

Le cas provincial : la désinstitutionnalisation des services de santé mentale au Québec

L'objectif de cette étude qui fut entreprise dans le cadre d'un mémoire, consiste à ouvrir la boîte noire de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale au Québec et de retracer l'interdépendance entre la cause et les effets des transformations politico-administratives initiées par le gouvernement et ses institutions et ainsi saisir les erreurs de postulat à la base de la stagnation contemporaine en partie liées au développement d'épiphénomènes.

La désinstitutionnalisation des services de santé mentale au Québec ne sera pas analysée en fonction de ses résultats et de l'évolution parallèle d'effets pervers caractérisant le bilan plutôt négatif des évaluateurs gouvernementaux¹ et des chercheurs² de la santé. Il s'agit plutôt d'une réflexion sur les stratégies qui ont porté l'émergence, dans le temps et dans l'espace, « l'institutionnalisation »³ du principe de désinstitutionnalisation des services de santé mentale et de vérifier si ce programme ne porte pas en lui le germe de son échec décrié par ses évaluateurs.

Préoccupé par le poids du passé et la graduelle perte de mémoire collective face à la compréhension des phénomènes socio-politico-historiques contemporains, le peu de considération de ce passé dans l'analyse souvent trop économétrique de la réalité nous ont amené à chercher une approche et une interprétation innovatrices susceptibles d'entraîner des re-questionnements sur les méthodes, l'objet et les postulats de recherches en analyse des politiques publiques.

Pourquoi est-il indispensable de prendre en considération le poids du passé dans le processus d'évaluation des politiques et des programmes publics ? Essentiellement pour deux motifs, l'un théorique, l'autre effectif. Thoenig⁴ a fait le constat que l'analyse des politiques publiques est dans une phase de stagnation, conséquence de la répétition des résultats des études académiques émanant de sa méthode, son objet de recherche et son postulat d'étatocentrisme face à l'analyse

1 Évaluateurs d'une commission, d'un ministère, d'un groupe de travail, avec mandat gouvernemental ou parlementaire (vérificateur général).

2 Chercheurs dans le domaine de la santé mentale qui peuvent avoir travaillé sur des évaluations de programmes gouvernementaux mais qui œuvrent en général dans des organismes non gouvernementaux tel que les universités, les centres de recherches hospitaliers et les groupes communautaires.

3 Il ne s'agit pas d'une erreur sémantique, mais bien de l'institutionnalisation de la désinstitutionnalisation : employé au sens de virage communautaire des services de santé mentale; terme spécifiquement utilisé pour décrire ce phénomène. À ne pas confondre avec le processus théorique de désinstitutionnalisation s'opposant à l'institutionnalisation.

4 Jean-Claude Thoenig, « Politiques publiques et action publique » *Revue Internationale de Politique Comparée*, Vol 5, no 2, 1998, p.295-314.

de la formulation et du traitement des problèmes publics. Dans la pratique, cette considération se traduit à travers les études académiques et officielles par l'analyse téléologique⁵ des moyens mis en œuvre par l'État pour résorber certaines conjonctures sociales conflictuelles chez les protagonistes tout en appréciant les effets qu'entraîne « l'action ou l'inaction étatique »⁶ dans ses secteurs d'activités. Autrement dit, un structuro-fonctionnalisme avoué. Toutefois, les acteurs nationaux et/ou internationaux influencent l'ensemble du processus du système d'action publique entraînant la décision. La considération théorique de Thoenig implique ainsi, par sa critique du postulat d'étatocentrisme, l'idée que l'État n'est pas le seul acteur politique. Les acteurs⁷ agissent en fonction de leurs valeurs et de leurs intérêts nécessairement conflictuels. Dunn⁸ a soulevé les écueils que posent l'émergence, la formulation ou l'évaluation d'un problème politique. Son bilan : les analystes résolvent les mauvais problèmes plutôt que de générer de mauvaises solutions aux bons problèmes. La structuration des problèmes politiques devient une priorité face aux méthodes de solutions. Or, la nature des problèmes politiques réside dans la formulation des besoins, valeurs ou améliorations possibles poursuivies par l'action publique. La nature des problèmes politiques implique une interdépendance holistique des problèmes, une construction du désir social et des transformations constantes. Dans le même ordre d'idées, l'approche néo-institutionnaliste⁹ précise que l'action publique passe par une première phase du processus de prise de décisions, la « problématisation » où les acteurs perçoivent et définissent comme aberrant un phénomène. Parfois, par le simple fait d'étudier la question, il y a enclenchement du processus de « problématisation »¹⁰. Toutefois, il est possible que l'institutionnalisation du phénomène par une politique ou un programme contracte une dynamique de « path dependence »

5 L'étude téléologique vise l'appréciation des finalités des processus, structures et institutions.

6 Thomas Dye, «What governments do why they do it, and what difference it makes ». In *Understanding public policy*. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice Hall, 1992, p. 1-18.

7 Les Acteurs forment la cohorte d'organismes, institutions, entreprises groupes, individus évoquant leurs intérêts par une multitude de comportements et interventions ciblés pour modifier ou incliner une décision publique.

8 William Dunn, «Structuring policy problems » In *Public Policy Analysis : an introduction*. Englewood Cliffs (N.J.) : Prentice-Hall, 1981, p. 135-183.

9 Pierre Muller, et Yves Surel. *L'analyse des politiques publiques*. Coll « Clefs politique » Paris (France) : Montchrestien, 1998, 156 p.

10 Nous faisons référence ici à l'idée que plus une situation est regardée de près, plus il est probable de trouver des améliorations possibles qui sont en fait le résultat d'une construction mentale impulsant l'éventuel changement. Donc, le résultat d'une réflexion insuffisante ou pour le moins fantaisiste, sans pour autant supposer sa non pertinence.

motivée par une synergie catalysant parfois une imperméabilité aux changements malgré les réformes répétées. Imperméabilité qui peut être exposée en retraçant « les cheminements évolutifs de l'action publique [...] ainsi que la nature des échanges entre l'État et les groupes d'intérêts »¹¹. Cette notion implique que les politiques et institutions sont données en héritage par les gouvernements précédents et peuvent, à l'occasion, manifester un statisme constitutif. Alors, pourquoi nous intéresser au poids du passé dans le processus d'évaluation des politiques et des programmes publics ? Parce que les analystes politiques évacuent le processus inhérent à l'objet d'analyse et conséquemment, posent de mauvais postulats et s'enlisent dans la méthode. La prise en considération de la genèse des politiques et des programmes évacue ces obstacles et remet les pendules à l'heure. Ce regard « génétique » n'envisage pas le statu quo comme le résultat nul du jeu d'acteurs mais, comme immanent au phénomène mal questionné ou « problématisé ».

La question qui surgit maintenant c'est le comment. Thoenig¹² nous propose une alternative dans la manière d'aborder les phénomènes politico-administratifs : l'angle de la socio-histoire de l'action publique : l'historicité. Ce nouveau paradigme fait partie du processus apriorique de l'évaluation des interventions institutionnelles. Le contexte socio-historique de l'action des autorités publiques et la genèse des politiques permettent d'élucider les tenants et aboutissants des enjeux de la formulation initiale d'une intervention étatique en retraçant la présence d'acteurs, et en réintégrant l'évolution du processus institutionnel et politico-administratif dans son contexte spatio-temporel initial.

Nous croyons, après collationnement, que les décideurs et principaux intéressés gravitant autour de la désinstitutionnalisation ont évacué le processus naturel de « problématisation », catalysant les politiques et les programmes publics, pour promouvoir un mimétisme institutionnel qui explique aujourd'hui non seulement le constat d'échec de la politique mais, le statu quo des autorités gouvernementales devant cet état de fait. En d'autres termes, nous présumons que l'examen de la genèse de la désinstitutionnalisation confirmera l'hypothèse d'un mimétisme institutionnel et du poids du passé sur le présent notamment, en ce qui concerne le constat d'échec. Notre affirmation est basée sur l'absence de débats préalables et actuels sur les alternatives à la désinstitutionnalisation; n'évoquant comme seul alibi des considérations économiques. L'hypothèse se pose donc ainsi: Le mimétisme institutionnel explique-t-il l'échec de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale au Québec ?

Pour ce faire, nous allons procéder à une double analyse. D'une part, une démarche plus « historicisante » visant à retracer les éléments menant à l'institutionnalisation d'une pratique à

11 Muller et Surel., *op cit.*, p. 45.

12 Thoenig, *op cit.*, p. 295-314.

travers son contexte et ses acteurs. D'autre part, une méthode plus traditionnelle en analyse des politiques publiques visant à comparer les principes favorisant les agencements institutionnels plutôt qu'un simple examen des dispositifs de mise en œuvre et d'évaluation des résultats à caractère financier. La démarche que nous adoptons passe par une analyse documentaire d'éléments comparatifs. Sur la cohérence entre les origines et l'officialisation de cette intervention publique des expériences américaine et européenne, que nous appelons les archétypes de la désinstitutionnalisation, dans le but de vérifier si d'une part, cette genèse permettra de prétendre à un mimétisme institutionnel et si ce mimétisme peut nous éclairer sur les causes ayant provoqué le constat d'échec de la politique de désinstitutionnalisation au Québec. Notre approche de ce phénomène, la manière dont nous allons traiter ce sujet, est essentiellement macrologique.

1 Le déterminant et les étapes de l'étude des politiques publiques

1.1 L'historicité

L'historicité importe à l'instant où l'idée de genèse de l'action publique est véhiculée. Cette approche est le résultat de réflexions et de transformations disciplinaires d'abord, et d'emprunts interdisciplinaires ensuite. Deux emprunts conceptuels fondamentaux plus précisément. D'une part, l'action collective sur elle-même ou la capacité de l'ensemble social à faire son histoire, c'est-à-dire d'interagir concrètement dans le temps tout en créant un espace phénoménologique dynamique se renouvelant et se transformant. Que l'acteur agisse par l'intermédiaire d'une association d'acteurs ou par le truchement de ses capacités et de ses stratégies comme chez Crozier, l'individu marque par ses interventions le cheminement de l'histoire. Cheminement jamais tout à fait linéaire. D'autre part, pour reprendre la métaphore géologique de stratigraphie, l'historicité est aussi une sédimentation de l'histoire, une superposition de couches socio-historiques plus ou moins denses où l'on retrouve une surface dépositaire contemporaine issue à la fois de l'action de l'ensemble social présent et des couches socio-politiques passées qui ont un effet de percolation sur l'action collective et l'institutionnalisation des pratiques. Les différentes couches sont le résultat de bouleversements en profondeur des pratiques par rapport à celles qui prévalaient. L'exemple par excellence est facilement identifiable dans notre étude de cas; le passage du traitement en institution au caractère communautaire des services de santé mentale par l'entremise du processus de désinstitutionnalisation, de «déhospitalisation». Ce passage ou coupure radical dans la pratique peut être relativement long ou court et son intensité tout aussi

erratique mais toujours consacré par les acteurs. D'une certaine manière, les choix du passé finissent par restreindre considérablement les choix présents « l'effet de percolation ».

Ces signifiants susciteront le développement de l'idée de genèse de l'action publique, angle favorisé par cette étude. C'est-à-dire, par une approche diachronique au présent, partant d'un diagnostic, d'un phénomène problématique présent en restituant le parcours historique (où son processus est scindé par des événements transitoires) tout en éclairant le présent et en appréciant les conditions historiques de l'émergence d'une pratique contemporaine. Bref, l'approche vise à retracer la genèse de l'action publique impulsant les politiques et les programmes et permet d'évaluer l'influence qu'elle détient sur l'appréciation de la conjoncture actuelle des événements. Bourdieu insistait sur cette prise en considération systématique de la temporalité en analyse des politiques publiques : « les phénomènes ou interventions sociaux sont plus que le produit de l'Histoire mais bien la genèse de ce qui existe aujourd'hui ».

L'idée d'encourager une recension exhaustive des auteurs sur la matière ou de commenter par une analyse critique n'est pas notre ambition. Toutefois, une présentation des grandes orientations idéologiques développementaliste, que nous croyons les plus représentatives, précisera les fondements théoriques de la notion d'historicité en analyse des politiques publiques. Cet exercice permettra de cerner de manière plus explicite les approches anglo-saxonne et ensuite française de l'historicité en analyse des politiques publiques. Et en ce sens, l'idée globale « d'historicisation » nous permettra de proposer un nouvel angle à la problématique récurrente de désinstitutionnalisation des services de santé mentale au Québec.

Le recours à l'histoire en science politique n'est pas inexistant mais relativement peu utilisé. Il faut noter, par contre, que les approches « historicisantes » de la science politique, i.e. la socio-histoire majoritairement française¹³ et le néo-institutionnalisme américain,¹⁴ sont des approches relativement récentes (1989-1990).

Peut-on affirmer qu'il existe un paradigme unifié de l'historicité ? Il est d'usage courant¹⁵ d'utiliser le terme paradigme pour appréhender des représentations du monde différentes voire divergentes. L'historicité est effectivement un cadre conceptuel novateur, une grille

13 Notons la revue *Genèse* en France créée en 1990, ou encore la collection *Socio-histoire* chez les Éditions Belin, plus récemment. Le Pennsylvania State University, malgré l'orientation plus sociologique, met sur pied en 1989 le *Journal of Policy History*.

14 « Skocpol, Ashford, Heidenheimer aux États-Unis, plaident en faveur de l'histoire dans l'analyse des politiques publiques ». Y Meny et J. C. Thoenig, *Politiques publiques*. Paris (France) : Presses Universitaires de France, 1989, p. 350.

15 Utilisé pour la première fois par Thomas Kuhn, en 1962.

d'interprétation de la réalité relativement nouvelle et acceptée par la communauté scientifique. L'abondante littérature des dix dernières années fait effectivement foi d'un développement paradigmatique de l'historicité en analyse des politiques publiques, d'interprétation de la réalité, par la présentation d'études de cas au carrefour de l'histoire et des phénomènes socio-politiques. Déloye va même jusqu'à dire que « l'histoire politique ainsi redéfinie, illustre un changement de paradigme touchant à l'ensemble des sciences sociales suite à l'épuisement du marxisme, du structuralisme puis du positivisme »¹⁶. Cependant, l'approche n'est pas uniforme dans ses méthodes et ses postulats de recherches.

Les approches anglo-saxonne et française de l'historicité sont orientées par une « démarche de type génétique »¹⁷ où la reconstitution de logiques d'actions sociales retracent le processus de structuration des pratiques institutionnalisées. En d'autres termes, les différentes approches de l'historicité visent à retracer la genèse de l'action publique impulsant les politiques et les programmes de l'État. Déloye¹⁸ écrit que la socio-histoire amène le politologue à historiciser ses raisonnements et à prendre en considération le poids du passé et son influence sur les actions étatiques présentes. D'ailleurs, les études socio-historique en science politique s'inscrivent dans une perspective incrémentaliste qui montre comment l'héritage du passé contraint les choix présents. Deux exemples saillants sur la question : Dubois sur la politique culturelle en France portant sur la genèse d'une catégorie d'intervention publique¹⁹ ou encore, celle de Buton sur les interventions administratives de l'éducation des sourds-muets au XIXe siècle²⁰. Or, non seulement la mémoire institutionnelle est-elle étalée mais, est utile au présent pour tirer profits des enseignements de l'histoire qui a pour fonction éventuelle d'améliorer la décision actuelle et parfois même, de stimuler les objectifs du « modèle initial ». C'est notamment ce qui est soulevé par la notion de temporalité dans la *policy history*²¹ comprenant deux approches; le court terme

16 Yves Déloye, *Sociologie historique du politique*. Paris (France) : Découverte, 1997, p. 21.

17 Pascale Laborier et Danny Trom (dir. publ.). *L'historicité de l'action publique : Communications du colloque l'historicité de l'action publique* (Amiens, 12-13 octobre 2000). Amiens (France): Presses Universitaires de France, 2001.

