

Recherches sociographiques



La vie quotidienne dans un asile québécois

Alain Vinet

Volume 16, Number 1, 1975

Sociologie de la santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/055676ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/055676ar>

[See table of contents](#)

Article abstract

La vie quotidienne dans un asile québécois

Publisher(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (print)

1705-6225 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Vinet, A. (1975). La vie quotidienne dans un asile québécois. *Recherches sociographiques*, 16(1), 85–112. <https://doi.org/10.7202/055676ar>

LA VIE QUOTIDIENNE DANS UN ASILE QUÉBÉCOIS

Au printemps 19... , le public apprend par les journaux que l'hôpital de la Région¹ ne compte plus un seul psychiatre à temps complet à son emploi. Très peu sensibilisée aux problèmes de cet établissement, la population apprend simultanément qu'il s'agit d'une institution psychiatrique de grande dimension dont les services spécialisés sont offerts sur un vaste territoire. Le dénuement actuel de l'établissement paraît être l'aboutissement d'une lente détérioration du climat thérapeutique, parsemée de nombreuses démissions au sein du personnel professionnel. La situation présente exige une rénovation de l'institution tant par la venue d'un nouveau personnel spécialisé que par des modifications urgentes à l'environnement matériel. Le vent de la réforme souffle sur l'asile et, en très peu de temps, une nouvelle direction, un nouveau personnel, un nouveau programme de soins et un nouveau budget convergent en ce lieu. Nous y pénétrons une semaine après l'arrivée du nouveau directeur, afin d'effectuer une étude de l'effectivité des normes de changement en milieu institutionnel. Nous y resterons deux ans et demi.

La démarche de recherche est fondée sur l'observation quotidienne de la réalité asilaire: le sociologue est intégré comme observateur aux divers comités de programmation de la réforme, aux équipes soignantes et au personnel des «salles», ces lieux résiduels récemment nommés «unités de vie». L'observation constante des «quarts de jour et de soir» exige, durant quelques mois, la résidence du chercheur dans l'institution. Par la suite, ce travail est réparti de façon à concilier les impératifs de la recherche et nos habitudes de vie.

La réforme entreprise se traduit en un mot, un concept, un slogan: la «sectorisation». Il s'agit, suite à une régionalisation des soins, d'offrir à chaque secteur du territoire desservi, une équipe professionnelle pluridisciplinaire entièrement responsable de la dispensation des services psychiatriques à la population du secteur. La sectorisation est plus qu'une formalité administrative,

1. Tous les noms, dates et lieux cités dans cet article sont fictifs et pour cause. Le récit n'en est pas moins authentique.

qu'une nouvelle répartition du territoire : elle exige la prise en charge, par une même équipe, de tous les besoins psychiatriques d'une population restreinte, qu'il s'agisse de cas mineurs traités en clinique externe ou de « psychiatrie lourde » nécessitant un internement prolongé ; elle suppose l'implication des psychiatres en arriération mentale, la continuité des soins à tous les stades de la maladie et la collaboration quotidienne de diverses catégories de professionnels habitués à œuvrer au sein de leurs disciplines respectives ; elle nécessite une répartition des locaux hospitaliers de façon à regrouper, dans les mêmes salles, les patients provenant des mêmes sous-régions, quelles que soient les particularités de leur état. La sectorisation entraîne donc la mixité des âges, des sexes et des pathologies des malades et constitue, à plus d'un égard, un bouleversement total des habitudes en milieu hospitalier.

Cette réforme nous offre trois niveaux d'observation : les réunions des divers comités administratifs devant élaborer « les nouvelles politiques » et structurer l'établissement en fonction des nouveaux objectifs ; les équipes de secteur, responsables de l'actualisation de la réforme mais relativement autonomes quant à l'interprétation des normes et des politiques de la direction ; les salles, où la vie des internés s'étire sans finalité et où doivent se manifester les fruits de la sectorisation. Cet article traite de ce dernier aspect, de la vie quotidienne dans les unités de vie et des conséquences, pour le malade, de la gigantesque réforme entreprise à l'hôpital de la Région. Il résume un chapitre de la monographie issue de cette étude et tente de répondre aux questions suivantes. Quelle est l'influence de la sectorisation, processus de rénovation asilaire, sur les conditions d'existence du malade hospitalisé ? L'idéal clinique, à l'origine de la réforme, est-il incarné dans des structures organisationnelles et des équipes qui s'en nourrissent et le dissolvent ? Est-il, au contraire, véhiculé par ces structures et ces équipes au point de s'actualiser dans le vécu quotidien du malade ?

Avant d'entreprendre l'analyse des données recueillies, nous aimerions formuler deux remarques sur le choix des éléments étudiés, sur notre insistance à traiter 1. du malade hospitalisé plutôt que du malade suivi en clinique externe ; 2. du vécu quotidien du patient plutôt que des traitements spécialisés dont il bénéficie ou peut bénéficier.

1. La recherche en cours porte sur la transformation d'un milieu asilaire, ce qui fait du malade hospitalisé et particulièrement de l'interné de longue date, un cas névralgique, une occasion privilégiée d'évaluer la portée et la qualité du processus de transformation. La création de cliniques externes demeure évidemment un indice d'ouverture de l'institution vers l'extérieur. Cependant, le malade traité en externe pourrait être soigné ailleurs, dans un cabinet privé ou à la clinique externe d'un hôpital général. Or, l'originalité d'une tentative de rénovation asilaire tient moins à la possibilité de traiter une clientèle nouvelle qu'à la possibilité de traiter différemment la clientèle habituelle. Autrement dit, l'interrogation principale doit demeurer la suivante : le malade étant égal à lui-

même, qu'y a-t-il de particulier, pour lui, dans la transformation de l'hôpital de la Région ?

Car il serait possible de structurer des cliniques externes fonctionnelles, parallèlement à un univers asilaire inchangé. Il suffit, pour saisir les dangers de cette orientation, de mentionner les nombreux rappels de la direction de l'hôpital en vue d'inciter les cliniciens à respecter la norme du « mi-temps » consacré à la clinique interne. Cette dichotomie interne-externe est continuellement présente dans les discussions du personnel : la clinique interne y figure comme la partie peu gratifiante et désagréable du travail professionnel. Cette rupture peut s'avérer nocive dans la mesure où la satisfaction du travail accompli en clinique externe incite au désengagement du clinicien envers l'interné. Dans une telle situation, l'analyse du travail effectué en clinique externe ne peut que masquer la perpétuation d'une réalité asilaire parallèle. C'est pourquoi l'interrogation du sociologue doit porter sur ce qui, dans la continuité de l'institution, doit être transformé plutôt que sur ce qui est ajouté à la réalité première.

2. L'observation intensive des services internes nous a permis de pénétrer au cœur de la réalité institutionnelle. Nous avons pu constater que les traitements spécialisés prodigués au malade ne représentent qu'une partie de son univers quotidien. Le malade inapte à bénéficier des services pédagogiques ne reçoit que quelques heures de traitement spécialisé par semaine, lorsqu'il est l'objet d'une intervention quelconque. Plusieurs malades ne correspondent pas aux critères d'admissibilité des différents services cliniques. Leur vie se déroule en grande partie sinon en totalité sans contact direct avec les nombreux thérapeutes disponibles. Outre les quelques moments de soins spécialisés, les malades vivent dans une salle dont l'organisation et la vie quotidienne doivent refléter le souci d'une continuité clinique : la philosophie de soins proposée utilise à cet effet le concept de « création d'un milieu thérapeutique », lequel recouvre une réalité plus élémentaire : le vécu quotidien du malade hospitalisé.

C'est pourquoi nous tenterons, au-delà des structures d'organisation, des équipes multidisciplinaires et des interventions spécialisées du personnel professionnel, de mieux saisir la situation de l'interné dans ses relations avec les individus qui l'entourent et le soignent.

Le grand dérangement

Nous nous sommes intégré aux unités de vie, quelques semaines avant le « grand dérangement »². Nous avons assisté aux préparatifs du déménagement et constaté l'inquiétude et la résistance du personnel à la nouvelle politique de sectorisation. Les membres du personnel soignant nous ont paru très liés à leur

2. Expression utilisée par le personnel de l'hôpital pour décrire le jour J du transfert massif des malades hospitalisés selon les critères de la sectorisation.

univers de travail i.e. *leurs* patients, *leurs* compagnons et *leur* unité. La stabilité des équipes de travail et la faible mobilité des patients, des préposés et des infirmières peuvent expliquer cette identification plus ou moins possessive à un univers de travail restreint : l'unité ou même la section A, B ou C à l'intérieur de l'unité. Ce processus de cloisonnement évite l'anonymat et la dépersonnalisation dans une institution de grande dimension. Il représente par contre, un facteur important de résistance au changement, d'opposition aux interventions extérieures susceptibles de modifier les situations acquises.

Cette structuration excessive du cadre de travail et la force d'inertie qui en résulte recouvrent une inquiétude plus fondamentale reliée à l'existence même du malade interné. Nous ne pouvons, dans cet article, reprendre les hypothèses de nombreux chercheurs sur l'angoisse issue de la proximité de l'anormal, sur l'hermétisme du langage de la folie ou, de façon plus générale, sur l'inaccessibilité de la folie à la raison³. Qu'il suffise de mentionner que la folie se manifeste par l'illogisme de sa déviance, facteur d'angoisse entraînant en réaction une tentative de structuration et de normalisation dans la vie institutionnelle. De sorte que le malade intégré et adapté à la section A de l'unité X n'est plus un élément anxiogène pour le personnel de ladite section. Inaccessible mais prévisible dans ses comportements, il ne représente plus l'impondérable dans la section dont il est un habitué. Pour le personnel des autres unités et même des autres sections de l'unité, ce malade revêt le caractère de la folie sans visage. Son transfert d'une unité à une autre suscite l'angoisse du personnel qui le reçoit, angoisse qui l'incitera à normaliser l'intrus avant même de le découvrir.

C'est dans ce contexte que s'inscrivait l'opération « sectorisation » prévue pour le début de novembre 19... Pensée et préparée par la nouvelle direction de l'hôpital, elle n'était guère assimilée par le personnel soignant qui la concevait comme une agression ou du moins comme une intervention de l'extérieur dont la finalité demeurerait peu explicite : «... beaucoup de troubles pour pas grand-chose ».

