

Un chien dans un jeu de quilles

Le mouvement des psychiatrisés et la politique de santé mentale communautaire en Ontario

Louise Blais, Louise Mulligan-Roy et Claude Camirand
Université d'Ottawa

Abstract: *This article is a study of the history of the consumer/survivor movement that has emerged in the aftermath of psychiatric deinstitutionalization in Ontario since the 1970s. In broad strokes, the study attempts to understand the social and cultural dynamics underlying its emergence: the conditions and context of its emergence as a social movement; its relationship to governmental and institutional bodies; the practice models which it invents and develops with respect to people with a psychiatric diagnosis; as well as its transformation through the years. In short, this article develops a viewpoint from which to read society and its relationship to its own margins.*

«La folie ne peut se trouver à l'état sauvage. La folie n'existe que dans une société, elle n'existe pas en dehors des formes de la sensibilité qui l'isolent et des formes de répulsion qui l'excluent et la capturent.»
(Foucault, 1994: 169)

Depuis trente ans, toutes les provinces canadiennes, comme ailleurs en Occident, ont effectué un virage quant à la manière de traiter les comportements jugés fous, dangereux, anormaux, imprévisibles, malades . . .¹ Désormais, l'hôpital psychiatrique est devenu un lieu pour les périodes de «crise» qui peuvent être de durée et de nature variables, mais qui constituent une fraction de la vie des personnes ayant un diagnostic de maladie mentale. Entre les périodes d'hospitalisation, elles auront à faire face, comme tout le monde, aux exigences de la vie quotidienne. À cette différence près que le diagnostic psychiatrique et l'expérience qu'il recouvre constituent des lourds handicaps en ce qui a trait à «l'être comme tout le monde».

Plusieurs années d'expérience ont en effet permis de constater les dégâts des politiques de désinstitutionnalisation², les études s'étant multipliées au fil des ans pour en montrer les faiblesses, voire les échecs. Ainsi par exemple, aux USA chez qui le Canada emprunte largement ses chiffres sur le sujet, on établit à 30% des sans abris les personnes ayant des troubles psychiatriques; de même pour 29% de la population carcérale (Torrey, 1989; Demers et Genest,

1993). Ainsi, aussi, selon des études ayant fait leur marque sur les politiques de santé et les virages ambulatoires (Marshall, 1982; Spitzer et al., 1985), les «cas psychiatriques» qui constituent, avec les personnes âgées, une des principales causes de l'engorgement des urgences dans les hôpitaux. D'où le phénomène des «portes tournantes» qui préoccupe les milieux d'intervention depuis bon nombre d'années. Enfin, les chiffres montrant la quasi-impossibilité de retrouver son emploi après la première hospitalisation psychiatrique (Hébert, 1985) et les taux de pauvreté extrême chez les personnes ainsi marquées (Blais, 1986; Capponi, 1992).

La situation des personnes psychiatisées — chômage massif, pauvreté, liens affectifs fragiles, sinon inexistants, hostilité manifeste de l'environnement — montre à quel point les phénomènes assimilés à la maladie mentale servent encore de repoussoir dans la société. En effet, l'expérience des dernières décennies de désinstitutionnalisation psychiatrique tend à donner raison à Foucault (1994: 477-499) quand il rappelle qu'à travers toutes les réformes de la psychiatrie depuis deux siècles, c'est le sens de l'exclusion qui a persisté, en changeant de forme et de lieu. De ce point de vue donc, les politiques de désinstitutionnalisation ne sont pas a priori ou en soi porteuses d'un rapport fondamentalement différent face à l'étrangeté de cette chose qu'on nomme aujourd'hui maladie mentale. Le rejet, le refoulement vers la marge, la fragilisation du lien social allant jusqu'à la désaffiliation qui menace la citoyenneté (Castel, 1995) constituent la matière brute des conditions sociales des psychiatisés de la génération de la désinstitutionnalisation psychiatrique («désins»).

Ces considérations mettent en évidence la situation sociale précaire des psychiatisés³ dont on peut dire, à l'instar de Castel (1995) et de Gaulejac et Taboada Léonetti (1994), qu'ils constituent, avec d'autres, tels les sidéens ou les sans domicile fixe, une des figures contemporaines de l'exclusion. Toutefois, sans nier le caractère dramatique de l'expérience et des conditions d'existence des psychiatisés, il nous semble qu'à force de ne dresser que le tableau des misères de la «désins», on nourrit les appels qui se font de plus en plus explicites sur la place publique à la revalorisation du rôle et des fonctions de l'hôpital psychiatrique⁴ (Torrey, 1989; Lesage, 1997; Bernard-Thomson et Leichner, 1997). En d'autres termes, à des problèmes qui se vivent et se matérialisent dans le champ socio-culturel, on propose une réponse psychiatrique et institutionnelle opérant de manière décentralisée, mais partant de l'hôpital. Dans ce contexte, il est important de recadrer les recherches de manière à voir comment l'expérience de la «désins» a pu déboucher, non seulement sur des obstacles et fermetures, mais aussi sur des ouvertures; sur des politiques et des pratiques qui doivent être saisies dans ce qu'elles offrent de potentiel dans la reconstitution de l'identité et du lien social que le trouble mental a perturbé, sinon détruit.

L'article qui suit s'inscrit dans cette perspective de décentrement pour voir ce qui s'est mis en place dans les plis de la «désins» en Ontario, quelles reconfigurations des rapports entre les divers acteurs sociaux y ont été suscitées. Dans ce cas-ci, c'est le point de vue des psychiatrisés qui servira de point d'entrée au questionnement. Dans le contexte de sociétés hautement planifiées et professionnalisées, on a tendance à perdre de vue, et donc de la pensée, ce qui s'organise dans le monde de la vie quotidienne, hors de l'institutionnel. Pourtant, c'est bien dans ces espaces de la vie au quotidien que les gens, «même» parmi les plus «poqués», tentent de se tailler, tant bien que mal, des marges de manoeuvre pour (re)négocier, jour après jour, leur statut de sujet avec le milieu (de Certeau, 1990; Lesemann, 1995; Corin, Rodriguez Del Barrio et Guay, 1996; Blais, 1998) Ne pas en parler, ne pas chercher à voir ce qui se met en place (ou tente de se mettre en place) en dehors de la logique de la planification technocratique, consiste à réduire au silence et faire disparaître de la conscience collective des efforts, gestes et actions ayant à la fois valeur symbolique et valeur instrumentale qui pourraient servir de point de départ pour repenser les services publics et les solidarités sociales (Dupuy, 1982).

L'article s'intéresse à l'histoire du mouvement des psychiatrisés ayant émergé dans la foulée de la «désins» des années 70 en Ontario. En brossant à grands traits cette histoire on cherche à saisir un tant soi peu la dynamique sociale et culturelle qui lui est sous-jacente : les conditions et le contexte de son émergence en tant que mouvement, son rapport aux instances gouvernementales et institutionnelles, les modèles de pratiques qui y sont proposés pour (et par) des personnes aux prises avec des troubles mentaux, ainsi que les formes diverses qu'il peut prendre au fil des ans et des conjonctures. En somme, il s'agit d'un angle, d'un point de vue à partir desquels on peut faire la lecture d'une société et son rapport à ses marges.

