

Bulletin d'histoire politique

La folie au Nouveau-Brunswick : « No insane man recovers at home »

Nérée St-Amand



Volume 10, numéro 3, printemps 2002

Folie et société au Québec, XIXe-XXe siècles

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1060793ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1060793ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Bulletin d'histoire politique
Comeau & Nadeau Éditeurs

ISSN

1201-0421 (imprimé)

1929-7653 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

St-Amand, N. (2002). La folie au Nouveau-Brunswick : « No insane man recovers at home ». *Bulletin d'histoire politique*, 10(3), 105–117.
<https://doi.org/10.7202/1060793ar>

Tous droits réservés © Association québécoise d'histoire politique; VLB Éditeur, 2002

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

La folie au Nouveau-Brunswick : « No insane man recovers at home »¹

NÉRÉE ST-AMAND
École de travail social
Université d'Ottawa

C'est moins les maladies mentales que les contingences de la vie qui décident de l'internement.

E. Goffman

Dans cet article, nous présenterons quelques volets de l'histoire de la psychiatrie institutionnelle et communautaire au Nouveau-Brunswick. Tout en soulignant certains enjeux qui lui sont particuliers, tant sur le plan géographique que politique et linguistique, nous nous proposons de mettre en valeur les différentes conceptions et pratiques de la santé mentale ayant prévalu ou faisant encore l'objet de débats dans la seule province officiellement bilingue au Canada. Pour ce faire, nous soulignerons quelques dates marquantes de l'histoire de la psychiatrie et de la santé mentale et signalerons certaines tendances et tensions qui ont contribué à façonner le système actuel.

L'ÈRE PRÉINSTITUTIONNELLE

Avant la création des premières institutions psychiatriques, comment traitait-on les gens qui dérangeaient, qu'on considérait comme fous, déments ou marginaux ? Généralement, ils restaient dans leur milieu, car la *Loi des pauvres d'Élisabeth I*, promulguée en 1786 au Nouveau-Brunswick, prévoyait que les paroisses ou municipalités étaient responsables de leurs résidants et résidentes. Inspirée de la célèbre loi anglaise de 1601 d'Élisabeth I, cette loi des pauvres conférait en effet à chaque municipalité la responsabilité des gens dans le besoin. La gestion des cas difficiles, tant au niveau de l'assistance sociale, de la protection de l'enfance ou encore de la santé mentale, se faisait donc à l'intérieur des limites du territoire, rural ou urbain, dont étaient responsables les *pourvoyeurs des pauvres*. Comme en Europe, les villes les plus fortunées possédaient leur *workhouses*; quant aux autres, elles

devaient composer avec les ressources de la communauté, les foyers par exemple.

Par ailleurs, dès 1824, une autre loi néo-brunswickoise concernant les fous, déments, aliénés, aura préséance sur la Loi des pauvres d'Élizabeth I. Celle-ci autorise « deux juges de paix à émettre un mandat d'arrestation à l'endroit de telles personnes et de s'assurer qu'elles soient verrouillées dans un lieu sûr, désigné par eux. S'ils le jugent nécessaire, l'enchaînement est permis » (Cushing 1977, p. 1). Un changement important se dessine dès lors : cette loi prévoit la possibilité d'enfermer une personne considérée comme dangereuse ou comme malade. Mais alors, l'enfermer où ? L'enchaîner où ? Un transfert s'opère ici, entre « le communautaire et le privé » d'une part et une solution « centralisatrice et publique » de l'autre (Cellard, p. 15).

Le Nouveau-Brunswick n'échappe donc pas au raz-de-marée de l'institutionnalisation qui a balayé l'Occident depuis le Moyen Âge et qui a vu énormément de gens se faire enfermer pour cause de folie, de dérangement, de danger public. En effet, l'institutionnalisation de la folie (Foucault, 1961), ici comme ailleurs, connaîtra un essor sans précédent, en particulier au XIX^e siècle. Qui plus est, on profitera de ce courant de pensée pour enfermer les indésirables, les gens dont on veut tout simplement se débarrasser. Roger Gentis nous rappelle en effet que l'institution asilaire a servi à interner toutes sortes de personnes fragilisées par le système, par leurs expériences de vie ou encore celles qui étaient peu respectueuses des normes : « C'est qu'on enferme de plus en plus, qu'on relègue de plus en plus, qu'on se débarrasse de plus en plus de ce qui gêne : les arriérés, les vieux, les ivrognes, bientôt peut-être les contrefaits, les éclopés » (1970, p. 12).