Ce « pas grand-chose » reflète le peu d'information du personnel soignant sur les raisons et les espoirs motivant un tel bouleversement de l'institution. Pour plusieurs, la signification de la sectorisation est réduite à ses effets immédiats sur les habitudes de travail, de sorte qu'elle ne constitue qu'une norme nouvelle, imposée, donc un inconnu succédant à un acquis.

La rupture est brutale car cet acquis s'appuie sur un long passé de travail dans un même lieu auprès des mêmes malades et des mêmes compagnons. Chaque salle fonctionne en vase clos sans ouverture vers l'extérieur. Le choix de la section de travail et de l'horaire de chacun est basé sur son degré d'ancienneté. Or, le transfert massif des malades implique une nouvelle répartition du personnel soignant ; il risque de bouleverser les situations acquises par l'ancienneté et de séparer les groupes de travail. Les normes et habitudes de travail

3. Voir en particulier : FOUCAULT, CANGUILHEM, LEVY, MANNONI, SZASZ.

seront transformées par la venue de nouveaux patients et de nouveaux collègues. Pour certains, le « grand dérangement » implique l'adaptation à une nouvelle salle relativement inconnue en raison des phénomènes de cloisonnement et de repli cités précédemment. Cet attachement à un invariant constitue un aspect important de la mentalité collective du personnel soignant et explique les difficultés de communication entre ce dernier et les « nouveaux-venus » désireux d'entreprendre une réforme appuyée sur les plus récents développements de la psychiatrie communautaire.

Le jour J venu, à la surprise générale et à celle de l'observateur si bien prévenu, le transfert des malades s'est effectué sans accroc majeur en un peu plus d'une heure, dans une atmosphère de pique-nique plutôt que de panique. La projection sur les malades de l'insécurité du personnel est apparue sans fondement. Les problèmes rencontrés lors de cette journée et des suivantes ont davantage concerné la direction du personnel et l'administration des départements que la vie et le comportement des malades. Inquiets du bouleversement survenu dans leur univers de travail, les préposés se sont empressés de restaurer l'équilibre antérieur dans la mesure du possible. En quelques jours, les unités visitées ont repris leurs normes et leurs habitudes. Les principaux points en litige ont concerné le choix des horaires de travail et l'assignation du personnel aux différentes sections de l'unité, le tout en fonction des prérogatives que confère à chacun son droit d'ancienneté. La demande de respect intégral de l'ancienneté apparut rapidement comme l'expression d'un refus plus fondamental du changement et le mécanisme le plus apte à restaurer les normes antérieures de travail.

Une telle mise en évidence des prérogatives dues à l'ancienneté ne provient aucunement des dispositions de la convention collective ; elle origine simplement de la force de l'habitude et de l'acquisition graduelle des privilèges. Lors d'une réunion spéciale du personnel infirmier, le surintendant médical a indiqué certaines limites à l'interprétation du droit d'ancienneté : « L'ancienneté ne joue pas à l'intérieur de l'unité ; elle permet aux employés de choisir une unité d'affectation mais ne leur laisse pas le choix de la sous-unité ou de l'horaire de travail ». Malgré ces directives, la force de l'habitude et l'attachement des préposés à leur interprétation de l'ancienneté en feront dans plusieurs unités, le critère de base ou l'obstacle premier à toute tentative de planification.

La vie quotidienne

Dans plusieurs unités, les problèmes de cédule de travail, d'assignation des tâches et de discipline interne accaparent à eux seuls le temps et l'énergie de l'hospitalière et de la coordonnatrice. Ces dernières, infirmières jouissant d'une formation clinique, consacrent la majeure partie de leur labeur à la direction du personnel de préposés et au règlement des problèmes administratifs si importants en milieu clos. L'énergie est continuellement investie dans la recherche

d'un compromis entre les exigences du service et les prérogatives du personnel. Ces situations, sans cesse renouvelées, limitent les possibilités de contact entre l'infirmière et le malade hospitalisé. Ce n'est pas tant la somme de labeur administratif que la valeur accordée à cet aspect du travail qui éloigne les infirmières du malade. Trop souvent, la présence à l'enfant se résume à la traditionnelle distribution de la médication et à la réponse aux urgences médicales. De sorte que les préposés demeurent les seuls individus en contact direct et soutenu avec l'enfant, les seuls à ne pouvoir remettre la tâche et l'angoisse à d'autres. Dans cet univers où la compétence clinique entraîne des responsabilités administratives, ils deviennent, par leur incompétence, la seule ressource continue du malade hospitalisé.

Cette absence de formation clinique ne leur confère évidemment aucune qualification pour le rôle auquel elle les confine. On ne peut attendre de l'individu non formé un rendement éclairé et motivé dans une fonction qui lui est exclusive en raison de la fuite des autres niveaux de compétence ou de leur assignation à des tâches non cliniques. Les situations vécues et décrites ci-dessous s'expliquent tant par l'inaptitude du personnel de préposés que par son isolement dans la tâche qui lui est assignée.

Certains préposés ne s'occupent que des enfants qui leur plaisent et délaissent ceux qui leur répugnent. Ainsi, l'un d'eux, par paresse ou par dégoût, fait laver un schizophrène adolescent par un patient mongol plus débrouillard. Ce dernier, valorisé par sa promotion, y met toute l'énergie possible, sans discernement, avec un peu de rudesse et beaucoup de savon. Les pleurs et les plaintes du malade maltraité semblent aviver le plaisir du préposé qui, sans se mouiller les mains, s'est offert un spectacle farci des mimiques et bouffonneries typiques du jeune mongol. Durant ce temps, l'infirmière tente, dans son bureau verrouillé, de solutionner les multiples problèmes inhérents à la rotation des congés du personnel pour les prochaines semaines.

Le même jour, la réunion des infirmières-chefs, tenue afin d'élaborer un horaire de la vie quotidienne des malades, s'est terminée sur une impasse : il s'est avéré impossible de structurer un horaire répondant à des exigences cliniques, en raison de l'horaire des employés. De 7 h à 8 h 30, heure d'entrée des infirmières, il est impossible de contrôler le travail des préposés : certains déjeunent au lieu de faire déjeuner les enfants, ne les laissent pas manger suffisamment ou les font manger trop rapidement. Les infirmières arrivent habituellement à l'heure des bains, lesquels se poursuivent jusqu'au départ pour les classes vers 9 h. Au moment où les enfants dans les unités pourraient bénéficier de périodes d'activités, les préposés ont droit à une pause-café hors de l'unité d'une durée de quinze minutes.

Les préposés sont divisés en deux groupes pour la pause-café afin de ne pas laisser les enfants seuls, ce qui signifie un minimum de trente à quarante-cinq minutes de présence réduite auprès du malade. Le retour de la pause-café ne laisse guère de temps pour l'exécution des activités thérapeutiques avant le dîner des patients. Ce dernier se déroule de 11 h à 11 h 30 afin que les préposés divisés en deux groupes puissent dîner à des heures convenables : 11 h 30 à 12 h 30 et 12 h 30 à 1 h 30. Après le dîner, les enfants font une sieste d'une heure et sont

prêts à reprendre les activités peu de temps avant la pause-café de l'après-midi. Cette pause-café de l'après-midi est bientôt suivie du changement de quart du personnel, ce qui interdit également les activités. Les enfants soupent tôt et même à partir de 4 h, afin que le personnel en service puisse souper à des heures convenables et coucher les enfants tôt (dès 7 h). En ce qui concerne les malades plus âgés, on semble faire l'équation entre le terme « activité » et la possibilité pour les préposés de regarder leurs programmes télévisés favoris.

L'arrivée d'un nouveau préposé, jeune et motivé, rompt durant quelques jours la routine établie. Il organise des jeux et des activités pour les patients et écrit de nombreuses observations au carnet de soins. Son attitude suscite le rejet de la part des autres préposés qui le considèrent comme un « zélé ». Conscient de ce rejet et désireux d'être accepté par ses compagnons, le nouveau-venu assimile en quelques jours les normes minimales de travail du groupe et cesse toute initiative mal vue par ses collègues. L'équilibre est de nouveau rétabli.

Cet équilibre tient à la possibilité de n'assurer que les soins d'hébergement et de soutien aux malades internés (nourriture, vêtement, propreté, surveillance). Dans la mesure où les exigences patronales respectent cette norme, le travail peut être exécuté rapidement et permettre au personnel de « garder » les malades tout en conversant ou tricotant en groupe. Or, les nouvelles exigences thérapeutiques (l'activation et l'occupation du malade) tendent à rompre l'équilibre habituel. En réaction, le personnel allonge les périodes consacrées aux soins d'hébergement pour justifier, par le manque de temps, son refus de travailler hors de ces périodes. Ainsi, devant les pressions de l'infirmière-chef, désireuse d'occuper les patients, le personnel affirme être dans l'impossibilité de terminer les bains avant 10 h a.m. Mais, nous savons par ailleurs que le personnel du service de nuit lave un certain nombre d'enfants le matin, et fait les lits avant l'arrivée des préposés qui se disent surchargés.

Nous avons pu relever au jour le jour un grand nombre d'anecdotes de ce genre sur la vie d'une unité psychiatrique. Certaines paraissent tenir davantage du roman ou de la fiction que de la réalité. Nous ne pouvons les rapporter toutes puisque cette étude se veut une analyse et non un roman. Il faudra certes puiser à cette réserve d'événements, substrat de toute tentative de généralisation. Mais déjà, nous croyons pouvoir expliquer la force d'inertie et la résistance du personnel à tout changement dans les habitudes de travail par deux facteurs principaux : son incompetence et son isolement. Le premier est une donnée difficilement modifiable à court terme en raison de la sécurité d'emploi du personnel permanent. Le second est consécutif au refus d'implication du personnel professionnel relativement plus compétent. Ce dernier facteur est variable à court terme et nous chercherons à le mieux cerner dans le déroulement du processus de transformation dont nous venons de décrire les prémisses.

Les derniers mois de l'année 19... n'apportent aucun changement dans la vie des unités. Les enfants reçoivent les soins minima leur assurant un certain bien-être : nourriture, bain quotidien, vêtement... En dehors des « moments de vie » (lever, bain, repas, coucher), ils sont laissés à eux-mêmes dans l'immense salle de séjour de chaque section de l'unité. Les préposés ne participent pas à la

vie des malades, préférant converser en groupe, assis sur les chaises les plus confortables, fumant et attendant la prochaine période de repos. Les malades vivent au niveau du sol ou sur des « chaises berçantes » dans l'attente du prochain repas, de la collation ou de la distribution des médicaments. Les infirmières servent d'agents polyvalents de communication avec la direction du *nursing*, le bureau du personnel, le magasin, la pharmacie, la cuisine, la buanderie, l'équipe professionnelle quelquefois, et le patient symbolisé par un dossier et une posologie. Les principales communications entre le personnel de l'unité et l'infirmière sont relatives à la « feuille » de travail (assignation à un horaire, congés, fêtes mobiles). Jusqu'à la fin de l'année, les discussions de groupe concernent la contestation de la transformation d'une salle de repos (des employés) en atelier thérapeutique (pour les patients) et le refus d'un réfectoire unique permettant de grouper tous les patients de l'unité aux heures de repas.