18 Déloye, *op. cit.*, p. 24.

19 Vincent Dubois, *La politique culturelle: Genèse d'une catégorie d'intervention publique*. Coll « Socio-Histoires ». Paris (France) : Belin, 1999, 381 p.

20 François Buton, «Bureaucratization et délimitation des frontières de l'État. Les interventions administratives sur l'éducation des sourds-muets au XIXe siècle ». *Geneses*, vol. 28, no septembre, 1997, p.5-28.

21 W. A. Achenbaum, « Politics, Power, and Problems: Perspectives on Writing Policy History » *Journal of policy history*. Vol 1, No 2, 1989, p. 206-231.

approfondi et le long terme diachronique effectuant la navette entre le passé et le présent et dépassant le synchronique structuro-fonctionnaliste²². Or, comme nous l'avons souligné, l'histoire des phénomènes politiques est le produit d'une évolution stratigraphique expliquant la présence d'acteurs et la perception d'un problème social jusqu'à la cristallisation de l'action publique (processus de la prise de décision). Après avoir défini l'ancienneté d'un problème public, il s'agit d'apprécier son construit historique. L'aller-retour sur le continuum temporel passé/présent retrace la logique régissant la gestion d'un problème public contemporain.

Modèle anglo-saxon

Les analyses de legs du passé des problèmes contemporains passent par un courant américain en analyse des politiques publiques, le néo-institutionnalisme. La démarche générale vise à vérifier comment et à quel point les pratiques institutionnelles sont contraintes par un processus de fabrication sociale et politique dont le mécanisme est inhérent et parfois, non apparent. En ce sens, :

« les institutions ne sont pas conçues comme un (miroir) de la société ou le simple produit des logiques individuelles, pas plus qu'elles ne sont un facteur exogène au jeu des acteurs, [...] elles forment au contraire le cadre évolutif de ces interactions, dont les formes et les modalités changent progressivement par l'effet même de ces interactions »²³.

Le néo-institutionnalisme se divise en trois variantes : l'institutionnalisme historique, l'institutionnalisme du choix rationnel et enfin l'institutionnalisme sociologique. L'institutionnalisme historique tend à l'analyse étato-centrique de l'interaction avec le social, par le biais d'analyses comparatives pour replacer les trajectoires étatiques particulières. L'objet d'analyse vise principalement les relations de l'institution étudiée avec les acteurs qui sont marginalisés en terme d'influence sur les innovations institutionnelles. Ce qui n'implique pas l'absence de considération des acteurs dans le processus. Les institutions sont, selon cette approche, modelées par l'histoire et les retombées fortuites négatives ou positives, ce qui limite considérablement les options des décideurs ; le « path dependence ». Les facteurs tels que les idées, sont plus susceptibles d'avoir une influence sur les processus d'institutionnalisation au moment de l'émergence et de la stabilisation. Cette approche tend donc vers les analyses des

22 Pierre Muller et Yves Surel. *L'analyse des politiques publiques*. Coll « Clefs politique » Paris (France) : Montchrestien, 1998, p. 44.

23 *Ibid.*, p. 41.

facteurs de production (institutionnalisation, déinstitutionnalisation ou réinstitutionnalisation) et de reproduction (mimétisme institutionnel) des institutions. L'institutionnalisme du choix rationnel est une approche beaucoup plus axée sur les acteurs dans le processus d'institutionnalisation des choix politiques et sociaux, où l'institution est le résultat de la multiplicité d'expressions. Cette approche analyse à la fois le comportement des acteurs²⁴ et le rôle des interactions stratégiques des acteurs quant à leurs liens politiques. Elle analyse aussi les conditions de l'élaboration d'institutions stabilisant les incertitudes et neutralisant la concurrence du secteur d'activité en question. Enfin, la variante institutionnalisation sociologique qui s'applique à reproduire les orientations de la sociologie des organisations avec l'apport toutefois des variables culturelles dans la formation et le développement des organisations (institutions).

Bref, le questionnement du néo-institutionnalisme se situe au niveau macro et vise l'étude du rôle essentiel que joue la tension institution/acteurs dans le processus de mise sur agenda, d'institutionnalisation de politiques et de programmes et de pérennisation de ceux-ci. Ainsi, Muller souligne que la volonté de penser l'État en interaction dans une perspective historique et géographique comparée est une orientation de recherche prometteuse.

Modèle français

La socio-histoire, contrairement au néo-institutionnalisme, n'a pas pour objectif premier l'utilisation contemporaine de la genèse de l'action publique. Le projet socio-historique vise l'étude de l'action comme accumulation de logiques, de répertoires d'actions, historiquement constitué pour comprendre l'innovation dans les pratiques plutôt que d'en retracer l'institutionnalisation. Laborier, plaide pour une analyse en termes de répertoire qui permet de « contextualiser » l'action publique dans la pluralité des logiques à l'œuvre. Le répertoire est un inventaire d'actions collectives possible mais limité. Habilitant et contraignant, le répertoire prédispose l'action dans un cadre où l'innovation prend une forme en usage (un modèle idéal) et fait table rase des autres possibilités. Le répertoire agit comme une forme de normalisation de l'action. Il y a donc une dimension cognitive au répertoire en plus d'une dimension mobilisatrice des ressources par les acteurs en luttes d'influences dans le champ d'activités. Le poids du passé sur le présent consiste à faire la reconstitution des stratégies et de la représentation des acteurs du champ d'intervention dans le processus décisionnel. L'actualisation des logiques d'actions dans un champ d'intervention donné est en ce sens puisée par les acteurs dans une mémoire où des

24 C'est à dire le comportement instrumental à la réalisation de l'option qu'ils préconisent.

choix seront effectués à partir de ces pratiques idéalisées. Il n'y a pas de construction ex nihilo des pratiques mais, des recyclages. L'action vise donc l'appropriation et l'ajustement pour produire des nouvelles procédures d'intervention.

1.2 L'étape

L'historicité est une méthode qui analyse à la fois l'institution et l'acteur comme matrice au changement des pratiques politiques. Ce qui permet de retracer les origines du changement dans les pratiques, limitant le choix d'actions publiques des acteurs contemporains dans le répertoire d'actions des possibles. L'historicité tend vers l'analyse des facteurs de production et de reproduction des institutions par les acteurs. C'est précisément dans cet esprit que nous avons produit cette étude qui amène ce questionnement sur un secteur d'activité important au Québec, les services socio-sanitaires²⁵, plus particulièrement, le programme de la désinstitutionnalisation dans les services de santé mentale. L'intérêt marqué pour la désinstitutionnalisation est motivé par l'incontesté constat d'échec de sa politique, que l'on retrouve dans l'ensemble de la littérature, même officielle²⁶. Le constat d'échec est émis suite aux effets pervers produits par la politique sur la prestation des services et qui a provoqué l'émergence de phénomènes sociaux non désirés. Notamment, la ségrégation intellectuelle, morale, sociale et parfois même résidentielle par la ghettoïsation et la dégradation de la qualité de vie non seulement des ex-psychiatrisés mais aussi, de l'entourage du malade, sans oublier la dépendance économique et socio-sanitaire²⁷. L'exemple le plus significatif : l'apparition du « syndrome de la porte tournante »²⁸ dans les

25 Imposant ne serait-ce qu'en terme budgétaire pour ne pas évoquer ses difficultés : La mission Santé et services sociaux représente 33,6% du budget annuel de l'État québécois soit, 16 679 millions sur environ 50 milliards de dollars (incluant les services de la dette) selon les comptes publics 2000-2001. Il s'agit de la plus importante mission en terme de dépenses. La mission éducation représente 22% des dépenses totales.

26 Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations pour la transformation des services de santé mentale : Horizon 2002*. Québec: Les Publications du Québec, 1997, p. 2

27 Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la santé mentale du Québec. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Ste-Foy (Qué.) : Les publications du Québec, 1997, 264 p.

28 Le syndrome de la porte tournante est la résultante de l'état de chronicité de certains patients et le manque de ressources dans le système de soins alternatifs à l'hospitalisation, contribuant à l'encombrement des urgences et à la hausse des réadmissions. Mercier (84 et 86) établit le taux de réadmission à 70,7% en 1982 et 68,9% en 1983, 72,3% en 1987 et entre 70 et 75% en 1996 (*Défis de la reconfiguration des services*).

hôpitaux psychiatriques au Québec²⁹. Ou encore, la présence plus importante d'ex-psychiatisés dans la population des sans-abri et dans le système pénal. Or, le constat d'échec fut étudié sous tous ses angles et est confirmé hors de tout doute. L'objectif de mon mémoire n'était donc pas de valider ou infirmer ce constat mais plutôt, d'en connaître la situation initiale ayant provoqué le constat d'échec.

En procédant à la genèse du programme de désinstitutionnalisation au Québec, nous évoquons la possibilité qu'un mimétisme institutionnel soit à l'origine des évaluations erronées fondées sur des considérations économiques exogènes, visant la légitimation des orientations de la politique et donc, du constat d'échec. Notre ambition est donc de parvenir à comprendre l'origine du constat d'échec 40 ans après l'application du programme.

Une analyse documentaire s'efforça de relever les événements sociaux et politico-administratifs impulsant la politique de désinstitutionnalisation au Québec et les conditions ayant produit le même phénomène en Europe et aux États-Unis. Il s'agit ici de comprendre **l'émergence et la mise en œuvre du phénomène au Québec**, malgré les indicateurs manifestes de son échec. Il nous sera alors possible d'établir une nouvelle compréhension du phénomène que nous étudions.

La démarche du mémoire consiste donc à esquisser le tableau de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale au Québec dans son contexte international, ses innovations institutionnelles, ses transformations paradigmatiques et à travers les enjeux et stratégies des acteurs. L'approche embrassée, le mimétisme institutionnel, est indissociable du paradigme de l'historicité que nous avons conservé comme arrière-plan, comme toile de fond. En ce sens, l'approche « historicisante » que nous utilisons dans le mémoire se réfère au néo-institutionnalisme historique. Ce qui implique une analyse comparative, dans le but de retracer les trajectoires de prise en charge d'un secteur d'activité ou de ses innovations, par l'État, qui à la fois habilite et contraint les choix futurs; l'idée du « path dépendance ». Approche qui tend vers une analyse des facteurs de production (institutionnalisation) mais surtout de reproduction (mimétique) des institutions. Nous croyons toutefois que l'utilisation isolée de ce type d'analyse

29 Québec, ministère de la Santé, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Claude Castonguay (Rapport Castonguay-Nepveu). Ste-Foy (Qué.) : Les publications du Québec, 1969, 108 p.

Richard Lavoie, et Céline Mercier. « Chronicité psychiatrique et organisation des services » *Revue canadienne de psychiatrie*. Vol. 32, no. mai, 1987, p. 291-293.

Mercier, Céline. *Les fonctions et le fonctionnement d'un hôpital psychiatrique en 1984*. Unité de recherche psychosociale, Hôpital Douglas, novembre, 1984, 25 pages.

Céline Mercier, « L'intervention à l'hôpital psychiatrique à l'ère de la déshospitalisation » *Revue canadienne de psychiatrie*. Vol. 34, no. Septembre, 1986, p. 15-19.

étato-centrique restreint la conceptualisation du réel et atténue son intensité. Nous n'allons donc pas nous confiner qu'à ce type d'étude néo-institutionnel, nous élargissons l'implication de l'historicité aux acteurs comme moteur de l'influence sur le processus décisionnel des innovations institutionnelles, l'orientation socio-historique. Ce qui explique l'utilisation plus large lorsque nous employons le terme historicité. Nous désirons éviter le cantonnement dans une seule ligne de pensée qui favoriserait sobriété et modération mais éluderait toute sensibilité à l'interdépendance de la multiplicité des facteurs. Cette doublure théorique permet l'analyse centrée à la fois sur les acteurs et les institutions dans leurs contextes historiques.

Pour étudier l'émergence d'un phénomène institutionnel, l'approche du mimétisme institutionnel fut choisie comme cadre d'analyse. En ce sens, consignons quelques éléments. Les théoriciens du mimétisme considèrent que la démarche mimétique des élites est traversée par une intervention d'une part inconsciente résultant de l'exportation des modèles et de la contrainte d'alignement - d'occidentalisation – et d'autre part, consciente et engendrée par le désir de résultats similaires³⁰ et d'enrôlement telles que la séduction, la stratégie d'élites, etc. L'import-export institutionnel implique une mobilisation des acteurs autour de la question - l'art de l'intéressement - et de la diffusion du modèle idéalisé. Il faut toutefois comprendre qu'il y a permutation des flux d'échanges par l'appropriation et la réappropriation des modèles réinventés par l'insertion et l'adaptation en profondeur dans le système d'accueil. D'ailleurs, l'adaptation n'est rarement qu'un seul produit d'importation. L'alignement occidental passe une multitude de produits politique, administratif, juridique, idéologique, symbolique et d'agencement institutionnel. Cependant, l'appropriation implique l'importation simultanée d'écueils contingents qui selon nous, sont la cause fondamentale de l'échec des innovations. Cette tendance à l'uniformisation, à l'unité des solutions exogènes et des programmes politiques internes est consolidée par la dynamique de la dépendance et de captation de souveraineté dont l'homogénéisation des structures sociale, politique, économique, institutionnel, etc. Puisque l'importation peut à la fois être pour l'élite, une stratégie de conservation donc de légitimation des choix et de son autorité ou encore une stratégie de révolution dans le changement, c'est-à-dire de petites révolutions continues dans un environnement en transformation perpétuelle. L'ingénierie institutionnelle est une opération de tous les instants, produite par le jeu d'acteurs.

30 La recherche de résultats similaires est liée à la compatibilité des problématiques émergentes ou créée de toutes pièces.

1.3 Le mimétisme institutionnel

Dans le même ordre d'idée, il s'agit d'une réflexion sur les stratégies qui ont porté l'émergence, dans le temps et dans l'espace, de l'institutionnalisation du principe de désinstitutionnalisation et de vérifier si la politique ne porte pas en elle le germe de son échec. L'officialisation d'une institution, d'une politique ou d'un programme public résulte de sa propre genèse. La motivation à l'origine du désir de prise en charge d'un secteur d'activité ou d'une problématique sociale implique une tentative de solution qui, comme le souligne Dunn, consiste au départ à définir et structurer un problème conditionné par la mise en discours de la problématique par l'action publique. Ce qui implique un caractère construit du problème par les acteurs concernés, les porteurs des innovations réformatrices.

