qui ne savent pas administrer leur budget, qui ont par conséquent des problèmes avec leur propriétaire et qui tentent, par le retour en milieu hospitalier, de trouver un milieu plus sécuritaire. On note un achalandage de l'urgence, par ces personnes, de façon plus considérable au moment des Fêtes et des longs week-ends.

La non-implication de la famille

Nous avons parlé précédemment des impacts de la désinstitutionnalisation sur la famille. Il est clair qu'au cours des 25 dernières années, la famille a, le plus souvent, été tenue à l'écart des interventions, alors qu'elle devait, d'autre part assumer une lourde responsabilité pour un de ses membres.

L'absence de volonté de changement

Nous entendons par volonté de changement l'application de mesures qui visent à rejoindre un discours. Cette absence de volonté de changement a été évidente au niveau gouvernemental au cours de la dernière décennie, ainsi que dans certains milieux de type asilaire.

L'expérience vécue au centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, au début des années 80 est, à cet effet, révélatrice. Le ministre demandait que des changements s'opèrent dans les plus brefs délais, afin qu'au cours des trois années suivantes la capacité de cette institution soit diminuée d'environ 1 500 personnes.

Durant un an et demi, un comité tripartite de 10 à 15 personnes s'est réuni régulièrement pour élaborer le plan d'action. Tous n'avaient pas le même objectif, et comme le mandat comportait un volet de rénovations, c'est donc cet aspect qui a retenu le plus d'attention; au plaisir des uns et à l'exaspération des autres.

De cette expérience, nous pouvons retirer, entre

autres, que l'absence d'une volonté claire et précise en matière de désinstitutionnalisation laisse la possibilité à toutes les interprétations et principalement à la stagnation. C'est un sujet trop complexe pour qu'on ne soit pas porté à utiliser les voies d'évitement qui peuvent se présenter.

La judiciarisation et l'incarcération des malades psychiatriques

De l'avis de plusieurs experts, la prison est en train de devenir l'asile des années 80.

Selon l'étude réalisée par Yvon Lefebvre en 1984 sur les 246 personnes rencontrées et qui avaient eu des antécédents psychiatriques:

- 39.0% souffraient de psychose,
- 18.0% de troubles de la personnalité,
- 8.5% de désordres affectifs majeurs,
- 7.0% de problèmes de dépression ou sexuels.

Toujours selon l'étude, plusieurs des personnes interviewées ont dit préférer vivre à Bordeaux ou au centre de prévention de Montréal plutôt qu'être abandonnées à elles-mêmes dans la rue. Et comme le mentionne Yvon Lefebvre:

«Ceci ne réduit en rien le climat carcéral de ces centres de détention et l'inadéquation de l'utilisation de tels centres pour garder des individus difficilement contrôlables en état de crise, dans la communauté immédiate.»

Bref, pour ces personnes qui naviguent mal à travers ce que la communauté leur offre, les établissements du milieu judiciaire et correctionnel pensent que c'est à la psychiatrie de s'en occuper; les équipes psychiatriques y voient davantage une responsabilité qui relève du domaine «social»; et cette société n'a pas de ressources à offrir.

L'itinérance

Il semble que depuis 15 ans le réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes a vu s'accroître considérablement la clientèle avec troubles mentaux.

Une étude, réalisée par ce réseau, révèle que sur 301 personnes admises à l'Auberge Ste-Madeleine 27% souffraient de problèmes de santé mentale. Ce réseau estime qu'il réfère moins aux centres hospitaliers que ceux-ci leur en envoient, dans une proportion d'environ une personne référée pour deux

reçues.

Pour Pauline Massé, les personnes ayant des troubles mentaux, qui circulent dans le réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes, ont, en moyenne, 40 ans; sur 10 000 itinérants 15% à 20% seraient des malades psychiatriques. La plupart ont un passé lourd en psychiatrie, ils ont «subi» la désinstitutionnalisation, ils sont désabusés et ils expriment le désir de retourner à l'asile.

Ce réseau, tout comme celui de la justice, accueille les personnes pour lesquelles le traitement hospitalier est confronté à ses limites. Ce sont ces personnes qui font parler de l'échec de la désinstitutionnalisation, ce sont celles-là aussi qui nous obligent à repenser les services que l'on offre et leur mode d'organisation.