PREMIÈRE INSTITUTION PSYCHIATRIQUE EN AMÉRIQUE DU NORD

Comme suite à cette loi de 1824, l'internement a constitué très tôt l'option privilégiée par cette province, et ce pour un nombre de plus en plus important de gens. Voilà pourquoi, dès 1836, demande est faite aux autorités d'alors de créer un asile pour aliénés. Il se trouve que la ville portuaire de Saint-Jean, au sud-est de la province, possédait déjà une institution pour choléra, érigée en 1832, servant à mettre en quarantaine les colons irlandais arrivés sur un bateau contaminé par le choléra. Cette maladie enrayée, l'édifice se donne ainsi une autre mission : les autorités municipales et provinciales s'entendent pour en faire un asile, qu'on dénomme d'ailleurs le *Provincial Lunatic Asylum*. Cette institution devient ainsi, en 1836, la première institution psychiatrique en Amérique du Nord et un signe concret de l'organisation de la folie, comme le suggère Michel Foucault :

L'internement cache la déraison et trahit la honte qu'elle suscite; mais il désigne explicitement la folie; il la montre du doigt. Si, pour la première, on se propose avant tout d'éviter le scandale, pour la seconde, on l'organise (1961, p. 87).

Deux faits méritent dès lors d'être soulignés: en plus d'identifier la folie, on organise tout un arsenal visant à l'éliminer ou à la guérir, mais plus important encore, à la rendre invisible, hors-circuit.

À compter de ce moment, certaines catégories de personnes sont passibles d'exclusion et d'internement. Sont particulièrement visés les alcooliques, les filles-mères, les homosexuels, les personnes itinérantes, les gens sans travail, en somme, toute personne dont les comportements ou les croyances dévient de la norme. À cette époque où les diagnostics officiels n'existaient pas, on décrivait, au dossier, le comportement des personnes admises. En voici quelques exemples tirés des dossiers de l'époque: masturbation excessive, allaitement indu, jalousie, exaltation religieuse, habitudes vicieuses (St-Amand, 1985, p. 45). Comme en Europe, ces descriptions suggèrent que l'internement est rapidement devenu « amalgame abusif d'éléments hétérogènes », pour reprendre l'expression de Foucault (1961, p. 66). À Saint-Jean, le facteur proximité joue également un rôle important: plus on demeure près de l'institution, plus on a de chance d'y être admis. Par contre, l'éloignement est également un autre facteur non négligeable, à l'ère où les services de transport ne sont pas développés: être interné à Saint-Jean, à l'extrémité sud-est de la province, lorsqu'on était originaire des comtés de Madawaska ou de Restigouche, 400 kilomètres plus loin, pouvait signifier être oublié là pour un long moment...

L'institutionnalisation de la folie nécessite aussi toute une organisation qui verra la construction et la rénovation d'édifices connexes (buanderie, cuisine, etc.), l'embauche et la formation du personnel, l'élaboration d'un réseau de services connexes (protection, santé, accueil), le tout ayant des retombées économiques importantes pour les villes-hôtes, comme le mentionne Dorvil au sujet du Québec (1988).

Si on se fie aux rapports annuels d'alors, les modes de traitement sont limités; les camisoles de force et les saignées semblent avoir été les méthodes d'intervention privilégiées:

En étudiant l'état de compte de la première année d'opération, il est remarquable de constater que le budget est dépensé exclusivement à l'entretien des patients et à l'achat de camisoles de force. D'après ces dépenses, les saignées doivent avoir joué un rôle considérable comme mode de traitement (Chem, p. 3).

Ce même auteur précise que, des 31 personnes admises au cours de cette première année,

six en sont sorties guéries, cinq autres en sont sorties, leur situation s'étant améliorée, deux sont sorties, sans amélioration; quatre sont décédées. Quatorze demeurent en institution, dont 11 sans amélioration sensible (Chem, p. 3).