Pour Badie³¹ et Meny³², l'innovation institutionnelle passe en certains cas par le mimétisme, c'est-à-dire une importation et/ou une exportation de modèles institutionnels qui deviennent de manière un peu immanente, l'enjeu permanent de légitimation qui se définit par l'utilitarisme politique, social et administratif. Un bémol s'impose. La concomitance des processus de réformes ou des solutions amenées à une problématique sociale peut résulter de crises ou de tensions de nature identique. Il est donc primordial de ne pas commettre d'impair quant à l'étiquetage de mimétisme que l'on appose sur les réformes institutionnelles. Ce glissement potentiel résulte d'un relatif manquement à une conceptualisation pragmatique de la notion de mimétisme. En d'autres termes, malgré les efforts théoriques considérables dispensés par ces auteurs, le mimétisme institutionnel demeure une notion sujette à controverse puisque les processus d'innovation sont complexes et éclectiques. Cela dit, l'interaction politique, économique et culturelle puis l'acuité des relations antagonistes et collaboratrices entre pays occidentaux et le reste du monde amènent les États à ne pas rester totalement réfractaires à l'empreinte des autres, sans pour autant glisser dans un déterminisme systématique. D'ailleurs, il n'est pas rare d'observer les États occidentaux, malgré la diversité des formes de systèmes politiques, se livrer à des réformes compatibles tout en adaptant celles-ci aux contraintes législatives et administratives du pays importateur. Notamment, pour ne prendre que cet exemple, l'importation de la méritocratie britannique dans les pays du Commonwealth sera dressée en idéal-type non seulement pour les besoins administratifs de sélection du personnel

31 Bertrand Badie, *L'État importé : l'occidentalisation de l'ordre politique*. Paris (France) : Fayard, 1995, 334 p.

32 Meny, *op. cit.*, 285 p.

étatique mais aussi, pour ses vertus symboliques de transparence gouvernementale. C'est aussi le cas récemment de l'alignement des mesures de sécurité et antiterroristes entre le Canada et les États-Unis suite aux événements du 11 septembre 2001. Ou encore, le service du protecteur du citoyen au Québec créé en 1968 par la *Loi sur le Protecteur du citoyen*, principe emprunté aux suédois et repris par l'Alberta et le Nouveau-Brunswick (1967), le Manitoba et la Nouvelle-Écosse (1970), la Saskatchewan (1972) et, enfin, en (1975) par le gouvernement ontarien. Les mesures de l'assistance sociale au Québec favorisant la formation des sans-emploi, principe emprunté à la France et au Danemark. Ou enfin, la légalisation des pratiques périnatales des sages-femmes sur la scène obstétricale québécoise par la Loi 4 permettant aux sages-femmes de pratiquer dans le cadre de projets-pilotes. Pratique qui sera officialisée en 1999 pendant que l'Ontario ainsi que l'Alberta avait déjà authentifié la pratique et que la Colombie-Britannique en faisait l'évaluation en 1991. Il y a donc inévitablement une convergence des problématiques qui implique une symétrie des solutions passant par une multiplicité d'échanges, résultat de la proximité des histoires et des cultures.

Bref, le mimétisme est parfois imposé par un exportateur hégémonique ou encore, relève d'un choix délibéré, résultat de la séduction du modèle fétichisé, d'une stratégie d'élite modernisatrice et/ou d'une simple économie de temps et d'énergie. Le mimétisme implique au départ une phase de dénonciation où l'insatisfaction du modèle existant sera soulignée pour introduire l'alternative souhaitée par l'élite importatrice. Toutefois, malgré les convergences des problématiques, l'introduction d'un modèle est rendue difficile par son insertion à une histoire particulière, un contexte juridique distinct, une culture différente et crée des effets parfois inattendus. En ce sens, comme le constate Darbon³³, le mimétisme est un enjeu permanent de légitimation. Puisque, l'appareil institutionnel est le fruit d'une innovation exogène dont la seule justification est l'affirmation de sa rationalité, de son efficacité et nous ajouterons, de son existence utilitaire parfois inavouée. D'ailleurs, nous soutenons que le mimétisme institutionnel interdit l'État toute négation de lui-même, ce qui fonde la perpétuelle quête de se conforter dans ses positions et dans son imago³⁴ occidental.

Par rapport à notre cas, brève comparée par les seuls critères d'espace-temps, la réflexion sur le thème de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale est à son point culminant dans les années 1950-1960 dans la plupart des pays occidentaux influents. Un certain nombre de phénomènes précurseurs impulsent à l'époque l'argument du virage communautaire ; la

33 *Ibid.*, p. 126.

34 Représentation inconsciente à laquelle sont subordonnés les rapports du sujet à son entourage.

désinstitutionnalisation³⁵. Certains de ces phénomènes sont propres à la société concernée, d'autres sont communs à l'ensemble des pays occidentaux vivant le phénomène avec plus ou moins d'intensité. Notons ici quelques exemples en rapport à notre étude de cas.

Effectivement, les principes de la désinstitutionnalisation sont invariablement portés par l'élite de la santé mentale (psychiatres) se déclarant les défenseurs des malades. Les modèles alternatifs proposés par ceux-ci sont analogues malgré les adaptations juridico-administratives. Il est possible de noter une remise en cause de l'utilisation de l'hôpital psychiatrique visant parfois sa disparition totale (Italie, G.-B.) ou encore sa transformation et sa limitation (France, É.-U., Québec). Les structures extra-hospitalières deviennent la solution de rechange. La réinsertion dans la communauté ainsi que la territorialisation des services (fixage territorial) demeurent la constante. Malgré ces convergences de modèles et d'idéologies, l'insuffisance des budgets et par conséquent, le développement d'effets pervers liés au manque de financement, sont fréquemment soulevés comme barrières au projet de désinstitutionnalisation.

L'intensité et la promptitude de la désinstitutionnalisation sont vécues de manière très variée. Par exemple, aux États-Unis, la Commission Mental Illness and Health³⁶ recommande en 1961 la création de soins communautaires et le développement d'un réseau de 1500 cliniques. Ce qui ne fut pas un succès puisque le caractère privé du système de santé américain ainsi que les restrictions budgétaires imposées par l'administration Reagan en 1977 minent ces efforts. Au Québec, avec un peu de retard, le modèle communautaire se met en place. Le modèle asilaire Québécois d'avant la réforme des services de santé mentale en 1962, était construit sur le modèle américain et européen du per diem³⁷. C'est le rapport Bédard³⁸ qui insuffle le programme de désinstitutionnalisation et les réformes successives ne feront que réitérer le plan de désinstitutionnalisation sans porter les améliorations nécessaires. L'Italie est le pays vivant le plus intensément le processus de désinstitutionnalisation en terme de durée et de brutalité. La Loi

35 Il faut noter que cette appellation est propre au Québec et que chaque pays détient une nomenclature particulière en fonction des systèmes et de considérations légales qui seront expliqués au chapitre IV.

36 <http://www.mentalhealth.org/publications/allpubs/SMA01-3537/chapter2.asp>

37 Accès gratuit à tout le public aux soins de santé mentale. Ce qui provoque une augmentation exagérée des séjours d'une population pauvre qui veut se nourrir et se loger.

38 Québec, ministère de la Santé, Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques. *Rapport de la commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*. Dominique Bédard (Rapport Bédard). Ste-Foy (Qué.) : Les publications du Québec, 1962, 157 p.

180³⁹ de 1978 stipule qu'aucun nouveau patient ne sera admis dans les hôpitaux après 1980 et exige un ratio de 0,007% de lits par habitants, soit 15 lits pour 200 000 personnes. Dans les années 1960, le docteur Franco Basaglia constate que l'hôpital psychiatrique constitue un problème par son autoritarisme, sa hiérarchie, son inflexibilité et la médicalisation d'un problème dit social. La désinstitutionnalisation est un problème institutionnel pour les Italiens et non un problème humanitaire. Avant les réformes, la psychiatrie était sous le contrôle direct du magistrat (du système pénal)⁴⁰. Mais de toute évidence, le modèle italien échoua rapidement non seulement lié aux tollés provoqués par son caractère drastique mais aussi, par manque d'uniformité de sa mise en oeuvre.

Ces archétypes attestent non seulement la diversité des modèles et de l'ampleur du processus de désinstitutionnalisation, mais met en valeur le caractère international des représentations symboliques malgré les environnements historique, politique et culturel très hétéroclites. Ces quelques exemples sont suffisants pour démontrer que, pour le moins, les années 1950-1960 furent une période de réflexion sur les services de santé mentale à travers les pays occidentaux et que le bilan est plutôt négatif de manière générale.

2 La méthode

L'objectif de ce mémoire consistait donc à arpenter une nouvelle avenue d'analyse, d'ouvrir la boîte noire de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale. Cette étude apporta en ce sens de modestes résultats en terme de solutions. Il s'agissait plutôt d'une nouvelle réflexion sur une problématique déjà très étudiée.

La méthodologie est inévitablement liée au cadre théorique et nous oblige à l'étude comparative de certains éléments notamment, l'émergence, les finalités et la forme que prendra la désinstitutionnalisation aux États-Unis, en France, en Angleterre, en Italie puis au Québec. L'entreprise comparative trouve sa justification et sa raison d'être dans l'identification d'analyse et d'interprétation des similitudes et des différences entre les systèmes administratifs afin de mieux apprécier les processus fondamentaux motivant l'action ou l'inaction de l'action publique dans le temps, des phénomènes et institutions. Cependant, il ne s'agissait pas d'une étude

39 Cette information est tirée du document suivant : Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la santé mentale du Québec. *Sortir de l'asile ? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*. Corin, Ellen, Lise Tessier et Guylaine Seguin-Tremblay. Ste-Foy (Qué.) : Publication du Québec, 1986, p. 239.

40 L'idée est qu'il fallait littéralement policer les malades mentaux.

comparative formelle et exhaustive passant par l'analyse des systèmes politiques et décisionnels dans lesquels s'insèrent ces réformes des services de santé mentale. D'ailleurs, un des principaux attributs du mimétisme est l'adaptation du produit importé dans le système d'accueil. Or, l'analyse des systèmes politiques n'aurait fait qu'alourdir inutilement ce que nous tentons de mettre en exergue soit le processus d'institutionnalisation de la désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques.

Nous avons procédé par analyse documentaire comparative de sources primaires et secondaires. Nous avons soumis ces documents – dont la communauté scientifique dispose déjà – à une lecture interne et externe. Nous avons tenté en ce sens d'élargir le plus possible la provenance des sources tout en s'assurant d'identifier les auteurs d'influence reconnus par les experts (documents gouvernementaux d'orientations et rapports officiels ; mémoires de groupes d'intérêts et de spécialistes ainsi que les thèses d'universitaires). Tout en conservant une variable espace temps diversifiée (littérature de synthèse historique sur et par, le Québec, les États-Unis, l'Europe). Nous avons réinterprété ces documents en fonction de notre cadre théorique tout en recoupant l'information par des documents tels que ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé pour nous assurer que notre interprétation s'accorde avec les informations et statistiques acceptées par la communauté scientifique.

Ce qui nous permis, en fonction de nos objectifs, de maîtriser d'une part l'aspect historique de la désinstitutionnalisation, i.e. la coupure, le changement paradigmatique occidental à travers l'analyse des archétypes. Le moment de la coupure entre le modèle asilaire et le modèle communautaire des soins de santé mentale et les éléments symboliques ou idéologiques permettant cette transformation dans les pratiques et au moment de l'officialisation juridique – l'institutionnalisation de la désinstitutionnalisation. Ceci permis de déterminer les indices, les symptômes avant-coureurs du mimétisme. D'autre part, l'analyse des acteurs, de leurs stratégies au moment de l'innovation et tout au long de sa cristallisation, puis des institutions ou de la forme institutionnelle et du développement des infrastructures au Québec permis cette fois d'établir avec plus d'exactitude la nature de l'importation et de ses effets non désirables et l'effet de la greffe sur le système québécois.

2.1 Le cas et la méthode

Par l'entremise des expériences retenues, nous voulions mettre en évidence certains éléments utiles à la vérification de notre hypothèse. Le choix des pays mis en relation n'est pas fortuit. Nous misions plutôt sur la démonstration de la diversité et de l'intensité des modèles, résultat de

la multiplicité des environnements et la relative ampleur occidentale du questionnement, dont ces pays furent les « patronnistes ». En d'autres termes, les expériences retenues présentent à la fois le caractère homogène du modèle et du processus de transformation occidental des services de santé mentale et la spécificité de l'itinéraire institutionnalisant des archétypes de la désinstitutionnalisation. C'est précisément le principe développé par notre spectre d'intensité des transformations dans l'espace-temps. Voir en annexe.

Pourquoi l'expérience américaine et européenne ? Pourquoi la France, la Grande-Bretagne, l'Italie et les États-Unis plutôt que la Suisse, le Canada, etc. ? Non pas que les expériences des autres pays sont inintéressantes, bien au contraire. Mais simplement parce que les pays retenus attestent non seulement la diversité des modèles et de l'ampleur du processus de désinstitutionnalisation, mais mettent en valeur le caractère international de ce même processus d'innovation orienté vers le caractère communautaire des services de santé mentale malgré les caractéristiques hétéroclites résultant des environnements historiques, politiques, culturels.

À plus forte raison, parce que ces pays furent les initiateurs du questionnement du modèle asilaire et les premiers à mettre en œuvre la notion de désinstitutionnalisation. De manière plus large, et il s'agit ici du second objectif, il est impératif de montrer que les modèles idéaux sont en constant décalage avec les pratiques concrètes. Il s'agit en apparence d'une Lapalissade mais ne s'agit pas bêtement de démontrer un mimétisme institutionnel des pratiques administratives. Il s'agit de comprendre qu'à travers les modèles et leurs formes, il y a une constante : précisément ce décalage qui n'est pas issu, selon nous, de l'effet utopique ou idyllique de tous modèles ou système, mais bien d'une proposition erronée de la problématique.

2.2 Limites et avantages méthodologiques

Mon mémoire présente des limites d'ordre méthodologique. D'abord, il faut noter que cette étude apporte de modestes résultats en terme de solutions. Il s'agit, comme nous l'avons souligné, d'une nouvelle interprétation d'une problématique déjà très étudiée. C'est un travail de ré-interprétation des données déjà existantes. Toutefois, nous avons cherché à recouper dans la littérature les affirmations et données. Ce qui donne un indice raisonnable de la fiabilité des statistiques et des faits énoncés. Malgré cela, il est possible que la récursivité des études sur la question ait perpétué certaines erreurs méthodologiques de manière intentionnelle ou non. Il est donc possible que les statistiques que nous allons présenter contiennent des lacunes méthodologiques inhérentes.

En terme de représentativité, il est rare que les études, même officielles, représentent l'ensemble du territoire étatique. La vérification des réalités proportionnelles des régions du Québec, par exemple, est rarement présentée. Les grands centres urbains représentent souvent l'environnement propice au développement des effets pervers, ce qui n'est pas nécessairement le cas ailleurs. Il existe 5 hôpitaux psychiatriques⁴¹ au Québec dont 80% à l'intérieur d'agglomérations urbaines et 20% en région. Dans la pratique, il existe des distinctions non négligeables seulement en termes de clientèles desservies par les régions administratives pouvant expliquer les résultats dissemblables et les disparités en matière de désinstitutionnalisation en santé mentale. Ce point n'est pas très clair dans les écrits officiels malgré sa pertinence fondamentale avant 1999⁴². Il est possible de supposer que selon la clientèle visée, la région et la culture, des philosophies et des indicateurs différents d'efficacité pourraient être mis en place par ces études. Effectivement, les cas lourds ne détiennent sûrement pas les mêmes besoins et capacités que les cas plus légers, les aspects démographiques régionaux devraient aussi être pris en considération puisque les études non-gouvernementales affirment que les jeunes, notamment, ne vivent pas les mêmes problèmes généralement que les personnes âgées. Même situation entre les hommes et les femmes qui vivent et ressentent leurs détresses psychologiques très différemment et conséquemment, demandent des services différents. De plus, les différents groupes ethniques dont, les autochtones, forment souvent de petites communautés ayant toutes des expériences de vie et des réalités diamétralement opposées aux nôtres. Bref, certaines études présentent des lacunes de cette nature, ne serait-ce que sur le plan comparatif.