Le 5 janvier, la coordonnatrice informe le chef de sous-secteur de la découverte récente de quelques enfants déshydratés. Le personnel avait simplement oublié de leur donner à boire. De plus, le Jour de l'An aurait été le prétexte à un spectacle humoristique pour les préposés : ils ont chaussé tous les enfants le pied droit dans la chaussure gauche, et vice-versa. La coordonnatrice mentionne enfin l'existence d'un délit qui deviendra célèbre : l'usage de la drogue lors des heures de travail.

À cette époque, la direction de l'hôpital modifie les mécanismes de rotation du personnel suppléant afin de favoriser une identification des préposés au sous-secteur et non à l'unité ou à la section de l'unité. Le personnel en surnombre constituera désormais une équipe volante de rotation dans chaque sous-secteur, équipe dont les membres peuvent être assignés à l'une ou l'autre des unités selon les besoins quotidiens. Plusieurs préposés de la salle « X » sont intégrés à cette équipe volante sous la supervision de la coordonnatrice. Au lieu de se présenter à la coordonnatrice pour connaître leur assignation quotidienne, ces employés se dirigent, dès leur arrivée, à l'unité « X », afin d'y débiter leur journée de travail et tenter ainsi de justifier leur refus d'être transférés d'une unité à une autre une fois la tâche accomplie (lever, déjeuners et bains des patients). De sorte que l'unité « X » accuse quelquefois un surplus d'employés alors que les autres unités du sous-secteur ne peuvent toujours atteindre les normes minimales quotidiennes. Cette attitude, qui paralysera la politique de rotation durant plusieurs semaines, illustre le cloisonnement des univers de travail et la résistance du personnel à tout changement susceptible de modifier des habitudes devenues des « privilèges acquis ».

L'insuffisance du personnel de préposés devient rapidement l'argument universel pour justifier l'écart existant entre l'idéal clinique, véhiculé par l'idéologie de rénovation de l'hôpital, et la réalité quotidienne des unités de vie ! L'occupation thérapeutique des malades est impossible en raison du manque de personnel ; l'oisiveté et le désœuvrement des patients durant la soirée sont dus au manque de personnel ; le transport des malades, de l'unité au lieu de thérapie ou

d'éducation (à l'intérieur de l'hôpital), nécessiterait du personnel supplémentaire; l'absence d'éducation lors des moments de vie (apprentissage de l'autonomie durant les repas ou la toilette) est encore due à l'insuffisance du personnel; le maintien du milieu carcéral (le réflexe du verrouillage automatique des portes de l'unité) et le souci continu des fugues anticipées des malades proviennent aussi du manque de personnel; etc.

Bref, la perception ou l'affirmation d'une insuffisance du personnel est à l'arrière-plan de toute discussion relative à l'amélioration du milieu interne. Malgré les démonstrations répétées de la direction concernant le surplus actuel d'employés⁴, cette représentation de la réalité demeure ancrée chez l'ensemble du personnel infirmier. Toute exigence clinique nouvelle de la direction de l'hôpital ou de l'équipe professionnelle se heurte à cet argument décisif: « donnez-nous plus de personnel ». Les représentations d'une réalité ont souvent plus d'audience que cette réalité même, de sorte que d'un prétexte à sauvegarder des habitudes de travail, l'insuffisance du personnel devient un grief réel envers la direction de l'hôpital et un motif valable de refus de l'effort et du changement. Il existe un manque apparent de personnel dû au cloisonnement excessif des univers de travail: les congés et maladies peuvent diminuer dangereusement le nombre d'employés dans une section d'une unité (deux employés pour douze enfants) tandis qu'au même moment, la section voisine compte quatre ou cinq préposés pour une quinzaine d'enfants. Or, il n'y aura pas de prêt d'employés d'une section à l'autre à moins que l'infirmière-chef l'exige impérativement. Toute tentative de décroissement par l'infirmière-chef suscite des résistances et une agressivité chez les préposés, sans commune mesure avec les conséquences fonctionnelles d'une planification du travail à l'échelle de l'unité.

C'est au niveau des attitudes de groupes et des représentations de la tâche qu'il devient possible d'expliquer cet attachement possessif à un cadre de travail restreint et les résistances à toute intervention pouvant rompre l'équilibre acquis par le temps.

Le cloisonnement de l'univers de travail constitue un mécanisme de répartition égalitaire de la somme des tâches à accomplir. Les possibilités de contrôler l'égalité des efforts sont inversement proportionnelles au nombre d'individus devant fournir ces efforts. Cinq préposés dans une section peuvent évaluer réciproquement le degré de leur labeur plus facilement que quinze personnes dans toute une unité. Des exemples concrets peuvent aider à saisir l'importance de ce phénomène sur la répartition de l'effort.

Dans une section d'une unité, quatre préposés accomplissent leur tâche quotidienne. À l'heure de la pause-café, deux d'entre eux quittent l'unité pour la cantine. Il ne reste que deux personnes pour surveiller les malades de la section mais ces deux personnes attendent les deux premières pour jouir à leur tour

4. En regard des normes gouvernementales et en comparaison avec d'autres institutions du même type au pays.

d'une pause-café. Si les premiers préposés prolongent indûment leur pause-café, ils pénalisent les seconds en les laissant seuls vingt ou trente minutes avec les malades. Les phénomènes de contrôle sont donc facilités quoique se produisant en fonction du cadre de référence de l'employé et non de l'employeur : le second groupe, loin de diminuer la durée de sa pause-café et contrebalancer ainsi celle du premier groupe, verra à l'allonger d'une durée égale au retard des premiers afin qu'eux aussi soient pénalisés et obligés de se débrouiller seuls avec les malades.

Dans une section de quatre préposés, l'un est en congé mardi et l'autre mercredi de sorte que durant ces deux jours, il n'y a que trois employés auprès des malades et accroissement de la tâche de chacun. Le mercredi, le préposé en congé la veille allonge son congé par une journée de maladie. Le cloisonnement des sections empêche le prêt d'un employé d'une autre section de l'unité. Les deux préposés, sans s'en plaindre, accomplissent seuls la tâche quotidienne. Leur mécanisme de contrôle consiste à rendre la monnaie de sa pièce à celui qui a exagéré. Ils lui joueront le même tour à la prochaine occasion.

Ces exemples démontrent que les mécanismes de contrôle ne jouent ni en faveur de l'employeur ni au service du malade. Il s'agit d'un contrôle interne de la répartition de la tâche, impossible à effectuer sans rétrécissement de l'univers de travail. C'est pourquoi il devient si difficile à l'infirmière-chef d'obtenir un préposé d'une section pour dépanner une autre section en difficulté. À l'intérieur des normes minimales de travail du groupe, existe donc une délimitation pointilleuse des tâches, assurant à long terme un contrôle réciproque de l'effort. Ces mécanismes et quelques autres peuvent être utilisés aussi bien contre le réfractaire que le « zélé ». L'uniformisation du travail et de la réponse à l'employeur deviennent les facteurs d'un équilibre dangereusement compromis par la philosophie de soins (particulièrement, le concept d'activité thérapeutique) de la nouvelle direction. La sauvegarde de l'équilibre s'exprime par la résistance au changement et aux interventions extérieures, qu'il s'agisse de la transformation d'un local, de l'unification des groupes de patients, de la modification de l'horaire ou des tâches.

Cette attitude provient d'une perception de l'emploi de préposé comme représentant une somme de tâches obligatoires et non un ensemble d'actes cliniques finalisés. Cette perception pose le problème de l'éducation et de la motivation du personnel de préposés. De l'avis d'une coordonnatrice, « la majorité du personnel travaille pour son propre bien-être et non le bien-être de l'enfant » ; l'important serait d'inculquer au personnel une philosophie de soins au lieu de lui apprendre des techniques d'activité. Or, ce processus d'éducation est lent à démarrer et se heurte aux multiples problèmes administratifs d'une institution en voie de transformation. Le préposé aux malades y demeure le symbole ou plutôt le bouc émissaire de la réalité asilaire. On se plaint des préposés aux divers niveaux professionnels et administratifs mais on ne travaille pas avec eux. L'incompétence et l'isolement demeurent les caractéristiques principales des préposés et peu de discussions à leur sujet mènent à des décisions

pratiques relatives à leur éducation, leur animation ou leur participation au travail de l'équipe.

Nous avons noté par ailleurs le peu de satisfaction professionnelle que procure l'acte clinique en milieu institutionnel. Mais, nous avons soulevé également la possibilité d'un transfert de la valorisation professionnelle, du malade aux structures d'organisation, à l'équipe ou à l'institution. Le préposé ne jouit pas de cette possibilité d'évasion dans autre chose que sa fonction quotidienne: qu'il réussisse ou non, que son malade progresse ou non, le préposé doit demeurer près de lui, faute d'une compétence clinique qui lui permette de faire autre chose. Le professionnel de l'équipe jouit d'un langage, d'un vocabulaire scientifique, d'une vision spécifique des problèmes cliniques qui, sans toujours l'aider dans son travail, lui permettent au moins de rationaliser l'inutilité de ses efforts. Sans langage, sans concept, sans mode d'évasion ni d'intellectualisation, le préposé ne possède de son travail qu'une définition par la somme des tâches obligatoires à accomplir.

De nombreuses tentatives ont été faites afin de rompre avec le passé et d'instaurer un climat thérapeutique nouveau dans les unités de vie: création d'ateliers thérapeutiques et de salles d'activité au niveau du secteur, division des enfants en groupes homogènes quant au degré de fonctionnement, introduction du concept de « prise en charge » du malade par le préposé, décloisonnement des univers de travail afin de favoriser l'identification du personnel au secteur et non à l'unité ou à la section de l'unité, accès des préposés aux dossiers, etc.