Une communauté peu réceptive

La communauté résiste plus que jamais au développement de ressources, et, depuis quelques années, nous assistons à une réticence de plus en plus importante de la part des municipalités.

Rappelons-nous l'expérience du pavillon St-Germain dans le quartier Préfontaine à Montréal, où la population s'est opposée massivement à l'implantation d'un pavillon pour des personnes présentant des troubles mentaux et provenant du milieu judiciaire et correctionnel; rappelons-nous aussi la réaction des citoyens de Pointe-aux-Trembles lors de l'implantation de pavillons.

Il est évident que la communauté n'a pas reçu à bras ouverts ces individus que l'on croyait aptes à vivre en société, et qu'elle n'a pas reçu, non plus, l'information et le support qui lui était nécessaire.

Les expériences fort valables de l'Annonciation et de Verdun font ressortir la nécessité de maintenir ce lien continu avec la communauté si l'on veut éviter que les préjugés, les craintes et les peurs ressurgissent et entraînent la marginalisation des personnes qui présentent des troubles mentaux.

Nous retenons enfin que, malgré la croyance que la collectivité pouvait prendre en charge ce groupe de citoyens, très peu de moyens ont été pris pour la sensibiliser, l'informer, l'impliquer.

DES TENTATIVES D'EXPLICATION

Comme nous l'avons mentionné au début, l'absence de recherche sur le processus de désinstitutionnalisation et sur l'efficacité des programmes limite les jugements que nous pourrions porter sur ce mouvement au Québec.

Néanmoins, plusieurs faits peuvent être évoqués pour tenter d'expliquer la situation à laquelle nous aboutissons en 1986; la plupart ayant déjà été mentionnés dans les autres chapitres, nous les rappelons brièvement:

Une absence de consensus sur les objectifs et les moyens

Selon Scherl et Macht (1979), le chaos dans lequel le processus de désinstitutionnalisation a abouti aux États-Unis résulte fondamentalement du fait qu'il a commencé avant la formulation d'une politique et en l'absence d'un consensus sur les objectifs et les moyens.

Au Québec nous ne pouvons prétendre que le mouvement de désinstitutionnalisation fut amorcé sans que des lignes aient été tracées. La réforme Bédard a établi de façon claire les objectifs à atteindre et les moyens à prendre pour les réaliser. Cependant, des ajustements étaient requis et l'absence d'orientation qui a suivi la réforme n'a fait qu'aggraver les lacunes.

Les conséquences négatives se sont amplifiées au cours des années, et devant l'absence de garantie quant à l'efficacité des programmes communautaires, la disponibilité de fonds pour le développement de ressources et enfin, l'avenir des intervenants (qu'ils soient identifiés au «communautaire» ou à «l'institutionnel»), la voie était libre pour l'expression de bien des résistances et le maintien des habitudes.

Ces résistances peuvent, en outre, trouver leur justification dans les perceptions divergentes des «priorités», les convictions qui se contredisent, les intérêts corporatifs à défendre, les préjugés bien enracinés, les privilèges à conserver et, enfin, dans une réticence que l'on peut qualifier de naturelle aux changements.

Une absence d'incitatif

Très peu de moyens ont été développés pour favoriser une attitude des intervenants dans les sens de la désinstitutionnalisation et de la vie en communauté. Au contraire, les règles établies vont plutôt dans le sens du maintien en institution, mentionnons entre autres:

- la rémunération des cadres basée sur le nombre de lits dressés,
- la rémunération des familles d'accueil et des pavillons sur un mode de per diem,
- l'alourdissement de la clientèle en institution au fur et à mesure des retours dans la communauté, sans augmentation significative du ratio personnel/bénéficiaires,
- l'affectation de bénéficiaires à des tâches reliées au fonctionnement de l'institution,
- etc.

La maladie mentale... une maladie comme les autres

«Il fallait le dire pour déloger le clergé, mais pas y croire», comme dira Henri Dorvil.