Le mouvement des psychiatrisés en Ontario

Repères historiques

L'émergence du mouvement des psychiatrisés en Ontario remonte au début des années 1970 et doit être située dans le contexte de la critique, généralisée en Occident, de la psychiatrie formulée par les mouvements des femmes (Chesler, 1983; Smith et David, 1976) et de l'anti-psychiatrie (Laing, 1969; Szasz, 1961). Ses tous débuts sont largement attribués aux efforts d'un psychiatrisé de Toronto qui, cherchant des alternatives à la psychiatrie, se rend à Vancouver en 1973 pour visiter le *Mental Patients Association* (Weitz, 1988)⁵. Dans les années qui suivirent, naîtront une foule d'initiatives émergeant du champ social, parfois avec l'appui et le soutien concrets d'intervenants et intervenantes du réseau formel et se trouvant généralement en position critique par rapport aux pratiques dominantes. Ces regroupements se voulaient des espaces de création de réseaux sociaux diversifiés, allant de l'entraide à la défense des

droits, des réseaux d'échange (entre autres de la parole, donc des symboles), de création d'emploi (tel le *Mad Market*⁶), de communication (tel *Phoenix Rising*), etc. Ce sera à partir de ces initiatives et en s'inspirant de mouvements semblables aux États-Unis et en Grande Bretagne notamment, que l'on fondera, à Toronto en 1977, le *Ontario Mental Patients Association* (OMPA) (Weitz, 1988; Everett, 1997; Shimrat, 1997).

En 1979, le *Ontario Mental Patients Association* est renommé *On Our Own* d'après un livre qui fera marque de Judi Chamberlin (1979) dans lequel elle décrit son expérience de psychiatisée et critique les fondements de la psychiatrie proposant comme alternative une approche fondée sur l'entraide («self-help» en anglais). L'année suivante, deux membres de *On Our Own* fondent le journal *Phoenix Rising: The Voice of the Psychiatrized* qui servira d'expression du point de vue des psychiatisés sur la folie/maladie mentale et le système psychiatrique (Weitz, 1988). Pendant les 10 années de son existence, il publiera des articles sur l'usage et les conséquences des traitements de chocs, sur les effets secondaires des médicaments, sur le rapport fort problématique entre thérapeute et malade, sur l'évolution du mouvement des psychiatisés en Ontario et ailleurs; il publiera aussi des poèmes et autres formes d'expression créative. En 1987, il comptait plus de 1200 abonnés (Shimrat, 1997), tant en Ontario qu'ailleurs au pays. En somme, tant dans sa durée que dans son rayonnement, il eut une feuille de route qui ferait l'envie de bien des revues savantes.

Les fondateurs de *Phoenix Rising* avaient décidé, dès sa mise sur pied, qu'aucune demande de subvention auprès de l'État ne serait faite pour financer ses activités, jugeant que l'implication de l'État risquait de diminuer leur contrôle sur l'orientation et le contenu du journal et plus précisément de compromettre leur positionnement critique à l'égard du système de santé mentale et de la psychiatrie (Weitz dans Shimrat, 1997: 49). Sur ce point, ils rejoignaient d'autres regroupements, tel le *Mad Market*, mentionné plus haut, qui cherchait aussi à maintenir son indépendance en finançant le mouvement à même ses recettes commerciales. Cette préoccupation pour le maintien de l'autonomie et d'une distance critique face à l'État et son appareil psychiatrique, marquera longtemps les débats internes du mouvement, en Ontario comme ailleurs du reste (Lamoureux, 1994; Church, 1995; Shimrat 1997). En effet, les subventions de l'État s'avéreront, comme nous verrons, une sorte de *Catch-22* pour le mouvement, à la fois source de survie et compromettant son autonomie.

Le mouvement des psychiatisés prendra de l'ampleur jusqu'aux années 1986-87. Il aura un écho indéniable dans divers milieux, dont l'institutionnel, où l'accueil, on s'en doute, sera généralement, mais pas toujours, hostile. Il mettra en effet sur la place publique le problème des relations de pouvoir et les abus au sein de la psychiatrie et revendiquera des changements au

niveau de la législation provinciale garantissant le respect des droits des psychiatisés (Burstow, 1988; Weitz, 1988; Shimrat, 1997). Ainsi, par exemple, en 1980, une manifestation à Queen's Park rendant public le décès d'un jeune psychiatisé dû à une surdose de médicaments administrée lors de son internement au Queen Street Mental Hospital. Ainsi aussi, une manifestation en 1981 à Queen's Park en collaboration avec le *Supportive Housing Coalition of Metropolitan Toronto* pour revendiquer l'amélioration des conditions de logement des psychiatisés; l'organisation de la 10e *Conference For Human Rights and Against Psychiatric Oppression* à Toronto en 1982; le rassemblement à Toronto, encore en 1982, pour manifester contre la tenue de l'Assemblée annuelle de l'American Psychiatric Association ou, enfin, la formation en 1984 de l'*Ontario Coalition to Stop Electroshock* revendiquant l'abolition des électrochocs comme mode de traitement en psychiatrie.

Bref, à travers ses diverses actions qui se poursuivront avec plus ou moins d'intensité tout au long des années 80, comme nous verrons — journaux, manifestations, dénonciation du modèle médical dominant face à la folie, défense des droits des psychiatisés, innovation au niveau des modèles de pratiques — on peut dire qu'il s'agissait d'un mouvement social qui aura, comme nous le verrons, un impact indéniable, mais difficilement mesurable, sur l'évolution des politiques et l'organisation des services de santé mentale à venir en Ontario.

Repères théoriques

Qu'entendons-nous par mouvement social ? Les mouvements sociaux, dirait Touraine (1992), comprennent des individus qui agissent collectivement pour modifier l'environnement matériel et social dans lequel ils se trouvent en mettant en cause les modes de décision, les rapports de domination et les valeurs d'une société. D'une part, les mouvements sociaux cherchent à redéfinir leurs rapports aux appareils d'intervention de l'État qui, par l'entremise des programmes gouvernementaux, dont les services de psychiatrie/santé mentale, s'approprient le social. Les mouvements sociaux ont une fonction essentielle de démocratisation dans la mesure où ils contribuent à l'élargissement des espaces publics et politiques non institutionnels; ils créent des canaux de participation, donnant ainsi aux processus décisionnels une plus grande visibilité (Melucci, 1993: 195; Maheu, 1983). Comme le souligne Thériault (1995: 70), les mouvements sociaux revendiquent «une société démocratique où le vivre ensemble serait le résultat d'une libre discussion émanant de solidarités actives, et non le résultat de stratégies imposées par des appareils».

D'autre part, les mouvements sociaux produisent un renouveau du tissu de la vie quotidienne, en créant de nouveaux réseaux de solidarité qui innovent, voire rénovent, sur le plan socioculturel et alimentent la participation civique. Ils agissent aussi comme des signes, pour reprendre Maheu (1983) et Melucci

(1993), en mettant en lumière l'irrationalité et l'arbitraire des codes culturels dominants. Par leur existence même, ils posent un défi au pouvoir en place en proposant des alternatives de sens. Ces lieux constituent, en fait, des laboratoires sociaux, des lieux d'expérimentation où les individus et groupes testent leur capacité de modifier les codes culturels dominants (Maheu et Descent, 1990; Melucci, 1991). C'est dans ce sens que Lamoureux (1994: 42) décrit les mouvements sociaux comme des «microcosmes associatifs, des expérimentations concrètes, des espaces d'initiatives, des micro-organismes relativement autocentrés, tentant de résoudre au jour le jour des manques, des tensions, des désirs, des conflits, des contradictions».