Considérées individuellement, ces tentatives ont eu plus ou moins de succès; ajoutées les unes aux autres, elles n'ont pas réussi à transformer globalement le milieu de vie et de travail des unités. Nous aurons l'occasion dans les pages suivantes de constater que l'instauration d'une politique ne peut suffire à elle seule à transformer une attitude. Sans anticiper sur le texte à venir, nous pouvons croire qu'une attitude inscrite dans l'habitude d'un long passé ne peut s'éteindre par la seule imposition d'une norme nouvelle. La modification d'une telle attitude implique sans doute un changement normatif mais peut-être davantage une éducation (animation) du sujet ainsi déséquilibré et surtout la fin d'une situation d'isolement où il lui est demandé de faire ce que les autres ne veulent pas faire.

Les préposés aux malades connaissent et leur isolement et leur incompétence: les deux paraissent reliés dans un cercle vicieux où l'absence de formation suscite le rejet (phénomène de stratification sociale) et où l'isolement qui en découle ne peut améliorer la compétence. Quelques jeunes préposés se sont groupés et ont tenté de rompre leur isolement en accroissant leur compétence: de leur propre initiative et sans utiliser la voie hiérarchique habituelle, ils ont obtenu d'un CEGEP voisin, la mise sur pied d'un cours de rééducation institutionnelle au profit des leurs qui ont déjà complété onze années de scolarité. Bien que dispensé à temps partiel et hors des heures de travail, ce projet implique environ neuf cents heures de cours ou soixante crédits, ce qui est

l'équivalent de deux années pédagogiques à temps complet. Une cinquantaine de préposés paraissent aptes et intéressés à suivre ce cours qui, sur le plan académique, n'est inférieur que de quinze crédits à celui des infirmières.

Les réactions des différents niveaux d'autorité à cette situation sont très diverses et, dans l'ensemble, assez mitigées. La directrice de l'éducation au service des soins infirmiers représente la voie hiérarchique qui n'a pas été suffisamment consultée : l'initiative des préposés constitue en quelque sorte, un désaveu des services éducatifs internes. La directrice de l'éducation craint que ce projet ne suscite beaucoup d'anxiété chez les infirmières déjà en rivalité avec les éducateurs de groupe. Le cours de rééducation institutionnelle pourrait jouir d'une reconnaissance académique presque semblable au nursing mais en plus spécifique à la vie institutionnelle. La direction du service désire rencontrer le surintendant médical avant d'accepter le projet, tel que présenté par les préposés.

La rencontre a lieu. La réaction principale devant ce projet paraît tenir d'une inquiétude sur le changement possible de statut professionnel des individus devant suivre ce cours. Puisqu'il ne manque que quinze crédits pour obtenir une formation équivalente en durée et volume de connaissances à celle des soins infirmiers, il paraît raisonnable de penser que les futurs diplômés exigeront un statut occupationnel comparable à celui des infirmières. Ils ne seront plus des préposés aux malades, mais des travailleurs spécialisés, ce qui signifie des augmentations de salaires et l'introduction possible d'une discipline nouvelle dans un domaine traditionnellement dirigé par les infirmières. Cette situation inquiète particulièrement la directrice de l'éducation au service des soins infirmiers qui craint une diminution du rôle et des responsabilités de l'infirmière. Cette inquiétude est d'autant plus vive qu'il n'y a actuellement que peu de modalités prévues pour la formation des infirmières en poste.

On s'accorde à dire que de toutes façons, il est absolument impossible d'empêcher les préposés de suivre un tel cours, puisqu'ils le font hors des heures de travail. Il s'agit simplement d'être francs avec eux en ce qui concerne les possibilités futures d'emploi et le statut occupationnel. La direction du service verra donc à indiquer les possibilités actuelles et les possibilités de révision future à ce sujet. Le projet est accepté avec la suggestion suivante : réduire de huit à six le nombre d'heures de cours par semaine afin d'affecter le moins possible le rendement des préposés.

Cet événement suscite un certain nombre de réflexions :

— Il s'agit d'une nouvelle tentative de rompre l'équilibre de l'inertie mentionné régulièrement depuis le début de cet article. Cette tentative se différencie des autres en ce qu'elle origine des préposés eux-mêmes, d'eux seuls et sans contact avec l'administration de leur service.

— Cette démarche révèle une double réalité : 1. l'existence d'une volonté de changement au sein du personnel de base si souvent décrié ; 2. la rupture entre gens de bureaux et gens de salles du même service (soins infirmiers).

— Cette rupture et l'absence de sollicitation par la voie hiérarchique habituelle peuvent expliquer les réticences et les craintes de la personne responsable de droit et de fait de la formation professionnelle des membres du service.

— Cependant, le langage utilisé et l'argumentation ne paraissent pas exclusifs à la situation de frustration vécue par cette personne : les craintes devant une diminution possible des responsabilités de l'infirmière, l'anxiété réelle des infirmières et l'anxiété projetée sur les infirmières rappellent une situation conflictuelle vécue auparavant avec les éducateurs de groupe et nous incitent à croire que la recherche de l'équilibre n'est pas uniquement le fait des préposés.

— L'incompétence et l'isolement des préposés peuvent s'inscrire à l'intérieur des hypothèses sur la stratification sociale et sur le renvoi de la partie ingrate de la tâche. La formation professionnelle adéquate du préposé est une menace au statut occupationnel de l'infirmière, menace d'autant plus grande que cette formation nouvelle peut sembler plus spécifique au milieu institutionnel. De plus, le préposé instruit et compétent peut accomplir sa tâche en exigeant que d'autres individus, aussi qualifiés que lui, l'accomplissent avec lui (infirmières, éducateurs, thérapeutes auxiliaires) et rompre ainsi l'équilibre. Il peut être considéré d'autre part, comme un thérapeute spécialisé, membre d'une discipline, de sorte qu'il faudra le remplacer à la tâche par un préposé non-formé, afin de perpétuer l'équilibre.

— La problématique retenue lors des discussions administratives sur ce projet révèle une inquiétude relative aux structures d'organisation plutôt qu'un enthousiasme devant la prise de conscience et la volonté de changement de certains préposés.

Bref, en se dissociant de l'équilibre de l'inertie, les préposés initiateurs du projet se sont heurtés à un nouvel équilibre issu de la stratification sociale et de la division des tâches. C'est la rigidité de cette division *des* tâches qui nous paraît être un symptôme du désir plus fondamental de renvoi de *la* tâche asilaire, perçue comme la prise en charge des besoins des internés.

Un des arguments principaux servant à expliquer le peu d'attention du personnel envers les patients hospitalisés est relatif à la perception qu'ont les employés de la condition du malade : ce dernier, considéré en fonction de la durée de son hospitalisation, est habituellement qualifié de cas « chronique », « irrécupérable », « désespéré ». Cette perception de la réalité suscite chez le personnel de préposés une attitude fataliste ou défaitiste : « Il y a quatre ans que Jacques est dans la salle..., on ne peut rien faire avec lui. » Plusieurs professionnels adoptent également cette attitude, prétextant de la nécessité d'être réalistes et de ne pas « rêver en couleurs ». « De toutes façons, il faudra des garderies quelque part. » D'autres professionnels reprochent ce défaitisme aux préposés et prêchent l'espoir à distance respectueuse des unités de vie. Cette distance entre le langage et l'action révèle la fragilité de leur espoir. De sorte que

la condition du malade hospitalisé s'inscrit dans un cercle vicieux où, défini comme irrécupérable, il n'est pas récupéré et ne peut que correspondre aux termes de cette définition. Le qualificatif « institutionnalisé », régulièrement projeté sur le malade afin de donner bonne conscience au personnel hospitalier, s'applique alors dans toute sa rigueur au malade et au milieu.

Un exemple d'une telle situation nous vient d'une « sortie thérapeutique ». Tous les enfants de l'unité, quel que fut leur potentiel réel ou estimé, ont bénéficié de cette sortie agrémentée d'un repas au restaurant et de jeux d'hiver (glissades, promenades en carriole et en motoneige). La gaieté, les cris et les sourires des malades dont certains très régressés, ont démontré leur appréciation d'une situation différente de la routine quotidienne. Cette journée, riche en stimuli nouveaux, nous a permis de constater le potentiel d'adaptation de malades « institutionnalisés » à des situations différentes et à un milieu moins protégé. Les chants, les danses, les chevaux et les motoneiges ont soulevé beaucoup d'intérêt et de participation. Le repas s'est déroulé sans incident, sans menus spéciaux, mais non sans élégance. Certains malades n'ont pu tirer profit de cette journée en raison de leur état et auraient pu demeurer dans l'unité; mais s'il y avait eu tri, d'autres malades à qui la journée a profité y seraient demeurés : tel patient, isolé et habituellement inaccessible, a pris plaisir aux glissades; tel autre, difforme et handicapé, a apprécié le tour en carriole; sans compter l'apprentissage à la propreté, à la politesse, au respect du bien d'autrui et à la monnaie chez les moins régressés. Bref, une journée de fête à l'image du festival annuel de l'hôpital, dans un décor autre et où plusieurs enfants ont manifesté des comportements autres que ceux qu'on leur connaît en institution.

La réaction et l'adaptation à des stimuli nouveaux ont modifié le comportement du malade. On ne peut en dire autant du personnel pour qui c'était également une occasion de « désinstitutionnalisation » à deux niveaux : prise de conscience du potentiel de l'enfant dans l'observation de ses réactions à une réalité non coutumière; possibilité d'expérimenter des modes nouveaux de relation au malade par la participation à son plaisir et à ses découvertes. Or, il fut aussi surprenant que désagréable de constater que les individus les plus ritualisés et les moins affectés par cette évasion de la routine quotidienne n'étaient pas les malades mais les employés assignés à leur bien-être et à leur évolution. Ces derniers ont en effet conservé un comportement semblable à celui qui les caractérise dans la vie quotidienne de l'unité : plusieurs sont demeurés groupés à jaser et à fumer, ne s'occupant des enfants que par périodes intermittentes et sur assignation précise de l'infirmière-chef. Leur présence à l'enfant fut régulière lors des moments de vie : hygiène, repas, habillage et déshabillage (vêtements d'hiver). Mais durant les activités de plein air ou d'intérieur, plusieurs ont conservé leur habitude de regroupement entre employés pour converser, se reposer et attendre que le temps s'écoule. Les comportements autres qu'ordinaires furent relatifs à la consommation d'alcool et au bris d'une motoneige. De sorte que les plaintes du propriétaire de l'établissement visité ont moins concerné la conduite des malades que celle du personnel soignant.