La personne pour laquelle le traitement se révèle efficace est un malade comme les autres; mais le «malade mental chronique» tout comme «le malade physique chronique» ne sont pas des malades comme les autres. Ils sont le plus souvent perçus de façon dérangeante dans les établissements pour soins aigus. Il en est autrement lorsqu'ils ont des ressources adaptées à leur état.

Les recherches effectuées aux États-Unis démontrent que le système de services de santé mentale n'a pas réussi à convaincre un grand nombre de ces personnes d'accepter un traitement et d'y rester «fidèle». Cinquante pour cent à 66% des personnes dirigées vers les centres de post-cure n'y sont jamais allées. Parmi celles qui s'y sont présentées, 40% n'y sont plus retournées après la première visite.

La philosophie du mouvement

Le mouvement de désinstitutionnalisation s'appuyait sur l'approche philosophique de la vie en communauté et était orienté vers la prévention, l'intervention de crise, le diagnostic, le traitement pré-

coce et de courte durée, de même que l'action sociale et toute mesure devant prévenir la chronicité.

Nous avons oublié ou nous ne savions pas que des personnes auraient besoin de services leur vie durant, et que ces services, pour éviter l'aliénation, ne devaient plus être dispensés à l'asile mais bien dans la communauté.

Dans ce contexte, l'idéal de normalisation et de réadaptation a dû souvent céder le pas à un objectif plus limité de vie décente. Graduellement, compte tenu des moyens dont nous disposions, nous avons dû passer de la vie décente à l'abandon.

L'intégration sociale

Très peu d'actions ont visé à changer les croyances, les préjugés, les attitudes et les mentalités. Très peu d'actions aussi ont visé à rassurer la population face à des craintes qui trouvaient leur justification dans des événements publiés par les médias.

D'une part, on semble avoir mis l'accent sur le changement d'attitude des «malades», pour les rendre aptes à vivre dans une ressource implantée dans la communauté, mais non pas pour vivre en communauté, et, d'autre part, on n'a pas informé, aidé et supporté la communauté dans le nouveau rôle qu'on lui attribuait.

Des ressources rares, peu diversifiées et isolées

Nous l'avons déjà mentionné à plusieurs reprises, tous les services visant la réadaptation, le maintien et le support dans la communauté, que ce soit pour la personne ou pour son entourage, ont été absents de notre planification et de notre organisation de services.

Le manque de connaissance sur l'efficacité des programmes

Si certains programmes ont permis d'améliorer le comportement des personnes à l'intérieur du milieu hospitalier, aucune recherche n'indique que ces mêmes approches soient efficaces pour la réadaptation et la vie en société; il est même prévisible qu'elles ne le soient pas.

Cette absence au niveau de la recherche évaluative a favorisé, en outre, le maintien d'attitudes connues, apprises et efficaces en institution, alors que le mouvement nous demandait d'être inventifs et créateurs.

Une insuffisance des ressources financières

Pour plusieurs, l'insuffisance des ressources financières, affectées au développement de programmes communautaires est considérée comme le principal facteur à l'origine des problèmes attribués à la désinstitutionnalisation.

Le mouvement des «patients des hôpitaux psychiatriques» vers la communauté ainsi que le mouvement de non-institutionnalisation ne se sont pas accompagnés d'une injection de fonds suffisants.

Néanmoins, nous ne croyons pas que le sous-développement du réseau communautaire soit exclusivement attribuable au manque de ressources financières. L'absence d'orientation et les conflits entre l'institutionnel et le communautaire ne sont sûrement pas étrangers à la situation que nous connaissons.

EN CONCLUSION

Nous croyons que l'état de nos connaissances et de nos expériences est suffisamment avancé pour nous permettre de faire des choix non équivoques en faveur du retour et du maintien dans la communauté des personnes qui présentent des troubles mentaux.

L'état des connaissances nous amène aussi à cerner les limites des moyens développés jusqu'à ce jour et à être plus réalistes dans nos attentes: La «guérison» et la «prise en charge» cèdent le pas à l'amélioration de la qualité de vie pour la personne et son entourage ainsi qu'à l'acquisition d'habiletés selon le potentiel, les capacités et la personnalité de chacun.

