

## Article

---

« Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés »

Mario Poirier et Jean Gagné

*Santé mentale au Québec*, vol. 13, n° 1, 1988, p. 132-143.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030433ar>

DOI: 10.7202/030433ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)

## Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés

Mario Poirier\*  
Jean Gagné\*

La question de l'insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés se pose différemment pour les intervenants et pour les usagers des services de santé mentale. Le personnel institutionnel est coincé dans un réseau important de contradictions et vit l'ambivalence d'un milieu institutionnel qui doit désinstitutionnaliser. Pour le jeune adulte psychiatisé, l'insertion sociale se pose en termes de qualité de vie: un passage à l'extérieur est-il possible dans un contexte d'appauvrissement imposé à la fois par la structure institutionnelle et par le système social?

### La question de l'insertion sociale

L'insertion sociale des adultes psychiatisés constitue depuis plusieurs années un sujet à l'ordre du jour. Sous le thème « Ailleurs et autrement ... mais comment? », le colloque de COSAME et du CSSSRMM nous propose d'explorer des pistes d'intervention alternatives dans le champ de la santé mentale. *De facto*, le thème proposé réfère à « quelque chose d'autre » que le modèle institutionnel dominant ou, du moins, à un besoin de réexaminer en profondeur ce modèle, en ce qui a trait à la nécessaire insertion sociale qu'implique le mouvement de la désinstitutionnalisation.

Un spécialiste mondial reconnu de ce sujet, Irving Blumberg (1983), souligne que la question de l'insertion sociale est au cœur des préoccupations de tous les services de santé mentale dans le monde, mais qu'en dépit de l'intérêt suscité le processus est criblé de difficultés. Blumberg rappelle, en effet, que pour qu'elle réussisse l'insertion sociale des adultes présentant des problèmes importants de santé mentale nécessite à la base: a) d'être combinée, dès le début, aux efforts d'intervention thérapeutique; b) de s'appuyer sur ce que la communauté peut offrir; et c) de susciter une participation active de la clientèle concernée.

En fait, la question de l'insertion sociale, si elle constitue avec la désinstitutionnalisation le thème fondamental de l'évolution actuelle du champ de la santé mentale, n'est pas une préoccupation nouvelle, rêvée par quelque utopiste moderne car la nécessité de l'insertion sociale fait tout d'abord référence à l'échec de l'institutionnalisation, autant du modèle asilaire que du modèle psychiatrique (Blumberg, 1983; Fontaine et Rochette, 1986; Guay, 1987; Morin, 1986; Pirella, 1987; Poirier et Gagné, 1988). Le rapport Harnois souligne en ce sens que:

« l'institutionnalisation, produit d'une société à l'égard d'une partie de ses membres marginaux, a eu comme conséquence de déposséder la personne de sa responsabilité et de sa possibilité de choix, générant ainsi une situation de dépendance extrême. » (1987, 25).

Cette brève citation illustre déjà un paradoxe inhérent à la pensée institutionnelle, aux prises avec l'insertion sociale: ayant contribué à l'appauvrissement des capacités d'adaptation des patients, elle doit maintenant contribuer à détacher l'individu de l'institution, processus qui implique qu'il ait une motivation réelle à retourner dans la communauté (Blumberg, 1983). Un peu comme la farine raffinée et blanchie, qu'on a « enrichie » par après de vitamines et de fibres, la clientèle institutionnalisée a été d'abord appauvrie par un système qui l'a déresponsabilisée et prise complètement en charge, pour être ensuite expulsée « manu militari » sous la pression d'injonctions socio-économiques externes. Il ne faut pas alors s'étonner des difficultés à réinsérer ces per-

\* Mario Poirier, Ph.D., psychologue, et Jean Gagné, animateur communautaire, travaillent à la Maison Saint-Jacques. Cet article est une version remaniée d'une présentation faite au colloque. Ailleurs et autrement... mais comment? Le 8 avril 1988.

sonnes : il est difficile de libérer des canards domestiqués ! L'exemple des itinérants adultes de Montréal est frappant. Plus du tiers de cette population est composée de désinstitutionnalisés rendus « naturellement » à l'anomie de la rue (Lamontagne et al., 1987 ; Roy, 1985). La problématique actuelle de l'itinérance se retrouve d'ailleurs dans plusieurs grandes villes occidentales, au point, par exemple, qu'on songe à ré-institutionnaliser cette clientèle à New York : « À l'annonce du nouveau programme de la mairie, leur seule hâte a été de quitter leur territoire et de se cacher pour qu'on ne les trouve pas. » (Benoist, 1987).

L'insertion sociale des jeunes adultes aux prises avec des problèmes importants de santé mentale est une tâche difficile ; encore faut-il s'assurer, pour qu'elle réussisse, que le système d'aide, prompt à inventer de nouveaux services et programmes, ne soit pas fondamentalement appauvrissant.

Selon Castel et al. (1979), la première vague de désinstitutionnalisation contemporaine se situe entre 1956 et 1964, et fait suite à deux séries de facteurs : a) les comparaisons peu flatteuses, par des gens qui ont vécu la guerre, du milieu asilaire avec des milieux concentrationnaires et b) les critiques plus savantes (par exemple Goffman, *Asiles*), qui interprètent le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique comme étant celui d'une institution totalitaire, dissimulant, sous des justifications thérapeutiques, des structures de domination et de répression. Il est important de noter, qu'en fait, la première poussée de désinstitutionnalisation ne provient pas d'un progrès dans le modèle médical d'intervention, mais bien de critiques sociales sur sa structure. Un second jalon est posé par l'expérimentation de nouvelles pratiques alternatives d'intervention thérapeutique : soit les expériences de groupes (par exemple celle de Moreno), les modèles anglais de communauté thérapeutique (par exemple ceux de Jones), etc. (Castel et al., 1979). Chronologiquement ce n'est qu'en troisième lieu qu'interviennent les découvertes biochimiques des psychotropes, ceux-ci permettant de rendre beaucoup plus discrète et d'exporter hors des murs asilaires la camisole de force. La Chlorpromazine (Largactil)<sup>®</sup> est commercialisée en 1954 aux États-Unis, sous le nom de Thorazine<sup>®</sup> ; elle est distribuée si largement que, huit mois plus tard, elle est administrée à plus de deux millions de patients. L'utilisation de psychotropes suscita, sur une grande échelle, le mouvement de la désinstitutionnalisation,

qui, issu d'une pensée contestataire et alternative, réintégra ainsi le contexte du modèle psychiatrique.

Certains pays poussèrent plus loin que l'Amérique le mouvement de désinstitutionnalisation. Ainsi la loi italienne de mai 1978, réformant le système de soins psychiatriques, ouvrait la porte à une désinstitutionnalisation complète et au démantèlement d'un grand nombre d'hôpitaux psychiatriques. Près de dix ans plus tard, Pirella (1987) affirme que l'expérience italienne démontre : 1) qu'il est possible de démanteler les hôpitaux psychiatriques ; 2) qu'il est préférable de favoriser des services communautaires de santé mentale pour venir en aide aux ex-psychiatisés ; et 3) que le projet social de la désinstitutionnalisation doit poursuivre son travail d'intervention contre la stigmatisation sociale, l'isolement et la répression des personnes présentant des problèmes importants de santé mentale.