Ces repères théoriques permettent de mieux situer le mouvement des psychiatisés en Ontario et d'en apprécier son impact et son influence à un niveau plus qualitatif que quantitatif. Il s'agit bien sûr d'une influence qui ne se réduit pas à une logique comptable, mais plutôt qui travaille l'imaginaire collectif de manière à infléchir les façons de concevoir un problème donné et d'y proposer des éléments de solutions. Comme le mouvement des femmes par rapport à l'accouchement, parmi d'autres exemples, ou encore des gais par rapport au sida, le mouvement des psychiatisés s'avère un acteur important sur le plan symbolique et réel à la fois, dans l'élaboration de pratiques autres, en l'occurrence, face à la folie/maladie mentale.

Le mouvement des psychiatisés et la politique de santé mentale communautaire

Comme ailleurs au pays, l'Ontario amorcera, à partir de 1987, un processus d'élaboration d'une nouvelle politique de santé mentale pour tenter de résorber une situation jugée de plus en plus critique, à la fois par les milieux d'intervention et certains secteurs de la société : engorgement des urgences, «portes tournantes», familles débordées, itinérance . . .

Ainsi, en 1987, le Ministère de la Santé de l'Ontario (MSO) met sur pied le *Comité provincial de santé mentale communautaire* qui a pour mandat d'élaborer les bases d'une politique de santé mentale dont les mots d'ordre sont : décentralisation, participation, partenariat, communautarisation⁷. Dans son rapport final (1988), baptisé le *Rapport Graham*, au nom de son président, le comité préconise une nouvelle orientation communautaire au niveau du développement, de la planification et de la prestation des services en santé mentale qui fait appel au partenariat entre les psychiatisés, leur famille, les fournisseurs de services et l'État. Il proposera également la participation des psychiatisés au processus de réforme du système de santé mentale (Church, 1996). En 1989, le MSO établit le *Sous-comité législatif sur les services communautaires en santé mentale* afin d'examiner comment les recommandations faites par le *Comité provincial de santé mentale communautaire (Rapport Graham)* pouvaient être traduites dans la législation. Sur

ces deux points — la participation des psychiatrisés au processus de réforme et l'orientation communautaire des politiques et des services — le mouvement des psychiatrisés aura un impact, certes mitigé, voire paradoxal, dont il n'est pas inutile de rappeler certains traits.

La participation comme idée et comme pratique

Dans l'histoire de l'évolution des politiques et services de santé publique, l'idée voulant que les «gens ordinaires» participent aux processus décisionnels les concernant constitue à la fois un revirement et une occasion. Un revirement en ce sens qu'elle introduit un nouvel acteur, profane, dans un processus dominé exclusivement par des experts depuis de nombreuses décennies. L'idée a sa source dans les mouvements sociaux des années 60 et 70 pour qui les revendications et les pratiques faisaient du contrôle sur le traitement des corps et esprits un enjeu démocratique. Et bien qu'on peut la dire diluée, l'idée a fait son chemin dans les discours officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1978 où l'on voit une préoccupation explicite pour le «contrôle social» de la population sur les systèmes socio-sanitaires (OMS, 1985, in Blais et Coloma, 1996). C'est en ce sens que l'on peut voir l'idée de la participation comme une occasion, une ouverture, dont les potentialités de réalisation dépendront des traditions sociopolitiques spécifiques aux divers contextes nationaux : l'état des rapports de forces, dans une société donnée, les débats publics, l'existence de mouvements sociaux, l'ouverture relative d'un gouvernement à la participation populaire, etc. C'est ce qui permet, ou non, que l'idée de la participation puisse se traduire en pratique.

Church (1996) soutient que les premiers travaux sur la participation des psychiatrisés à l'élaboration des politiques et services de santé mentale au Canada ont été réalisés dans le cadre du projet *Framework for Support* mis sur pied par le bureau national de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). Dans le document intitulé *Participating* publié en 1986, la participation des consommateurs était définie comme un processus impliquant des individus qui ont eu l'expérience directe d'un problème de santé mentale. L'idée de la participation des psychiatrisés est apparue pour la première fois dans un document gouvernemental, le *Rapport Graham*, qui appuyait le principe selon lequel les consommateurs de services devaient être pleinement impliqués dans le développement de services en santé mentale. Était également envisagé dans ce rapport, un système qui engendrerait un partenariat entre les psychiatrisés, leurs familles, les intervenants et le gouvernement (Church, 1996: 29).

Au printemps 1990, un sous-comité créé lors de l'implantation du *Rapport Graham* amorça une consultation provinciale. Les conseils régionaux de santé reçurent le mandat de coordonner les rencontres et d'encourager la participation des consommateurs de services. Malgré l'importance qui y était accordée

à la participation des psychiatrisés dans l'élaboration des orientations et des services en santé mentale, en fait, aucun n'avait été nommé au sous-comité consultatif. De plus, les consultations publiques étaient organisées autour d'un document de discussion préparé par le sous-comité qui énumérait des questions générales portant, entre autres, sur l'étendue de la législation proposée, la décentralisation et la communautarisation des services, les mandats régionaux, le financement, la coordination des services, la confidentialité et la tenue de dossiers (Church, 1996). En d'autres termes, les paramètres des consultations, l'ordre du jour si l'on veut, étaient largement déjà fixés.

C'est dans ce contexte que naîtra le *Toronto Psychiatric Survivors* qui aura pour raison d'être d'assurer la participation directe de gens ayant été usagers du système psychiatrique aux diverses instances de partenariat qui se mettaient en place. C'est ainsi qu'après s'être muni d'outils de formation (Church et Reville, 1990) permettant à la fois de débattre les enjeux de la participation et d'identifier un leadership capable d'en assumer la charge, on proposera au sous-ministre de la Santé la présence de psychiatrisés au sein du sous-comité ; trois y seront éventuellement nommés.

Le processus de consultation proposé par le *Rapport Graham* ouvrait donc aux psychiatrisés des espaces publics dans lesquels ils pouvaient s'exprimer. Toutefois, comme le montre Church (1996) ces espaces étaient parsemés de barrières qui compromettaient une participation réelle.

Senior bureaucrats were oriented to consumer participation as an established health policy direction: for them it was connected to managing health care costs through decentralized planning and decision making. Further down the hierarchy, the same policy was understood not just as an idea but as a process which involved real people. This was considered acceptable just as long as those people played by the established rules. (Church, 1996: 38)

Church (1996) décrit les barrières et les embûches qu'ont rencontrées les psychiatrisés lors de leur participation à la consultation provinciale. Parmi les obstacles à franchir pour pouvoir participer, le premier venait directement des individus sous forme d'hésitation et de manque de confiance. Toutefois, le deuxième obstacle émanait des attitudes et des structures limitant les ressources nécessaires à une réelle participation des psychiatrisés (Church, 1996: 28). En effet, du point de vue des psychiatrisés, la participation s'est avérée un processus ardu, véritable «chocs des cultures» selon l'expression de Guay (1991) dont il faut tenter de se représenter la scène. D'un côté des administrateurs, professionnels et fonctionnaires avec leur code vestimentaire, un langage commun, un point de vue sur les services qui, sans être «unique», s'inscrit dans une logique de l'efficacité, de la planification, du rationnel, du traitement. De l'autre, les psychiatrisés dont le code vestimentaire répond à d'autres impératifs, notamment ceux de la pauvreté, et dont le contenu du

discours porte sur l'expérience du système psychiatrique, de la vie dans le milieu dit naturel, des préjugés à leur égard, de la pauvreté, de la souffrance (Church et Reville, 1990). Bref, il n'est pas déraisonnable d'imaginer que la présence de psychiatisés venait déstabiliser les règles du jeu en confrontant le caractère objectif, détaché, rationnel du savoir officiel à l'expérience subjective et à des points de vue autres sur une situation-problème donnée et ses remèdes.