À la lumière des principes énoncés, des problèmes identifiés et de l'analyse proposée quant à notre mouvement de désinstitutionnalisation au Québec, nous pourrions être tentés de développer «le» modèle d'organisation et de dispensation des services qui offrirait toutes les garanties nécessaires au maintien et au retour dans la communauté. Gardons-nous en bien!

L'ampleur et la complexité de la désinstitutionnalisation nous interdisent toute recette magique. Les solutions miracles et la vérité absolue n'ont pas ici leur place. La désinstitutionnalisation doit être vue comme un processus continu qui ne peut que se situer dans le temps et se réaliser par étapes. Ce mouvement exige de la souplesse et des ajuste-

ments perpétuels; il ne saurait survivre à l'intérieur d'un cadre rigide.

Par ailleurs, les objectifs doivent être clairement énoncés; il faut:

- améliorer les conditions de vie des personnes et de leur entourage et favoriser l'acquisition d'habiletés en regard de leur responsabilité respective,
- diminuer le nombre de personnes qui aboutissent dans les réseaux pour itinérants, ou du moins offrir une réponse satisfaisante lorsqu'ils sont référés aux équipes de santé mentale,
- éviter que les personnes qui présentent des troubles mentaux se retrouvent dans les établissements du milieu judiciaire et correctionnel, et sortir ceux qui y sont actuellement,
- diminuer le taux et la fréquence des réhospitalisations,
- diminuer les durées de séjour, particulièrement en institutions psychiatriques,
- poursuivre la diminution du nombre de places dans les hôpitaux psychiatriques,
- établir un équilibre financier entre les services de traitement, de réadaptation et de support en fonction des besoins de la population à desservir.

Une identification claire des obstacles à surmonter constitue probablement la première étape à réaliser pour atteindre les objectifs. Les contraintes qui nous apparaissent les plus évidentes sont:

- la résistance des intervenants au changement,
- la résistance de la communauté à accueillir les personnes ayant des troubles mentaux,
- à l'intérieur des réseaux de services, l'ambiguïté des rôles et responsabilités,
- les contraintes financières.

La désinstitutionnalisation nous demandera, pour se poursuivre et combler les lacunes de la première vague, d'être créatifs et inventeurs et de développer des moyens jusqu'ici ignorés.

Ces défis devront être relevés par les promoteurs des années 80; néanmoins nous ne les croyons pas insurmontables s'il existe, au Gouvernement, une volonté ferme d'apporter à notre système de services les changements qui s'imposent. Cette volonté devrait principalement se traduire dans un appui aux expériences novatrices qui seraient dans la tra-

jectoire des principes énoncés et des résultats visés. Nous croyons en effet qu'il appartient aux différents milieux de planifier «le comment faire» et de trouver des incitatifs qui faciliteraient l'atteinte des résultats.

Tout en évitant la standardisation provinciale, et même régionale, quand il s'agit des moyens, nous devrions cependant la retrouver au niveau des outils d'information et d'évaluation qui nous permettraient de mesurer les besoins des personnes et de leur entourage, l'efficacité des programmes offerts et enfin, l'évolution du mouvement de désinstitutionnalisation. C'est d'ailleurs, croyons-nous, l'un des objectifs d'une politique de santé mentale de voir à hausser le niveau qualitatif des services et de tendre vers une meilleure rentabilité des deniers publics.

Concernant les coûts de la désinstitutionnalisation, nous n'avons actuellement aucun moyen de les mesurer. Est-ce qu'un budget pour une période de transition serait suffisant? Si oui, pour combien de temps? Quelle en serait l'ampleur? Il est à prévoir qu'une injection de fonds sera requise. Nous considérons qu'il serait intéressant et novateur que ces fonds soient destinés à créer des incitatifs au changement plutôt qu'à faire du développement pur et simple de ressources.

Bref, souscrire à un tel projet nous oblige à changer les modèles établis ainsi que notre façon de faire, d'être et de transiger non seulement avec les personnes en besoin d'aide, la famille et la communauté, mais aussi entre «intervenants». Nous avons graduellement remplacé la préoccupation des services à offrir à la personne par la préoccupation du lieu où les services devaient se donner, puis par qui ils devaient être offerts. Cette escalade a amené un durcissement des positions: l'étiquette, le stigmatisme tant récréé lorsqu'il s'agit des «malades» est de plus en plus appliqué entre intervenants selon leur formation ou leur lieu de travail.