Cet exemple démontre que les réactions du malade peuvent correspondre, dans certains cas, à la nature des stimuli qui lui sont présentés et des attentes du personnel qui l'entoure. Alors, les résultats cliniques peuvent être subordonnés

autant à la modification de l'image de l'interné et de l'attente du personnel qu'à la qualité technique de l'intervention spécialisée. En d'autres termes, le malade n'est pas l'unique cause des phénomènes d'institutionnalisation dont il supporte les conséquences et ces phénomènes ont le pouvoir de diluer les résultats d'interventions cliniques ou pédagogiques qui n'ont guère plus de poids dans sa vie qu'une journée de fête. En effet, la journée du lendemain s'est déroulée sans rappel aux événements de la veille : les malades ont réintégré leur milieu, leurs attitudes, leurs comportements stéréotypés et les préposés, leur routine de travail sans allusion au potentiel soupçonné dans les réactions de certains patients lors de cette sortie. Inaccessibles les uns aux autres, malades et préposés ont repris leurs positions respectives et l'unité a retrouvé son équilibre. L'infirmière-chef, qui avait organisé et dirigé cette journée avec beaucoup d'enthousiasme, a réintégré elle aussi son rôle et son bureau.

Un autre exemple d'institutionnalisation provient d'une réunion des coordonnatrices. Le premier sujet abordé concerne l'imposition de contraintes physiques aux malades hospitalisés. La direction de l'hôpital avait demandé aux différents sous-secteurs et au service des soins infirmiers de réduire au minimum le nombre de patients attachés et d'abandonner complètement cette technique dès que possible. Des efforts en ce sens ont été entrepris et, à la surprise générale, plusieurs malades violents ou auto-mutilateurs ont pu être libérés sans incident. Les succès obtenus durant la vie éveillée de l'enfant ont incité la direction à promouvoir cette politique durant la nuit, moment où, pour des raisons de sécurité, plusieurs malades demeurent attachés à leur lit ou retenus par une « courroie de taille ». La discussion des coordonnatrices concerne la difficulté de convaincre le personnel de nuit de la valeur d'une telle mesure : le personnel proteste énergiquement prétextant les risques de chute et d'accident. Selon les coordonnatrices, cette argumentation recouvre une situation sans rapport avec les incidences cliniques de cette exigence de la direction : lorsque les patients reconnus pour leur agitation nocturne (épileptiques, agressifs, auto-mutilateurs) sont attachés à leur lit, le personnel fait moins de surveillance au dortoir et peut ainsi plus facilement vaquer à d'autres occupations : dormir, jouer aux cartes, tricoter, manger, etc. Cette situation, loin d'être nouvelle, fait partie de ce que l'on peut nommer l'acquis de l'habitude. Depuis plusieurs années, les patients agités sont attachés la nuit afin de diminuer la somme de travail du personnel et de minimiser les risques d'accidents dus à un manque de vigilance. La nouvelle politique à ce sujet constitue donc une transformation radicale des habitudes de travail des préposés. Malgré les raisons cliniques et humaines à l'origine de cette mesure, elle représente pour les préposés une augmentation considérable de la somme de travail délimitée et sanctionnée par l'habitude. Cette immuabilité de l'habitude paraît être une fois de plus un trait distinctif des phénomènes d'institutionnalisation.

Outre les phénomènes inhérents à la perception que les préposés ont de leur travail (somme des tâches obligatoires) et à la manière stéréotypée dont ils l'accomplissent, d'autres événements propres à des attitudes délinquantes méritent d'être étudiés : insubordination, brutalité envers les malades, infractions criminelles. Mais, avant d'aborder ces problèmes, nous aimerions décrire une anecdote combien significative de cette perception du rôle du préposé dans la somme de labeur à accomplir.

Il s'agit d'une sortie thérapeutique de l'unité « Y » au jardin zoologique de Granby. Une telle sortie ne permet pas aux préposés de jouir de leurs périodes de repos habituelles, une heure au dîner et quinze minutes par demi-journée. En effet, accorder ces périodes de repos aux employés, divisés en deux groupes, représente une perte de trois heures d'activités pour les malades, alors insuffisamment encadrés. Ces trois heures correspondent approximativement au temps alloué pour la visite du zoo, compte tenu de l'heure de départ, de la distance à parcourir et de la nécessité d'un retour à 15 h 15, heure de départ des préposés en service de jour. Accorder les périodes de repos rend illusoire une telle sortie. Or, le lendemain, les préposés ont réclamé en plus des heures de repos habituelles, les périodes allouées au repos et non-utilisées la veille. L'infirmière-chef a refusé d'accéder à cette demande qui aurait signifié six heures de présence réduite aux malades hospitalisés. Quelques jours plus tard, la coordonnatrice annonce au psychiatre que le personnel fera un grief syndical à ce sujet mais qu'elle maintiendra le refus de l'infirmière-chef; elle ne croit pas toutefois être soutenue dans son attitude par la direction du service des soins infirmiers qui, pour éviter trop d'affrontements, accorde généralement un transfert du temps de repos non-utilisé lors d'une circonstance spéciale.

Les anecdotes de ce genre sont nombreuses; qu'on nous permette d'en rapporter une autre: une préposée ayant accumulé, en temps supplémentaire, l'équivalent d'une journée de travail, prend conséquemment une journée de congé à sa convenance. De retour au travail le lendemain, elle réclame les deux pauses-café de la journée précédente, créditée comme journée de travail mais entièrement écoulée à son domicile.

La brutalité

Des comportements délinquants des préposés, la brutalité est le plus spectaculaire mais le plus difficile à expliquer. Comportement spectaculaire, car il se produit en présence de l'observateur, sans dissimulation, comme s'il était partie intégrante de la vie de l'unité; inexplicable, si on se réfère à la logique de la fonction du personnel soignant, à l'inutilité et à la nocivité cliniques d'une telle intervention. À ce caractère gratuit de la brutalité s'ajoute la difficulté pour le chercheur de relativiser ses réactions émotives en de telles occasions et de conserver une attitude de neutralité bienveillante envers les individus en cause, attitude essentielle au déroulement d'une étude basée sur l'observation participante. Le temps et la subordination à une méthode de travail sont cependant deux facteurs garants d'une subjectivité moindre: plusieurs mois se sont écoulés depuis les événements mentionnés ci-dessous, ce qui permet de considérer chacun d'eux comme partie d'un ensemble plutôt que comme une histoire tragique individuelle; quant à la méthode, elle demeure la même: des exemples qui sont autant d'illustrations ou de preuves de la réalité proposée au lecteur mèneront à une analyse dissociée des individus ou des sous-groupes. Cette analyse ne réfère plus aux seuls exemples d'actes brutaux racontés mais vise à situer, dans un contexte plus général, la brutalité comme attitude ou élément de réalité asilaire.

Le 11 mai 19... , le souper des malades est l'occasion pour un préposé de monter un spectacle mi-tragique, mi-comique. Comique dans l'esprit du préposé qui, par ses attitudes et fanfaronnades, entend déridier un collègue de travail; tragique pour les malades, car le spectacle consiste à expédier le repas dans une atmosphère de pseudo-brutalité grâce à des gestes, mimiques et paroles menaçantes qui prêtent à équivoque et inquiètent les enfants. La seule brutalité réelle est exercée contre le mobilier: coups sur les tables, déplacement bruyant des chaises, etc. Par cette mise en scène, accompagnée de clins d'œil « m'as-tu vu » à l'intention du collègue, ce préposé est obéi au doigt et à l'œil par tous les malades. Le tout laisse l'impression d'un dressage d'animaux menacés d'être frappés s'ils ne se conforment pas aux désirs du dresseur. Un des enfants les plus craintifs est littéralement terrorisé au point d'avoir des réflexes instinctifs de défense (se protéger la tête avec le bras) dès que le préposé s'approche de lui. Ce dernier prend plaisir à provoquer ces réflexes de défense par des gestes de menace à chaque passage près de la table où ce malade mange seul. Car ce patient est si craintif qu'il refuse habituellement de manger avec les autres enfants et s'isole durant la journée dans un des coins les plus reculés de l'unité, adossé au mur afin de voir venir tout agresseur possible, malade ou préposé.

Quelques semaines plus tard, le même préposé frappe une patiente invalide (en chaise roulante) d'un coup de poing au visage. Les seuls témoins de ce geste sont des préposés qui ont narré l'événement à l'infirmière-chef mais ont refusé de témoigner officiellement par crainte des représailles. La malade est marquée au visage durant quelques jours.

Durant le « service de soir », trois préposés se relaient pour battre un adolescent agressif temporairement consignés dans une cellule d'isolement. D'autres préposés témoignent de ce geste et le chef du sous-secteur prend des mesures en vue du congédiement des employés fautifs. Le syndicat défend les employés et menace de recourir à l'arbitrage. La direction de l'hôpital, afin d'éviter l'aléatoire des procédures d'arbitrage, accepte un compromis: un des préposés est congédié et les deux autres sont réengagés à la cuisine de sorte que les trois individus n'auront plus de relation directe avec le malade. Un tribunal d'arbitrage aurait pu maintenir ces congédiements ou rejeter la preuve patronale et réintégrer les trois préposés dans leurs fonctions auprès des patients. Cependant, aux dires du chef du sous-secteur, les individus assignés au service de l'alimentation réussiront à menacer de nouveau l'adolescent malade et le collègue qui les a dénoncés. C'est ce dernier qui quittera l'hôpital par crainte des représailles.

Lors d'une réunion des infirmières-chefs, une discussion s'engage à propos des préposés qui frappent les enfants, au risque de les blesser, et qui volent du matériel ou du linge leur appartenant. La discussion est demeurée imprécise, les infirmières se limitant à citer des exemples provenant de l'hôpital et d'ailleurs. Cette prise de conscience n'a mené à aucune solution pratique ou tentative d'intervention afin d'améliorer la situation. Il en est ainsi des discussions au sein de l'équipe professionnelle, concernant les cas de brutalité; elles se terminent habituellement sur un sentiment d'impuissance car il est rare, faute de dénonciation et de témoignage, de pouvoir sanctionner ce type de comportement. Les travailleurs les plus anciens sont tout de même heureux de constater que ces événements se produisent moins fréquemment depuis l'entrée en fonction de la nouvelle administration.

Lors d'une visite dans une unité, nous avons pu constater l'existence d'une certaine complicité entre un adolescent délinquant et quelques jeunes préposés se prétendant, eux aussi, délinquants pour la circonstance. Ces préposés, qui refusaient aux malades le droit de manger immédiatement, étaient eux-mêmes assis à la table des patients et avaient commencé leur repas. L'adolescent leur servait de policier en refusant aux autres malades, l'accès des tables. Fier de cette responsabilité nouvelle, il agissait « *manu militari* » envers les enfants, permettant aux préposés de déguster tranquillement leur repas en jouissant du spectacle.