Selon Mercier (1986), qui enquêta auprès d'employés de l'hôpital Douglas, « la réintégration sociale représente l'objectif ultime, le fondement nécessaire de la pratique pour toutes les personnes rencontrées » (1986, 16). La bonne volonté des intervenants ne fait généralement aucun doute dans la nécessité de désinstitutionnaliser ; la conception même du « guérir » implique le retour à un fonctionnement social normal. Et pourtant les enjeux sociaux sont très complexes et fondamentalement paradoxaux, en demandant, par exemple, à une structure institutionnelle de se défaire de sa clientèle. Quel commerce accepterait de perdre ainsi sa clientèle ? Quel prix faut-il payer pour avoir bonne conscience et fonctionner avec éthique ? Pour l'institution, l'insertion sociale constitue un danger à ce niveau ; la désinstitutionnalisation mène au syndrome du patient-qui-fuit (Poirier et Gagné, 1988). Or, pour répondre au modèle médical de la folie, tout concourt à garder un lien avec la clientèle : tant les exigences de la médication, du traitement, de la sectorisation, que celles du désengorgement des urgences et de la responsabilité psychiatrique légale. Ultimement, l'insertion sociale est donc conçue comme une pseudo-insertion : retour aux familles, intégration à des ressources intermédiaires supervisées par les institutions, etc. Ce faisant, le modèle psychiatrique garde toujours un lien élastique avec son client et lui impose perpétuellement une identité d'ex-psychiatisé.

Au cœur de la crise actuelle du champ de la santé mentale, des enjeux cruciaux se jouent, qui vont bien

au-delà d'une simple complémentarité de services et d'une volonté de partenariat. Par exemple, le rapport Harnois suggère de limiter le mandat des hôpitaux psychiatriques à des services d'intervention prolongés pour les personnes avec des troubles mentaux graves. N'est-ce pas logiquement un premier pas vers une désinstitutionnalisation véritable et l'amorce d'un projet social d'insertion des psychiatisés? Or, selon Francoeur (1988), la direction de l'Hôpital Louis H.-Lafontaine, appuyée en cela par l'Association des hôpitaux du Québec, s'objecte contre cet énoncé du rapport Harnois, soulignant que « l'expérience et l'histoire nous apprennent que les hôpitaux psychiatriques, qui se sont limités à un rôle de traitement à long terme, ont souvent évolué vers la stagnation à une demi-vie pour ne pas dire une demi-mort ». En conséquence, ces intervenants disent vouloir œuvrer auprès de l'ensemble de la clientèle, réagissant ainsi au syndrome du patient-qui-fuit. Mais n'est-ce pas, fondamentalement, en contradiction avec les objectifs de la déshospitalisation?

Il faut situer cette ambivalence dans l'évolution du champ de la santé mentale et des tentatives préalables de désinstitutionnalisation. Et d'abord, savoir que le combat contre la folie répond depuis longtemps à des directives économiques qui vont bien au-delà des objectifs thérapeutiques immédiats. Sous le prétexte de la souffrance individuelle se jouent des malaises sociaux collectifs. La justification idéologique, qui permet aux aliénistes d'investir le terrain de l'enfermement des fous, comme Foucault (1972) nous l'a indiqué, c'est de reconnaître dans la folie une perte de liberté et d'utilité sociale qu'un traitement dit moral pourra rétablir. L'enfermement est une solution contradictoire puisqu'on ne peut priver de sa liberté celui qui l'a supposément perdue par la folie. La liberté nécessite un « traitement moral » propre à réinstaurer la maîtrise d'instincts désordonnés. Or la liberté est l'essence du capitalisme naissant; car qui dit folie, dit perte. La folie perturbant l'ordre social, il est nécessaire de la réprimer, de la traiter et de réinsérer au marché du travail les inaptes institutionnalisés. L'idée par exemple, formulée dans le rapport Harnois (1987), de retourner aux familles (tout en les assistant et en les maintenant dans l'ordre psychiatrique) les désinstitutionnalisés n'est certes pas une innovation, comme le souligne Castel (1976).

« Une telle prise de conscience de la valeur du

travail comme origine de la richesse sociale va imposer une recomposition complète du paysage de l'assistance (...). Dès l'époque pré-révolutionnaire, la conjonction de la critique politique d'un bastion de l'absolutisme et de la critique économique du coût exorbitant de sa gestion entraîne le discrédit du complexe hospitalier et la recherche d'une alternative dans le développement des secours à domicile. » (1976, 72).

La Révolution française innove vraiment: le 23 messidor an II, l'Assemblée décrète, nous dit Castel (1976), la vente des biens hospitaliers. Un révolutionnaire de l'époque ne veut « plus d'aumônes, plus d'hôpitaux. Tel est le but vers lequel la Convention doit marcher sans cesse, car ces deux mots doivent être effacés du vocabulaire républicain ». Pour remplacer ces ressources, on offre une assistance publique, des domiciles de secours (sortes de foyers de transition) et d'autres solutions de rechange. Les privilèges et exemptions des hôpitaux sont abolis le 22 août 1791. Mais ces réformes dureront le temps de quelques roses, jusqu'à l'arrivée de l'Empire:

« L'État napoléonien confirme la tendance au retour vers les pratiques de l'Ancien Régime: les donateurs de lits retrouvent leurs droits, la fondation de nouveaux établissements privés et autorisés, le rôle des congrégations religieuses est officiellement reconduit. Ainsi la restauration hospitalière aura-t-elle en gros suivi, après Thermidor, les principales étapes de la restauration politique. » (Castel, 1976, 74).

Les soubresauts de l'Histoire ne se comptent pas. Ils répondent cependant à de vastes courants socio-économiques plutôt cycliques, comme l'affirment Toews et Barnes (1986):

« ... en Amérique du Nord les grandes réformes en matière de services sociaux accompagnent généralement des périodes de libéralisme et de prospérité économique. Au cours de ces périodes on tient la société responsable du soutien et de la prise en charge des moins favorisés. En période de conservatisme et de restrictions économiques, on a davantage tendance à laisser l'individu subvenir à ses propres besoins, et, à défaut de cela, à offrir le minimum de soins dans les grands établissements publics où il est possible de réaliser certaines économies, en raison de la taille et de la présumée efficacité de l'établissement. » (1986, 5).