La désinstitutionnalisation repose sur le partenariat et la mise en commun de tous les efforts...

Elle obligera, pour atteindre des résultats valables, que nous replaçons au cœur de nos préoccupations, de nos discours, de nos débats, et enfin de nos politiques, la personne souffrante et sa famille, ceux qui ont droit à des services et surtout, à leur dignité.

RÉFÉRENCES

- ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE ET SOCIALE, 1984, *Les ressources alternatives, Corporation administrative, hospitalière et sociale*, édition Les publications Sophie Inc., XXX, No. 6, novembre-décembre.
- AMYOT, A., AIRD, G., CHARLAND, C., ROBILLARD, L., 1985, *Rapport du comité d'étude sur les services psychiatriques de la région de Montréal (06-A)*, Tome I; Le rapport et ses annexes, mars.
- AMYOT, A., AIRD, G., CHARLAND, C., ROBILLARD, L., 1985, *Rapport du comité d'étude sur les services psychiatriques de la région de Montréal (06-A)*, Tome II; Lettres et mémoires adressés au comité, mars.
- L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE/DIVISION DU QUÉBEC, 1986, *La santé mentale... à nous d'agir: Le maintien dans la communauté*, compte rendu du colloque tenu à Montréal les 10, 11, 12 septembre.
- L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE/DIVISION DU QUÉBEC, 1985, *Mémoire présenté à la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, février.
- L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE/DIVISION DU QUÉBEC, 1985, *Avis sur la distribution des services de soutien et de réinsertion sociale offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux et vivant dans la communauté*, présenté à la sous-commission des Affaires sociales, Gouvernement du Québec, 7 août.
- L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE/DIVISION DU QUÉBEC, 1984, *Colloque: La chronicité et les troubles mentaux*, Mont Gabriel, 6, 7, 8 mai.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, 1985, *25 ans après la commission Bédard, Lazure et Roberts, Rapport du colloque de la division de psychiatrie de l'A.H.Q., Arière*, 3, No. 4, 20-46.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, 1984, *Document d'orientation: Organisation des services de santé mentale au Québec: analyse et perspectives*, juin.
- AUCOIN, L., 1985, *Orientations et amorce de plan d'action (projet)*, Hôpital Louis-H. Lafontaine, mars.
- BEACH, J., HARRINGTON, S., JAY, B., 1985, *Rapport sur la situation critique des patients psychiatriques à leur sortie des hôpitaux de Montréal*, sous-comité des besoins des malades mentaux à leur congé des hôpitaux, comité inter-églises pour la planification du service social, janvier.
- BÉDARD, D., LAZURE, D., ROBERTS, C.A., 1962, *Rapport de la commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, présenté au Ministère de la santé du Québec.
- BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale, les soins psychiatriques: histoire et institutions*, les Éditions Albert St-Martin.
- CANTIN, R., 1986, *Allocution d'ouverture: colloque sur les ressources alternatives*, 17, 18 mars.
- CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE, 1984, *Rapport synthèse, Plan de développement et de réorganisation des services psychiatriques au C.H.R.D.L.*, version 1, mai.
- CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE, 1984, *Plan de réorganisation et de développement des services en santé mentale pour le territoire desservi par le C.H.R.D.L.*, *Ressources extérieures en santé mentale*, mars.
- CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE, 1982, *Perspectives d'évolution des services offerts dans le secteur de la psychiatrie*, novembre.
- CENTRE HOSPITALIER DES LAURENTIDES, 1985, *Planification stratégique du centre hospitalier et du centre d'accueil de réadaptation des Laurentides*, L'Annonciation, septembre.
- CHAMBAUD, L., DENAULT, S., 1983, *Les groupes d'entraide dans le domaine de la santé mentale: pour une véritable collaboration avec les organismes professionnels*, Département de santé communautaire, hôpital du Haut-Richelieu, novembre.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, 1986, *Programme de consultation d'experts, Dossier santé mentale*, octobre.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1986, *Sortir de l'asile, Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Les publications du Québec, 3ième trimestre.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *La santé mentale: prévenir, traiter et réadapter efficacement, synthèse et recommandations*, Gouvernement du Québec, 2ième trimestre.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, 1986, *L'estimation quantitative des besoins en santé mentale en région 06-A*, direction de la planification, service des études de besoins, de l'évaluation et des orientations, mai.
- DECOSTE, G. et al., 1985, *Les services psychiatriques en milieu correctionnel: une nécessité d'agir*, Services correctionnels québécois, février.
- DIRECTION RÉGIONALE DE LA PSYCHIATRIE ET DE L'HYGIÈNE MENTALE, 1970, *Rapport annuel 1970*, Région du Bas St-Laurent et de la Gaspésie, Québec.
- DIRECTION RÉGIONALE DE LA PSYCHIATRIE ET DE L'HYGIÈNE MENTALE, 1969, *Rapport annuel 1969*, Région du Bas St-Laurent et de la Gaspésie, Québec.
- DIRECTION DES SERVICES PSYCHIATRIQUES, (non daté), *Régionalisation des services de psychiatrie et de l'hygiène mentale*, Ministère de la santé, Gouvernement du Québec.
- DORVIL, H., 1986, *Les patients qui activent la porte tournante: étude clinique et socio-démographique d'une clientèle majeure à l'hôpital Louis-H. Lafontaine*, Centre de recherche psychiatrique, hôpital Louis-H. Lafontaine, août.
- DORVIL, H., 1986, *L'impact de l'implantation d'un hôpital psychiatrique sur le changement de la représentation sociale de la maladie mentale*, Thèse présentée à la faculté des Études supérieures, Université de Montréal, février.
- DORVIL, H., 1984, *Les ressources alternatives au C.H. Louis-H. Lafontaine, Administration hospitalière et sociale*, novembre-décembre, 31-41.
- GARANT, L., 1985, *La désinstitutionnalisation en santé mentale: un tour d'horizon de la littérature*, Secrétariat à la coordination de la recherche, Évaluation des programmes, séries études et analyses, septembre.
- HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES, 1986, *Une mission enrichie, planification stratégique 1986-1991*.
- LAMONTAGNE, Y., 1985, *L'ampleur des maladies mentales au Québec*, Édition Québec Sciences.
- LEFEBVRE, Y., 1985, *Psycauses*, département des Sciences de