Ceci rappelle les travaux de Godbout (1983) éclairant les enjeux sous-jacents à l'idée de la «participation» qui marquent les politiques de santé mentale en Ontario, comme ailleurs, depuis les années 80. D'abord, nous dit-il, si la participation a pour origine une «demande» de la base, il y a aussi une «offre» de la part de l'État, comme une sorte de geste posé par l'État envers sa «clientèle» afin de réduire la distance entre les deux (1983: 155, 158). En effet, la participation constitue, de la part de l'État, une invitation faite à des groupes sociaux, en l'occurrence des psychiatisés, à la mobilisation en faveur des propositions qu'il lui fait. La participation n'est donc pas un «cadeau» des gouvernants aux gouvernés, comme Church (1996) et Lamoureux (1994) ont montré de manière saisissante pour l'Ontario et le Québec. C'est pourquoi, selon Godbout (1983: 156-157), «en retour l'organisation accompagne cette demande de mobilisation de l'offre, implicite ou explicite, d'une éventuelle influence sur l'organisation ou l'État. Elle laisse entendre aux participants qu'ils seront "dans le coup"». Donc du point de vue de l'État, la participation peut ressembler à un substitut au mode oppositionnel/revendicateur des mouvements sociaux, sorte de pacificateur comme solution aux conflits d'intérêts entre les divers acteurs impliqués dans un système tel celui de la santé mentale (1983: 157).

Mais au delà de ses pièges et ambiguïtés, il n'y a pas que des aspects négatifs à la question de la participation. Au contraire, on peut penser, à la lecture des travaux, par exemple, de Church (1995, 1996) et Everett (1994, 1997) pour l'Ontario ou de Lamoureux (1994) pour le Québec, que les débats l'entourant ont permis de redéfinir l'identité du mouvement, notamment son rôle et sa spécificité par rapport au milieu institutionnel. Cela a sans doute aussi contribué à ranimer un mouvement qui battait de l'aile à la toute fin des années 80, de telle sorte qu'en janvier 1990, suite à un congrès international de psychiatisés tenu à Montréal⁸, il se donnera de nouvelles orientations, plus radicales, et un nouveau nom pour refléter son caractère désormais provincial : l'Ontario Psychiatric Survivors Alliance (OPSA). De plus, l'arrivée au pouvoir, à l'automne de la même année, d'un gouvernement social-démocrate étroitement lié aux divers mouvements sociaux de l'Ontario et dont un des élus était lui-même psychiatisé, proche de ce mouvement, donnait un nouvel élan à l'idée de participation et au processus de consultation. Nous reviendrons sur ces derniers points.

L'analyse des politiques (Blais et Coloma, 1996; Camirand, 1997) ayant émergé dans cette période montre bien que les psychiatrisés ont pu s'imposer, non plus comme seul objet passif, mais comme acteur, parmi d'autres acteurs, des réformes, des «virages» et des réorganisations institutionnelles à venir. Ainsi, les recommandations énumérées dans la politique de 1993, *Mettre la personne au premier plan*, porteront, entre autres, sur le respect de l'autonomie, de la liberté et des droits des individus, les psychiatrisés ayant réussi à s'assurer que le rapport final adopte une approche axée sur la défense des droits (Church, 1996), sur des mesures sociales telle le logement, et sur la reconnaissance et le financement des initiatives des psychiatrisés et de leur entourage. Désormais leurs projets obtiendront un financement de la part de l'État et leurs membres auront, jusqu'en 1997, une place statutaire, à raison de 30% des sièges dans certaines instances de la planification régionale. Cela voulait dire, comme le révèle cet extrait de témoignage cueilli dans une recherche en cours⁹, que « . . . dans une salle de réunion de 20 personnes, six ou sept [étaient des psychiatrisés] . . . les voix étaient écoutées, respectées, elles avaient plus de poids dans la salle».

C'est cette percée de la perspective des personnes généralement exclues, entre autres et en particulier, des lieux décisionnels les concernant, qui marque l'originalité de la politique néo-démocrate. En fait, elle a pu pousser le raisonnement déjà contenu dans le *Rapport Graham* parce que, en tant que formation politique s'étant historiquement appuyée sur, ou pris source dans, les mouvements sociaux, les psychiatrisés se trouvaient à avoir, pour la première fois, droit de parole. Comme le révèle un autre extrait d'un témoignage recueilli dans le cadre de la même recherche impliquant un des groupes longtemps actif dans le mouvement des psychiatrisés en Ontario :

. . . le NPD consultait tout le monde. Nous avons eu l'occasion de participer aux divers forums, de siéger au comité aviseur provincial sur la réforme en santé mentale qui revoyait tout le matériel revenant au gouvernement . . . *Mettre la personne au premier plan* s'approchait des idées que nous avions concernant le système de santé mentale et la direction qu'il devait prendre. Un virage très positif et très fort de l'institution vers la communauté pour focaliser sur des questions comme le logement, le soutien et les initiatives des consommateurs/survivants.

La communautaire

L'idée du «communautaire» est omniprésente dans les discours et politiques de la santé mentale de l'Ontario, comme ailleurs au Canada. Elle recouvre des réalités aussi diverses que la cuisine collective ou le groupe d'entraide, jusqu'à la clinique externe de psychiatrie, voire l'hôpital parce qu'il a pignon sur rue. Cette dilution de sens — tout pouvant être communautaire — n'est pas sans risque dont celui de reproduire «hors les murs», les relations hiérarchiques et

professionnelles de l'institution médico-hospitalière telle que nous la connaissons. Quelques repères théoriques permettront de mieux comprendre ce qui est mis en place par les politiques de santé mentale communautaire dans le contexte de la «désins» psychiatrique.

Comme l'ont remarqué White et Mercier (1995: 21), le développement des ressources communautaires en santé mentale est lié à deux facteurs : d'une part, la volonté politique d'un certain nombre d'individus en mesure d'affecter des fonds publics à l'élaboration de services complémentaires à ceux qui sont offerts par l'hôpital psychiatrique et, d'autre part, l'action d'initiateurs à la base, c'est-à-dire de personnes, de groupes communautaires, de regroupements provinciaux, de mouvements sociaux qui privilégient la mise sur pied de services alternatifs à la psychiatrie. Cette distinction nous paraît utile dans la mesure où elle offre des catégories d'analyse, du moins provisoires, permettant de saisir un tant soi peu les dynamiques différentielles sous-tendant le «communautaire» en santé mentale dans le contexte ontarien.

Ainsi, dans le premier cas et pour certains acteurs, dont des planificateurs, administrateurs et professionnels, l'expression «communautaire» a tendance à correspondre essentiellement à une référence *instrumentale*. Il s'agit ici essentiellement de services planifiés «par le haut», axés sur la réadaptation psychosociale et s'inscrivant dans un système de services intégrés et continus. Ils visent une population ciblée pour qui les besoins sont définis par divers professionnels, selon des grilles standardisées et extérieur à l'univers de sens des premiers concernés (Blais, 1998). Ce communautaire de type instrumental comprend les structures intermédiaires qui sont, de fait, le prolongement du réseau formel et agissent comme des environnements thérapeutiques pour les personnes ayant des difficultés dans leur milieu. Comme le remarquent White et Mercier (1991), ces structures intermédiaires ont comme caractéristiques de fonctionner de concert avec les hôpitaux psychiatriques ou les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux (ententes ou contrats formels). L'accès à ces services, comme la sortie du reste, doit être autorisé par des professionnels. On y privilégie de plus en plus les plans de service individualisés et la gestion de cas comme mode d'intervention, selon des pratiques codifiées et une division hiérarchique du travail. Le risque d'une telle bureaucratisation d'un travail qui doit, par définition, s'effectuer dans le tissu social, et comme il a été fréquemment relevé (Guay, 1987; Rousseau, 1993; Mercier et White, 1995) est à la fois et paradoxalement la perte d'ancrage dans la communauté et la «colonisation du communautaire» (White, 1993). En d'autres termes, à des problèmes et besoins qui se vivent dans la vie de tous les jours — revenu, logement, isolement, chômage, etc. — mais que l'on interprète sur une grille de la psychopathologie, on propose des interventions techniques et institutionnelles pour des problèmes sociaux et culturels dont le système psychiatrique s'empare, mais pour lesquels il n'a pas de réponse. C'est là une des facettes de ce que l'on peut appeler la médicalisation / psychiatrisation du social.