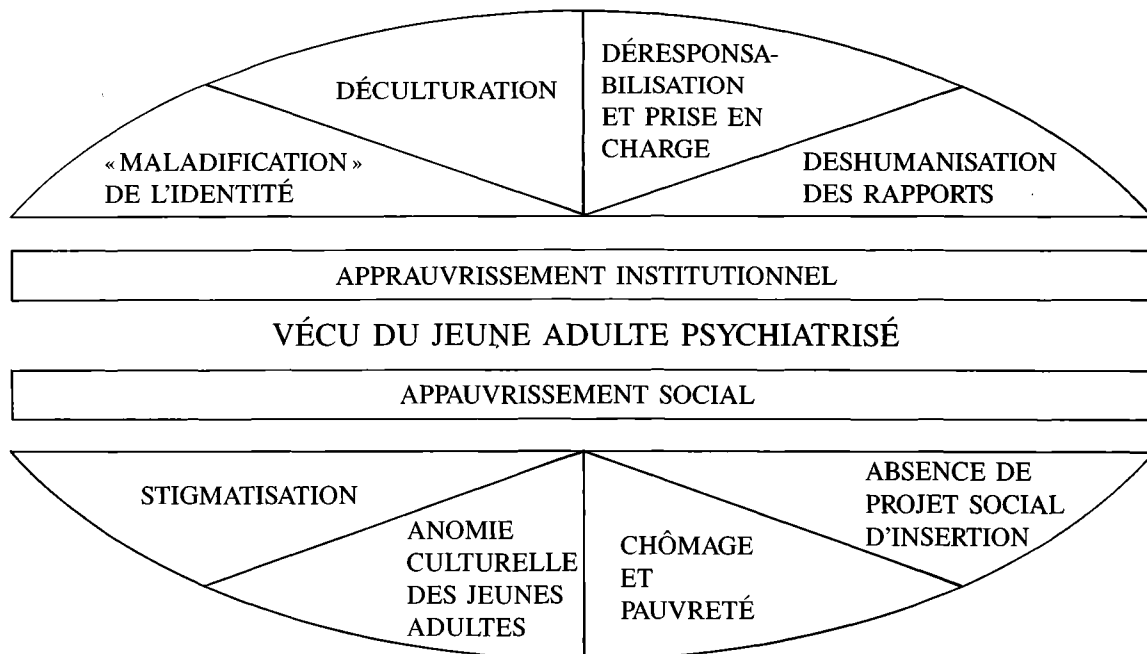
C'est pourquoi la question de l'insertion sociale

s'inscrit dans l'exercice d'un pouvoir social (et économique) qui se conjugue plus ou moins bien avec un pouvoir institutionnel psychiatrique. Le champ de la santé mentale subit la mouvance de cette dynamique, les intervenants doivent s'y ajuster et la clientèle la subir perpétuellement. Si nous inversons ce modèle pour l'examiner du point de vue du jeune adulte psychiatrisé, « invité » à se « ré-insérer », cette dynamique se joue en terme d'*appauvrissement*. D'un côté le milieu institutionnel qui déshumanise, déresponsabilise, médicamente (« gèle »), prend en charge, déculture et stigmatise (tout en vivant l'ambivalence de vouloir réinsérer); et de l'autre côté un milieu social, où s'inscrit un pouvoir social en désinvestissement (dû au conservatisme) qui fait bien peu de chose pour le logement et contre le chômage des jeunes et qui « insère » ceux-ci, *a fortiori* s'ils sont « à problèmes », dans un trou noir d'anomie et de désaffiliation. Pour le jeune adulte psychiatrisé le choix peut se présenter, d'un point de vue *métaphorique*, entre l'appauvrissement que constitue une *mère institutionnelle* à la fois sur-protégeante et ambivalente et celui que représente un pseudo-retour au *père social*, absent et se désintéressant de ses problèmes.

### Le pouvoir social: métaphore du père absent

Il n'est déjà pas facile de s'insérer socialement pour les jeunes adultes actuels. Ils sont aux prises avec un chômage encore élevé, des mesures sociales en régression, mais aussi avec des changements culturels majeurs qui remettent en cause les balises sociales, les fondations sociétales: les virages technologiques, l'éclatement culturel, l'absence de mouvements sociaux forts et stimulants, le déracinement des structures de formation (famille, système scolaire). Cet univers en éclatement est aussi un univers principalement néo-libéral (ou néo-conservateur, si on préfère). Nous en sommes à « l'involution » tranquille: l'État se déresponsabilise et désinvestit des programmes pour les jeunes (par exemple le retrait de Katimavik), il est à la remorque d'une gestion technocratique déshumanisée et sans inspiration, il croule sous ses propres contradictions internes (comme nous le montre le rapport Rochon, notamment). Mangen (1987) souligne que le champ de la santé mentale vit à l'heure de ce néo-libéralisme: « ... the « rediscovery » of the private realm of family care; and more latterly by a heightened propensity

TABLEAU 1  
Formes de l'appauvrissement du jeune adulte psychiatrisé



of public bureaucracies to shed responsibilities by turning more and more to the voluntary and private sector. » (1987, 76).

Cette déresponsabilisation de l'État peut être comparée à quelque chose comme un « père absent » (Mendel, 1968), c'est-à-dire à l'absence d'une « fonction sociale d'insertion », l'absence d'une initiation constructive à la vie adulte, l'absence d'un passage « à l'extérieur ». Qu'on veuille réinsérer, c'est bien, mais « ré-insérer » à quoi? Peut-on demander aux jeunes adultes psychiatisés de se réintégrer à un univers social défini essentiellement par le chômage, le vide culturel, un tissu communautaire dont l'État se désintéresse, le retour à la famille éclatée ou à un taudis quelconque, un réseau relationnel perturbé ou en mouvance? Caron (1987) résume bien ces difficultés: « La mutation économique laisse des séquelles: détérioration du tissu social, exclusion des jeunes adultes du marché du travail, chômage chez les plus âgés, éclatement des familles, augmentation de la violence sous toutes ses formes. » (1987, 50).

En fait, un premier regard sur la question de l'insertion sociale des jeunes révèle que s'il existe, à l'occasion, quelques petits programmes et services de réinsertion (parfois très utiles), on ne rencontre pas, cependant, de mouvement global orienté vers les jeunes adultes. Bref, si l'on peut compter sur plusieurs projets d'insertion sociale (causés notamment par la désinstitutionnalisation), il n'y a pas à proprement parler de véritable projet social d'insertion. Et il n'existe donc pas d'*intentionnalité* socio-politique visant à faire une place aux jeunes, au-delà de toutes les rationalisations dont le système est capable.

Qu'on la compare avec un véritable projet social d'insertion depuis disons une dizaine d'années, soit la place faite aux femmes sur le marché du travail et dans la société. Si beaucoup de chemin reste encore à faire, il n'en demeure pas moins qu'on sent là une véritable volonté, populaire et politique, de faire évoluer les choses, de favoriser (par des lois, des chartes, des programmes positifs, de l'éducation populaire) la parité entre les sexes à tous les niveaux, notamment dans le travail. Et cela porte des fruits. Davantage de femmes ont accès au travail et aux études; mais, surtout, les mœurs changent peu à peu, il y a une réécriture des rôles sociosexuels, un éveil aux formes du sexisme, et un vigoureux courant de revendication qui empêche le pouvoir social de s'asseoir sur ses lauriers.