De toute évidence, cette institution devient de plus en plus nécessaire: trois ans après sa fondation, les autorités mettent sur pied un comité visant à déterminer un site pour la construction d'un édifice permanent, lequel ouvrira ses portes en 1848 et pourra loger 100 personnes dont les 90 patients qui occupaient l'édifice initial. De 31 qu'il était en 1831, le nombre d'admissions passe à 154 en 1848, soit une augmentation de près de 500% sur 17 ans (province du Nouveau-Brunswick, 1951, p. 219).

Mais qui au juste est fou? En fait, la question se posait autant alors qu'aujourd'hui (Our Voice, 1995). Le docteur Waddell, premier surintendant de l'asile provincial, émettait le commentaire suivant dans son rapport de 1848:

Si on prenait les dispositions requises pour les pauvres de la paroisse (selon la Loi des pauvres) et qu'on amendait la loi pour exclure de cette institution les imbéciles inoffensifs et ceux qui délirent, on trouverait la bonne mesure de ce qu'est la folie (Cushing, p. 13).

Sa suggestion n'a pas été écoutée, car en 1884 une loi donne autorité d'interner en institution psychiatrique les criminels qui sont jugés dérangés au niveau mental. Nouveau rebondissement dans l'utilisation de l'asile: pour les personnes à la fois criminelles et démentes. On assiste dès lors à la naissance de la psychiatrie légale, qui, jusqu'à nos jours, connaîtra tout un essor. Sept ans plus tard, dans son rapport annuel de 1891, le docteur Waddell dénonce le fait que plusieurs criminels y sont enfermés, ce qui donne mauvaise réputation à l'institution et oblige les dirigeants à ériger des barreaux plus sécuritaires, à doubler les serrures, à embaucher davantage de gardiens (St-Amand 1985, p. 47).

DE L'ASILE À L'HÔPITAL...

En 1905, changement de nom de l'institution: le Provincial Lunatic Asylum devient *l'Hôpital provincial*. D'un hospice, endroit d'accueil, on évolue vers un hôpital, lieu de soins. C'est maintenant la dimension médicale qui prévaut.

Le terme asile a mauvaise consonance et est révoltant, d'écrire le directeur d'alors. C'est assez difficile d'avoir à y envoyer un parent ou un ami, quand

en plus on doit faire face à un tel nom. Le terme hôpital reflète plus fidèlement les visées de cette institution (Chem, p. 9).

Désormais, la médecine prend charge de la folie; celle-ci devient dès lors une préoccupation médicale, précurseur de la psychiatrie et de la pharmacologie médicale.

Les rapports annuels d'alors soulèvent également d'autres enjeux importants: surpeuplement, façons de soigner ou de punir (lobotomies, douches froides, isolement en cages), problèmes de communication entre le personnel unilingue anglophone et les Acadiennes et Acadiens. Il faut savoir en effet que dans cette province dont 40% de la population était d'expression française, la clientèle unilingue francophone devait obligatoirement aller se faire soigner dans une institution unilingue, et dans la ville qui a toujours été considérée comme le château-fort des loyalistes réfugiés des États-Unis suite à la guerre d'Indépendance.

En 1942-1943, une clinique de thérapie électro-convulsive est mise sur pied dans l'institution. C'est la nouvelle mode: les électrochocs deviennent de plus en plus populaires pour traiter, notamment, les cas de dépression. Tous savent que son usage reste à la discrétion des psychiatres qui l'utiliseront pour toutes sortes de raisons plus ou moins médicales. «Mme X, 72 ans, admise pour son électrochoc de routine...», peut-on lire dans le dossier d'une femme réadmise pour la vingt-deuxième fois dans les années 1970. D'ailleurs, c'est aux femmes en particulier qu'on réserve ce type de traitement (St-Amand, 1985, p. 50). Lors d'une visite guidée de l'institution en 1982, l'auteur a eu droit à une version peu censurée des faits lorsque le guide lui confiait: «Ici, des électrochocs, on donne ça comme des aspirines. On ne sait pas ce que ça fait exactement à la personne; peu importe, au bout de six mois, elle revient...». Graduellement, les électrochocs remplacent la lobotomie, la saignée, la douche froide, l'hypoglycémie légère ou profonde comme mode de traitement privilégié. Ce n'est que dans les années soixante que, peu à peu, les électrochocs seront remplacés par la pharmacothérapie. Même aujourd'hui, certains psychiatres continuent d'appliquer les traitements par électrochocs, malgré les importants débats que cette pratique suscite (Phoenix Rising, 1984; Breggin, 1991).