Dans le deuxième cas, et pour d'autres acteurs, dont des organismes et groupes communautaires ainsi que, parfois, des intervenants, l'expression «communautaire» constitue essentiellement une référence *expressive*. Le communautaire renvoie alors à une stratégie d'existence, à une manière d'organiser les relations sociales et de manifester des valeurs. Ce ne sont ni la localisation, ni le statut des services qui sont remis en question, notent Mercier et White (1995), mais la nature de la relation d'aide et les rapports sociaux à l'intérieur des services. Dans cette optique, l'approche communautaire ne vise pas tant la continuité des services, qu'à exprimer une position de distance critique face à la perspective médicale de la psychiatrie et le caractère hiérarchique de la relation d'aide (White, 1995: 25; Corin, Rodriguez Del Barrio et Guay, 1996). Il s'agit, en somme, d'une vue «par le bas» où des services, ressources ou actions s'organisent dans les communautés de manière non hiérarchique, comme une sorte de démocratie directe, à partir de ce qu'elles définissent comme besoins (Blais et Coloma, 1996).

Ces groupes portent divers noms : groupes populaires, groupes d'entraide, ressources communautaires, ressources alternatives, organismes à but non lucratif. Émanant de la communauté, ils sont autonomes dans leurs orientations et pratiques et se donnent des structures de gestion impliquant majoritairement des usagers et des gens du milieu. Dans la mesure où il y a des effectifs permanents, ceux-ci ont souvent été usagers à leur tour. L'admissibilité y est ouverte et ne dépend pas de références exclusivement institutionnelles (Camirand, 1997: 41). Ce sont des endroits ouverts où l'entrée et la sortie se font librement, au gré des besoins définis par les usagers mêmes.

Combien de ces groupes existent en Ontario, il est difficile d'en établir le nombre précis, puisque certains disparaissent et d'autres naissent. Tout au plus quelques douzaines un peu partout dans la province. Les chiffres fournis par le Ministère de la Santé (MSO) montrent, en revanche, qu'ils disposent d'un budget annuel total de près de \$4 millions depuis le début des années 90 (Camirand, 1997: 72), ce sur un budget global de santé mentale de l'ordre de \$1,4 milliard. Ceci est le fruit de la politique de santé mentale élaborée par le gouvernement néo-démocrate et qui a été reconduit depuis l'arrivée du gouvernement conservateur. Il s'agit d'un fond spécial géré par le Consumer Survivor Development Initiatives (CSDI) rattaché au MSO.

La montée du CSDI et le déclin d'OPSA

En novembre 1989, une conférence intitulée *L'ailleurs et l'autrement . . . au Canada* a eu lieu à Montréal regroupant des psychiatrisés de partout au Canada, des États-Unis et de l'Europe. Une délégation ontarienne de 42 psychiatrisés, dont plusieurs membres de *On Our Own*, du *Ontario Coalition to Stop Electroshock* et de *Phoenix Rising* se rend à la conférence (Oswin, 1990: 6). Selon divers observateurs, la participation à *L'ailleurs et*

l'autrement a contribué à la conscientisation et la radicalisation des membres de la délégation ontarienne et a également permis de solidariser et de revitaliser le mouvement des psychiatrisés qui était en déclin depuis quelques années en Ontario (Hurst, 1990: 7-8; Gillespie, 1990: 4). À la fin de cette conférence, les participants expriment le désir d'établir un réseau national (CBC Ideas 1990: 24) et mettent sur pied des organisations provinciales pouvant ensuite être organisées en un réseau national. C'est ainsi qu'en janvier 1990 est fondé à Toronto le *Ontario Psychiatric Survivors Alliance* (OPSA). En mai, le bulletin d'information OPSA news sera lancé afin de remplir, dans une certaine mesure, le vide créé par la disparition de *Phoenix Rising*.

À l'automne 1990, le parti NDP remporte l'élection provinciale et forme le nouveau gouvernement. Le mouvement des psychiatrisés obtient une reconnaissance de sa légitimité et l'été suivant OPSA est subventionné par le gouvernement provincial dans le cadre d'un nouveau programme, le Consumer Survivor Development Initiative (CSDI) dont le mandat est de développer des regroupements de psychiatrisés, désignés par le vocable «consumer/survivors»¹⁰ (Shimrat, 1997: 94). Vers la fin de l'été 1991, le CSDI aura financé près de 42 regroupements développés et gérés par des ex-psychiatrisés (entraide, développement économique, formation à l'emploi, advocacy, etc.).

Dans peu de temps, de nombreux regroupements locaux de psychiatrisés se sont vus accorder d'importantes subventions et vers la fin de 1991, OPSA comprenait 1800 membres répartis en 34 regroupements locaux différents. L'appui financier de l'État a également permis à OPSA d'organiser à Toronto, en septembre 1991, la conférence *Rising Tide* qui a réuni près de 200 psychiatrisés (Ibid., p. 100).

Nous pourrions penser qu'OPSA était un mouvement en pleine croissance. Or, moins d'un an après avoir reçu une reconnaissance officielle et le financement de la part du gouvernement provincial, OPSA manifestait d'importantes difficultés et sa disparition semblait imminente. En effet, cette reconnaissance de la part de l'État semble avoir eu un impact important sur OPSA dans la mesure où elle enclenchait la régulation du mouvement des psychiatrisés. Dès lors, l'État définissait les règles du jeu que le mouvement des psychiatrisés devait respecter afin de recevoir une subvention. Ainsi, le financement des activités et projets proposés par OPSA dépendait étroitement de leur légitimité aux yeux des fonctionnaires. Aussi, le Ministère de la Santé, et plus particulièrement le CSDI, cherchait à influencer le rapport de force entre la perspective radicale des «survivants» et l'approche modérée des «consommateurs» au sein d'OPSA en faveur des «consommateurs» (Everett et Shimrat, 1993: 17). Tout semble s'être passé comme si, ayant reçu la reconnaissance et le financement de l'État, le mouvement des psychiatrisés fut contraint à devenir plus modéré, plus «respectable». Le leadership largement anti-psychiatrique du mouvement a disparu de vue et les «survivants» en Ontario ont depuis une voix relativement faible au sein du mouvement des psychiatrisés.