Il n'y a pas de projet semblable d'insertion pour les jeunes: ils sont laissés à eux-mêmes. Ceux qui n'ont pas la chance d'être intégrés à un réseau familial suffisamment stable se retrouvent en situation d'anomie, de vide culturel, sans re-père, dans un monde en changement perpétuel. Victimes de cette désaffiliation et du chômage, ils se déracinent encore davantage, quitte à se donner une identité par la négative: folie, toxicomanie, violence, prostitution, suicide, etc. Beaucoup d'entre eux se retrouvent en psychiatrie, et ce n'est certes pas un hasard.

Selon le sociologue américain Melvin Seeman (Lazure, 1984), l'aliénation des jeunes comporte quatre dimensions fondamentales: l'absence de pouvoir, l'absence d'un « sens » à donner à leur vie, l'absence de normes culturelles d'action et l'isolement social. Ils se retrouvent « atomisés » dans un système qui exige la performance, la compétitivité, une très grande force d'adaptation et un code culturel hyperflexible. Les moins ajustés — les moins *ajustables* peut-être — se retrouvent rapidement marginalisés.

Cette situation est particulièrement aiguë quand un chômage endémique perdure. Nous sommes une société qui valorise l'argent, l'affiliation et l'identité par la production et le travail, et ce, de plus en plus au fur et à mesure que les valeurs traditionnelles se lézardent dans d'autres sphères (par exemple famille, religion, convivialité sociale, sentiments nationaux, identification à des groupes restreints, etc.). Si la solution n'est pas un retour à un conservatisme traditionnaliste, elle ne se trouve pas non plus dans un laisser-aller total déracinant pour les jeunes, produit par un désinvestissement du pouvoir social. Ces jeunes adultes ont droit à un véritable projet social d'insertion, à une place progressive réelle sur le marché du travail et à des structures de support pouvant favoriser leur convivialité naturelle, leurs intérêts culturels spécifiques, leur identité de groupe. Le pouvoir social ne doit certes pas s'ériger en système totalitaire réimposant ses normes sociales (Lazure, 1984); mais plutôt favoriser l'émergence de structures culturelles propres aux jeunes adultes, en les traitant en interlocuteurs sérieux, en partenaires égaux, et en réalisant que ce processus est prioritaire, à l'image des efforts et changements collectifs effectués pour faire place aux femmes.

En attendant, pour les jeunes, et davantage encore pour les jeunes psychiatisés, l'insertion à la société se fait dans un contexte d'*appauvrissement*. Dans l'imaginaire du néo-libéralisme, ils doivent être soit

à la charge de leur famille ou poussés, sans discernement, à « l'employabilité » (réforme Paradis). Pour le système social, les jeunes adultes nuisent à l'ordre et à la paix; ce sont des casse-têtes et des casse-pieds. On veut bien, désinstitutionnalisation oblige, ouvrir pour les plus perturbés des lieux nouveaux (par exemple les structures intermédiaires), pour remplacer un véritable projet social d'insertion. Dans un tel contexte, la déviance devient pour beaucoup un *refuge* contre ce désinvestissement social; leur déviance s'inscrit dans quelque chose comme une réaction inévitable contre le « père social absent », c'est-à-dire qu'ils se marginalisent toujours davantage puisqu'ils sont exclus du contexte principal.

Réagissant à la réforme Paradis par un mémoire présenté en commission parlementaire, la Corporation professionnelle des psychologues du Québec (CPPQ, 1988) affirmait que :

« Les conditions socio-économiques comptent pour beaucoup dans l'émergence de problèmes psychologiques importants et le déclenchement des maladies mentales : les chômeurs et les assistés sociaux constituent le plus gros contingent de ce qu'on appelle communément les « patients de la porte tournante ». Ces phénomènes sont désormais trop connus et trop bien démontrés pour être ignorés à la veille d'une réforme en profondeur du système d'aide sociale. Il en va de même ... d'un certain nombre de valeurs et de structures sociales qui ne peuvent plus, comme avant, apporter de soutien aux plus démunis. » (1988, 25).

Pour beaucoup de jeunes psychiatrisés chroniques, l'expérience de la réintégration est celle de la pauvreté économique, des risques d'une désaffiliation encore plus prononcée et d'un retour périodique (par exemple par les urgences) et nostalgique aux institutions (Lecomte, 1984). Vivre sur le B.E.S. à vie, médicamenté, désaffilié, sans sentiment d'identité culturelle avec les autres jeunes, sans perspective d'intégration réaliste et prolongée au travail, sans relation thérapeutique vraiment stable et investie, dans une chambre délabrée ou un taudis, hors les normes et stigmatisé socialement, ce n'est certes pas une vision très réjouissante de l'intégration sociale. L'appauvrissement économique est un problème pratique de taille et un stigmate social majeur. Mais il s'insère pour le jeune adulte psychiatrisé dans un appauvrissement bien plus large : une sorte de paupérisme social intégral, défini par une rupture dans sa relation avec les fondements sociaux, défini par

des « dé » et des « dys » : désengagement, désaffiliation, désinvestissement, dysfonctionnement, etc.

La métaphore du « père » social absent, c'est la situation d'une société qui cherche bien davantage à prouver qu'à trouver. Prouver qu'elle peut réinsérer, prouver ses programmes, prouver ses modèles dominants, prouver sa valeur thérapeutique, prouver qu'elle a les bonnes réponses socio-économiques. La stratégie du jeune adulte psychiatrisé sera alors de réagir au « père absent » et de falsifier ces belles « preuves », d'échouer sa réinsertion, de s'agripper aux prises-en-charge et de s'identifier à l'agresseur en « prouvant » son irrécupérabilité.

### **L'appauvrissement institutionnel : métaphore de la mère ambivalente**

Comme nous l'avons souligné plus tôt, le modèle institutionnel est pris dans un paradoxe : d'une part, pour prouver sa valeur thérapeutique, il doit réussir la désinstitutionnalisation et une intégration sociale minimale de ses patients et, d'autre part, ce faisant il sabote ses structures et ses raisons d'être actuelles. Cette étrange mission devient une sorte de martyr quand on considère le désinvestissement de l'État et l'absence d'un véritable projet social d'insertion. Pour poursuivre notre métaphore parentale, l'institution dit à ses psychiatrisés : « va voir papa », et le pouvoir social répond aussitôt : « va voir maman ».