Comment les gens étaient-ils traités, au quotidien, dans cette institution? Les rapports annuels n'en parlent pas; cependant, une dame y ayant travaillé dans les années 1940 nous décrivait la façon de soigner les patients:

La majorité des patients étaient attachés, soit par les bras, soit par les chevilles. Aux plus agités, on mettait une camisole de force. En leur enlevant celle-ci, la chair était au vif, au sang, tellement ils l'avaient portée longtemps. Souvent des lambeaux de chair y restaient attachés. Les plus

violents étaient mis dans des cages individuelles d'où ils ne pouvaient sortir que les doigts (des cages à ours). Comme matelas, un peu de paille, qu'on changeait quand elle était trop mouillée et sale d'excréments (St-Amand, 1985, p. 48).

Évidemment, ces modes de traitement demeurent peu connus du monde extérieur. L'institution agit en vase clos; les visites de la part de la famille sont souvent déconseillées, défendues même. Par contre, les rapports d'alors démontrent la popularité grandissante de l'hôpital psychiatrique et, en conséquence, un surpeuplement de plus en plus important. Même s'il a été agrandi à plusieurs reprises, l'Hôpital provincial était régulièrement surpeuplé et la qualité des soins prodigués était souvent remise en question. Par exemple, cette institution comptait, en 1948, 1400 patients (c'est ainsi qu'on les nomme) malgré une capacité de 850 personnes (Report of the Health Survey Committee, Province du Nouveau-Brunswick, p. 219). Ce même rapport conclut que la province aurait alors besoin de près de 2600 lits pour suffire à la demande. Décidément, l'institutionnalisation de la folie connaît une vague de popularité sans précédent. Si on avait donné suite à ce rapport de 1948, on aurait pratiquement doublé le nombre de lits...

UNE SECONDE INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

En 1953, soit 118 ans après l'ouverture de la première, une seconde institution parallèle voit le jour au nord de la province, à Campbellton. Il aura fallu qu'une commission d'enquête démontre qu'un Acadien avait été battu à mort à l'Hôpital provincial de Saint-Jean faute d'avoir su parler l'anglais et que la population acadienne fasse de nombreuses pressions auprès des gouvernements en revendiquant des droits aux services à proximité et en français avant qu'on ouvre une autre institution psychiatrique consacrée, non pas à la clientèle francophone ou acadienne, mais bien à l'ensemble des gens du nord de la province. En fait, l'histoire démontre que le problème est déplacé plutôt que réglé: l'embauche de personnel soignant, tant au niveau des infirmières que des psychiatres et la gestion de l'institution seront longtemps décriées par la suite comme unilingues anglophones. Toujours est-il qu'en 1953, au moment de l'ouverture de cette seconde institution, l'Hôpital provincial de Saint-Jean comptait 1701 patients, dont trois cents dans un grenier, véritable nid à feu infesté de rats (St-Amand 1985, p. 48). Les modes de traitement ont aussi fait l'objet de nombreuses critiques: mortalités suspectes, abus sexuels, grossesses non désirées, traitements aux électrochocs pour fins de discipline beaucoup plus que de thérapie, discrimination envers la clientèle acadienne unilingue, services unilingues anglophones...

Un second hôpital provincial ouvre donc ses portes à Campbellton, dans le nord de la province, aux frontières de la Gaspésie. Quelques années plus tard, il deviendra à son tour surpeuplé et les problèmes de langue seront vite dénoncés. Pierre Godin, un travailleur social employé là pendant cinq années, signera, après son départ comme préposé aux soins, *Cinq ans de trop*, un volume où il décrit son expérience. Le personnel soignant, les psychiatres en particulier, est pour toute fin pratique unilingue anglophone. De nombreuses situations d'incompréhension et d'abus sont dénoncées, ce qui mine graduellement la crédibilité de cette seconde institution psychiatrique.