- l'éducation, Université du Québec à Montréal, décembre.
- MELANSON-OUELLET, H., PRONOVOST, L., 1980, *Étude sur les connaissances et perceptions des services psychiatrique au Québec*, M.A.S., Direction générale de la planification et de l'évaluation, Québec.
- PAGÉ, J.-C., 1961, *Les fous crient au secours*, témoignage d'un ex-patient de St-Jean de Dieu, les Éditions du Jour, Montréal.
- RAYMONDIS, L.-M., 1966, *Quelques aperçus sur une réforme des services psychiatriques*, Étude des conditions juridiques et médicales de l'hospitalisation des malades mentaux au CANADA (Québec), Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris.
- ROBERGE, P., 1986, *La clientèle psychiatrique vue à travers le locs: quelques éléments de description critique*, Évaluation des programmes sociaux, Direction générale de l'évaluation et de la planification, Ministère de la santé et des services sociaux, 15 octobre.
- SCHERL D.J. MACHT, L.B. 1979, Deinstitutionalization in the absence of consensus, *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 599-604
- STERLIN, C., 1986, *Tribune libre: cartes sur table*, propos recueillis par Thi Hong Trang Dao, *Santé mentale au Québec*, XI, No. 1, 66-75.
- TOEWS, J., BARNES, G., 1986, Le malade mental chronique et la psychiatrie communautaire: un secteur en difficulté, *Santé mentale au Canada*, 34, No. 2, 2-8.

SUMMARY

In this article, the author raises questions about the results and consequences of deinstitutionalization in Quebec. First presented is an analysis of the phenomenon that focusses on the prevention of admissions as well as the return and the maintenance of an individual in the community. The analysis leads to an assesment of the phenomenon's impact on the principal actors. There are two sides to the coin; the author examines the achievements and the weaknesses that subsist. In Quebec, as elsewhere, certain problems are associated to deinstitutionalization; the author offers explanations to these problems.