Mercier (1986) a fait seize entrevues semi-dirigées avec divers membres du personnel de l'Hôpital Douglas (infirmières et infirmiers, psychiatres, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.). Ceux-ci démontrent tous les signes de cette ambivalence de fond. D'une part, s'identifiant au rôle « maternel », ils ont la sensation de contribuer au bien-être des usagers (« Ici, ils sont très sécurisés, tout est fait pour eux. ») et, d'autre part, la désagréable impression que ce faisant ils les infantilisent et les prennent en charge (« Ce qu'on ne sait pas, c'est si c'est nous qui produisons des chroniques. »). D'accord théoriquement avec l'intégration sociale, ils craignent cependant que celle-ci échoue. Pris dans ces contradictions, ils en imputent la faute au manque de motivation des patients (« Ils ne veulent tout simplement pas quitter l'unité. Ils ne font rien de constructif, de positif. »). Les intervenants ont ainsi l'impression que la situation échappe à leur contrôle. Comme le souligne Mercier (1986), le personnel

considère que le problème provient du manque de motivation et de la dépendance de la clientèle. Or cette apathie et cette dépendance sont des effets iatrogènes connus de l'institutionnalisation (Harnois, 1987, 25; Mercier, 1986; Tousignant, 1987).

Plusieurs phénomènes contribuent, selon nous, à un *appauvrissement* important du vécu de la personne psychiatisée chronique: a) la déculturation qu'induit l'institutionnalisation; b) la déresponsabilisation que produit la prise-en-charge hospitalière; c) le « discours souffrance » et la surmédication qui en résulte; d) la nature « maladi-fiante » du discours psychiatrique et de son modèle institutionnel. En outre, les contradictions internes déjà décrites et les ambivalences qui en résultent contribuent à déraciner le psychiatisé, à susciter son angoisse face à la réinsertion et à créer des résistances vis-à-vis le processus imposé de haut par les instances psychiatriques.

## La déculturation

Selon Tousignant (1987), « la psychiatrie est trop souvent une machine à déculter » (271). C'est un instrument qui déracine davantage l'usager des services hospitaliers; exclu de réseaux personnellement construits et extirpé d'un milieu, il se retrouve dans un univers déshumanisé, caractérisé souvent par de longs couloirs, de grandes pièces uniformément peintes, une multitude d'intervenants dirigés par un « grand manitou » distant (directeur ou psychiatre), de nombreux patients en mouvance perpétuelle, parfois en crise, des activités souvent infantilissantes (ou la télévision). Un univers aseptique, trop immense pour être à l'échelle humaine, un tourbillon de relations frénétiques et transitoires où la seule identité possible, reconnue par l'hôpital, est celle de « patient » ou de « malade » dès que le seuil en est franchi.

Cette déculturation s'ajoute à la situation d'anomie que vit l'ensemble des jeunes adultes, comme nous l'avons déjà décrit. Elle résulte, d'une part, en une identification au rôle de « malade » et donc « d'inapte », en un déracinement face à tout réseau extra-institutionnel, et à une impression d'être vidé d'un sens quelconque à donner à la vie (Tousignant, 1987). C'est un appauvrissement des fondations même du social. La réinsertion sociale véritable ne peut guère se construire sur un terrain aussi friable.

Cette déculturation s'inscrit dans un manque de véritable relation thérapeutique, laquelle est impossible dans un milieu institutionnel qui étiole les investissements, diffuse les responsabilités des intervenants, engourdit les initiatives du personnel et établit une distance si grande entre le « malade » et ses « guérisseurs » que le psychiatisé n'a jamais la sensation qu'on le verra pour autre chose que son étiquette. Comme l'écrit Beausoleil (1984), lui-même gestionnaire institutionnel de carrière: « L'institution n'écoute plus personne, ni le malade, ni la famille du malade. Elle part d'elle-même pour concevoir la meilleure réponse aux besoins des individus. (...) Je pense que dans l'institution, il n'y a plus rien qui émeut personne. Et qu'en plus personne ne s'émeut. L'institution devient triste et morose. » (1984, 89).

Construite sur une déshumanisation des rapports, sur l'étiquetage des personnes, sur la réduction « maladi-fiante » des identités, comment peut-on croire que le cadre institutionnel puisse générer assez de motivation intrinsèque chez ses patients pour que ceux-ci se sentent stimulés et intéressés à « grandir », à aller à l'extérieur, à se réinsérer, et non pas juste à « guérir », c'est-à-dire à se faire « réparer », comme on répare une voiture au garage? En fait, la motivation qu'ils en retirent est principalement l'aversion, comme le démontrent les lieux de réaction et de revendication que sont les groupes de bénéficiaires et les groupes de défense des droits des patients psychiatriques.

## La déresponsabilisation

Selon Fontaine et Rochette (1986), un sondage effectué en 1985, auprès du personnel des hôpitaux Robert Giffard et Louis-H. Lafontaine, démontre que selon 64 % des employés, les hôpitaux psychiatriques sont bien plus des lieux d'hébergement que des lieux de traitement. « Une bonne partie des patients ne subissent d'autres traitements que la médication, et ce qui leur tient lieu de plan de soins est avant tout un programme de soins physiques et d'hygiène » (1986, 75). Malgré ses volontés thérapeutiques, l'institution est généralement surtout un lieu de prise-en-charge, où le patient, s'il s'y maintient assez longtemps, risque fort de se chroniciser (Lecomte, 1984).

D'ailleurs, la structure du pouvoir institutionnel, en reléguant au rôle de « malade » l'usager (ou de « plaignant », s'il est insatisfait), plutôt que de lui don-



ner une place active dans la structure décisionnelle et dans le processus thérapeutique, le confirme dans son rôle de subordonné et d'irresponsable (Poirier et Gagné, 1988). C'est un stigmate que l'Histoire a toujours imposé à la folie (Foucault, 1972).

Cette tendance à l'infantilisation et à la déresponsabilisation des patients est en contradiction fondamentale avec les acquis que doit faire le jeune adulte psychiatrisé pour pouvoir s'insérer dans la société. C'est un appauvrissement majeur des capacités d'adaptation à l'extérieur. À l'ère de la désinstitutionnalisation, cela confirme le caractère de « mère ambivalente » de l'institution, soit surprotéger le patient tout en l'incitant à aller « jouer dehors ». Il n'est pas étonnant qu'aux prises avec ces ambivalences, l'institution psychiatrique cherche un « lieu d'accueil » pour « prendre en charge » sa clientèle. Récemment, la famille s'est vue revalorisée par le modèle psychiatrique (cf. Harnois, 1987) ; en effet, longtemps considérée comme un milieu pathogène, elle redevient le nouveau lieu où les miracles sont possibles (Huberdeau, 1988, 21). Et le fait de déléguer à nouveau le pouvoir de « mater » les psychiatrisés chroniques aux familles constitue une pseudo-insertion sociale, une démission de l'intervention thérapeutique et un nouvel échec du modèle institutionnel.

## La médication

Nécessaire dans notre structure actuelle de services en santé mentale pour mieux gérer les crises, la médication est cependant surutilisée, beaucoup trop estimée, pour les services qu'elle rend vraiment, et responsable d'une forme pernicieuse d'appauvrissement personnel pour le jeune adulte psychiatrisé.