LE PROGRAMME CHANCE ÉGALE POUR TOUS

Les années 1960 sont le théâtre de revirements importants dans la province du Nouveau-Brunswick. Élu chef du parti libéral en 1960, Louis Robichaud ne tarde pas à mettre sur pied une grande réforme touchant particulièrement le domaine de l'éducation, de la santé et des services sociaux. Intitulé *Chance égale pour tous*, ce vaste programme vise à donner à chaque personne habitant la province, peu importe sa langue, son statut ou son lieu de résidence, accès à des services de qualité égale en français ou en anglais. C'est au cours de cette «décennie Robichaud» que naîtront l'université de Moncton (1963), deux réseaux parallèles de commissions scolaires unilingues et un ensemble de services de santé, tant institutionnels que communautaires, dans les deux langues officielles. En matière de santé mentale, ce gouvernement met sur pied, en 1968, un vaste projet de loi visant à dispenser dans la communauté les services de santé mentale alors basés exclusivement en institution. On planifie la fermeture éventuelle des deux institutions psychiatriques. Pour ce faire, au cours des années qui suivent, on assiste à la création d'une quinzaine de cliniques d'hygiène mentale, d'ailes psychiatriques dans cinq hôpitaux de la province, visant ainsi à normaliser la psychiatrie, et à la création d'un nombre impressionnant de foyers d'accueil pour les patients sortant des deux institutions. La résistance à la fermeture des deux hôpitaux provinciaux ne tarde pas, venant tout autant du personnel qui y travaille que des villes qui craignent les retombées économiques de telles décisions. Il faut savoir qu'à cette époque, le Nouveau-Brunswick ressemble toujours, dans ce domaine, aux autres provinces canadiennes et aux autres pays industrialisés: surpeuplement des institutions psychiatriques, avec les problèmes financiers qui en découlent, personnes hospitalisées pour toutes sortes de raisons, la loi laissant place à de nombreuses possibilités d'abus de la part des gens en pouvoir, et un réseau communautaire à peu près inexistant. Les patients n'ont pas droit de recours et la littérature anti-psychiatrique ne fait que commencer à décrier les abus des

pratiques soi-disant thérapeutiques (Pagé, 1961 ; Kesity, 1962 ; Szasz, 1960 ; Godin, 1971).

Une enquête effectuée en 1980 à l'échelle de la province confirme ce que tous savent : les deux institutions débordent de patients ; cependant, plus de 70 pour cent d'entre eux n'ont pas raison d'y être. Cela donne cours à une remise en question plutôt radicale de l'institution psychiatrique, et une commission d'enquête établira les bases définitives de la désinstitutionnalisation psychiatrique ou de l'approche thérapeutique en milieu ouvert. Au cours des dix années suivantes, près de 1000 personnes seront placées dans des foyers que les administrateurs qualifieront d'ailleurs de « notre troisième hôpital psychiatrique » :

On peut considérer les foyers nourriciers et les foyers de soins comme étant notre troisième hôpital psychiatrique ; à la fin de 1974, on y avait placé 775 malades, auparavant hospitalisés dans les deux hôpitaux psychiatriques (Rapport annuel, 1974-75, p. 76).

Encore une fois, il est permis de penser qu'on ne fait que déplacer le problème : plusieurs foyers nourriciers deviennent des mini-institutions, d'autres, en quête de revenus, se lancent dans cette nouvelle possibilité financière. On assiste également à la création des réseaux de résidences alternatives, dont le plus important, dans la région de Moncton, est actuellement responsable de la gestion de plusieurs centaines de personnes psychiatisées placées dans diverses formes de résidences communautaires.