Mais les facteurs contribuant au dénouement d'OPSA doivent être conjugués à des facteurs relevant des politiques d'un gouvernement social-démocrate de plus en plus contraint à se soumettre aux vents du néolibéralisme qui balayaient l'Amérique du Nord. Comme le relèvent les travaux de Church (1996), certains espaces démocratiques ont été ouverts par le passé. Toutefois, comme nous l'avons vu ci-haut, l'ouverture de ces nouveaux espaces n'est pas allée sans obstacles considérables. Peut-on s'attendre à ce que les mécanismes de consultation publique implantés par l'Ontario dans le cadre de sa réforme des soins de santé mentale aient des résultats semblables ? Étant donné le changement du climat social, politique et économique en Ontario depuis l'implantation de la réforme, peut-on s'attendre à ce que soient respectés les mécanismes de consultation qui permettent aux individus souffrant de troubles psychiques de faire entendre leur voix ? La Politique de santé mentale appâtée à la sauce des conservateurs de Mike Harris mettra-t-elle fin à ces nouveaux espaces publics ?

Bien qu'il soit encore trop tôt pour répondre clairement, on peut néanmoins en douter. Avec les restructurations des services de santé et des instances de planification amorcées par le gouvernement Harris, il semble bien que la participation des psychiatrisés, si elle est formellement reconnue, risque toutefois d'être sérieusement compromise par, entre autres, une régionalisation qui rendrait difficile, voire impossible, un accès réel aux instances décisionnelles. Comme nous le disait un membre du conseil d'administration d'une ressource alternative lors d'une entrevue de recherche, « . . . les Tories ne sont pas intéressés par le genre de représentation ou de contrôle local que proposaient les gouvernements précédents ».

En guise de conclusion

Que reste-t-il du mouvement des psychiatrisés en tant que mouvement social en Ontario ? Au-delà des pratiques, des expériences et des actions qui ont été, et sont encore, porteuses de transformations; au-delà aussi de certaines orientations progressistes des politiques de santé mentale (*Rapport Graham, 1988; Mettre la personne au premier plan. La réforme des services de santé mentale en Ontario, 1993*), on a l'impression d'une certaine stagnation, comme un étai qui se resserre. Pour les acteurs sociaux impliqués dans l'élargissement de ces espaces de démocratie, de solidarité, de redéfinition des normes et valeurs (incluant le normal et le pathologique), le contexte comporte plusieurs éléments qui constituent à la fois une menace et un défi.

À une époque où l'État-providence avait une légitimité dans la vie collective et sociale, la communautarisation en santé mentale pouvait avoir une résonance sur le registre de la liberté et de la démocratie, moyennant l'existence de mouvements sociaux capables de formuler et d'expérimenter des pratiques alternatives à la psychiatrie formelle. Aujourd'hui, la crise de légitimité de

l'État, la crise généralisée du travail et l'affaiblissement du filet de sécurité sociale risquent de livrer les réformes aux forces conservatrices peu portées sur les pratiques de solidarité et d'expérimentation sociale. Ce qui se présentait alors comme potentiel d'ouverture à travers les réformes proposées s'avère être une fermeture au nom de la «révolution du bon sens» de Harris.

La désinstitutionnalisation psychiatrique ne peut se réduire à une sorte de «maintien à domicile» impliquant une batterie de professionnels-gestionnaires, et la participation accrue de l'entourage, d'habitude les femmes, comme *cheap labour*. Ou la «désins» ouvre sur la diversité des pratiques et l'idée du *no one best way* plus cohérentes avec les réalités plurielles des sociétés dans lesquelles nous vivons. Au-delà des différences, c'est là une des conditions du vivre ensemble dans les sociétés complexes. Ou alors on recrée, plus ou moins sans s'en rendre compte, une sorte d'asile dans la rue, hyper-planifié, où persistera le sens de l'exclusion dont Foucault fait la mise en garde. Ce qui se met en place ces dernières années laisse présager plus d'ombre que de lumière quant aux pratiques de solidarité que l'on construit dans les marges sociales par rapport à l'étrangeté caractérisant les phénomènes mentaux.

Sans un mouvement pouvant donner voix collective aux efforts et expériences diversifiées des psychiatisés partout en Ontario, ils restent vulnérables au rouleau compresseur de la logique bureaucratique et institutionnelle, toute décentralisée soit elle. Mais les divers groupes participent aux mouvements sociaux pour différentes raisons et aussi à différentes étapes de l'action collective (Melucci, 1989: 53-54). Ils ont des phases de latence et se développent dans des domaines limités pour des périodes de temps également limitées. Or, latence ne signifie pas inactivité dans la mesure où ces périodes sont des moments de stratégie et de planification pour les réseaux sociaux submergés.

L'étude des réseaux sociaux submergés peut nous informer sur les lieux et les formes de luttes, de résistance, de dissidence dans une société donnée. Il s'agit en effet de donner forme et visage aux contre-pouvoir qui caractérisent les sociétés complexes et par là, mettre en évidence les blocages qui les génèrent et les limitent à la fois.

Dans cette perspective, une conférence tenue à Toronto en novembre 1998, regroupant des psychiatisés actifs dans une foule d'actions et de ressources partout en Ontario, laisse entrevoir un mouvement qui cherche à se donner une nouvelle voix collective à travers des formes organisationnelles autonomes et le recours aux nouvelles technologies de communication (CSDI, 1998). De la même manière, la lecture à titre exploratoire pendant un mois à la fin 1998 des échanges sur l'internet laisse penser que OPSA renaît, tel un phénix, de ses cendres. Dans ces deux instances, on est saisi des questions, voire des enjeux qui sont au cœur du mouvement des psychiatisés partout en Amérique du Nord : les droits et libertés dans un contexte de lois ou de projets de loi visant à les restreindre dans les cas de maladie mentale; la pauvreté; l'exclusion; le traitement psychiatrique et ses conséquences sur le plan de l'identité et

de l'intégration sociales; les pratiques «autres» face au trouble mental qui se fondent moins sur les connaissances formelles que sur l'expérience personnelle et les solidarités de base; les codes culturels différents etc. etc.

Bref, ce sont des espaces qui se créent pour proposer un discours différent de celui des experts (professionnels et administratifs) sur la maladie mentale, les malades ou les services, selon le langage consacré. Un discours autre sur et autour de la folie / maladie mentale qui relativise le savoir des experts sur les problèmes et besoins (et par conséquent, sur les traitements / programmes / services / politiques). Et qui relativise aussi l'importance de leurs interventions.

C'est dans cette perspective de recadrement dans la manière d'aborder des problématiques sociales que se situent l'intérêt et le défi de connaître / reconnaître les diverses pratiques qui se déploient et se réinventent au jour le jour contre vents et marées dans les réseaux sociaux multiples et diversifiés. Un des avantages de ce genre d'étude est d'alimenter la réflexion sur les rapports entre le secteur public et la société civile, dont celui entre les agents multiples des services publics et les individus et communautés qui en sont l'objet. C'est là donner un autre contenu, une autre perspective et direction aux restructurations en vigueur un peu partout dans les services sociaux et de santé. C'est là, en somme, chercher à injecter de la démocratie dans des domaines qui concernent des pans de plus en plus grands de la société et des aspects de plus en plus intimes et diversifiés de la vie quotidienne. C'est, enfin, la différence entre les solidarités sociales et la surveillance des «populations à risque».