Tousignant (1987) considère qu'elle constitue, comme l'institutionnalisation, une forme majeure de déculturation : « ... la médication est une autre arme puissante de déculturation. Elle apaise les crises mais elle transforme en zombie, et la réaction à l'égard des zombies n'est pas différente en Amérique du Nord qu'elle ne l'est en Haïti. Les gens qui se promènent entre la mort et la vie nous remplissent d'insécurité parce que, comme les fantômes, ils sont vidés de culture et d'humanité. » (1987, 271). La médication constitue une barrière presque infranchissable pour la réinsertion : elle diminue souvent les facultés cognitives des sujets et leurs capacités motrices (cf. Shaw et al., 1987), elle les rend moins com-

municatifs, plus distants, souvent endormis. Dans de telles conditions, il est bien difficile de rebâtir un réseau social, de chercher du boulot, de participer à des activités communautaires en dehors des milieux psychiatriques.

Sorte de « potion magique » contre la folie, dans les faits elle ne guérit pas grand chose et empêche de « grandir ». Avec une médication prolongée il est pratiquement impossible de faire un travail thérapeutique sérieux, impossible de s'assurer des acquis réels pour favoriser le passage au social, impossible aussi de couper vraiment le cordon ombilical qui retient le psychiatrisé à la psychiatrie, sa « mère ambivalente ».

Dans l'univers institutionnel, la médication répond à deux besoins sociaux : a) contrôler les comportements et b) diminuer la souffrance du patient et de son entourage. *De facto* la médication s'inscrit comme appauvrissement volontaire ; elle agit pour museler le côté dérangeant de la folie, et, en disant vouloir diminuer la souffrance, fait démissionner du travail thérapeutique, un peu comme si le jeune adulte psychiatrisé était en phase finale d'un cancer généralisé. Encore ici, la recherche médicale a bien « prouvé » ses médicaments, mais elle n'a, au fond, rien « trouvé ».

## Le modèle psychiatrique

Une autre zone de contradiction, dans le discours de la désinstitutionnalisation psychiatrique, se situe dans la réaction des intervenants face au contrôle du champ social de la santé mentale. Quoique le modèle de l'institutionnalisation soit un échec et que le modèle psychiatrique ait contribué à l'appauvrissement de l'adulte psychiatrisé, l'importance de ses acteurs, de ses structures et de ses budgets astronomiques n'est pas vraiment menacée. En fait, le champ de la psychiatrie est même en expansion ; ainsi, par l'établissement de structures intermédiaires contrôlées, par ses projets de « plans de services individualisés » exportés à l'extérieur, par son annexion du rôle des familles dans le processus de désinstitutionnalisation, la psychiatrie étend son champ hors de ses murs et contrôle une nouvelle structure : l'asile ouvert. Le sociologue Zola (1981) soulignait déjà que la médecine devient dans nos sociétés la plus importante institution normative, supplantant la religion et le droit. Dans le domaine plus restreint de la psychiatrie, rien ne lui échappe, qui de près ou de

loin fait penser à la notion de santé mentale. Le rapport Harnois (1987) annexe d'ailleurs, au champ de la psychiatrie, un domaine de la santé mentale qui inclut toutes les formes de déviance sociale, et même le vécu de la population en général. Il y a quelque chose de naïf et de boulimique dans cette vision de la marginalité, de la déviance et des problématiques sociales. Selon ce modèle tout se ramène à la maladie mentale. Tel psychiatre considère qu'un patient qui refuse de prendre ses médicaments est nécessairement paranoïaque, tel autre, que l'on a bien surestimé les facteurs sociaux dans le suicide des jeunes et sous-estimé la maladie mentale. Castel et al. (1979) citent ainsi un psychiatre américain : « Réellement, ce n'est rien moins que le monde entier qui constitue une aire de recrutement adéquate pour la psychiatrie d'aujourd'hui et elle ne doit pas être horrifiée par l'ampleur de cette tâche ». (1979, 155).

Comme le souligne Apollon (1984) : « ... on ne peut que se rendre à l'évidence que de l'institution décidément, on n'en sort pas. Nous transportons nos murs comme des garde-fous. » (1984, 233). En fait le modèle institutionnel résoud ses contradictions sémantiques entre l'obligation de désinstitutionnaliser et la nécessité de maintenir ses structures (pour survivre), en étendant hors des murs son champ d'action, afin que même les désinstitutionnalisés soient institutionnalisés. Nous expérimentons ainsi un appauvrissement fondamental du sens même de la désinstitutionnalisation. Devant l'absence du « père » (véritable projet social d'insertion), la « mère » pousse « l'enfant » à l'extérieur... mais ne lui lâche jamais la main ! Quel sens a alors l'insertion sociale, et combien de temps faudra-t-il pour que, forcés par ces conditions d'échec prévisible, on ré-institutionnalise ?

## Qualité de vie et insertion à la communauté

En ces temps de néo-libéralisme, parler de qualité de vie des jeunes adultes psychiatisés en phase d'insertion sociale peut sembler un peu utopique. Et pourtant, devant les multiples formes d'appauvrissement qu'ils doivent subir, la question se pose ainsi : peut-on leur offrir une qualité de vie hors de l'institution supérieure à celle d'une prise-en-charge institutionnelle ? Car pour le jeune adulte avec des problèmes importants de santé mentale, les notions « d'autonomie » et « d'insertion sociale » peuvent être

autant de beaux rêves d'intervenants qui veulent leur bien ... et vont l'avoir ! Mais si, au lieu de parler de démotivation des psychiatisés à se réinsérer (Mercier, 1986), on parle de stratégie de survie et d'adaptation de cette clientèle, les enjeux ne sont plus les mêmes.

Mercier et Fillion (1987) font une revue de divers aspects du concept de « qualité de vie ». Plusieurs modèles sont présentés, desquels nous extrayons les principaux éléments de ce que pourrait représenter une qualité de vie pour un jeune adulte chronicisé qui pense à se réinsérer : a) une aisance matérielle minimale (argent, logement) ; b) un sentiment de sécurité suffisant ; c) l'intégration à un réseau relationnel ouvert, tolérant, favorisant la convivialité ; d) la construction d'une identité personnelle positive ; e) la possibilité de s'exprimer et d'acquérir un pouvoir social minimum (par exemple par le travail, la créativité, la solidarité, etc.) et ; f) la conviction de pouvoir continuer à progresser graduellement dans ce paradigme.

À l'heure actuelle, l'atteinte de ces objectifs pour un jeune adulte psychiatisé pose un problème, même s'il est motivé et qu'il réussit à prendre une certaine distance avec le contexte institutionnel. Ce qui le guette à court terme c'est une médication hypothéquante, le chômage et le b.e.s. « à vie », un logement temporaire ou désastreux, l'absence de véritable relation thérapeutique, une désaffiliation produite par la déculturation et, donc, l'absence de réseau relationnel satisfaisant et, bien sûr, l'absence de tout pouvoir social ainsi que d'une identité autre que celle de « malade mental ». Dans ces conditions, l'insertion sociale risque d'être rapidement torpillée.