UNE COMMISSION SUR LA SANTÉ MENTALE

Peu après son élection en 1987, le premier ministre Frank McKenna procède à une réforme de la santé mentale dans la province. S'objectant à des pratiques de ré-institutionnalisation, il rejette la proposition d'une commission d'enquête recommandant la construction d'un hôpital psychiatrique de 200 lits à Saint-Jean ; il préfère plutôt investir de telles sommes dans l'ensemble de la province, avec une visée d'implanter un système équilibré de services de santé mentale dans chaque région. Il annonce en 1988 la création d'une commission provinciale qui sera responsable des 13 cliniques d'hygiène mentale, des ailes psychiatriques des sept hôpitaux régionaux et des deux institutions psychiatriques existantes. Chacune des sept régions de la province aura son conseil régional de la santé mentale. Une plus grande place est ainsi accordée à la gestion locale. L'hôpital psychiatrique de Campbellton devient le Centre hospitalier Restigouche et celui de Saint-Jean devient Centracare. Les ressources alternatives reçoivent un certain financement. Inspiré par le rapport *Framework For Support* de la division du

Nouveau-Brunswick de l'Association canadienne pour la santé mentale, un plan de dix ans prévoit l'élimination graduelle et définitive des deux institutions et le retour à la communauté des quelques 1300 personnes qui y séjournent encore. Car malgré des pratiques de désinstitutionnalisation, les rapports démontrent que les deux institutions psychiatriques sont encore très utilisées : en 1990-1991, le Centre hospitalier Restigouche admet 683 personnes et Centracare 622. (PGF Consultants, p. 6). Qui plus est, les hôpitaux psychiatriques accaparent 87% du budget de la santé mentale, alors que seulement 13% du budget va à la communauté. Certaines mesures de redressement sont mises en place pour corriger ces tendances. Des ressources sont mises sur pied dans chaque région afin de diminuer de façon draconienne l'utilisation de l'institution et de recourir à des services plus proches des gens, moins coûteux ; le modèle psychiatrique (diagnostic médical, médicalisation des conditions de vie) n'est cependant pas remis en question malgré ces réformes.

En dix ans, le nombre de lits dans les deux institutions diminuera de 75%, passant de 695 en 1990 à 200 en 1999. En 1998, on rase l'édifice Centracare et on construit, toujours à Saint-Jean, une institution psychiatrique plus petite, pouvant recevoir 50 personnes. Le nombre de lits dans les sept ailes psychiatriques des hôpitaux régionaux augmente légèrement, passant de 178 à 191. Au Canada, le Nouveau-Brunswick se signale par ses pratiques de gestion de la psychiatrie : « The result has been that the New Brunswick model has been increasingly recognized as the most successful example of broad based mental health system reform in Canada » (PGF Consultants, p. 2). Une commission d'enquête nationale loue la planification et les exploits de la province en matière de santé mentale et conclut ainsi : « If New Brunswick can do it, why can't we ? » (Simmie, 1998).

Un réseau alternatif, qui remet en cause plusieurs des pratiques psychiatriques courantes, voit le jour en 1987 ; le journal *Our Voice-Notre voix*, dirigé exclusivement par des personnes ayant un vécu psychiatrique, publie son premier numéro. Depuis, il s'est fait le porte-parole des psychiatisés de la province en produisant quatre fois l'an un journal écrit exclusivement par des p.v.p. (St-Amand, 2000). Dans son édition d'avril 2000, ce journal publie les coordonnées de 23 ressources alternatives mises sur pied depuis quatorze ans dans la province. Toutes sont indépendantes mais membres d'un réseau provincial financé par des deniers publics (Leblanc, p. 43). S'opposant aux pratiques psychiatriques opprimantes, ces ressources présentent une version de la réalité qui contraste avec les rapports officiels : pauvreté, violence, incompréhension de la part des professionnels et de la population, financement ridiculement bas comparé aux services professionnels, exclusion sociale des personnes psychiatisées, effets pervers des

médicaments, conditions sociales affectant leur état. Voilà autant de cris qui ressortent de leurs écrits (St- Amand, 2000). Répondant aux pressions de la part de la clientèle, la loi sur la santé mentale, amendée en 1994, prévoit la création d'un service de défense des malades et des mesures visant la protection des individus sujets à internement. La charte canadienne des droits et libertés commande de tels changements.