Il est donc possible, pour les mêmes raisons énoncées précédemment, que la comparaison succincte qui sera construite ici ne soit pas nécessairement représentative de toutes les réalités et phénomènes observables. Qui plus est, il y a plusieurs dangers à l'analyse comparative puisque les structures gouvernementales, le contexte social, culturel, démographique, historique, temporel viennent influencer les résultats. Toutefois, ni le temps ni les ressources considérables que demanderait une telle étude ne nous permettraient d'entreprendre une recherche de cette envergure sur l'ensemble des pays étudiés ou même, au Québec seulement. Nous avons donc du nous

41 Il s'agit d'hôpitaux spécialisés en soins psychiatriques seulement ce qui ne comprend pas les services psychiatriques intra-hospitaliers, de centre de soins de longue durée ou encore, de services communautaires. Or, il existe un hôpital à Malartic en Abitibi-Témiscamingue, un à Hull, deux à Montréal et un à Québec.

42 Contexte d'évaluation intensive dans les années 1980-1990.

soumettre à cette analyse avec les outils dont nous disposions déjà indépendamment du moment⁴³, ou de la conjoncture⁴⁴ dans lesquels ces études ont vu le jour.

Cependant, si nous acceptons la perception généralisée de l'échec de la désinstitutionnalisation, résultant du développement d'effets pervers ; et s'il nous est possible de convenir que les points de vues pouvant réfuter ce constat d'échec, à partir des effets positifs, certainement louables mais insuffisants pour soutenir honnêtement la thèse de la réussite en terme de gain, de performance ou même de rencontre des finalités ; le mémoire n'est pas atteint de manière catastrophique par ces réflexions méthodologiques.

Il y a aussi des réflexions sur les limites disciplinaires ou conceptuelles du cadre théorique. Notamment, sur le concept d'occidentalisation. Par contre, ces limites relèvent plus de débats idéologiques.

2.3 Démarche personnelle

Plus indirectement, la comparaison dans le temps était une limite importante. Notamment, au niveau de l'analyse budgétaire. Les premières décennies de la désinstitutionnalisation affichaient clairement le budget alloué à la mise en œuvre de ce principe. Peu à peu, le budget est dilué dans le secteur d'activité de la Santé et des Services Sociaux jusqu'à sa disparition total il y a vingt ans. Aujourd'hui, la mesure budgétaire de ce phénomène au Québec est mesurable par la cohérence des objectifs en terme de suppressions budgétaires. Or, les finalités et les changements d'idéologie de la gouvernance contribuent à cette limite. Sans compter la comparaison dans l'espace qui rend la tâche d'autant plus complexe puisque les dénominateurs communs sont quasi inexistantes.

D'un autre côté, l'avantage de l'aspect espace/temps, est précisément le recul. Effectivement, plus le sujet est ancien, plus il est facile d'accumuler une plus grande quantité d'information pertinente à l'étude. Il existe plusieurs éléments intéressants à ce chapitre, mais plus particulièrement un fait propre à l'étude. Un des éléments déclencheurs à la mise sur l'agenda de

43 Il s'agit d'un problème méthodologique répandu dans les études comparatives. Si les ressources de certaines études ne permettaient pas de compiler les données sur une longue période de temps, il est possible que ces études furent faussées par des discontinuités dans les services de santé mentale qui ont erroné les résultats par le manquement au plan du continuum temporel.

44 Il est possible que certaines études soient une réponse ou un véhicule à une conjoncture du moment. Par exemple, le fait de soutenir que le manque de ressources soit la cause du manque de collaboration des services communautaires en période de crise économique ou encore, qu'il s'agit plutôt d'une diminution intentionnelle de la qualité et de l'accessibilité des services de santé, résultat du retrait de l'État providence.

la désinstitutionnalisation fut dans le cas du Québec, le livre *Les fous crient au secours*. Livre relatant les mauvais traitements des patients hospitalisés pour des soins psychiatriques. Ce même phénomène fut observé quelques années auparavant au États-Unis et pour des raisons similaires. Porter la désinstitutionnalisation à l'agenda des gouvernements.

3 Le cas

Les éléments de comparaison que nous nous proposons de mettre en relief s'inscrivent dans la recherche de tensions entre singularités et invariants. C'est dans la singularité des institutions à travers les continuums d'espaces/temps qu'il est possible d'appréhender les invariants du modèle de désinstitutionnalisation. En d'autres termes, l'origine et la forme institutionnalisée que prennent les services de santé mentale dans les pays retenus expriment la diversité et l'intensité plus ou moins radicale du principe des soins communautaires palliatifs. Il s'agit là de l'objectif principal de ce chapitre. Compte tenu de l'abondante littérature sur le sujet, il faut noter que les commentaires et faits qui seront énoncés se réfèrent principalement, mais pas exclusivement, au document *Sortir de l'asile ?*⁴⁵ qui a déjà fait un extraordinaire effort comparatif et de contextualisation socio-historique des pays choisis.

3.1 Les expériences internationales

L'expérience américaine

L'expérience américaine se caractérise par une diversité régionale de son système de santé rendant difficile la généralisation théorique du processus de désinstitutionnalisation à l'ensemble des États, comme nous le verrons plus tard pour l'Italie. D'autre part, et ceci est particulier aux États-Unis et de manière plus modérée en Grande-Bretagne, parce qu'il y a développement de secteurs parallèles privés et publics des services de santé en général et parce qu'il existe une relative autonomie des administrations de chaque États. La désinstitutionnalisation des services de santé mentale prend donc une posture particulière aux États-Unis.

Les origines à la désinstitutionnalisation apparaissent graduellement avec des questionnements et un environnement susceptibles de favoriser l'innovation du modèle asilaire.

45 Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la santé mentale du Québec. *Sortir de l'asile ? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*. Corin, Ellen, Lise Tessier et Guylaine Seguin-Tremblay. Ste-Foy (Qué.) : Publication du Québec, 1986, 480 p.

Surpeuplés et insalubres ces hôpitaux contribuent à une perception généralisée de l'urgence de réformes aux États-Unis. Aussi l'effet de la médiatisation de publications de cas vécus par des ex-psychiatisés «Beers» sensibles à l'approche des soins communautaires, puis les pressions sociales qui découleront de ces récits d'horreur médiatiques parfois plus spectaculaires que véridiques dans les années 1920 et 1930 amènent les premières législations réformatrices dans les États. L'ambiance politique fédérale, en général, encourage aussi la transformation des asiles. Le «New-deal» de Roosevelt dans les années 1930 amène l'État fédéral à se responsabiliser davantage et par le fait même, amène des mesures sociales plus importantes. Le vent réformateur prend donc ses origines aux États-Unis, bien avant les politiques de désinstitutionnalisation ou de l'arrivée des psychotropes dans le contrôle des maladies mentales. Les années 1940 et 1950 seront l'âge d'or du développement du système communautaire. Comme ce sera le cas au Québec, le paradoxe de la désinstitutionnalisation aux États-Unis sera ses répercussions sociales majeures dans les années 1970 et 1980. Itinérance, ségrégations, criminalisation, etc.

L'expérience européenne

L'expérience européenne, c'est-à-dire la France, la Grande-Bretagne et l'Italie, a d'intéressante qu'elle montre moins de similitudes avec l'expérience québécoise que le processus de désinstitutionnalisation étasunien quant à l'intensité de l'innovation. Paradoxalement, elle en établit les bases. Prises distinctement, ces expériences montrent aussi l'implication et la profondeur plus ou moins intenses du modèle. Les motivations sont pour les uns importantes et rapides et pour les autres, plus intenses dans la définition des principes et beaucoup plus discrètes lors de la mise en œuvre. Le produit idéalisé est davantage l'aboutissement de la dynamique d'échange des principes définisseurs et du mouvement de mise en œuvre diffusé et importé entre ces pays qu'un produit déjà achevé. Une construction et un consensus occidental est à l'œuvre ici et non pas une simple transmission ou importation synthétique.

L'expérience française est tout à fait particulière. Malgré une réflexion de longue haleine, indissociable à son cheminement considérable en la matière, la mise en œuvre et l'officialisation du mouvement de désinstitutionnalisation resteront beaucoup plus lentes que dans les autres pays. Toutes choses étant égales par ailleurs, l'institutionnalisation tardive de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale demeurera timide dans la pratique, malgré un important effort de diffusion du modèle, au Québec notamment.

Les origines de la désinstitutionnalisation en France apparaissent par un débat sur l'incompatibilité du rapport traitement et la ségrégation asilaire du «fou». Le développement de

la médecine et de la psychiatrie, le contexte socio-politique, les enjeux de la société étaient portés par de grands mouvements d'opinions, etc. On y trouve deux idées fondamentales : réformer l'asile pour transformer l'institution en instrument de soins et la notion de sectorisation⁴⁶. La Loi de 1968 sur les incapables majeurs est une période charnière de la désinstitutionnalisation en France. Elle se fait aussi dans le contexte de réorganisation sociale de mai 1968 qui, non seulement constitue un progrès sur la Loi de 1838 en terme de protection des droits, mais plus important encore, reconnaît la psychiatrie comme un corps professionnel.

Le cas de la Grande-Bretagne est intéressant, non seulement par son rôle d'instigateur en Europe de la désinstitutionnalisation et ses principes théoriques mais, par ses pratiques qui favoriseront dans les années 1960, l'entérinement politique et législatif du principe de « Community care »⁴⁷. Le secteur extra-asilaire se développe officiellement en Grande-Bretagne. Le leitmotiv de la première grande réforme communautaire est l'humanisation des services. Toutefois, ces efforts naturels seront freinés par l'officialisation de la désinstitutionnalisation.

L'expérience italienne est très importante à la compréhension du phénomène que nous voulons mettre en perspective, malgré le développement tardif de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale relativement au Québec et dans d'autres pays occidentaux. Le principe de la désinstitutionnalisation en Italie a des origines plutôt confuses et une forme institutionnalisée radicalisée qui porte son lot de problématiques et d'avantages. Dans ce cas par contre, il est impératif de s'interdire toute généralisation du modèle à l'ensemble de l'Italie, comme le fait remarquer Bozzini⁴⁸, dans l'étude comparée.

L'intuition fut la base du paradigme italien réformateur culminant par une législation en 1978, mettant fin à la réclusion asilaire et obligeant la fermeture totale de l'hôpital à vocation psychiatrique en interdisant les nouvelles admissions asilaires tout en assurant une réponse globale et continue des besoins du patient par l'offre maximum de services palliatifs à forte décentralisation. Cette législation était l'aboutissement de longues luttes locales pour changer les pratiques, ouverte en 1963 par le leader des réformes Basaglia à Gorizia, d'où la première

46 Ancrage territoriale des asiles et promotion des services palliatifs et complémentaires établis par la Loi de 1838 sur la maladie mentale et les aliénés régissant même aujourd'hui les services psychiatriques en France.

47 Notion très importante en Grande-Bretagne mettant l'accent sur la distribution de services psychiatriques communautaires traités principalement par les médecins généralistes. Il s'agit d'une solution de rechange et non un substitut à l'hospitalisation.

48 *Sortir de l'asile ? Des politiques et des pratiques en pays étrangers, op. cit.*, p. 231.

communauté thérapeutique italienne qui fut entre 1963 et 1978 à la base d'expériences de désinstitutionnalisation. Selon Bozzini, les intellectuels ont critiqué vigoureusement ce mouvement suite à une série d'anecdotes lugubres (mort d'homme, suicides familiaux collectifs, etc.). Cependant, l'évaluation d'ensemble du système psychiatrique italien est compromise par deux points. D'une part, la diversité socioculturelle et la décentralisation politico-administrative. D'autre part, des rythmes différents de mise en œuvre selon les provinces⁴⁹. L'Italie des années 1960 souffre d'un quadruple retard par rapport aux pays occidentaux. Retard technique, par l'absence d'entrée des approches scientifiques et philosophiques en santé mentale et de l'humanisation des soins de style occidental pour des raisons politico-historiques. Retard d'encadrement législatif. Régie par une loi de 1904, la psychiatrie publique était principalement subordonnée au pouvoir judiciaire et il faudra attendre 1968 pour l'amendement de la loi pour les admissions volontaires ce qui permit de mettre en route le processus de désinstitutionnalisation. Par conséquent, retard du mouvement de désinstitutionnalisation rendu possible en occident par les progrès pharmacologiques et les critiques de l'internement asilaire. Enfin, retard au niveau de la qualité des services sociosanitaires en général (lieux, formation du personnel, etc.). Ces arriérés du système psychiatrique italien expliqueront le caractère radical de la réforme qui sera justifié par les réussites des expériences étrangères. Puis, la naissance du mouvement Anti-institutionnel (M.A.I.) de Basaglia, qui s'inspirera de la politique de secteur français, du Community Care anglais et des Community Mental Health Centers américains.

Bilan

Dans les expériences étudiées, les réformes de la désinstitutionnalisation s'inscrivent dans un processus de continuité relative concrétisant des mouvements de transformation déjà à l'œuvre. Il existe toutefois des fractures évidentes dans les pratiques par rapport à ce qui se faisait avant les éléments de la désinstitutionnalisation. L'Italie est le pays qui se démarque en terme de radicalisation temporelle des changements. La Grande-Bretagne, plus échelonnée dans le processus de continuité des changements, articule ses transformations autour d'expériences novatrices. Les réformes législatives aux États-Unis, moins directement reliées aux développements inhérents, s'implantent difficilement. En France, un décalage temporel important entre les premières formulations théoriques et leurs reprises dans les circulaires est notable.

49 Équivalents des départements français.

Une remise en cause généralisée de l'hôpital psychiatrique visant parfois sa disparition totale (Italie, G.-B.) ou encore sa transformation et sa limitation (France, É.-U.). Toutes les expériences ont fait la promotion du rôle clef des structures extra-hospitalières dans le retour à la communauté du patient. Cependant, les lacunes sur ce plan expliquent les demi-succès à l'intégration des services. Notamment, en ce qui concerne les structures de transitions (France et G.-B.) ou encore la réinsertion au travail (Italie) et dans l'ensemble des cas ; le financement. Les ressources d'hospitalisation s'apparentent parfois aux hôpitaux généraux ou encore dans les hôpitaux psychiatriques qui gardent une influence variable selon les systèmes. La stratégie d'articulation des structures-pivot et des ressources alternatives passent par une centralisation en centre de santé mentale (Italie, É.-U.) ou par un partenariat des ressources coordonnées librement (France et G.-B.). Les mécanismes de continuités des services sont assez variés. Notamment, l'accessibilité des ressources nuit et jour (Italie), les visites à domiciles (France et G.-B.), visites de patients externes dans les unités d'hospitalisations (É.-U. et G.-B.), l'articulation avec les services sociaux demeurent néanmoins importants partout malgré les difficultés.

La barrière principale évoquée au projet de désinstitutionnalisation est la carence de financement des ressources communautaires, l'insuffisance des budgets accentuée par les crises économiques, les dysfonctionnements administratifs, le fardeau sur les familles, l'exclusion des ex-psychiatisés, etc. Bref, le développement d'effets non désirés lié à l'anémie de ressources économiques.