Un adolescent récemment hospitalisé suscite beaucoup de rejet de la part du personnel de préposés. Considéré comme un « niaiseux », ce malade est régulièrement ridiculisé et quelquefois maltraité. Son apparence physique, sa voix et sa démarche correspondent à l'image populaire de l'arriéré du village, victime des quolibets des enfants. Le comportement de certains préposés ressemble étrangement à celui des enfants dans une telle situation : tendance à ridiculiser le faible d'esprit, au sourire figé malgré les quolibets et les menaces. Malheureusement, l'agressivité des préposés porte davantage à conséquence ; on frappe le malade parce qu'il est « niaiseux », parce que « sa face ne me revient pas ». Cet exemple est suivi par certains patients de sorte que la seule possibilité pour cet adolescent d'éviter les brimades est de se réfugier dans un coin de l'unité et de s'y faire oublier. Le comportement des préposés correspond sans doute à des tendances inconscientes et refoulées jusqu'à l'arrivée de ce parfait spécimen de la victime. Le langage populaire, sans le concours des hypothèses analytiques, résume une telle situation dans l'expression si significative de « souffre-douleur ».

En quelques occasions, des préposés durent affronter de légères crises d'agressivité de la part d'un patient reconnu comme psychopathe. Loin de calmer ces débuts de crise et d'encourager le malade au dialogue, les préposés ont convenu « de faire une crise » à leur tour en mimant les gestes du malade. Ils se sont grandement amusés à lancer des chaises, hurler, gesticuler et menacer patients et autres préposés. Durant le repas, leurs interventions auprès des patients reflétaient l'indifférence ou la cruauté. Leurs principales occupations ont consisté à ridiculiser les malades et les autres préposés plus soucieux de leur travail. Réfractaires aux directives de l'infirmière, certains tentèrent successivement de lui parler grossièrement ou de l'embrasser pour la tranquilliser.

Nous avons retenu ces quelques exemples parmi d'autres afin d'illustrer des situations vécues et ne pas nous limiter à une analyse générale et dissociée de la réalité. Il y aurait sans doute avantage à décrire d'autres cas pour appuyer nos hypothèses sur l'atmosphère criminogène de certaines unités de vie. Outre les gestes manifestes de brutalité, nous avons pu observer régulièrement des attitudes, des omissions et des paroles reflétant l'indifférence totale de certains préposés envers les malades, leur absence de considération ou de respect dus à tout être humain et, dans certains cas, leur cruauté mentale. L'abandon du malade, la négligence et l'indifférence sont des attitudes courantes dans le cycle de vie de l'unité, difficiles à décrire, moins spectaculaires mais tout aussi nocives pour le patient que les comportements brutaux. Ainsi, plusieurs préposés, sans brutaliser aucun malade, manifestent leur arrivée à l'unité en expulsant un patient d'une des meilleures chaises afin de s'asseoir confortablement devant la télévision ; ce rituel d'entrée dépossède et infériorise des malades auxquels l'infirmière tente d'inculquer le respect d'autrui et le sens de la propriété. Ces

derniers s'approprient à leur tour une chaise occupée par un patient plus faible. Une crise d'agressivité est également l'occasion pour de jeunes préposés d'exprimer leurs tendances agressives et d'affirmer leur force et leur virilité. Le malade psychopathe est ainsi neutralisé par une force brutale qu'il se sent justifié de combattre jusqu'à épuisement. Témoin d'une situation où les combattants étaient épuisés, nous avons vu le préposé reprendre la lutte sur une provocation orale du malade. En d'autres circonstances, de jeunes préposés ont provoqué et savouré des crises successives d'agressivité chez un malade dans un jeu psychologique de projection et d'identification.

Nous ne pouvons exiger l'adhésion du lecteur aux hypothèses qui vont suivre sur la foi de ces quelques exemples. Il serait toutefois difficile d'en livrer davantage sans transformer ce chapitre en une suite d'anecdotes et de narrations sans cohérence. Nous admettons que nos observations proviennent de quelques unités de vie et que les exemples choisis ne réfèrent qu'à deux de ces unités. Rappelons que cette réduction de l'univers étudié était essentielle à une véritable intégration au vécu de l'unité et à une diminution des craintes du personnel devant la présence d'un observateur étranger. Une présence intensive (jour et soir) et à long terme s'est avérée nécessaire pour que le personnel n'accorde guère plus d'importance à l'observateur qu'au décor habituel de l'unité. Réduite dans l'espace mais continue dans le temps, cette implication dans le vécu des unités permet une approche qualitative approfondie des phénomènes étudiés. Une recherche statistique déjà publiée et relative à l'information contenue dans les dossiers de cinq cent soixante-quatorze préposés, a révélé d'autre part le caractère collectif de certains comportements inadéquats⁵. Il serait fallacieux de généraliser nos observations à toutes les unités de l'hôpital ou de nier toute amélioration effective du milieu interne. Cependant, nous croyons justifié, à la lumière de ces observations et des données statistiques recueillies, de demander au lecteur de ne pas considérer les exemples mentionnés comme des cas d'exception mais bien comme les symptômes d'une pathologie institutionnelle persistante, qu'il est plus facile de pénétrer que de mesurer.

Dans cette perspective, le comportement brutal du personnel envers les malades peut être reconnu comme un des éléments de la réalité asilaire. Ce type de comportement est en opposition totale avec la constitution d'un milieu thérapeutique et l'idéologie clinique actuellement véhiculée dans l'hôpital. À cet égard, il suscite chez le clinicien une réaction émotive intense d'indignation et de condamnation verbale. Le personnel professionnel reconnaît qu'un tel comportement est contraire aux buts et idéaux poursuivis, et nocif au point de saboter ses propres tentatives d'intervention clinique. En regard des fonctions cliniques d'un milieu hospitalier, le comportement brutal paraît paradoxal, irréductible et inexplicable. Pourtant, il existe et se manifeste régulièrement, non

5. Alain VINET, *Le personnel de préposés aux malades d'un hôpital psychiatrique : caractères généraux de la population étudiée*, Hôpital de la Région, document miméographié, 89 p.

comme un événement ou un accident, mais simplement comme un élément de la vie quotidienne.

La condamnation par le personnel professionnel devient un facteur d'explication en ce qu'elle demeure souvent verbale et prête rarement à des tentatives d'intervention ou de correction. La logique de l'idéal clinique est rompue, bien avant et bien au-delà des manifestations du comportement brutal, par la passivité du clinicien, véhicule de l'idéologie. Cette distance entre le discours et l'agir ouvre une voie d'explication en ce qu'elle réfère à une autre distance entre l'idéologie et la réalité quotidienne, entre les fonctions et les structures d'une entreprise. En d'autres termes, l'interrogation porte moins sur l'illogisme de la brutalité en milieu thérapeutique que sur les liens entre la brutalité et les structures de l'organisation. De sorte qu'il importe d'analyser le comportement du préposé qui brutalise et la passivité du professionnel devant la brutalité et de relier ces deux attitudes à ce qui, dans les structures de l'entreprise, en constitue le caractère institutionnel. Cette démarche introduit une double explication centrée : 1. sur les structures physiques de l'institution ; 2. sur ses structures psychologiques.

1. *Les structures physiques.* Les dimensions architecturales de l'institution, le nombre d'employés qui y travaillent (1 000 et plus) et le nombre d'enfants qui y vivent (700 et plus) en font un vaste ensemble anonyme et difficile à pénétrer. Les hôpitaux psychiatriques prennent ordinairement figure de cité dans la cité ou, plus précisément, de cité hors de la cité. Une des principales conséquences de ce gigantisme est la facilité avec laquelle l'action individuelle se noie dans l'inertie collective. L'impact du comportement déviant paraît inversement proportionnel au nombre des individus en interaction : il faut peu de choses pour troubler la tranquillité d'un petit village mais bien davantage pour secouer l'indifférence d'une métropole. Le gigantisme de l'institution instaure un état d'équilibre où rien n'appartient à personne et où personne n'est responsable de rien. Le pouvoir et l'initiative individuelle s'y trouvent dilués et limités à l'accomplissement d'une partie minime de la tâche collective.

Le cloisonnement des univers est une conséquence du gigantisme de l'institution. L'hôpital est divisé en sous-ensembles ou sous-secteurs, ce qui en diminue le caractère institutionnel. Parallèlement à cette division quantitative récente existe une division qualitative tout aussi étanche : division par catégories professionnelles, par services ou disciplines, par champs d'action. On retrouve des professionnels et des non-professionnels, des médecins et des paramédicaux, des infirmières et des préposés, des gens travaillant en clinique externe et des gens travaillant en clinique interne, des groupes qui collaborent et des groupes rivaux, etc. Ces phénomènes communs aux entreprises de grande dimension favorisent l'identification des individus à des sous-groupes différents quant à leurs tâches, leurs normes et leur culture. Nécessaire à la cohérence des groupes de tâche, cette réduction de l'univers de travail due à des facteurs

professionnels, socio-économiques ou culturels risque d'entraver la transmission de l'information et de la philosophie de soins d'un groupe à l'autre. Nous avons pu constater le degré de rupture entre gens de bureaux et gens de salles, l'hermétisme et l'étanchéité de leurs sous-univers de travail respectifs. Conséquemment, le clinicien ayant accompli sa partie de la tâche collective ne peut que déplorer (de son bureau ou lors d'une réunion dans un bureau) le comportement brutal de certains préposés, lorsqu'il a le privilège d'en être informé par personnes interposées. Le cloisonnement de l'univers de travail instaure un système de responsabilité qui ne réfère plus au malade indivisible mais à la tâche divisée.

Parallèlement à sa fonction thérapeutique, l'hôpital psychiatrique assume une fonction économique trop souvent négligée : il est une source d'emplois. Si on peut dire que sept cents malades vivent à l'hôpital, il faut dire également que plus de mille autres personnes en vivent. Cette vision économique de la réalité institutionnelle implique la syndicalisation des employés, la formation de groupes de pression, la structuration des normes de travail et de responsabilité et autres phénomènes qui élargissent le cadre de référence du comportement brutal. Les cas de brutalité sont rarement signalés à l'employeur en raison de la solidarité économique et syndicale des préposés : ceux qui ne sont pas suffisamment identifiés au groupe se tairont également par crainte des représailles. Les actes de brutalité se produisent très rarement en présence des infirmières qui s'inscrivent dans un autre univers de travail mi-clinique, mi-clérical. Lorsque l'information parvient au chef de sous-secteur ou à la coordonnatrice, les témoins sont inexistantes ou se rétractent et le syndicat intervient car l'enjeu principal est l'emploi d'un collègue et non le bien-être d'un malade.