QUELQUES ENJEUX ACTUELS

L'étude des développements historiques de la psychiatrie au Nouveau-Brunswick soulève quelques inquiétudes que nous exprimons en guise de conclusion.

1) Le gouvernement conservateur de Bernard Lord, élu en juin 1999, mettant fin aux douze années du régime McKenna-Thériault, a promis d'équilibrer le budget provincial. Or les groupes de psychiatisés ont peur que cela se fasse aux dépens des défavorisés et que les quelques ressources communautaires créées au prix de longues luttes au cours des dernières trente années perdent leur financement. Le réseau des bénéficiaires et le journal *Our Voice-Notre voix*, qui agissent comme organismes de conscientisation et de défense des droits des psychiatisés, se disent menacés par les politiques néo-conservatrices de ce jeune gouvernement (Leblanc, p. 33).

2) Étant donné que les efforts pour désinstitutionnaliser les p.v.p. n'ont pas donné les résultats escomptés et que plusieurs personnes n'ont pas pu réintégrer sainement la communauté, certains sont d'avis que des institutions psychiatriques modernes sont la réponse au problème de l'itinérance, au soi-disant danger public que constituent les ex-psychiatisés. Déjà, à Saint-Jean, en 1998, on a construit une clinique psychiatrique de 50 lits. Assistons-nous à un retour de l'histoire, sachant tous que cette institution sera bientôt surpeuplée et que d'autres lits deviendront nécessaires? En 1990, le gouvernement McKenna a su résister aux pressions pour bâtir une nouvelle institution psychiatrique et a plutôt investi dans les diverses régions de la province. Tous savent que la psychiatrie privilégie l'approche institutionnelle; plusieurs professionnels optent également pour une telle approche. Combien de temps la résistance à l'approche institutionnelle pourra-t-elle durer?

3) Même si la psychiatrie oscille entre les institutions et la communauté, elle demeure une science médicale plutôt que sociale. Plus que jamais elle se concentre sur les pathologies individuelles, sur les facteurs psychologiques, organiques, en somme sur les symptômes plutôt que sur les problèmes existentiels des personnes affectées. C'est ainsi que les facteurs de pauvreté, de chômage, de violence, d'isolement, de ruralité, de discrimination, ne font

pas partie des analyses des causes des problèmes de santé mentale. La dimension culturelle de l'Acadie, l'analyse historique de l'oppression, ne sont pas présentes dans les discours. On est prêt à dépenser des sommes importantes pour traiter les personnes affectées, mais on consacre des miettes à celles qui souffrent, qui luttent, qui tentent de se sortir de l'oppression systémique de la psychiatrie, qu'elle soit institutionnelle ou communautaire. Les personnes traitées sont d'ailleurs qualifiées de malades, patients, clients, par des services tels que celui créé en 1994, nommé justement *service de défense des malades* (nous soulignons).

4) Les ressources alternatives sont encore très peu développées dans la province : un seul journal, publié à Moncton (*Our Voice-Notre voix*) et dans les autres régions, des ressources peu organisées, peu conscientisées. Certaines d'entre elles recommandent encore de suivre la prescription du psychiatre, alors que leur rôle pourrait être de faire voir d'autres possibilités, de mettre en valeur d'autres analyses de la psychiatrie basées sur une prise de conscience des enjeux politiques et idéologiques de la psychiatrie. Même si elles reçoivent un certain financement, les ressources alternatives sont d'avis que ce ne sont que des miettes comparé aux budgets des services professionnels et institutionnels. Comme preuve, la figure 1 (en annexe) illustre le peu de ressources que la province accorde au réseau alternatif. Avec 3% du budget de la santé mentale, le Nouveau-Brunswick peut-il affirmer qu'il met en valeur les ressources communautaires ? Décidément, l'institution continue d'accaparer la très grande majorité des ressources, malgré un discours de prise en charge par la communauté.

