

Les préjugés contre les malades mentaux Prejudices against the mentally ill

Lyne Langlois

Volume 1, numéro 1, 1976

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030010ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/030010ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Langlois, L. (1976). Les préjugés contre les malades mentaux. *Santé mentale au Québec*, 1(1), 108–120. <https://doi.org/10.7202/030010ar>

Résumé de l'article

Cette étude porte sur les attitudes de la population locale devant une cohorte de 44 ex-patientes psychiatriques libérées de l'hôpital X et qui vivent dans le village, mais retournent travailler à l'hôpital (départements des malades hospitalisés, départements de la maintenance) et sur l'interaction de la réaction de ces ex-patientes devant les attitudes de la population. La question principale que pose cette recherche est la suivante : Quelle est la réaction de la population locale dite normale devant le fait que cette cohorte de 44 malades libérées dites déviantes vivent dans un village ? Et par interaction, quelle est la contre-réaction des malades libérées devant les attitudes de la population locale.

LES PREJUGES CONTRE LES MALADES MENTAUX

*Lynne
Langlois*

Cette étude ¹ porte sur les attitudes de la population locale devant une cohorte de 44 ex-patientes psychiatriques libérées de l'hôpital X et qui vivent dans le village, mais retournent travailler à l'hôpital (départements des malades hospitalisées, départements de la maintenance) et sur l'interaction de la réaction de ces ex-patientes devant les attitudes de la population. La question principale que pose cette recherche est la suivante: Quelle est la réaction de la population locale dite "normale" devant le fait que cette cohorte de 44 "malades libérées" "dites déviantes" vivent dans un village? Et par interaction, quelle est la contre-réaction des "malades libérées" devant les attitudes de la population locale?

(1) Cette étude, réalisée été 1971 à été 1973, est un projet de recherche du Ministère des Affaires Sociales du Québec, R.S. 150.

CARACTERISTIQUES DE LA COHORTE

L'étude de dossiers de ces ex-patientes psychiatriques qui vivent dans le village depuis une période de 1 à 9 ans montre que la durée de leurs hospitalisations a varié entre 1 an et 31 ans et plus, que 32 sur 44 sont nées à la crèche, que 29 sur 44 sont nées de parents inconnus, que l'âge à leur entrée en institution s'échellonnait entre 0 et 31 ans et plus et que l'âge à leur sortie variait entre 20-5 ans et 51 ans et plus.

LES HYPOTHESES

Deux hypothèses principales ainsi que trois sous-hypothèses guident cette recherche. La première hypothèse principale (A) est: Les relations personnelles et sociales entre les "malades libérées" et les personnes normales sont de prime importance et le manque de relations sociales empêche les "malades libérées" de reprendre un rôle normal dans la société.

La deuxième hypothèse (B) s'énonce ainsi: Devant ce manque de relations, les "malades libérées" prennent un rôle "semi-institutionnalisé" et sous-culturel qui diffère du rôle sociétal normal.

Les sous-hypothèses sont: La population locale a une réaction négative devant les "malades libérées" lorsqu'elle ne retire aucun avantage financier de la situation.

2ième sous-hypothèse: Lorsque la population locale retire un avantage financier quelconque de la situation, son attitude tendra à être plus positive envers les "malades libérées".

3ième hypothèse: Le manque d'autonomie financière des "malades libérées" contribue au manque de relations sociales et amplifie les traits de la sous-culture.

LES METHODES

La cueillette des données fut faite avec les méthodes suivantes: l'interview libre qui consiste en une conversation sur le sujet qui nous intéresse, "semi-dirigée" qui consiste à aiguiller la conversation sur des sujets précis et à veiller à ce que les questions posées donnent les renseignements désirés, l'interview dirigée qui consiste à poser des questions très précises sur le sujet de notre recherche et à mener l'interview à l'intérieur de cadres assez rigides.

Il y a eu aussi l'observation-participante pour examiner le comportement de ces ex-patientes dans leur nouveau milieu. Enfin, l'étude de dossiers fut employée pour obtenir des informations d'ordre professionnel sur le patient.

LES RESULTATS

A partir de l'analyse des interviews et de l'observation participante faites dans le cadre de cette recherche, on peut constater que nos deux premières sous-hypothèses (concernant l'avantage ou le non-avantage financier retiré de la situation) ne peuvent s'appliquer aux attitudes des personnes interviewées. On rencontre aussi bien des attitudes positives et des attitudes négatives dans les groupes qui retirent et les groupes qui ne retirent pas d'avantages financiers de la situation.

Voici deux exemples pouvant illustrer ces attitudes. Mme M.:

L'attitude générale qui se dégage de cette logeuse envers ses "filles" en est une de bonté, de compréhension et de sympathie. Elle joue un rôle positif auprès de ces personnes. C'est très certainement la logeuse qui semble le plus faire preuve d'attitudes humanitaires envers les "malades libérées". Elles ont accès à toutes les pièces de la maison et Mme M. emploie plutôt le système de récompenses que celui de punitions. "Il n'y a rien de pire, pour elles, que de les mener par la peur".