Un problème fondamental semble être à la source de cette situation : l'étiollement du communautaire. L'implantation des ressources sans l'implication des communautés provoque des remous (Morin, 1986). Et l'insertion à une communauté nécessite au moins trois conditions : a) qu'il existe véritablement un tissu communautaire ; b) qu'une tolérance suffisante pour la folie soit présente dans ce milieu communautaire (Dorvil, 1987) et ; c) qu'un véritable modèle communautaire préside au processus d'insertion sociale en collaboration avec la personne à réinsérer.

Il semble indéniable que « l'esprit communautaire » est présentement en récession ; en effet, moins de gens s'impliquent dans les ressources communautaires, les mouvances urbaines grugent l'esprit de groupe, le pouvoir social se désintéresse souvent

des groupes communautaires ou les combat avec acharnement, les traditions d'entraide et de convivialité sont déracinées par l'éclatement des valeurs et des cultures. En santé mentale, les budgets accordés pour les ressources communautaires frisent le ridicule. Ainsi en 1984-85, à Montréal, 61,8 % du budget allait aux hôpitaux psychiatriques, 22,3 % aux hôpitaux de courte durée, 2,9 % aux C.L.S.C., et seulement 2,5 % au secteur des ressources communautaires (Huberdeau, 1988).

Vu les difficultés que comporte une insertion sociale à un communautaire effrité, certains intervenants reculent devant la notion d'insertion à la communauté. Corin (1987) note que le terme « communautaire » est en désaffection chez les intervenants, du moins dans le milieu psychiatrique. Et pourtant, le rapport Harnois (1987) compte sur le « communautaire » pour contribuer à la désinstitutionnalisation et la commission Rochon (1988) souligne souvent la nécessité des ressources communautaires et alternatives en santé mentale, recommandant clairement que leur développement soit favorisé (p. 316 et 692).

Beaucoup d'auteurs ont montré l'importance et l'utilité des ressources communautaires et alternatives en santé mentale. Elles sont souvent perçues comme moins déshumanisantes, moins déresponsabilisantes, plus en mesure d'apporter des réponses individualisées. Elles sont diversifiées, généralement bien ancrées dans le milieu environnant, offrant à la clientèle des possibilités de se construire un réseau relationnel plus investi ; elles sont respectueuses et flexibles, ouvertes et accueillantes. Leur côté légèrement contestataire, dit « alternatif » et branché sur la culture les rend souvent plus séduisantes pour les jeunes adultes en quête d'identité, de solidarité, d'enracinement. Leur incapacité généralement de prendre tout à fait en charge la clientèle les rend également plus responsabilisantes et moins associées à un pouvoir magique qui peut tout. C'est pourquoi, populaires auprès de la clientèle, elles le sont souvent aussi auprès des intervenants du milieu psychiatrique et institutionnel (Apollon, 1984 ; Corin, 1987 ; Fontaine et Rochette, 1986 ; Guay, 1987 ; Lecomte, 1984 ; Morin, 1986).

S'il y a certain consensus en faveur du « communautaire », et cela même à une ère où celui-ci se fait discret, il faut cependant en assurer concrètement au-delà des vœux pieux le développement.

## Conclusion

Le projet de réinsérer socialement les jeunes adultes psychiatisés semble faire consensus auprès des intervenants en santé mentale. Mais cette force consensuelle s'exerce dans une dynamique sociale et institutionnelle qui favorise l'inertie plutôt que le mouvement. Il ne s'agit pas de trouver des coupables mais de favoriser la réflexion sur les causes et les caractéristiques de cette inertie, et d'identifier la sémantique de cet immobilisme. Pour ce faire, il est nécessaire de se questionner sur le *sens* pour les divers acteurs du champ de la santé mentale et pour la clientèle du phénomène de la désinstitutionnalisation.

L'expérience et l'observation démontrent que la psychiatrie n'opère pas dans un monde éthéré, étranger aux contingences sociales, politiques et économiques. Ses « progrès scientifiques », son cadre institutionnel, son discours professionnel s'insèrent dans une relation souvent ambiguë avec un pouvoir social, une éthique et une praxis sociale, qui en valide ou non les paradigmes. Les métaphores du « père absent » et de la « mère ambivalente » forment une hypothèse du *sens* qui peut être accordé, du point de vue même de la clientèle, au vécu de la déshospitalisation.

Face à la situation précaire de la jeunesse en général, le personnel hospitalier hésite souvent avec raison à appuyer des projets d'insertion qui risquent de confronter nombre de jeunes usagers à de nouveaux échecs. Ces pronostics sombres, les psychiatisés les partagent. D'autre part, l'hospitalisation en psychiatrie est encore aujourd'hui souvent vécue sur un mode négatif<sup>1</sup>. Dans un tel contexte, le recours aux « adaptations secondaires » ou à une « exploitation du système » est quasi inéluctable — la folie ayant ses raisonnements sains. Les perspectives de « carrières » du jeune adulte psychiatisé sont rébarbatives de part et d'autre : appauvrissement social d'un côté, ou appauvrissement institutionnel (effets iatrogènes) de l'autre.

Pour y obvier, il serait bien illusoire de vouloir forcer la résurrection des solidarités traditionnelles — la famille, par exemple. C'est pourtant dans cette direction que semblent se diriger les politiques gouvernementales. Que l'on pense au rôle de pourvoyeur clairement dévolu aux familles selon la réforme Paradis de l'aide sociale, à l'aide sociale, à la reconnaissance de celle-ci par le ministre Dutil, délégué à la

famille, comme un pan de sa future politique familiale, et au rôle également dévolu aux familles dans le processus de désinstitutionnalisation tel que proposé par le rapport Harnois. L'utilisation de la famille s'inscrit alors comme solution à l'absence de véritable projet social d'insertion, comme solution aux maux de tête de la désinstitutionnalisation. On ferme les portes, alors renvoyons les « malades » dans leur familles! Pour l'usager vouloir mieux être malade dans sa famille que malade dans sa tête? Ironique dilemme! C'est évidemment faire fausse route et risquer de tomber dans un des fossés de l'Histoire, l'institutionnalisation s'étant justement développée dès le XVIIe siècle à cause de l'incapacité des solidarités conviviales d'absorber le contingent croissant des marginaux de l'industrialisation et de l'urbanisation. Avant de trouver des programmes, il faut vraiment comprendre le phénomène.

Cette recherche ne peut plus se faire à partir d'une analyse à sens unique provenant des questionnaires ou des intervenants. Elle ne peut être développée à partir du regard extérieur de ceux qui veulent pour d'autres. Il devient urgent d'identifier ce que représente pour les usagers des services la désinstitutionnalisation, ce qu'ils perçoivent et intègrent de cette migration sociale, et les réflexions et comparaisons qu'ils font entre « l'avant » et « l'après » de cette transition. Si on peut mener le cheval à l'abreuvoir, on ne peut jamais l'obliger à boire.