BIBLIOGRAPHIE

- Association canadienne pour la santé mentale, Nouveau-Brunswick, 1988, Direction en santé mentale, Fredericton, N.-B.
- Breggin, Peter, *Toxic Psychiatry*, New York, St. Martin's Press, 1991.
- Cellard, André, *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850*, Montréal, Boréal, 1991.
- Chem, Dorothy, *Historic Facts on the Provincial Hospital* (document inédit), 1967.
- Cushing, Travis, *Santé mentale au Nouveau-Brunswick*, rapport sur la conférence de la santé mentale, 12-14, 1977.
- Dorvil, Henri, *Histoire de la folie dans la communauté 1962-1987*, Montréal, Les éditions Émile Nelligan, 1988.
- Foucault, Michel, *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.
- Gentis, Roger, *Les murs de l'asile*, Paris, Maspero, 1970.
- Godin, Pierre, *Cinq ans de trop*, Petit-Rocher, à compte d'auteur, 1971.

- Goffman, Erving, *Asylums : Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Garden City, New York, Doubleday, 1961.
- Kesey, K., *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, Paris, Stock, 1962.
- Leblanc, Eugène, « Les programmes majeurs des bénéficiaires du Nouveau-Brunswick », *Our Voice-Notre voix*, Moncton, no. 33, avril 2000.
- Our Voice-Notre voix*, « Psychiatry in New Brunswick : What it was like 100 Years ago », no. 20, 7, 1995.
- Pagé, Jean-Claude, *Les fous crient au secours*, Montréal, Les Éditions du jour, 1961.
- PGF Consultants, *The Status of the Mental Health Reform in New Brunswick*, Shédiac, New Brunswick, 1994.
- Phoenix Rising, *The Voice of the Psychiatrized*, Toronto, On Our Own, 1984.
- Province du Nouveau-Brunswick, *Report of the Health Survey Committee*, Fredericton, 1951.
- Province du Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel*, Fredericton, N.-B., 1974-1975.
- St-Amand, Nérée, *Folie et oppression : l'internement en institution psychiatrique*, Moncton, Les éditions d'Acadie, 1985.
- St-Amand, Nérée, « Parfois, la nuit, je crie quand j'écris : stratégies d'existence des p.v.p », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, automne 2000.
- Simmie, Scott, *Out of Mind : an Investigation into Mental Health in Canada*, Toronto, Atkinson Charitable Foundation, 1998.
- Szasz, Thomas, « The Myth of Mental Illness », *American Psychologist*, 15, 1960, p. 113-118.

NOTES ET RÉFÉRENCES

1. Rapport annuel, Provincial Lunatic Asylum, Saint-Jean, Nouveau-Brunswick, 1870. L'auteur remercie Stephen Stiles pour son assistance dans la recherche qui sous-tend ce texte.

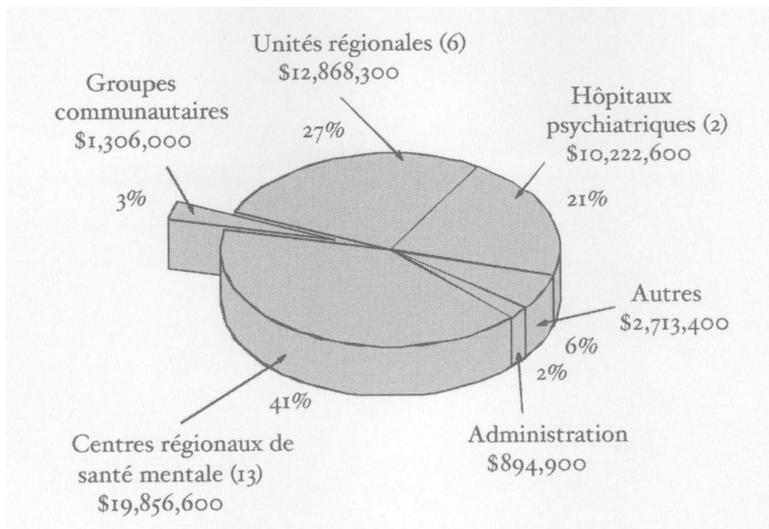


FIGURE 1

Budget 1999-2000, Division des services de la santé mentale, ministère de la Santé et du Mieux-Être. La section "autres" comprend une unité de traitement pour jeunes et le service de prévention du suicide.