Une autre constante le rôle clef des acteurs de la réforme de désinstitutionnalisation. Les intellectuels et les travailleurs de la santé mentale sont les acteurs principaux des réformes. Ils insufflent dans tous les pays les réformes des systèmes de services de santé mentale et se posent comme défenseurs des droits et besoins des patients. Il va sans dire qu'une multitude d'enjeux à la fois dynamise le développement du principe de désinstitutionnalisation mais y pose aussi un frein. D'une part, les travailleurs de la santé mentale désirent élargir leurs champs d'activités à l'ensemble de la société selon Castel et dans le processus favoriser le bien-être des patients affligés de troubles mentaux. Humanisation des services par une orientation communautaire qui a pour effet l'élargissement du champ de la santé mentale à l'ensemble social par effet de mobilisation autour de l'innovation et de familiarisation avec les maladies mentales. La mobilisation des médias visuels et écrits sera utile à la diffusion du modèle et à l'adhésion de l'opinion publique sur l'urgence et l'efficacité du virage communautaire des services. Or, l'ancien modèle « asilaire ou institutionnalisant » sera présenté sous ses angles les moins reluisants pour subséquemment proposer l'alternative du modèle communautaire.

Les intellectuels et les psychiatres seront aussi des diffuseurs – des porteurs - du modèle communautaire à l'interne et à l'étranger dont Cooper et Laing en Angleterre, Basaglia en Italie, Oury, Guattari et Foucault en France. Eux-mêmes influencés par l'importation de modèles et de principes théoriques et pratiques autour de la question d'innovation du traitement de la maladie mentale, ils seront à la fois séduits par le modèle des voisins vivant une compatibilité des problématiques, et ils en seront les vecteurs en terme de définition des notions fondamentales et de l'essence du mouvement de désinstitutionnalisation. Il y a donc permutation des flux d'échanges d'appropriations et de réappropriation du modèle. C'est principalement la réappropriation de l'idée d'officialiser la désinstitutionnalisation qui sera la cause de l'échec de ces archétypes. En ce sens, les États-Unis et la Grande-Bretagne connaissaient, avant l'officialisation de la désinstitutionnalisation, un mouvement relativement naturel de l'orientation communautaire qui sera justement freiné par son officialisation. Effectivement, l'institutionnalisation du principe aura un effet de pression sur le système de santé mentale qui bloquera l'évolution spontanée du virage communautaire des services. L'Italie est un exemple parfait d'une pression extrême appliquée à un système qui a pour effet de rendre catatonique toute dynamique naturelle. Ces États-patrons se retrouvent donc aussi en relations de dépendance avec ce qui se fait ailleurs dans le monde.

Ces acteurs ont, dans le temps, adopté deux stratégies d'importation soit une révolution des pratiques par la création de législations et une stratégie de conservation post-innovation visant le raffermissement de la légitimité du modèle communautaire malgré le développement d'effets pervers évident. Il s'agit en partie d'une contrainte d'alignement non seulement avec les autres systèmes de santé mais, avec toute une série d'alignement économique, politique et sociale parallèle – l'occidentalisation. Le produit importé portait en lui des dysfonctionnements inhérents qui lorsque adaptés, des paradoxes apparaissaient et faisaient germer d'autres dysfonctionnements. C'est le cas notamment du développement d'effets pervers qui somme toute, malgré la pluralité des expériences, est tout à fait semblable d'un pays à l'autre. Le modèle ne peut donc pas être remis en question par la communauté psychiatrique ni même par les États parce que reconnaître cet échec serait une symbolique puissante anti-occidentale.

La convergence des effets recherchés n'est toutefois que théorique puisque aucune des expériences de désinstitutionnalisation fut une réussite en terme d'atteinte des objectifs et d'évitement des écueils de la mise en place des réformes. Ce qui montre à quel point le modèle est érigé en idéal-type, en solution parfaite et universelle pouvant s'adapter partout et dans tous les systèmes administratifs. Est-ce une mauvaise maîtrise des rouages sociaux par rapport au produit importé, une mauvaise évaluation des adaptations nécessaires dans les systèmes

receveurs, une faible capacité à mesurer les effets de rejet de la greffe par le système d'accueil altéré ? Nous croyons effectivement que l'idéalisation du modèle de désinstitutionnalisation a entravé tout questionnement sur les alternatives possibles à la désinstitutionnalisation et au virage communautaire.

Une autre constante est l'évaluation indéfectible de rentabilité financière comme condition unique de réussite du modèle importé. Cependant, c'est en dépit de la rentabilité financière de l'innovation que les conditions nécessaires à la réussite peuvent se mettre en place. Or curieusement, toutes les expériences tendent à maintenir le système asilaire en place tout en espérant le développement naturel d'un système palliatif faisant partie d'une gestion d'orientation étatique sans occasionner le moindre coût supplémentaire. Un simple transfert de fond, résultat de la réduction des coûts de gestion du système asilaire vers les ressources communautaires, permet un financement souvent inadéquat des services communautaires. En ce sens, administrateurs et décideurs politiques, vise à s'impliquer dans le processus pour justement s'en retirer tout en gardant un certain contrôle d'orientation. Il s'agit là d'une opération relativement répandue. Grossièrement défini, le rôle de l'État consiste à gérer des secteurs d'activités. Ainsi, l'action gouvernementale dans la désinstitutionnalisation des services de santé mentale suppose à la fois la stabilisation de ce secteur d'activité et la recherche de support au développement d'initiatives du tissu social vers une amélioration des services tout en cherchant à se soustraire progressivement d'une charge importante de l'un de ses secteurs d'activités. En d'autres termes, il s'agit du retrait de l'État comme élément intégrateur et stabilisateur d'un secteur d'activité suite à l'action étatique dans ce secteur.

Nous soutenons ici qu'il faut éviter deux pièges qui guettent toute entreprise d'import-export des innovations de « software » culturel : l'engouement et l'importation pure et simple. Comme il nous fut possible de remarquer dans l'ensemble des expériences de la désinstitutionnalisation asilaire, l'engouement de l'innovation frappe par le côté spectaculaire des réformes et il semble que le danger n'a pas été évité de manière générale. Il y a même tout un vocabulaire de la désinstitutionnalisation qui, parfois, nous amène à nous poser la question si ces termes signifient quelque chose à l'extérieur du champ de la santé mentale. Notamment, le Community Care, qui sous le couvert d'un terme réconfortant, est assez vague pour reconduire à la limite, les conditions asilaires à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. L'importation pure et simple en idées ou en formes institutionnelles est aussi à éviter puisque tous les changements de cette envergure (désinstitutionnalisation ou non-institutionnalisation) ne peuvent se faire qu'en tenant compte de l'organisation sociale et culturelle d'une société. Il semble que tous ces pays n'ont pas su éviter ces dangers de taille du modèle idéal et en vivent aujourd'hui les conséquences concrètes.

3.2 Le cas québécois

Les origines et la grande rupture

Sans recourir à la genèse pré-asilaire dans le traitement de la « folie » au Québec, notons que Wallot⁵⁰ fixe l'apparition de l'asile au Québec comme modalité thérapeutique coïncidant avec l'évolution de l'État moderne occidental au XVIII^e siècle; période d'intensification de l'interventionnisme étatique. C'est d'ailleurs avec un peu de retard par rapport à la France ce que Foucault nomme le « Grand Renfermement »⁵¹. Fixité des asociaux dans un lieu d'internement qui comme la prison, l'asile présentait la double fonction de bienfait et de châtement. Bienfait, en terme de mécanisme social d'élimination de la libre circulation des anormaux. Et châtement, parce que l'idée d'anormaux est en fait un embarras juridique. Embarras juridique à contraindre suffisamment l'individu dans le cadre social « normal ». En ce sens, le monstre : « porte en lui la transgression naturelle [...] Mais il n'est monstre que parce qu'il est aussi un labyrinthe juridique, un viol et un embarras de la loi »⁵². L'idée de l'anormalité est le résultat de la perception moyenâgeuse des caractéristiques du monstre physique (difformités) comme la conséquence de transgressions des lois naturelles. Perception qui se pose au XVIII^e siècle en terme de monstre moral (comportements asociaux ; le criminel est un être malade). La psychiatrie au XVIII^e siècle, pour Foucault, se pose non pas comme savoir médical mais comme une branche de l'hygiène publique. D'ailleurs, comme l'écrit Boudreau, à cette époque : « Tout comme le criminel, il faut isoler le fou, l'enfermer et même le punir »⁵³. En ce sens que la maladie mentale est un danger en termes d'actes criminels potentiels, et l'asile le lieu de prévention et de cure, comme précaution sociale. D'où probablement l'idée de contenance et de répression physique du malade pour une éventuelle guérison et de fait, éviter toute contagion sociale. C'est principalement cette idée de quarantaine pour éviter la contagion qui explique le recours systématique aux aliénistes qui, selon Foucault, est une erreur qui se prolonge encore aujourd'hui.

50 Hubert A. Wallot, *La chorégraphie globale*, T. 1 de 2 de *La danse autour du fou*. Beauport (Qué.) : Publications MNH, 1998, 456 p.

51 Michel Foucault, *Folie et déraison : histoire de la folie à l'âge classique*. Coll « Tel Gallimard ». St-Amand (France) : Éditions Gallimard, 2001, 688 p.

52 Michel Foucault, *Les anormaux : Cours au Collège de France. 1974-1975*. Coll « Hautes études ». Paris (France) : Éditions Gallimard/Le Seuil, 1999, p. 61.

53 Françoise Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*. Montréal (Qué.) : Éditions Saint-Martin, 1984, p. 68.

Même suite à « l'avènement » de Pinel qui marque la naissance de la psychiatrie par l'humanisation des traitements « moraux » par opposition au traitement de l'affection physique de la maladie, on enferme malgré tout le malade dans un lieu « idéal » de réclusion, condition à la réussite du traitement.

Selon Wallot, au Québec, l'ouverture des asiles se fait dès 1839 avec la création de l'asile provisoire de Montréal « Montreal Lunatic Asylum » qui fermera en 1841 et l'ouverture de l'asile de Beauport « Quebec Lunatic Asylum » en 1845. À cette époque, l'asile tentera d'agir sur les causes de la maladie par la thérapie du milieu où le malade, par son isolement au rythme perturbateur de la vie en société, recevra un cadre et des occupations qui favoriseront la stabilisation et la réinsertion en milieu naturel. Les structures administratives n'ont toutefois pas de forme définitive à cette époque. Pour revenir à l'idée du « Grand Renfermement » il est possible de voir à l'appendice A.1 l'évolution du nombre de pensionnaires entre 1871 et 1961. Augmentation non seulement du nombre d'internés mais aussi, du nombre d'institutions d'internement au Québec.

La période 1914 à 1961 est ce que nous appelons la première période ou la période asilaire au Québec. Pour avoir une idée générale des périodes, se référer à l'appendice A.2 pour les périodes un à quatre de la désinstitutionnalisation. Cette période est marquée par l'administration des asiles par les congrégations religieuses suite aux ententes par les autorités gouvernementales et religieuses dans les années 1920. Cette période est aussi influencée par les deux grandes guerres et la dépression économique, ce qui ne facilite pas les conditions dans le milieu asilaire. Ressources humaines et financières insuffisantes, l'asile n'est plus tout à fait apte à maintenir les promesses que Pinel avait évoquées avec tant d'assurance. Les asiles au Québec passeront à la fois par une période de stagnation de la psychiatrie puisque la théorie de la dégénérescence enseignée dans le monde francophone lie l'affection mentale à la neurologie. De fait, les ratés de l'asile durant cette période sont davantage liés à une fatalité biologique des patients qu'aux conditions qui y règnent. Puis, par une période de développement thérapeutique au début du XXe siècle notamment, par l'arrivée de nouvelles techniques médicales telles que la lobotomie, le traitement par neuroleptiques et le développement du champ psychiatrique comme profession. Il faut noter qu'il existe une distinction majeure au Québec entre les visions francophone et anglo-saxonne des traitements psychiatriques, en partie liée possiblement à la formation des psychiatres orientée selon la langue maternelle de formation. La grande réforme des années 1960 favorisera la vision anglo-saxonne dans ses orientations communautaires tout en maintenant quelques-uns des principes français liés ici à la composition du groupe de réformateurs. Du côté des hôpitaux anglophones, comme le cas du Douglas Hospital, le lien avec la psychiatrie est beaucoup plus

fort. Cette institution développe de véritables activités visant la réadaptation et la réinsertion sociale, dont en 1950, la création d'un département de services sociaux ou encore, les avancées avant-gardistes du docteur Cameron en 1946, par la création d'un hôpital de jour, équivalent de ce qui se faisait en Grande-Bretagne à l'époque.

Les années 1950 marquent le développement d'un intérêt marqué pour la psychiatrie au Québec. D'une part, par la création de législations spécifiques à la maladie mentale : La Loi supprimant les contributions municipales pour l'entretien des aliénés (Loi 40, 8 George VI, 1944), la Loi de la curatelle publique (9 George VI, 1945) établissant les modalités d'internement et la Loi concernant les hôpitaux pour le traitement des maladies mentales (14 Georges VI, 1950) habilitant le surintendant à définir seul les modalités de sortie pour le malade. D'autre part, par l'investissement fédéral qui, selon Wallot, était de l'ordre de 10 millions en 1948 devant être consacrés à la formation du personnel avec le concours des facultés de médecine. En 1949, l'Université de Montréal met sur pied un département de psychiatrie et en 1957, elle embauchera le docteur Camille Laurin qui détenait une formation de psychiatrie en France. En d'autres termes, une nouvelle classe de professionnels voit le jour en santé mentale au Québec, à cette époque fortement influencée par la psychiatrie moderniste française. Entre les années 1950 et 1960, le nombre de psychiatres passe respectivement de 15 à 170⁵⁴ malgré le faible rôle de ceux-ci dans le modèle ecclésiastique. Les années 1950 amènent aussi le développement de la pharmacopée et des traitements électrochocs ou à l'insuline, bref, des innovations technologiques dans le traitement physique de la maladie mentale.

Les années 1960, pour le Québec, sont des années de changement global; de «révolution tranquille». Élu en 1960, le gouvernement libéral vise de profondes transformations de la vie politique et sociale au Québec. L'un des objectifs du gouvernement libéral, vise le démantèlement de l'autocratie cléricale dans l'enseignement et dans le système de santé. Pour cela, le gouvernement attendra beaucoup des médecins et, dans le cas qui nous concerne, des psychiatres en nombre de plus en plus grand depuis les années 1950. Nous entrons donc dans la seconde période (1961-1970) qui sera marquée par un véritable système psychiatrique dans lequel l'affection mentale sera considérée comme une maladie comme les autres, appelant une révolution dans les philosophies de traitements. Basés sur un modèle d'intervention médicale et d'interventions individualisées, les psychiatres seront les «rationalisateurs» du système. Cette période est cruciale parce qu'elle marque un changement paradigmatique important dans le

54 Wallot, *op. cit.*, p. 184.

traitement de la « folie ». Selon Boudreau⁵⁵, ces jeunes psychiatres « modernistes » seront le mécanisme de la transformation du milieu asilaire en tentant de s'affranchir du joug clérical. Deux classes s'affronteront à cette époque pour le changement. Les traditionalistes composés des aliénistes et de la classe administratrice cléricale et les modernistes psychiatres. Ces deux groupes s'affrontent dans le conflit à l'Institut Albert-Prévost dont Camille Laurin, un moderniste, est le directeur. Les aléas se multiplient notamment, sous les critiques du docteur Laurin, de l'absence de professionnels (infirmières qualifiées, travailleurs sociaux), ou encore les critiques du clergé face à l'utilisation de méthodes immorales comme le freudisme, etc. L'administration châtière toutes attitudes révolutionnaires de ce genre. Le point culminant du conflit sera la publication du livre *Les fous crient au secours* de Jean-Charles Pagé⁵⁶ avec la postface du docteur Laurin où les termes « détenus » et « conditions exécrales » lanceront le discrédit sur tout le système asilaire. D'ailleurs, Müller souligne que « la méfiance du public envers l'institution psychiatrique est une réaction notoire et récurrente, alimentée par de vagues suppositions, par les récits d'anciens malades, [...], par des rumeurs et le colportage d'idées fausses. »⁵⁷. La solution proposée par les modernistes sera une réforme du système. La stratégie des modernistes sera de noircir le système et d'établir un état d'urgence. Les mass médias, les syndicats, les groupes de pressions et ultimement les commissaires Bédard, Lazure et Roberts de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques créée le 9 septembre 1961 par le gouvernement libéral, joueront alors un rôle majeur dans ce processus de réforme. Bref, quatre éléments remettront le système asilaire en question⁵⁸, soit l'arrivée de psychiatres « modernistes », une nouvelle conception de la maladie mentale, la sensibilisation du public aux conditions asilaires et la création d'une commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques.