NOTES

1. Le matériel cueilli pour cet article fait partie d'un projet de recherche plus large portant sur la spécificité des pratiques alternatives dans le champ de la santé mentale en Ontario. Le projet s'inscrit dans les travaux de l'Équipe de recherche et action en santé mentale et culture (Érasme). Cette équipe, financée par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) (subvention no. RS2821M96) et dirigée par Ellen Corin, est constituée de chercheurs universitaires et de groupes communautaires. Les partenaires universitaires sont : Gilles Bibeau (Université de Montréal, anthropologie); Louise Blais (Université d'Ottawa, service social); Ellen Corin (Université McGill, psychiatrie et anthropologie); Jocelyne Lamoureux (UQAM, sociologie); Cécile Rousseau (Université McGill, psychiatrie). Les partenaires communautaires sont : l'Institut interculturel de Montréal (Kalpana Das, Émongo Lomomba, Marc Perreault et Robert Vachon); le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (Lorraine Guay et Lourdes Rodriguez del Barrio); la Table de concertation des organismes de Montréal pour les réfugiés (Abdelwahed Mékki-Berrada, Stéphane Reichhold et Marie-Claire Rufagari). Louise Blais est professeure au programme de maîtrise de l'École de service social de l'Université d'Ottawa; Louise Mulligan-Roy et Claude Camirand en sont des diplômés. Les auteurs

- tiennent à remercier les évaluateurs / trices anonymes de la Revue, ainsi que Nérée St-Amand, collègue à l'École de service social, pour la justesse de leurs remarques et questions.
2. Le mot «désinstitutionnalisation» est problématique. La vie en collectivité est intimement liée aux institutions qu'une société crée. Les institutions sont source de socialisation, avec les normes qui les sous-tendent et en émanent, la famille, l'école et d'autres pouvant servir d'exemple. On voit, du reste, ce à quoi peuvent conduire les sociétés ayant des traditions institutionnelles faibles ou inexistantes. Dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire la désinstitutionnalisation psychiatrique, la question est plutôt de savoir de quelles «institutions» il s'agit et pour y faire quoi.
3. Nous entendons par psychiatriques, les personnes ayant eu un ou plusieurs diagnostics psychiatriques, ayant connu une ou des hospitalisations psychiatriques et dont l'expérience les a marquées socialement — dans tous les sens du terme. Il s'agit ici d'un choix relativement plus satisfaisant que d'autres termes tels «patients psychiatriques», «malade mental», «client», «bénéficiaire», etc. Les mots ne sont jamais innocents, comme le rappelle Bourdieu (1991). Le mot psychiatrie implique un processus qui a été très souvent subi et imposé de l'extérieur. On comprend aisément qu'il soit un terme peu apprécié de la psychiatrie dont la mission se voit ainsi comparée à un rôle de bourreau alors que l'intervention a parfois noué des relations qui ont pu justement faire la différence. Mais aussi imparfait ou inadéquat qu'il soit, il traduit quelque chose de l'ordre de la résistance, du refus, et ouvre sur d'autres manières de comprendre et d'agir face à ce qui dérange. Nous utiliserons parfois les mots «usager» et «consommateur/survivant». Nous ne faisons ici aucune distinction entre psychiatrie et ex-psychiatrie, terme que l'on retrouve parfois dans la littérature.
4. Du reste, ce sont précisément ces mêmes chiffres qui seront utilisés par une certaine droite conservatrice (à l'intérieur, comme à l'extérieur de la psychiatrie) pour légitimer l'appel à un retour, «new and improved», aux structures asilaires d'enfermement (Torrey, 1989).
5. La *Mental Patients Association* avait été fondée en 1971 par un groupe de psychiatriques qui étaient patients dans un programme de jour d'un hôpital psychiatrique à Vancouver et dont l'un d'eux s'était suicidé. L'événement fut un élément déclencheur dans la formation du premier groupe d'entraide anti-psychiatrique au Canada fondé pour et par des psychiatriques.
6. Soulignons le jeu de mot fait sur le terme anglais «mad» où le terme signifie à la fois «hors raison» et «colère». Le jeu de mot renvoie au livre culte du mouvement des femmes à la fin des années 60 *Wet's not mad, we're angry* de Phyllis Chesler.
7. Ces mots d'ordre se retrouveront à tous les niveaux de la santé publique internationale (OMS, 1985), fédérale (Epp, 1988) et provinciale (MSSS, 1990; MSO, 1989, 1988, 1983). Dans un sens donc il s'agit bien d'une sorte de «globalisation» des mots d'ordre concernant la santé et les services sociaux. Mais comment ces mots d'ordre sont repris variera selon les contextes historiques, social, politique, économique, institutionnel, scientifique . . . Cette variation peut être en soi un objet d'étude permettant ainsi, à travers une démarche comparative,

- de jeter une lumière sur des dynamiques sociales et culturelles plus profondes (Blais et Coloma, 1996).
8. Il s'agissait d'un congrès pivot, regroupant des individus et groupes venant de partout au Canada et des États-Unis.
 9. L'étude dont il est question cherche à mettre en évidence ce qui se met en place dans les communautés autour des personnes souffrant de troubles psychiques et vivant dans les milieux dits «naturels». L'objectif général de la recherche est de contribuer au renouvellement et à l'élargissement des modèles de pratiques dans le champ de la santé mentale à partir de l'univers de sens des personnes psychiatisées et de leurs proches ainsi que de l'expérience des regroupements de type associatif ayant émergé au cours des vingt dernières années de désinstitutionnalisation psychiatrique. La recherche vise à documenter des pratiques collectives de type associatif à partir d'études de cas qui permettent d'identifier les formes du tissu communautaire et de voir le modelage des organismes qui s'y développent. Elle cherche également à identifier les principales trajectoires de recherche d'aide à partir de situations concrètes vécues par des personnes psychiatisées impliquées dans ces organismes de manière à cerner la place que ceux-ci occupent dans la vie des gens concernés et par rapport au réseau de soins formel.
 10. Pour citer Hurst (1990: 7-8), «“Survivor”, [is] a term that implies that one has outlived the struggle, or won in the end, put living as an ex-psychiatric patient in a whole new light. “Consumers” existed, but “survivors” succeeded [. . .] A consumer gives in, to advertising, to pressure, to the wishes of the providers. A survivor has fought, endured, and triumphed, like the survivor of Auschwitz». La Politique ontarienne de santé mentale (1993) a choisi de ne pas trancher entre les deux termes optant pour le terme «consumer/survivors» dans la version anglaise alors qu'elle parlera plutôt de «consommateurs/ex-patients» dans la version française.

BIBLIOGRAPHIE

- Bernard-Thomson, K. et P. Leichner (1997). «L'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario», *Santé mentale au Québec*, 22: 2, 53-70.
- Blais, L. (1998). *Pauvreté et santé mentale au féminin. L'étrangère à nos portes*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.
- Blais, L. (1986). *Enquête exploratoire sur la clientèle de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal*. Montréal, DSC Sacré Coeur.
- Blais, L. et C. Coloma (1996). «La communautarisation dans les politiques de santé mentale. Globalisation des mots d'ordre et spécificité des pratiques: les cas de l'Ontario et du Québec». Communication, *Congrès de l'International Association of Health Policy*. Montréal, 13-16 juin.
- Bourdieu, P. (1991). «Introduction à la socioanalyse», *Actes de la recherche en sciences sociales*, 90: 3-19.
- Burstow, B. (1988). «My Radical Beginnings», dans *Shrink Resistant: the Struggle against Psychiatry in Canada*, sous la dir. de B. Burstow et D. Weitz. Vancouver, New Star Books: 271-284.
- CBC IDEAS (1990). *Analyzing Psychiatry*, 3, 10, 17 avril.