Cette esquisse de quelques structures institutionnelles explique la résignation et la passivité sinon l'indifférence du personnel devant les gestes de brutalité. Cette attitude de non-intervention paraît liée à des attitudes plus fondamentales : la non-implication du personnel professionnel dans les unités et sa tendance à réduire le concept de responsabilité aux seules incidences de son travail particulier.

Si l'analyse organisationnelle peut nous aider à comprendre les circonstances ou les modalités d'existence d'un comportement, elle ne nous renseigne aucunement sur son origine. En d'autres termes, nous possédons certains indices relatifs au « comment » du phénomène, sans pouvoir expliquer le « pourquoi » de l'attitude. C'est dans une esquisse des structures psychologiques de la relation personnel-enfant que nous espérons cerner les motivations d'un tel comportement.

2. *Les structures psychologiques.* A priori, la brutalité en milieu psychiatrique paraît inexplicable : la majorité des malades hospitalisés ont un contact limité avec la réalité, peu de moyens de défense et une agressivité facile à contrôler. Loin d'être dangereux, le malade et surtout l'enfant malade inspire de la pitié car il est sans défense, sans avenir et démuné. Cette infirmité physique,

mentale et sociale fait du malade un être faible qu'il faut soutenir, protéger et soigner. La brutalité est une attitude contre-indiquée dans ce cas plus qu'ailleurs et inexplicable en regard des fonctions de l'hôpital. Cet angle d'approche nous mène à une impasse puisque le comportement brutal est un élément de la réalité institutionnelle malgré son inutilité et sa nocivité. Mais, si la faiblesse, le dénuement et l'incapacité du malade nécessitent une intervention extérieure, l'incapable est à la merci d'autrui. Cette caractéristique introduit deux possibles : un possible d'autant plus prévisible qu'espéré : l'incapable doit être soigné ; un possible moins prévisible parce que condamné : l'incapable est le type parfait de la victime et peut conséquemment être maltraité. Un statut de « victime » parallèle à son statut approuvé de « soigné » lui étant conféré, l'incapable nous livre lui-même l'explication des traitements bons et mauvais qu'il subit.

Il est une *victime facile* : le malade se défend mal, peu ou pas du tout et riposte encore moins. C'est un enfant handicapé. Un très petit nombre d'adolescents peuvent riposter violemment à une provocation ou à une situation de frustration. Les autres malades ne peuvent se défendre ; plusieurs n'ont pas la possibilité d'éviter les coups qui leur sont destinés. Il est donc rarement dangereux physiquement pour un préposé de frapper un malade. Certains patients, incapables de parler, ne peuvent se plaindre des mauvais traitements reçus ; ceux qui comprennent et parlent sont menacés et savent qu'il est dans leur intérêt de se taire. De toute façon, la parole d'un aliéné n'a pas la même valeur légale que celle d'un employé. La rapide esquisse des structures physiques de l'institution illustre les difficultés de surveillance et de sanction. Les préposés se sentent à l'abri dans leur univers de travail relativement isolé.

Il est une *victime répugnante* : certains patients sont handicapés physiquement et difformes. D'autres sont extrêmement régressés sur le plan intellectuel. Le langage scientifique utilisé pour décrire les symptômes et les états morbides recouvre une réalité plus élémentaire : les patients ne correspondent pas à l'image habituelle de l'homme moyen ou même de l'homme malade : ils sont « laids », « bêtes », « mal faits », « niais », « dégoûtants ». Certains hurlent, d'autres se salissent, bavent ou mangent tout ce qu'ils trouvent. Les plus jeunes et les plus beaux enfants attirent l'attention, la pitié et les caresses. Mais les autres, les « grands débiles », ceux qui transgressent les normes les plus élémentaires d'hygiène, de décence et d'intelligence ne reçoivent pas d'affection, n'attirent pas la pitié et ne jouissent pas souvent du respect dû à tout être humain. Le professionnel peut fuir ce genre de malade, se réfugier dans son bureau, arguer qu'il ne peut rien faire. Dernier échelon du renvoi de la tâche, le préposé demeure sur place et vit, isolé et mal préparé, avec les malades que les autres ont oubliés. Victime de sa position sociale, le préposé trouve dans le malade une victime plus faible que lui dont l'anormalité suscite le rejet. On ne frappe pas ce qui est beau.

Il est une *victime attirante* : ordinairement faible et sans défense, quelquefois répugnant et rejeté, vivant dans un milieu qui garantit une relative impunité au délinquant, le malade attire la violence. Il peut être frappé par réflexe dans un moment d'impatience comme il peut être brutalisé avec une joie morbide. Certains préposés effraient les patients, les menacent et se réjouissent de leur soumission et de leur terreur. D'autres provoquent plus ou moins consciemment leur agressivité afin de la réduire plus sûrement par la force. Nous pénétrons des structures psychologiques individuelles que nous connaissons mal : désir d'affirmer sa force et sa virilité, tendance au défoulement des frustrations accumulées, sadisme...? N'ayant que des connaissances théoriques des fondements de la psychologie et de la psychanalyse, nous ne pouvons approfondir davantage et nous devons nous limiter à rendre compte du fait que le malade est une occasion de violence et, pour certains individus, un appel à la brutalité.

Dans une perspective plus générale, ces quelques hypothèses s'appliquent à des situations autres que les gestes de brutalité. Nous avons relié le comportement brutal à l'état de faiblesse et d'incapacité du malade (victime en puissance) plutôt qu'aux difficultés de contrôle de son comportement. Cette démarche n'exclut pas l'existence de comportements déviants et mal aisés à corriger chez le malade. Cependant, ces difficultés de normalisation ne constituent qu'une conséquence de l'incapacité du malade et ne représentent qu'une circonstance ou un prétexte à la manifestation du comportement brutal sans en être le véritable mobile. C'est l'état et non l'agir du malade qui provoque et institutionnalise le comportement brutal. Outre sa faiblesse qui le désigne comme victime, son anormalité ne permet pas l'identification du personnel au malade mais suscite au contraire, une ségrégation, un rejet et un mépris plus ou moins conscients. Le malade prend à la fois figure de sous-être et d'être autre que l'humain normal, être dont l'existence n'attire pas le respect et la considération dus aux humains. En d'autres termes, si la brutalité est une conséquence de l'attirante facilité de la victime, elle origine plus fondamentalement d'une ségrégation des espèces. L'hypothèse peut paraître osée au clinicien pénétré d'une philosophie de soins ; c'est peut-être qu'en considérant l'anormal comme un malade, la démarche clinique recouvre une réalité politique et sociale plus élémentaire : la distinction entre la raison et la folie ou la désignation originelle du Même et de l'Autre.

En partant de cette hypothèse de la désignation du malade comme « autre », il devient possible d'expliquer non seulement le comportement brutal mais aussi l'indifférence, le mépris, les vols et autres interventions nocives dont il est victime. Quelle que soit la nature de ces interventions, expression de l'agressivité (brutalité), économie de l'effort (indifférence et mauvais rendement), recherche du profit (vols), etc., elles ont en commun le refus d'accorder aux besoins du malade la même valeur qu'aux besoins de l'être normal.

Les nombreux cas de vol sont des exemples typiques de cette attitude. La quantité de matériel volé et la régularité d'un tel comportement chez les préposés nous incitent à croire qu'il ne s'agit guère à leurs yeux d'un délit. Le vol

d'équipement appartenant à l'institution semble justifié par le fait que cet équipement n'appartient à personne et que, conséquemment, personne n'est lésé. Quant à l'attitude qui prédispose au vol d'effets appartenant aux patients, elle se résume dans cette phrase d'une préposée occupée à déballer un colis de vêtements donné à un malade par sa mère : « Ce gilet est bien trop beau pour lui ». Cette phrase est une forme d'expression spontanée de la situation marginale de l'incapable, de son statut de sous-être ou d'être à part. Telle qu'illustrée précédemment, cette mentalité collective s'actualise dans des comportements nocifs que les structures physiques de l'institution ne permettent guère de contrôler.

Le renvoi de la tâche et de l'angoisse

Nous avons choisi de décrire et d'analyser quelques éléments névralgiques de la vie quotidienne à l'asile. Nous les avons considérés comme des symptômes d'une pathologie institutionnelle. Il peut paraître plus simple et plus juste de parler de pathologies individuelles, de limiter la responsabilité des situations troublantes à des individus inaptes ou non-fonctionnels. Dans ces conditions, les correctifs à appliquer sont simples, évidents et peu susceptibles de troubler la tranquillité collective :

- il suffit de rechercher et de sanctionner les coupables tout en admettant que certains gestes malheureux soient inévitables dans la conjoncture actuelle ;
- il est possible de conserver les structures institutionnelles érigées au profit des groupes dominants ;
- il demeure louable de sauvegarder et de propager un idéal clinique issu de l'assimilation de certains acquis conceptuels mais dissocié de l'expérience immédiate et quotidienne du malade.

Il est tout aussi tentant, pour les mêmes raisons, d'attribuer la responsabilité des situations morbides à l'ensemble des travailleurs les plus immédiatement impliqués : les exécutants de la tâche, les préposés représenteraient ainsi l'obstacle à l'actualisation d'une philosophie de soins et l'unique symbole de la réalité asilaire.

L'une ou l'autre de ces attitudes n'assure qu'une vision partielle du phénomène, offrant peu de possibilité d'intervention. Le rejet de la responsabilité sur le préposé inadéquat ou sur la classe des préposés risque de mener à une impasse en raison de la relative impunité de l'acte délinquant d'une part et de l'isolement de cette catégorie de personnel d'autre part. Car l'implication des professionnels demeure limitée au fait de déplorer, entre eux et hors de l'unité, une situation à laquelle ils semblent résignés. Dans ce contexte, le rejet de la responsabilité nous paraît relié au renvoi de la tâche : on parle du préposé et non avec lui, on parle de « l'interne » mais on n'y travaille pas.