En mars 1962, la Commission remettra son rapport⁵⁹ qui propose des changements dans les structures administratives du système. Ce rapport est basé principalement sur des écrits canadiens et américains et sur les idées qui circulent dans le milieu anglophone de la santé mentale

55 Boudreau, *op. cit.*, p. 72.

56 Jean-Charles Pagé, *Les fous crient au secours*. Montréal (Qué.) : Les Éditions du jour, 1961, 156p.

57 Christian Müller, *De l'asile au centre psychosocial*. France : Éditions Payot Lausanne, 1997, p. 252.

58 (Québec) Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la santé mentale du Québec. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Québec, Ste-Foy, 1997, p. 15.

59 Québec, ministère de la Santé, Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques. *Rapport de la commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*. Dominique Bédard (Rapport Bédard). Ste-Foy (Qué.) : Les publications du Québec, 1962, 157 p.

beaucoup plus développé et à l'affût des réalités des patients, des méfaits de l'institutionnalisation, la chronicité de la maladie, les conditions d'un milieu thérapeutique, etc. Les principales recommandations visent la création d'une commission gouvernementale pour prendre en main le système, l'abolition du per diem et la création d'un système de financement à même l'assurance hospitalisation, la mise en place d'un programme de formation en psychiatrie, la réduction du nombre de patients, la régionalisation et la diversification des services dits palliatifs ou alternatifs (départements dans les centres hospitaliers généraux, centres de jours, ateliers protégés, foyers de transitions, etc.) par une sectorisation des services⁶⁰. Cette proposition de réforme avait pour objectif d'écourter ou supprimer totalement l'hospitalisation dans certains cas. En d'autres termes, une déshospitalisation⁶¹, une non-institutionnalisation⁶² et la réorganisation du système de soins de santé au Québec⁶³, en insistant sur la continuité et la complémentarité des services, dans le but de favoriser la réintégration sociale.

De 1961 à 1970, nous sommes témoins de la première vague de désinstitutionnalisation qui ne prendra cette appellation que dans les années 1970-1980. Les raisons sont claires à cette époque, i.e. vider les hôpitaux psychiatriques pour des raisons humanitaires et thérapeutiques, par une réduction graduelle des lits (3519 entre 1967 et 1970), la diminution des admissions, etc. Les chiffres mentionnés témoignent de l'ampleur du mouvement à cette époque. Cependant, à ce moment, on constate une baisse des taux d'admission. Pourtant, les taux de réadmission augmentent continuellement. La sortie des usagers ne s'accompagnera pas de soutien à l'insertion sociale requis, dû au manque de ressources de nouveaux services palliatifs à l'hospitalisation ce qui contribuera à l'explication de l'encombrement des urgences et de la hausse des réadmissions. Pour une représentation graphique de l'effet porte-tournante, se référer à l'appendice B.1 représentant ce phénomène de transfert des patients dans les services hospitaliers de Douglas à Montréal. Suite à la pression exercée par une nouvelle vague de

60 La sectorisation est en fait une diversification de traitements en fonction des populations : les personnes âgées, la psychiatrie juvénile, etc. Il s'agit de la création d'un système organisationnel plus rationnel de prise en charge des problèmes psychiatriques.

61 Se définissant par la sortie des hôpitaux psychiatriques de personnes ayant des troubles mentaux de gravité variée.

62 Se définit par la réduction du nombre de lits d'hospitalisation et donc d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation dans le but de prodiguer les traitements alternatifs plus adaptés aux usagers. En pratique, cette disposition se traduit par une réduction de la durée des séjours en milieu hospitalier.

63 Fait référence au déploiement de services de soutien facilitant la réintégration sociale des usagers dans la communauté. De toute évidence, il s'agit là de la pierre angulaire des principes de déshospitalisation et de non-institutionnalisation.

contestation moderniste, le gouvernement créa une division des services psychiatriques au ministère de la Santé composée des membres de la commission. Ils auront le mandat de mettre en application leurs recommandations. La réforme s'engage et, en une dizaine d'années, on assiste au Québec à un renversement majeur des pratiques en psychiatrie. Notamment, en 1961, seulement 9% des admissions au Québec se font en hôpitaux généraux alors qu'en 1970 le nombre passe à 38,9% malgré l'évident écart avec le reste du Canada, selon Boudreau. La gestion est centralisée, les ressources insuffisantes, l'héritage du passé asilaire fortement ancré. Bref, la facilité ne sera pas sur la route de la désinstitutionnalisation. La réussite de la réforme se mesurera par la réduction des lits. Le taux de lits par habitant passe à l'époque de 4,3 en 61 à 3,5 en 70 quoique au Canada, la moyenne soit constamment plus basse. Comme partout ailleurs, la désinstitutionnalisation ne fut pas accompagnée de fonds nécessaires à l'innovation ; à la création d'alternatives. Le personnel psychiatrique augmente entre 1961 et 1970, croissance de 158% soit 6019 à 15523. Une augmentation d'infirmières de 140%, les travailleurs sociaux 10 fois plus et le personnel administratif de 477%, ce qui aura une incidence majeure sur la perte de pouvoir monopolistique des psychiatres après 1970.

En 1970, c'est le début d'une crise qui perdurera. Altercation entre « hospitalocentristes » contre la désinstitutionnalisation et les « communautaristes ». Cette situation est le résultat d'une résistance profonde aux changements engendrée d'une part par l'hypertrophie des hôpitaux des centres urbains comme les forteresses Saint-Jean-de Dieu et Saint-Michel-Archange qui semblaient imperméables à toutes réformes et d'autre part, dans les régions par l'éloignement et les perceptions moyenâgeuses de la libre circulation des malades dans les villages suite à quelques incidents de parcours type « évasion ». Il faut dire que la désinstitutionnalisation est, à cette époque, beaucoup plus axée sur la décongestion hospitalière qu'un véritable projet de réinsertion sociale et de suivi externe. La réadmission est donc fréquente. L'intégration des hôpitaux généraux comme pierre angulaire de la sectorisation fut une difficulté considérable au bon fonctionnement de la réinsertion sociale. Bref, les années 1960 furent une période charnière, une rupture inscrite dans l'air du temps (révolution tranquille) mais qui s'est frottée à la dureté du passé dans les pratiques. Toutefois, une restructuration des relations de pouvoir dans le domaine de la psychiatrie amènera d'autres réformes.

Les antiennes des réformes et la forme institutionnelle de la désinstitutionnalisation

Les périodes qui suivront, malgré les importantes transformations organisationnelles et législatives, ne porteront pas en elles de profondes transformations paradigmatiques comme les

années 1960. La troisième période, entre 1970 et 1985, débute avec la réforme de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux Castonguay-Nepveu⁶⁴ commandée en 1966 par le gouvernement Johnson, introduisant d'importantes modifications à l'administration et à l'organisation des services socio-sanitaires. Cette période sera caractérisée par la substitution du système psychiatrique de la période précédente à un système global où la psychiatrie sera intégrée au système de santé dans son ensemble et aux Affaires sociales. Les promoteurs du changement seront l'élite technocratique montante, les administrateurs et le ministère des Affaires sociales (MAS). L'État entre à cette époque dans une logique gestionnaire de la collectivité; l'État providence. Le modèle d'intervention privilégié sera le modèle social préventif et la santé publique globale. Cette période sera aussi caractérisée par la mise en place du principe de complémentarité des services.

Le problème majeur évoqué en 1970 par le rapport Castonguay sera le manque de coordination dans la distribution des soins au Québec :

« En définitive, on se rend compte que partout dans le monde, en particulier au Canada et au Québec, l'État doit intervenir progressivement dans le domaine de 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. »⁶⁵.

En ce sens, le statut spécial en terme de lieu de traitement donné à la psychiatrie dans les années 1960 est remis en cause principalement dans le maintien d'un système parallèle. Donc, l'intégration des services sera le mot d'ordre. Le rapport Castonguay recommandera, entre autres, une nouvelle répartition des pouvoirs administratifs en confinant l'autorité médicale et en augmentant le contrôle technocratique pour favoriser l'universalité dans l'accessibilité des services. Le rapport Castonguay recommande aussi la création de nouvelles structures de régionalisation tels que les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS), les départements de santé communautaire (DSC) les centres de services sociaux (CSS), les centres d'accueils (CA), les centres hospitaliers universitaires (CHU) qui seront établis par la loi 65, Loi sur les services de santé et des services sociaux (L.R.Q., chap. S-4.2.). D'où l'éventuelle pesanteur du système sociosanitaire global. Le gouvernement votera une série de lois visant à intervenir de plus en plus dans la société.

64 Québec, ministère de la Santé, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Claude Castonguay (Rapport Castonguay-Nepveu). Ste-Foy (Qué.) : Les publications du Québec, 1969, 108 p.

65 *Ibid.* p. 34.

Notamment, par la Loi sur la protection du malade mental (L.R.Q., chap. P-41) qui viendra abroger la Loi sur les institutions pour malades mentaux et la Loi sur les institutions psychiatriques pour détenus et ainsi donner un statut particulier au malade plutôt que de favoriser un lieu de traitement. Cette législation viendra aussi redéfinir certaines modalités en termes de droits du malade et compléter la Loi de la curatelle publique. De manière plus générale, d'autres lois seront adoptées dans cet esprit de globalité des services. Par exemple, la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., chap. A-29), la Loi du ministère des Affaires sociales (L.R.Q., chap. M-23) pour une intégration et une rationalisation des services de santé ou encore, la Loi sur les corporations professionnelles, maintenant le Code des professions (L.R.Q., chap. C-26), qui portera un coup fatal à l'hégémonie des notables traditionnels. Bref, le ministère des Affaires sociales s'établira comme gestionnaire du système à l'aide d'un processus d'adoption de législations qui sera la base de sa légitimité. Légitimité qui sera constamment contestée par les groupes d'intérêts. Gérés par des divisions administratives dans un système intégré à la santé, les pionniers modernistes s'essoufflent⁶⁶ et une nouvelle crise de la psychiatrie québécoise est palpable. Dans la série de rapports Castonguay, on n'y trouve pas le moindre signe d'une politique en santé mentale, ce qui contribuera au désenchantement des psychiatres au Québec. Sans compter les impairs comme l'abolition de la prime d'éloignement menaçant la régionalisation des services ou encore, le monopole des hospitalocentristes dans le maintien des hôpitaux mentaux⁶⁷. C'est la période de l'antipsychiatrie au Québec, un retour à l'appareil hospitalier unique et coordonné. La période 1971-1976 s'inscrit dans un processus de dénonciation des lacunes du système, nous y reviendrons au point 5.4.

La seconde moitié de la troisième période (1976-1985) est un baume sur la plaie. Élection du gouvernement péquiste, le docteur Lazure est nommé ministre des Affaires sociales. Le ministère sera géré par un psychiatre ce qui favorisera une prise en considération des services de santé mentale à l'ensemble du système. Intégration des services et décentralisation des décisions pour remédier aux lacunes de la Loi 65. Le système de CLSC est une coquille vide en ce qui concerne l'intégration des services psychiatriques régionaux, il fallait donc y remédier. Le ministre mandate les CRSSS d'intégrer les services psychiatriques à l'ensemble des services de santé sur le territoire québécois. Il créera aussi des commissions spécifiques telles que la commission administrative régionale sur les services psychiatriques de courte et de longue durée dans chaque CRSSS, des commissions administratives dans le domaine de la mésadaptation sociale et des

66 Bédard démissionnera en 1970 suite aux nouvelles orientations gouvernementales.

67 Boudreau, *op. cit.*, p. 162.

CLSC. Ces commissions relèvent des CRSSS. Bref, décentralisation tout en gardant un œil sur les activités. Toute une série de mesures spécifiques seront prises pendant cette période. Décentralisation, mise en place de budgets identifiés, création de ressources alternatives à l'hospitalisation, système pavillonnaire des départements de psychiatrie, assistance aux régions éloignées, etc. Cette période sera aussi marquée par un manque de ressources financières ce qui générera parfois des problèmes sociaux encore plus inquiétants. En tous les cas, les groupes d'intérêts (groupes de psychiatisés, les associations de parents, etc.) se font de plus en plus présents et revendicatifs au début des années 1980. Les psychiatisés refusent de demeurer silencieux. Les droits et la loi deviennent de plus en plus une source de frustration pour les usagers du système. Les psychiatisés demandent la suppression de toute censure du courrier et des communications téléphoniques, le libre accès à la sexualité, contraception, avortement, grossesse, droit au refus de traitement, droit «d'asile » ou de traitement, etc. L'arrivée du docteur Laurin comme ministre des Affaires sociales en 1984 poussera la création d'un Comité sur la politique de santé mentale qui diffusera un document en 1985 très contesté puisqu'il comporte de graves erreurs quant à la nature des éléments du système⁶⁸.

L'arrivée des libéraux fin 1985 et de madame Lavoie-Roux comme ministre des Affaires sociales propulseront la santé mentale dans la quatrième période 1987-1997. Cette période est caractérisée par le thème de la responsabilité individuelle et collective de la maladie mentale. Les promoteurs seront les «stakeholders » ou les «ayants-intérêts ». L'objectif, le consensus pour répondre aux besoins des gens dont la santé mentale est perturbée et pour favoriser le maintien et le développement des services de santé mentale au Québec. L'État devient un partenaire dans le partenariat de l'organisation des services. Le modèle d'intervention favorisé sera le partenariat élargi : local par les plans de services individualisés (PSI), régional par les plans régionaux d'organisation des services (PROS) et central en terme interministériel. Cette période est donc caractérisée par une insurrection à la fin de la troisième période par les groupes d'intérêts. La politique de la santé mentale répondra donc à ce désir de «démocratisation » de la gestion de la santé mentale. La désinstitutionnalisation des années 1990 s'emploie à définir la notion de santé mentale et à revoir en totalité l'organisation et la distribution de services. Plusieurs commissions⁶⁹ se penchent sur la question en ce sens. L'inefficacité et la discontinuité des

68 Wallot, *op. cit.*, p. 336.

69 *Ibid.*

(Québec) Ministère de la Santé et des Services sociaux (Rapport Rochon) (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Ste-Foy, 1987, pages 511-544.

services, la non-reconnaissance de l'importance des ressources communautaires, poussent le gouvernement à élaborer la politique de santé mentale. C'est le Parti libéral qui créera un comité chargé de préparer un projet de politique québécoise en santé mentale. En 1987, le docteur Harnois livre son rapport⁷⁰. De ce document, le gouvernement tirera La Politique de la santé mentale du Québec. La politique formule cinq orientations : assurer la primauté des individus, accroître la qualité des services, répartir équitablement les ressources en fonction des besoins, rechercher des solutions dans le milieu naturel et consolider un partenariat entre les usagers et leurs proches⁷¹. Le partenariat est le fondement même de la politique actuelle par l'établissement du PSI (plan de service individualisé) et de la régionalisation des stratégies en fonction des besoins PROSSM (plan régional d'organisation de services en santé mentale)⁷². Le PSI est une démarche concertée de planification et de coordination de la prestation de services continus et complémentaires non seulement intra-hospitaliers mais aussi, extra-hospitaliers. Bref, il s'agit d'une planification globale tenant compte des besoins, des compétences et des ressources disponibles, tout en faisant contribuer l'utilisateur et ses proches dans la continuité et la complémentarité des services. L'accent sur la prévention, la promotion de la santé mentale et la réinsertion des usagers doit être évident. Qui plus est, les hôpitaux sont eux-mêmes responsables de la planification de la désinstitutionnalisation par l'entremise des PSI et des PROSSM.