- Camirand, C. (1997). «La désinstitutionnalisation psychiatrique en Ontario: de quoi parle-t-on ? Enjeux de la réforme des soins de santé mentale». Mémoire de maîtrise. Université d'Ottawa, École de service social, Ottawa.
- Capponi, P. (1992). *Upstairs in the Crazy House: The Life of a Psychiatric Survivor*. Toronto, Penguin Books.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, Fayard.
- Certeau, de M. (1990). *L'invention du quotidien*. Paris, Gallimard.
- Chamberlin, J. (1979). *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. Toronto, McGraw-Hill.
- Chesler, P. (1983). *Women and Madness*. New York, Avon Books.
- Church, K. (1996). «Beyond "Bad Manners": The Power Relations of "Consumer Participation" in Ontario's Community Mental Health Reform», *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 15: 12, 27-44.
- (1995). *Forbidden Narratives. Critical Autobiography as Social Science*. New York, Gordon and Breach.
- Church, K. et D. Reville (1990). «Do the Right* Thing Right», *Revue canadienne de politique sociale*, 26, 77-81.
- Consumer Survivor Development Initiative Conference (1998). «Consumer Survivor Initiatives : Past, Present and Future». Book of Proceedings. Toronto, 4 au 6 novembre.
- Corin, E., Rodriguez Del Barrio, L. et L. Guay (1996). «Les figures de l'aliénation: un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir», *Revue canadienne de santé mentale*, 15: 2, 45-67.
- Corin, E. et al. (1985). *La santé mentale: de la biologie à la culture. Avis sur la notion de santé mentale*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Comité de santé mentale du Québec.
- Demers, D. et S.D. Genest (1993). *Étude provinciale sur l'hébergement des personnes atteintes de maladie mentale*. Québec, Secrétariat d'État et Ministère de l'Emploi et de l'Immigration du Canada.
- Dupuy, J.P. (1982). *Ordres et désordres. Enquête sur un nouveau paradigme*. Paris, Seuil.
- Epp, J. (1988). *La santé mentale des canadiens : vers un juste équilibre*. Ottawa, Ministère de la santé nationale et du Bien-être social.
- Everett, B. (1997). *A Fragile Revolution. Consumers and psychiatric survivors confront the power of the mental health system*. Thèse de doctorat. Département de sociologie. Université York, North York.
- (1994). «Something is Happening: The Contemporary Consumer and Psychiatric Survivor Movement in Historical Context», *Journal of Mind and Behavior*, 15: 1-2, 55-70.
- Everett, B. et I. Shimrat (1993). *Getting Mad Beats Going Mad*. Homeward Projects, Toronto.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits*. Vol. III, Paris, Gallimard.

- Gaulejac, V. de et I. Taboada Léonetti (1994). *La lutte des places. Insertion et désinsertion*. Paris, Desclée de Brouwer.
- Gillespie, J. (1990). «Our Turn», *OPSA Newsletter*, 1, 4-6.
- Godbout, J. (1983). *La participation contre la démocratie*. Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Guay, L. (1991). «Le choc des cultures : bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale», *Nouvelles pratiques sociales*, 4: 2, 43-58.
- (1987). *Solidarité et intégrité du communautaire*. Montréal, Entonnoir.
- Hébert, A. (1985). «La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques: un profil professionnel, social et psychiatrique», *Sociologie et Sociétés*, XVII: 1, 61-72.
- Hurst, C. (1990). «Consumer or survivor?», *OPSA Newsletter*, 1, 7-8.
- Hutchinson, P., J. Lord et L. Osborne-Way (1986). *Participating with People Who Have Directly Experienced the Mental Health System: Building a Framework for Support*. Toronto, Association canadienne pour la santé mentale.
- Laing, R.D. (1969). *The Divided Self* (1961). New York, Pantheon Books.
- Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve. L'articulation paradoxale des dynamiques institutionnelles et communautaires dans le domaine de la santé mentale*. Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Lesage, A. (1997). «Le rôle des hôpitaux psychiatriques», *Santé mentale au Québec*, 22: 2, 25-32.
- Lesemann, F. (1995). «La pauvreté : aspects sociaux», dans *Traité des problèmes sociaux*, sous la dir. de F. Dumont, S. Langlois et Y. Martin. Québec, IQRC: 581-604.
- Maheu, L. (1983). «Les mouvements de base et la lutte contre l'appropriation étatique du tissu social», *Sociologie et sociétés*, 15: 1, 77-92.
- Maheu, L. et D. Descent (1990). «Les mouvements sociaux: un terrain mouvant», *Nouvelles pratiques sociales*, 3: 1, 41-51.
- Marshall, J. (1982). *Madness: An Indictment of the Mental Health Care System in Ontario*. Toronto, OPSEU.
- Melucci, A. (1993). «Vie quotidienne, besoins individuels et action volontaire», *Sociologie et sociétés*, 25: 1, 189-198.
- (1991). «Qu'y a-t-il de nouveau dans les "nouveaux mouvements sociaux" ?» dans *La recomposition du politique*, sous la dir. de L. Maheu et A. Sales. Montréal, Presses de l'Université de Montréal: 129-162.
- (1989). *Nomads of the Present*. London, Hutchinson Radius.
- Mercier, C. et D. White (1995). «La politique de santé mentale et la communautarisation des services», *Santé mentale au Québec*, 20: 1, 17-30.
- Ontario. Ministère de la Santé (1993). *Mettre la personne au premier plan. La réforme des services de santé mentale en Ontario*. Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- (1989). *Deciding the Future of our Health Care : An Overview of Areas for Public Discussion*. Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

- (1988). *Renforcer le soutien communautaire à la population : planification de la santé mentale en Ontario (Rapport Graham)*. Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- (1983). *Health Care : The 80's and Beyond : Seeking Consensus*. Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Organisation mondiale de la santé (1985). *Les buts de la santé pour tous*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe.
- Oswin, M. (1990). «Our Turn», *OPSA Newsletter*, 1, 6.
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec, MSSS.
- Rousseau, C. (1993). «Community Empowerment: The Alternative Resources Movement in Quebec», *Community Mental Health Journal*, 29: 6, 535-546.
- Shimrat, I. (1997). *Call Me Crazy: Stories from the Mad Movement*. Vancouver, Press Gang Publishers.
- Simmons, H.G. (1990). *Unbalanced: Mental Health Policy in Ontario, 1930-1989*. Toronto, Thompson Educational Publishing.
- Smith, D. et S.J. David (sous la dir.) (1976). *Women Look at Psychiatry*. Vancouver, Press Gang Publishers.
- Spitzer, W.D. et al. (1985). *Analyse statistique, opérationnelle et clinique de l'engorgement des salles d'urgences de centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise*. Montréal, Université McGill, Département d'épidémiologie et biostatistique.
- Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York, Harper and Row.
- Thériault, J.-Y. (1995). *L'identité à l'épreuve de la modernité. Écrits politiques sur l'Acadie et les francophonies canadiennes minoritaires*. Moncton, Éditions d'Acadie.
- Torrey, F.E. (1989). «Thirty Years of Shame: The Scandalous Neglect of the Mentally Ill Homeless», *Policy Review*, 48, 10-15.
- Touraine, A. (1992). *Critique de la modernité*. Paris, Fayard.
- Weitz, D. (1988). «Notes of a "Schizophrenic" Shitdisturber», dans *Shrink Resistant: The Struggle against Psychiatry in Canada*, sous la dir. de B. Burstow et D. Weitz. Vancouver, New Star Books: 285-302.
- White, D. (1993). «The Community-Based Mental Health System : What Does It Mean?», *Revue canadienne de politique sociale*, 31, 31-61.
- White, D. et C. Mercier (1995). «La politique de santé mentale et la communautarisation des services», *Santé mentale au Québec*, XX: 1, 17-30.
- (1991). «Coordinating Community and Public-Institutional Mental Health Services: Some Unintended Consequences», *Social Science and Medicine*, 33: 6, 729-739.