Par ailleurs ce mouvement d'insertion précipite la nécessité d'identifier ce qui peut être un véritable milieu d'accueil, à partir du moment où on réalise qu'on ne doit pas compter *a priori* sur les structures sociales et communautaires, mais bien créer des conditions véritables d'intégration sociale, des lieux d'affiliation et d'identité transitoires, des initiatives nouvelles développées par les usagers mêmes en relation avec les milieux communautaires. Le seul critère réaliste et mesurable de succès de ces efforts consiste en une évaluation de la qualité de vie des psychiatisés ré-insérés, telle que perçue par eux-mêmes. Cette optique permet alors de développer des projets de recherche et d'intervention qui soient vraiment adaptés aux besoins actuels de cette clientèle.

#### NOTE

1. Au colloque de COSAME et du CSSSRMM (avril 88 à Laval), cette perception semble notamment se dégager de la recherche présentée par M. Robert Letendre: « Dynamique de l'expé-

rience de l'hospitalisation en département interne de psychiatrie ».

#### RÉFÉRENCES

- Apollon, W., 1984, Parole et rupture institutionnelle dans les alternatives in Bergeron, D., Cantin, L., eds., *Les alternatives en santé mentale*, Éditions Québec/Amérique, Montréal, 231-244.
- Beausoleil, L.P., 1984, Rapport entre les alternatives en santé mentale et l'institution in Bergeron, D., Cantin, L., eds., *Les alternatives en santé mentale*, Éditions Québec/Amérique, Montréal, 85-91.
- Benoist, A., 1987, New York se demande si elle ne devrait pas remettre ses « fous » en institution, *La Presse*, édition du lundi 2 novembre 1987, B-12.
- Blumberg, I., 1983, La réinsertion psycho-sociale des années 80: rétrospective et perspectives internationales, *Transitions*, no. 13, 7-23.
- Caron, S., 1987, L'état et ses nouveaux rôles, *Pour un réseau autonome en santé mentale?*, Actes du colloque tenu à Québec les 20 et 21 novembre 1986, 49-53.
- Castel, F., Castel, R., Lovell, A., 1979, *La société psychiatrique avancée: le modèle américain*, Bernard Grasset, Paris.
- Castel, R., 1976, *L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris.
- Comité de politique de santé mentale, 1987, *Pour un partenariat élargi: Projet de politique de santé mentale pour le Québec*, ministère de la Santé et des services sociaux.
- Corin, E., 1987, Contraintes et stratégies: la pertinence de la notion de communauté dans le cas de patients schizophrènes, in E. Corin et al. eds., *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Éditions du GIRAME, Montréal, 179-193.
- CPPQ, 1988, Réaction au document: « Pour une politique de sécurité du revenu », Mémoire présenté par la Corporation professionnelle des psychologues du Québec à la commission parlementaire portant sur la réforme de l'aide sociale (réforme Paradis), février 1988.
- Dorvil, H., 1987, La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental, *Santé mentale au Québec*, 12, no 1, 55-65.
- Fontaine, N., Rochette, R., 1986, Ailleurs et autrement, *Santé mentale au Québec*, 11, no. 2, 75-88.
- Foucault, M., 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.
- Francoeur, J., 1988, Analyse: Faut-il reprendre la Bastille?, I. *Le Devoir*, édition du 23 février 1988, 8.
- Goffman, E., 1968, *Asiles*, Éditions de minuit, Paris.
- Guay, L., 1987, La dynamique d'un milieu défavorisé: Pointe Saint-Charles. Ou ... pas de psychiatrie communautaire sans communauté in E. Corin et al., eds., *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Éditions GIRAME, Montréal, 215-224.
- Huberdeau, M., 1988, Les psychiatisés crient au secours!, *Réseau*, Université du Québec, 19, no. 5, janvier 1988, 19-21.
- Jones, M., 1952, *Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities*, Tavistock, London.

Lamontagne, Y., et al., 1987, *La jeunesse québécoise et le phénomène des sans-abris*, Presses de l'Université du Québec (Québec-Sciences éditeur), Montréal.

Lazure, J., 1984, La société alternative et les jeunes, *Santé mentale au Québec*, 9, no. 2, 141-149.

Lecomte, Y., 1984, Les jeunes adultes (18-35 ans) en voie de chronicisation, *Santé mentale au Québec*, 9, no. 2, 134-140.

Mangen, S.P., 1987, Mental health policies in Europe: An analysis of priorities and problems, *The International Journal of Social Psychiatry*, 33, no. 2, 76-82.

Mendel, G., 1968, *La révolte contre le père*, Petite bibliothèque Payot, édition de 1972, Paris.

Mercier, C., 1986, L'intervention à l'hôpital psychiatrique à l'ère de la déshospitalisation, *Santé mentale au Canada*, 34, no. 3, 15-19.

Mercier, C., Filion, J., 1987, La qualité de vie: perspectives théoriques et empiriques, *Santé mentale au Québec*, 12, no 1, 135-143.

Morin, P., 1986, Main basse sur les alternatives, *Santé mentale au Québec*, 11, no. 2, 89-94.

Pirella, A., 1987, The implementation of the italian psychiatric reform in a large conurbation, *The International Journal of Social Psychiatry*, 33, 2, 119-131.

Poirier, M., Gagné J., 1988, Le rapport Harnois sur la santé mentale; un partenariat voué à l'échec, *Le Devoir*, édition du 28 janvier 1988, 9.

Rochon, J., et al., 1988, *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les Publications du Québec, février 1988.

Roy, S., 1985, *Clochardise et marginalisation: deux concepts, une réalité*, Mémoire de maîtrise (sociologie), Université du Québec à Montréal.

Shaw, E.D., Stokes, P.E., Mann, J.J., Manevitz, A.Z., 1987, Effects of Lithium Carbonate on Memory and Motor Speed of Bipolar Outpatients, *Journal of Abnormal Psychology*, 96, no 1, 64-69.

Toews, J., Barnes, G., 1986, Le malade mental chronique et la psychiatrie communautaire un secteur en difficulté, *Santé mentale au Canada*, 34, no. 2, 2-9.

Tousignant, M., 1987, La psychiatrie interrogée in E. Corin et al., eds, *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Éditions du GIRAME, Montréal, 269-271.

Zola, I.K., 1981, Culte de la santé et médicalisation, in Bozzini et al., eds, *Médecine et société: les années 80*, Éditions St-Martin, Montréal.

#### SUMMARY

Social integration of young adult psychiatric patients is seen differently by those who dispense psychiatric and institutional services, and the people who use those services. Institutional personnel are caught in a web of contradictions, living the strange ambivalence of an institution which must deinstitutionalize its clientele. On the other hand, the young adult using mental health services sees the impact social integration will have on his quality of life: is life "outside" possible when both institutional organization and conditions within society contribute to impoverishing one's personality and resources?