Le virage ambulatoire en santé est un des aspects le plus important actuellement (1991-1997) en gestion des services en santé mentale. Effectivement, il pose des défis particuliers pour le système de santé et de santé mentale au Québec. De fait, la nature des troubles mentaux et le traitement de ces affections ne sont pas un processus très clair ou vite réprimé. De fait, l'une des caractéristiques mêmes des troubles mentaux consiste en la chronicité de la situation. Aussi, le nombre d'utilisateurs potentiels est important soit, une personne sur cinq au Québec. En ce sens, le virage ambulatoire ne saurait se baser que sur une logique de rationalisation économique. La visée de cette nouvelle vague de désinstitutionnalisation est précisément d'alléger graduellement les services hospitaliers, tout en préconisant le soutien à la réinsertion sociale.

70 Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la politique de santé mentale. *Pour un partenariat élargi : projet de politique de santé mentale pour le Québec*. Gaston Harnois (Rapport Harnois). Ste-Foy (Qué.) : Les publications du Québec, 1987, p. 110-117.

71 Les termes intervenants et usagers font référence à l'utilisation faite par la littérature gouvernementale de la période, et témoignent de la transformation idéologique dans le traitement de la maladie mentale, tel que l'illustre le tableau A2.

72 *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. op. cit.*, p. 20.

Le comité de la santé mentale au Québec (CSMQ) publie en 1997 un document sur la reconfiguration des services en santé mentale⁷³. Les auteurs du document soulignent que ce virage « s'inscrit dans un contexte à la fois d'assainissement des finances publiques, de décentralisation et de gestion d'un réseau intégré de services selon une approche par programme » visant « l'amélioration continue de l'efficacité et de l'efficacité »⁷⁴.

Bref, le système de santé est malade depuis fort longtemps, les coûts ont grimpé en flèche depuis 1970, la remise en question de l'état-providence, de la qualité des soins de santé, etc., contribuent au mouvement de désinstitutionnalisation. La situation est toutefois devenue plus complexe puisque nombre d'hôpitaux psychiatriques ont déjà réduit le nombre de lits de manière substantielle. En fait, plusieurs milliers de personnes ayant vécu des périodes en institutions vivent désormais en communauté.

Analyse «  conom trique » : un motif à la désinstitutionnalisation

Nous avons vu au chapitre deux qu'une innovation, un modèle importé, se fait en dépit des coûts et au détriment de la rentabilité financière et que la réussite de l'innovation dépend de cette attitude pour favoriser les conditions nécessaires à la mise en œuvre. Cependant, dans toutes les expériences évoquées incluant le Québec, il y a une tendance au développement d'un système parallèle psychiatrique intra et extra-hospitalier orienté et géré par l'état sans pour autant procéder à un réajustement à la hausse des enveloppes budgétaires. Simple transfert de fonds du système psychiatrique vers les services palliatifs et hospitaliers généraux qui réinvestissent les fonds en fonction de leurs opérations (principalement au cours de la deuxième période)⁷⁵. Le financement est souvent décrié comme inadéquat malgré la protection du budget psychiatrique dans l'intégration de la troisième période. La quatrième période est encore plus évocatrice du retrait financier de l'état des services de santé psychiatrique. Dans le document sur la reconfiguration des services en santé mentale, la commission dit clairement que la désinstitutionnalisation et le virage ambulatoire en général visent l'assainissement des finances publiques. D'ailleurs, cette situation de rationalisation des budgets est aussi conjoncturelle. En 1994, le gouvernement est en plein processus de coupures budgétaires pour arriver au déficit

73 *Ibid.* 264 p.

74 *Ibid.* p. 1.

75 Boudreau, *op. cit.*, p. 92-93.

courant nul «déficit zéro». L'innovation peut effectivement occasionner des économies à long terme. Toutefois l'investissement demeure effectivement absent et il est avoué par les autorités légitimes. Nous ne soutenons donc pas que l'argument du manque de financement est faux. Pourtant, là n'est pas la question fondamentale.

Le rapport Rochon dissémine l'idée du virage ambulatoire, de la rationalisation des services, des grands regroupements et de la concentration des services. Bref, élimination dans les faits du principe d'intégration tout en centralisant les décisions au niveau local ou régional. Cette situation accentuera l'écart entre l'organisation et la base. De manière plus globale, la crise économique anticipée⁷⁶ est prise au sérieux au tournant des années 1980. Toutefois, l'héritage de protubérance administrative de la période de l'État providence, et l'augmentation des coûts dans les technologies médicales appellent une rationalisation financière majeure de la crise financière anticipée.

Selon nous, l'esprit capitaliste n'appelle pas ce phénomène de retrait économique des services sociosanitaires. Économiquement parlant, le système de santé n'est pas une dépense comme la rhétorique dans le discours officiel le soutient, mais une consommation. Nous portons donc une réserve quant à l'explication de la conjoncture économique comme justificatif du manque de ressources. D'ailleurs, le discours de la période quatre sur la responsabilisation collective et individuelle à la santé mentale connaît ses limites. Notons le discours de certains acteurs sur l'importance de mettre les pendules à l'heure quant à l'économie que représente : le bénévolat, qui est un abus économique de l'altruisme des individus, la communauté (ressources humaines alternatives) dont les femmes font trop souvent les frais, la prison qui est un lieu d'enfermement « palliatif », etc.⁷⁷

Boudreau abonde dans le même sens, se référer à l'appendice A-3 et A-4 pour une présentation des données financières des premières années de la désinstitutionnalisation⁷⁸. Elle souligne que les priorités gouvernementales dans les années 1960, période de l'âge d'or de la psychiatrie, n'ont pas été redéfinies et que malgré l'augmentation des budgets en santé mentale, la promesse de mettre en priorité ces services par une majoration des budgets par rapport au budget provincial total n'a jamais été accordée. Fait intéressant, selon Boudreau, le gouvernement Duplessis avait alloué à la psychiatrie une part plus importante du budget que le gouvernement

⁷⁶ Le terme anticipé est très important ici parce qu'il exprime implicitement qu'il ne s'agit pas nécessairement d'une crise économique réelle.

⁷⁷ Wallot, *op. cit.*, p. 309.

⁷⁸ Boudreau, *op. cit.*, p. 93-94 et 104-105.

successeur⁷⁹. Bref, le désir d'investir dans cette innovation institutionnelle n'a jamais fait partie du plan gouvernemental. La rentabilité financière fut sans doute toujours l'argument qui avait plus de poids que l'investissement dans l'innovation. Du moins, ce fut l'argument le plus justifiable. En d'autres termes, le financement étatique de la désinstitutionnalisation fut toujours empreint de conservatisme latent.

Le désenchantement

Le désenchantement de l'approche communautaire concerne en fait deux points principaux : le développement d'effets pervers de l'importation du modèle, et un processus informel de résistance organisationnelle dès les premières vagues de désinstitutionnalisation. Au Québec, les détracteurs de la désinstitutionnalisation s'entendent pour dire que le milieu naturel n'a pas bénéficié des ressources financières et humaines nécessaires pour assurer la réinsertion sociale ou le maintien des patients dans leurs milieux⁸⁰, ce qui a entraîné le développement parallèle d'effets non désirés et mal contrôlés.

Réintégrons la logique de l'argumentation que nous avons énoncée au départ. L'idée de sédimentation historique implique une coupure, un retournement viscéral des protocoles compte tenu des usages qui l'emportaient préalablement. Il serait difficile de prétendre que la désinstitutionnalisation des services de santé mentale ne relève pas d'un changement paradigmatique en terme de substitution des pratiques mais un relativisme s'impose.

Il est vrai, en se référant à l'appendice B-2 que le changement de paradigme en santé mentale est apparent entre les années 1950 et 1960. Cependant, le mimétisme a des qualités considérablement plus fondamentales. En examinant simplement l'appendice B-3, l'aspect temporel des transformations paradigmatiques de la France, de la Grande-Bretagne et des États-Unis, l'on remarque que ces changements se déroulent sur une période moins courte que les cas italien et québécois, beaucoup plus radicaux. Ce qui peut sous-entendre une influence marquée par une introspection progressive de leurs institutions de réclusion plus substantielle en France, en Grande-Bretagne et aux États-Unis. Toutefois, ce seul aspect temporel quantitatif ne peut connoter à lui seul la richesse de la réflexion initiatrice du changement. Sur un continuum de gradation en terme d'importance qualitative de l'introspection graduelle des institutions de

79 Ce qui est normal, considérant que la fin des années cinquante est une période de construction de ces hôpitaux à vocation psychiatrique pour accéder aux revendications du manque de place dans les hôpitaux à cette époque.

80 Rapport Rochon, *op. cit.*, p. 511-544.

réclusion, la France, plus théorique, et la Grande-Bretagne, plus pragmatique et empiriste, seraient en tête de liste⁸¹, suivie de l'Italie qui pose un questionnement en terme socio-institutionnel malgré la courte période de réflexion. L'Italie revoie ses institutions asilaires suite, bien sûr, au momentum du mouvement anti-institutionnel mais à plus forte raison, parce qu'il y a un questionnement sur la souffrance mentale et sur les causes sociales de l'enfermement. Cette réflexion tardive fut intense et la solution rapide, basée sur les modèles déjà développés. L'Italie s'approprie certes le modèle de désinstitutionnalisation mais fonde ses transformations sur un véritable questionnement. Aussi, le Québec qui transformera ses pratiques drastiquement et s'ajustera aux idéaux-types français et britannique sans nécessairement faire d'introspection sur l'enfermement. Bien entendu, un discours sur la qualité de vie des patients en asile fut soulevé, mais il ne s'agit pas d'une réflexion sociale sur l'enfermement et la maladie mentale.

Ce qui est important de retenir ici c'est qu'il n'y a pas de modalité universelle du mimétisme. Le développement relativement court ou long des transformations n'est pas garant du mime. Les qualités intrinsèques des transformations, le contexte, les enjeux et motivations, les liens entre acteurs sont autant de modalités à la dénomination mimétique. D'ailleurs, nous avons cité Muller et Surel qui soulignaient à quel point les pratiques institutionnelles sont assujetties au processus de fabrication sociale et politique dont le fonctionnement est inhérent et parfois, non apparent.

Nous soutenons l'idée qu'il s'agit de reconnaître le degré, les nuances, la filiation, les conditionnements et les interactions du mimétisme. Sans aucun doute, les modèles étasuniens, italien et québécois se basent sur les modèles français et britannique tout en les adaptant à leurs systèmes, leurs réalités respectives. Tout autant que les modèles français et britannique entre eux. Bref, une interaction constante, d'appropriations et de réappropriations d'éléments ou du modèle dans son ensemble.

Dans un même ordre d'idées, ce regard sur les éléments comparatifs nous a aussi amenés à nous interroger sur la tension entre les pratiques et la formalisation ou l'officialisation de l'innovation. En ce sens, nous avons remarqué un invariant plus qu'intéressant en appendice B-3. Nous avons énoncé la possibilité que quelque chose se produisait au moment de l'officialisation du changement de paradigme. Qu'un hiatus profond s'érodait entre la pratique et l'officialisation de l'institutionnalisation.

Inévitablement, l'innovation institutionnelle que représente la désinstitutionnalisation n'est pas le résultat d'un développement naturel engendré par des réflexions et des délibérés longs et

81 Selon les expériences étudiées.

phosphorés. D'ailleurs, Castel⁸² fait une critique très virulente de la désinstitutionnalisation et du « virage » communautaire des services de santé mentale. Il se questionne sur le parcours de « la critique de l'institution totalitaire à celle du totalitarisme psychologique »⁸³. Selon lui, le changement paradigmatique est une transformation profonde puisqu'il y a effectivement une tentative de rupture avec la solution ségrégative asilaire pour intervenir dans la communauté. Cependant, il s'agit aussi d'une continuité de la solution ségrégative puisque l'objet d'intervention est toujours la maladie mentale et le lieu de pratique, des institutions spécifiques au centre même du tissu social.

Les acteurs et les transformations même des institutions à vocation psychiatrique sont à l'origine du mime et du développement parallèle d'effets pervers. D'ailleurs, Castel prétend que : « le Québec avait été profondément pénétré d'influences psychiatriques françaises, en particulier par l'intermédiaire de l'équipe du 13^{ème} Arrondissement, responsable de la première expérience d'implantation systématique du secteur en France »⁸⁴. Bref, cette absence de débats sociaux sur la désinstitutionnalisation et le rôle que prendront certains types d'acteurs tout au long de l'innovation ne dépasseront pas le modèle asilaire, ils le reproduiront sous différentes formes.

Nous avons souligné que la solution communautaire puisse résulter de crises ou de tensions de nature identique et qu'en ce sens, il fallait exclure toute explication mimétique. Le Québec dans les années 1960 est dans un processus global de transformation, la révolution tranquille. Plusieurs pays profiteront de ces vagues majeures de transformations sociales pour proposer des changements en santé mentale. Notamment, l'Italie pendant le mouvement anti-institutionnel ou encore la France de mai 1968. Dans tous les pays par contre, les initiateurs du changement profiteront du désir étatique de s'impliquer davantage dans les affaires sociales, la période de l'État providence. En définitive, l'essence étatique et le contexte social favoriseront la propension du modèle communautaire comme une sorte de prélude à l'enclenchement de la désinstitutionnalisation. Pourtant, aussi cruciale peut-elle être la synergie des forces pour l'innovation, ce prélude ne peut à lui seul appréhender dans son ensemble les motivations mimétiques. L'innovation est une guérilla provoquée soit par des invasions extérieures soit par des insurrections. Il s'agira pour les « insurrectionnistes » de briser le conservatisme perpétuant la stabilité.

82 Robert Castel, *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*. Paris (France) : Les éditions de minuit, 1981, 227 p.

83 *Ibid.*, p. 11.

84 *Ibid.*, p. 45.

L'élite importatrice constituée de psychiatres modernistes passera par une phase de dénonciation du modèle asilaire pour vanter l'option à importer; le modèle communautaire des services. Les psychiatres québécois partiront donc en croisade. Tous les détracteurs de cette vision de changement seront considérés comme des défenseurs de l'immobilisme et d'un système périmé. Le combat anti-clérical du gouvernement de l'époque portera un coup fatal à l'équilibre des forces entre ces différents acteurs. Les médias se mettent de la partie suite notamment à un phénomène étrangement ressemblant à ce qui s'était déjà passé au début des années 1950 aux États-Unis, la publication d'un ex-psychiatrisé, Jean-Charles Pagé, sur la condition de vie dans les asiles. Aux États-Unis, l'initiative revient à l'Américain Clifford Whittigham Beers avec son livre «Raison perdue raison retrouvée»⁸⁵. L'innovation implique, comme nous l'avons vu, une capacité à susciter la mobilisation, l'intéressement. Les psychiatres réussirent à mobiliser l'ensemble des acteurs et à enclencher le processus modernisateur révolutionnaire en s'alignant sur les pays occidentaux et en ajustant l'innovation à la réalité québécoise.