Cette rupture entre la réalité de l'exécutant et le discours du clinicien constitue l'arrière-plan des hypothèses énoncées dans cet article. La prise de

conscience de l'incompétence et de l'inaptitude du préposé n'a de valeur qu'en fonction d'une prise de conscience parallèle de son isolement. La réalité asilaire prend alors figure d'un cercle vicieux où l'isolement entraîne l'incompétence et où l'incompétence renvoie à l'isolement.

Dans cette perspective, la faible participation des disciplines professionnelles au vécu quotidien de l'interné demeure un caractère inchangé de la réalité asilaire. La transformation du milieu institutionnel a permis d'incarner des idéaux dans des structures, des organigrammes et des équipes. Cependant, la distance si souvent mentionnée entre gens de bureaux et gens de salles, entre promoteurs et exécutants de la tâche ne peut que refléter une rupture plus fondamentale entre le projet et le quotidien et nuire à l'intégration de l'un à l'autre.

Cette absence du professionnel de l'univers du malade hospitalisé peut être attribuée à différents facteurs :

- *son implication dans la vie de l'institution* : appartenance à une discipline professionnelle, à une équipe de sous-secteur, participation à des comités et autres activités nécessitant un investissement de temps et d'énergie dans des communications diverses (principalement des réunions).
- *la spécificité de sa démarche clinique* : chaque professionnel est formé dans le but d'offrir un service spécialisé pouvant répondre à des besoins spécifiques. Une interprétation rigide de la spécialisation et du statut du spécialiste mène à deux conséquences :
 1. Une discipline n'intervient que lorsque le malade correspond à des critères d'admissibilité ; cette logique signifie concrètement que, pour être traité, le malade ne doit pas être trop malade.
 2. Le spécialiste ne se sent pas concerné par la somme des besoins communs à tous les malades hospitalisés.
- *les modalités d'exécution de l'acte clinique* : le professionnel, en raison de la spécificité de sa démarche, intervient dans une relation individuelle ou dans un petit groupe. À cet aspect de la relation clinique s'ajoute souvent la nécessité d'un matériel particulier ou d'un local spécialement aménagé. L'exécution de l'acte exige que le malade quitte son milieu de vie.

Ces hypothèses expliqueraient la propension des spécialistes à travailler en clinique externe et l'impasse d'un grand nombre de discussions de cas groupant des cliniciens impuissants à adapter leurs techniques aux besoins du malade hospitalisé. Cependant, un tel investissement d'énergie dans des réalités intermédiaires nous incite à les considérer comme des prétextes ou des soutiens à un refus plus fondamental de concrétiser l'idéologie proposée jusqu'à la limite de sa logique.

Rejeté de son milieu naturel, l'être déviant est de nouveau rejeté par le personnel clinique qui, pour réduire son angoisse, ne le perçoit qu'en fonction de la spécificité de certains traits pathologiques. Nous savons par ailleurs que le préposé perçoit le malade dans la somme des tâches à accomplir. Ces renvois

successifs de la responsabilité de l'être (et non de la responsabilité du cas) isolent l'interné et permettent la survivance tranquille de l'asile dans une institution autrement transformée.

* * *

La réorganisation entreprise à l'hôpital de la Région se distinguait, à l'origine, des autres réformes couramment envisagées, par deux de ses objectifs : la sectorisation et l'acceptation authentique et responsable de la « psychiatrie lourde ». Chacun de ces objectifs exigeait une remise en question des modalités d'être de l'institution : la sectorisation impliquait un réaménagement des normes de distribution des soins, tandis que l'acceptation de la psychiatrie lourde référerait plutôt à une modification des attitudes collectives du personnel soignant.

La mise en œuvre d'une politique de sectorisation a totalement bouleversé le cadre de référence de la démarche clinique, les habitudes de travail et le visage même de l'asile. Subdivisée de l'intérieur et relativement décentralisée, l'institution a pu recouvrer des dimensions plus humaines et redéfinir ses fonctions à partir des ressources et des équipements existants. Cette réduction de l'univers asilaire allait de pair avec une tentative de réinsertion sociale de l'institution. En modifiant le contenant, la sectorisation appelait une transformation du contenu. À une époque où le gigantisme des institutions psychiatriques est décrié, il devenait possible de créer, à partir de l'une d'elles, des milieux thérapeutiques viables parce que restreints.

Dans cette perspective, la sectorisation pose les conditions d'existence d'une institution différente : en réduisant les dimensions traditionnelles de l'asile, elle le rend plus accessible à une intervention ; en le subdivisant, elle facilite sa pénétration par un personnel nouveau, assigné à l'amélioration de la qualité du milieu. La sectorisation représente donc une occasion de modifier le caractère asilaire sans constituer en elle-même ou à elle seule cette possible réduction.

L'actualisation des normes de la sectorisation favorise d'autre part une meilleure répartition des ressources et des services offerts : l'ouverture de l'institution vers l'extérieur, les liens établis avec d'autres services communautaires et la création de cliniques externes à vocation régionale constituent des réalisations hautement estimables et tout à fait précieuses pour la population desservie. Cependant, dans la perspective limitée de notre recherche, cette œuvre ne représente qu'un ajout à la réalité première de l'institution, qu'une acquisition nouvelle dont la valeur tient à son rayonnement sur le milieu asilaire. En d'autres termes, ces réalisations nouvelles, aussi valables soient-elles, n'ont pas à servir d'alibis ni masquer la perpétuation possible de l'asile.

Dans cette même optique, l'arrivée massive d'individus qualifiés n'est significative que dans la mesure où ce personnel est réellement impliqué dans la vie et le traitement de la clientèle institutionnelle ; sans quoi l'individu qualifié travaille sur ce qui est ajouté à l'asile et non sur ce qui le constitue. Or, nous

avons pu constater combien il est collectivement tentant de s'évader de l'asile en accordant une plus-value aux structures administratives et en limitant l'intervention clinique à certains types de malades. Cette réaction de retrait peut suffire à conserver l'asile égal à lui-même malgré des structures d'organisation nouvelles et un potentiel humain et financier satisfaisant.

Finalement, entrevoir la disparition du milieu asilaire dans le départ d'une population vieillissante et le rétrécissement subséquent du champ de juridiction de l'institution ne règle en rien le dilemme. Car alors même qu'il serait déplacé, l'asile pourrait survivre ailleurs.

Ces quelques considérations nous ramènent au second objectif de la rénovation entreprise : l'acceptation authentique et responsable de la psychiatrie lourde. C'est dans cette attitude que réside l'antithèse de l'asile comme c'est de l'attitude inverse de rejet ou de fuite que naît et se perpétue l'asile.

Cet objectif fut intégré à la réorganisation de l'entreprise par une norme nouvelle : la « mixité des patients » ou, plus précisément, le refus d'assigner un malade à une unité de vie en fonction de certains traits pathologiques ou de la qualité de son fonctionnement général. Cette norme d'hétérogénéité met fin à la traditionnelle division de l'univers asilaire en unités « actives » et unités « chroniques » ou « d'arriération ». Cette dichotomie illustre combien l'institution psychiatrique classique peut endosser le sentiment de rejet, présent dans la société globale : exclu de son milieu d'origine, l'aliéné pouvait être choisi ou rejeté par l'institution.

La norme « mixité » a mis fin à cette situation formelle de ségrégation. Il est conséquemment plus pénible de constater que les malades très déficients, s'ils ne sont plus rejetés en bloc dans des unités « chroniques », demeurent individuellement négligés dans des unités hétérogènes.

C'est que la norme de la « mixité », tout comme la norme de la « sectorisation », ne sont que des instruments devant faciliter l'incarnation d'un idéal nouveau dans des comportements nouveaux. Le véritable défi tient moins à un bouleversement des structures de l'entreprise qu'à la prise de conscience de la responsabilité collective de tous les soignants envers tous les malades. Et cette acceptation authentique de la psychiatrie lourde ne peut être imposée par des normes ou des politiques. En transformant les règles du jeu, la sectorisation et la mixité ont rendu possible une remise en question de l'asile ; sa destruction ne peut être effective que par l'assentiment et surtout la participation de tous les niveaux de personnel soignant à la philosophie nouvelle de responsabilité. La fuite des plus compétents ne nous permet pas de croire à l'assimilation collective de ce second objectif.

En fait, le personnel asilaire perpétue la réaction originelle de la collectivité à l'égard de la folie. Malgré les apparences, la rupture véritable n'est pas entre la société et l'asile mais plutôt entre l'asile et le fou. Le personnel dit professionnel ne peut supporter d'être en relation vraie avec l'interné et s'efforce, par divers moyens, d'y échapper. La stratification établie à l'asile lui permet de réussir sa

fuite, tout en conservant ses illusions. Il est difficile de reprocher au personnel asilaire son comportement : il appartient à la même communauté qui a exclu le fou et n'agit ainsi que pour se rassurer à cet égard. Voilà sans doute pourquoi l'asile est une caricature de société, pourquoi, en définitive, l'asile n'accorde guère plus d'attention aux internés que la société-mère.

Dans ce contexte, les réformes asilaires, les concepts et programmes thérapeutiques constituent un maquillage dont la vocation est double : démontrer que l'asile et, conséquemment, la communauté ambiante poursuivent des objectifs humanitaires et les atteignent grâce à une technologie savante ; offrir aux travailleurs de l'asile, particulièrement aux spécialistes de la démarche clinique, des justifications à leur venue dans l'institution, des occasions d'utiliser les concepts de la pratique psychiatrique et de parfaire leur langage. Ainsi se voit confirmée l'hégémonie médicale à l'asile et, ainsi, conservons-nous des illusions sur notre degré de civilisation par la simple présence médicale dans l'institution. Or, les pensionnaires des hôpitaux dits psychiatriques sont en majorité des cas non-psychiatriques et les manifestations diverses de la débilité mentale n'ont que faire de la psychiatrie.

Nous atteignons le cœur de la réalité asilaire : le processus de mise à l'écart de la folie — au sens d'une incapacité de rencontrer les exigences de la communauté — d'exclusion et d'anéantissement social de l'incapable. Ce processus est nécessairement camouflé au rythme des progrès technologiques et en vertu des courants de civilisation. Le camouflage s'use et doit être remplacé régulièrement, d'où la multiplication des réformes asilaires. Ces modifications aux composantes organisationnelles et au « vocabulaire institutionnel » n'ont guère d'influence sur la vie quotidienne de l'interné et moins encore sur la réaction originelle de rejet et de mise à l'écart, préalable à l'asile. En réalité, elles ne peuvent qu'imposer de nouvelles règles, de nouvelles structures à l'oubli.

Alain VINET

*Département de médecine sociale,
Université Laval.*