En ce sens, il est possible d'affirmer que le mimétisme de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale au Québec est effectivement responsable du développement d'effets pervers ou non désirés. Résultat de l'officialisation et de la cristallisation dans le temps des pratiques. Ce qui implique la notion de « path dependence », i.e. l'absence d'options au modèle communautaire ou d'une autre forme de modèle. Les réformateurs se cantonnent à une logique introspective bi-polaire. Soit, pas de retour possible au modèle asilaire même altéré et incapacité de dévier de l'option communautaire qui, comme nous l'avons vu, reconduit dans les faits le modèle asilaire. C'est précisément ce que soulève Watzlawick⁸⁶. Selon celui-ci, les décideurs seraient en proie à des prisons mentales, des labyrinthes dans lesquels il serait impossible de comprendre clairement la situation, prisonniers de leurs idéologies « communautaires ». En ce sens, l'ultrasolution serait en quelque sorte une prison mentale qui empêcherait de prendre en considération le *tertium non datur*, le tiers exclu, la troisième alternative. Or, en se confinant dans ce choix bi-polaire, i.e. le bon modèle communautaire et le vilain modèle asilaire, les réformateurs n'ont fait le choix qu'entre un dollar et quatre pièces de monnaie, sans prendre en considération le fait que chacun des modèles présentait peut-être des alternatives intéressantes. Une chose est certaine, l'effet de percolation des étapes précédentes restreint considérablement les choix présents au Québec.

85 Publié en français en 1951 chez Payot.

86 Paul Watzlawick, *Comment réussir à échouer : trouver l'ultrasolution*. Paris (France) : Éditions du Seuil, 1988, 118 p.

Paul Watzlawick, *Faites vous-même votre malheur*. Paris (France) : Éditions du Seuil, 1984, 120p.

Conclusion

Le mémoire visait à retracer la genèse et visait l'appréciation d'une nouvelle interprétation de la problématique de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale au Québec. L'historicité implique l'idée que les politiques ne doivent pas être analysées à partir de leurs résultats. La genèse du virage communautaire a permis une réflexion sur les stratégies des acteurs, du contexte et de la forme institutionnelle à l'origine de l'innovation qui relèvent d'un mimétisme institutionnel qui, selon nous, serait l'origine de l'échec du programme par l'importation d'effets pervers inhérents. La nature de ce mémoire est théorique et a pour objectif l'ouverture d'une nouvelle perspective d'analyse de l'étude d'interventions publiques par notre étude de cas.

Notre hypothèse était donc la suivante : Le mimétisme institutionnel explique-t-il l'échec de la politique de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale au Québec ? Ce qui sous-entend qu'il fallait d'une part, faire la preuve d'un mimétisme et de voir, par une étude comparée, si l'innovation importée portait en elle le germe de son échec. Afin de vérifier notre hypothèse, nous avons procédé par une double analyse. D'une part, par une démarche «historicisante» visant à retracer les éléments de l'institutionnalisation des pratiques par les acteurs dans un contexte particulier. Puis, par une démarche plus traditionnelle visant à comparer les agencements institutionnels. En ce sens, notre cadre conceptuel – le mimétisme institutionnel fut utilisé pour saisir les stratégies des acteurs lors de l'institutionnalisation et tout au long de la cristallisation du principe de désinstitutionnalisation.

Les résultats de recherche ont permis de confirmer notre hypothèse. Toutefois, les résultats en terme de solutions à la problématique de la désinstitutionnalisation des services de santé mentale sont très minces. Les éléments permettant d'affirmer notre hypothèse autorisent aussi d'attester que l'héritage du passé a effectivement un poids important sur le présent et que l'explication économique n'est pas le seul motif à la non réussite de la désinstitutionnalisation comme l'affirment les évaluateurs et les chercheurs en santé mentale. L'analyse nous a permis de conclure qu'une stratégie d'acteurs visant la fabrication de la réalité dans le but d'importer une innovation a permis et permet encore aujourd'hui une dépendance au sentier, liée au caractère mimétique de cette innovation.

BIBLIOGRAPHIE

Les essentiels sur l'historicité :

- Achenbaum, W. A. « Politics, Power, and Problems: Perspectives on Writing Policy History » *Journal of policy history*. Vol 1, No 2, 1989, p. 206-231.
- Bourdieu, Pierre. « Le mort saisit le vif : les relations entre l'histoire réifiée et l'histoire incorporée » *Actes de la recherche en sciences sociales*. No 32-33, 1980, p. 3-14.
- Bourdieu, Pierre. « Esprit d'État genèse et structure du champ bureaucratique » *Actes de la recherche en sciences sociales*. No 96-97, 1993, p. 65-85.
- Buton, François. « Bureaucratisation et délimitation des frontières de l'État. Les interventions administratives sur l'éducation des sourds-muets au XIX^e siècle ». *Genèses*, vol. 28, no septembre, 1997, p. 5-28.
- Couteau-Bégarie, Hervé. *Le phénomène nouvelle histoire*. Paris (France) : Economica, 1989, 408 p.
- De Certeau, Michel. *L'écriture de l'histoire*. Paris (France) : Éditions Gallimard, 1975, 358 p.
- Déloye, Yves et Bernard Voutat. *Faire de la science politique : pour une analyse socio-historique du politique*. Coll « Socio-Histoires ». Paris (France) : Belin, 2002, 352 p.
- Déloye, Yves. . *Sociologie historique du politique*. Paris (France) : Découverte, 1997.
- Dosse, François. *L'histoire en miettes*. Paris (France) : Éditions La Découverte, 1987, 269 p.
- Dubois, Vincent. *La politique culturelle: Genèse d'une catégorie d'intervention publique*. Coll « Socio-Histoires ». Paris (France) : Belin, 1999, 381 p.
- Foucault, Michel. *L'archéologie du savoir*. Coll. « NRF ». Paris (France) : Éditions Gallimard, 2001, 257 p.
- Foucault, Michel. *Les mots et les choses : Une archéologie des sciences humaines*. Coll « Tel gallimard ». St-Amand (France): Éditions Gallimard, 2001, 398 p.
- Gurvitch, George. *Antécédents et perspectives*, 2^e éd. ref. et augm. T. 2 de *La vocation actuelle de la sociologie*. Paris (France) : Presses Universitaires de France, 1963, 500 p.
- Harlan, David. « Intellectual History and the Return of Literature » *The American historical review*, No 94, 1989, p. 581-609.
- Kelley, Robert. « The Interplay of American Political Culture and Public Policy: The

Sacramento River as a case Study » *Journal of policy history*. Vol 1, No 1, 1989, p. 1-23.

Laborier, Pascale et Danny Trom (dir. publ.). *L'historicité de l'action publique : Communications du colloque l'historicité de l'action publique* (Amiens, 12-13 octobre 2000). Amiens (France) : Presses Universitaires de France, 2001.

Meyer, Michel. *Questionnement et historicité*. Paris (France), Presses Universitaires de France, 2000, 581 p.

Touraine, Alain. *Pour la sociologie*. Paris (France) : Éditions du Seuil, 1974, 243 p.

Veyne, Paul. *Comment on écrit l'histoire*. Paris (France), Seuil, 1996, 439 p.

Les essentiels sur la désinstitutionnalisation :

Bazin, Hervé. *La fin des asiles*. Paris (France.) : Bernard Grasset Éditeur, 1959, 195 p.

Boudreau, Françoise. *De l'asile à la santé mentale*. Montréal (Qué.) : Éditions Saint-Martin, 1984, 274 p.

Brown, Phil. *The transfer of care: psychiatric desinstitutionalization and its aftermath*. London (Angleterre): Routledge, 1985, 275 p.

Castel, Robert. *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*. Paris (France) : Les éditions de minuit, 1981, 227 p.

Courteau, Bernard. *De St-Jean de Dieu à Louis-H. Lafontaine, histoire de l'hôpital psychiatrique de Montréal* Montréal (Qué.) : Éditions du Méridien, 1989, 210 p.

Foucault, Michel. *Les anormaux : Cours au Collège de France. 1974-1975*. Coll « Hautes études » Paris (France) : Éditions Gallimard/Le Seuil, 1999, 351 p.

Foucault, Michel. *Folie et déraison : histoire de la folie à l'âge classique*. Coll « Tel gallimard ». St-Amand (France): Éditions Gallimard, 2001, 688 p.

Johnson, Ann Braden. *Out of bedlam : myths of desinstitutionalization*. New York : Basic Books, 1990, 306 p.

Jones, Katherine. *Asylums and after : A Revised History of the Mental Health Services: From the Early 18th Century to the 1990s*. London (N.J.) : Athlone Press, 1993, 306 p.

Lavoie, Richard. et Céline Mercier. « Chronicité psychiatrique et organisation des services » *Revue canadienne de psychiatrie*. Vol. 32, no. mai, 1987, p. 291-293.

Mercier, Céline. « L'intervention à l'hôpital psychiatrique à l'ère de la déshospitalisation » *Revue canadienne de psychiatrie*. Vol. 34, no. Septembre, 1986, p. 15-19.

Mercier, Céline. *Les fonctions et le fonctionnement d'un hôpital psychiatrique en 1984*.

- Unité de recherche psychosociale, Hôpital Douglas, novembre, 1984, 25 pages.
- Müller, Christian. *De l'asile au centre psychosocial*. France : Éditions Payot Lausanne, 1997, 261 p.
- Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. *Services de santé en Europe. Vol. 2 : Revue des pays et statistiques*. Copenhague : O.M.S., 1981, 263 p.
- Organisation mondiale de la santé, Direction de la recherche des études de l'évaluation et de la statistique. « Les personnes hospitalisés en psychiatrie en 1998 et 2000 » *Études et résultats*. No 206, déc. 2002, 12 p.
- Québec, comité de la santé mentale du Québec. *La prévention et la promotion en santé mentale*. Blanchet, Luc, Marie-Claire Laurendeau, Denise Paul et Jean-François Saucier. Boucherville (Qué.): Gaëtan Morin Éditeur, 1993, 135 p.
- Québec, comité de la santé mentale du Québec. *La réadaptation psychosociale en psychiatrie*. Tessier, Lise et Michele Clément. Boucherville (Qué.): Gaëtan Morin Éditeur, 1992, 238 p.
- Québec, commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. *Désinstitutionnalisation : orientation générale des politiques et organisation des services sociaux*. Céline Mercier (Rapport Rochon). Ste-Foy (Qué.) : Les Publications du Québec, 1987, p 1-17 et 511-544.
- Québec, Loi du ministère des Affaires sociales, L.R.Q., chap. M-23.
- Québec, Loi sur l'assurance-maladie, L.R.Q., chap. A-29.
- Québec, Loi sur la protection du malade mental, L.R.Q., chap. P -41.
- Québec, Loi sur les corporations professionnelles, L.R.Q., chap. C-26.
- Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chap. S-4.2.
- Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la santé mentale du Québec. *Sortir de l'asile ? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*. Corin, Ellen, Lise Tessier et Guylaine Seguin-Tremblay. Ste-Foy (Qué.) : Les Publications du Québec, 1986, 480 p.
- Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la politique de santé mentale. *Pour un partenariat élargi : projet de politique de santé mentale pour le Québec*. Gaston Harnois (Rapport Harnois). Ste-Foy (Qué.) : Les Publications du Québec, 1987, p. 110-117.
- Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la santé mentale et la désinstitutionnalisation. *La santé mentale et les manifestations de la désinstitutionnalisation sur le territoire de la région 03*. Ste-Foy (Qué.) : Les Publications du Québec, 1990, 57 p.

- Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la santé mentale du Québec. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Ste-Foy (Qué.) : Les Publications du Québec, 1997, 264 p.
- Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut de la statistique du Québec. *Et la santé, ça va en 1992-1993 ?* Montréal (Qué.) : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 220 p.
- Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Secrétariat à la coordination de la recherche. *La désinstitutionnalisation en santé mentale : un tour d'horizon de la littérature*. Louise Garant. Ste-Foy (Qué.) : Les Publications du Québec, 1985, 74 p.
- Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations pour la transformation des services de santé mentale : Horizon 2002*. Québec: Les Publications du Québec, 1997, 51 p.
- Québec, ministère de la Santé, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Claude Castonguay (Rapport Castonguay-Nepveu). Ste-Foy (Qué.) : Les Publications du Québec, 1969, 108 p.
- Québec, ministère de la Santé, Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques. *Rapport de la commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*. Dominique Bédard (Rapport Bédard). Ste-Foy (Qué.) : Les Publications du Québec, 1962, 157 p.
- Québec, ministère des Finances, *Comptes publics : Détail des dépenses*. Volume 2, : « Revenus, crédits et dépenses du Fonds consolidé du revenu et information financière sur les fonds spéciaux du gouvernement du Québec » Ste-Foy (Qué.) : Les Publications du Québec, 1975-76, 1980-81, 1985-86.
- Turcotte, Daniel. *L'utilisation du plan de services individualisés en protection de la jeunesse*. In *Service social*, vol. 41, no 3, 1992, 30 p.
- Wallot, Hubert A. *La chorégraphie globale*, T. 1 de 2 de *La danse autour du fou*. Beauport (Qué.) : Publications MNH, 1998, 456 p.

Les essentiels sur le mimétisme institutionnel :

- Badie, Bertrand. *L'État importé : l'occidentalisation de l'ordre politique*. Paris (France) : Fayard, 1995, 334 p.
- Meny, Yves (dir. publ.). *Les politiques du mimétisme institutionnel : la greffe et le rejet*. Paris (France) : L'Harmattan, 1993, 285 p.

Administration publique, analyse des politiques :

Brewer, G.D. et De Leon, P. *The Foundations of Policy Analysis*. Chicago (États-Unis): The Dorsey Press, 1983, 476 p.

Dunn, William. « Structuring policy problems » In *Public Policy Analysis : an introduction*. Englewood Cliffs (N.J.) : Prentice-Hall, 1981, p. 135-183.

Dye, Thomas. « What governments do, why they do it, and what difference it makes ». In *Understanding public policy*. Englewood Cliffs (N.J.) : Prentice-Hall, 1992, p. 1-18.

Kingdon, J.W. *Agendas, Alternatives and Public Policies*, New York (NY): HarperCollins, 1984, 240 p.

Lemieux, V. *L'Étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*. 2^e éd. rev. et augm. Ste-Foy (Qué.) : Presses de l'Université Laval, 2002, 195 p.

Mény, Y et Thoenig, J.C. *Politiques publiques*. Paris (France) : Presses Universitaire de France, 1989, 391 p.

Monnier, E. *Évaluations de l'action des pouvoirs publics*. Paris (France) : Économica, 1987, 169 p.

Muller, Pierre et Yves, Surel. *L'analyse des politiques publiques*. Coll « Clefs politique » Paris (France) : Montchrestien, 1998, 156 p.

Sabatier, P.A. *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview Press, 1999, 289 p.

Selznick, Philip. *Foundations of the theory of organization*. États-Unis: Bobbs-Merrill, 1948, 11 p.

Thoenig, Jean-Claude. « Politiques publiques et action publique » *Revue Internationale de Politique Comparée*, Vol 5, no 2, 1998, p.295-314.

Sources complémentaires :

Pagé, Jean-Charles. *Les fous crient au secours*. Montréal (Qué.) : Les Éditions du jour, 1961, 156 p.

Watzlawick, Paul. *Comment réussir à échouer : trouver l'ultrasolution*. Paris (France) : Éditions du Seuil, 1988, 118 p.

Watzlawick, Paul. *Faites vous-même votre malheur*. Paris (France) : Éditions du Seuil, 1984, 120 p.