Même si Mme M. fait preuve d'attitudes très positives envers ses pensionnaires, (elle n'emploie le concept de "malade" et encore moins de "folle"; elle parle de ses pensionnaires et surtout de ses "filles")

il perce quand même certaines attitudes négatives. Elle a renoncé à vouloir leur montrer certaines tâches, comme coudre ou cuisiner... "ça ne sert à rien, ça ne veut pas entrer:" Elle prétend que c'est le rôle de l'hôpital de leur montrer comment se débrouiller et non celui des logeuses.

Même chez elle on retrouve le sentiment de peur devant la "folie" car elle est ferme sur le point que si elle avait des enfants, elle ne garderait pas de "malades libérées" chez elle. Elle ajoute qu'elles ont besoin de surveillance constante et qu'on ne peut se fier à elles.

Mme M. étant veuve et sans beaucoup de ressources financières, elle avoue que c'est le côté économique qui la fait garder des "malades libérées" mais se plaint que les logeuses ne sont pas assez rémunérées.

Mme P. ne retire aucun avantage financier de la situation. Elle dit que c'est une bonne chose qu'elles soient libérées, mais qu'elles devraient être contrôlées car "elles ne savent rien ou presque rien pour gagner leur vie, elles n'ont aucun métier". Elle dit qu'une journée on choisit des malades et qu'on les laisse sortir sans aucune préparation.

Mme P. en a une qui vient faire son ménage tous les quinze jours. Elle en est satisfaite mais "au commencement il a fallu tout lui montrer, comment on faisait telle chose ou besogne et faisait telle affaire", car "la seule chose qu'elle savait faire c'était de se bercer".

Elle la garde jusqu'après le souper, car "je trouve cela désennuyant d'avoir quelqu'un pour jaser". "Je peux vous dire que presque toutes sont polies, elles n'ont pas les manières du grand monde...ces pauvres malades ont perdu leur vernis, si on peut dire, durant leur internement".

Lorsque des malades viennent la visiter, on parle de tout, "pas des jeux olympiques ou de politique... C'est des propos un peu enfantins que l'on tient, cela fait passer le temps".

Ne pouvant se trouver d'emploi dans le village, plusieurs doivent retourner travailler à l'hôpital et "c'est pas bon pour elles". Ceci parce que les gens du village ne se préoccupent que très peu d'elles. "Quelqu'un marche avec des béquilles et tout le monde prend cette personne en pitié et on rencontre une malade de l'hôpital et on reste indifférent et on ne s'en occupe pas". "Je crois qu'elles en souffrent de se voir aussi peu acceptées par la population du village".

Par contre, ce que les faits nous amènent à constater est la situation suivante: la population générale manifeste très peu d'attitudes positives envers les "malades libérées" et les attitudes négatives s'expliquent non pas du fait que la population ne retire aucun avantage financier de la situation, mais par des raisons beaucoup plus complexes, dont la principale semble être le manque de relations sociales entre la population et les "malades libérées", et le manque d'opportunité de développer de telles relations.

Nous avons trouvé parmi la population locale, des personnes qui manifestaient des attitudes positives envers les ex-patientes. Ces personnes ne tiraient aucun avantage financier de la situation, mais avaient réussi à développer des relations sociales, personnelles, avec certaines ex-patientes, et, selon ces personnes mêmes, leurs attitudes ont changé (de négatives à positives) lorsqu'elles ont appris à connaître les ex-patientes et à développer avec ces dernières des relations personnelles.

Par exemple Mme X. a déjà travaillé à l'hôpital il y a 11 ans et ce pendant 8 ans. C'est ainsi qu'elle s'est liée avec deux "malades" (qui sont "libérées" maintenant). "Ces deux-là n'étaient pas "folles" du tout quand elles sont arrivées, l'une avait un défaut de prononciation et l'autre à cause d'histoires de familles".

Lorsqu'elle quitta l'hôpital Mme X. leur dit de venir la visiter "mais je croyais les voir chez-moi seulement une fois par année, tout au plus". Elles viennent maintenant tous les quinze jours et lorsqu'elles viennent, elles veulent toujours faire quelque chose, alors c'est elles qui font tout le grand ménage, une pièce par fois. Elles travaillent très bien et sont propres".

Elle dit qu'elle n'a pas de difficulté à les comprendre, sauf

son mari mais c'est parce qu'il n'a pas l'occasion de leur parler souvent.

Si elle était obligée de prendre une servante, elle en prendrait une "je suis certaine qu'elle ferait très bien mon affaire". Elle dit que des familles devraient prendre des malades, "pas toutes naturellement, mais seulement les plus fines".

Selon Mme X. il s'agit de traiter ces personnes comme des humains, c'est-à-dire, leur parler, les écouter, essayer de les aider pour qu'elles se sentent moins seules. "Il ne faut pas en avoir peur, et il faut établir des contacts avec ces personnes comme avec des personnes normales".

Malheureusement, ces cas sont assez rares, mais ils tendent à vérifier notre hypothèse première: les attitudes favorables envers les "malades libérées" semblent basées sur le fait que certaines personnes connaissent mieux ces ex-patientes et ont établi avec elles des relations personnelles et sociales; ces relations ont eu des répercussions positives sur la réinsertion sociale des ex-patientes.

Comme formulé dans notre première hypothèse, ces relations avec des personnes "normales" sont de prime importance et aident les malades à se réinsérer et à réintégrer la société.

Donc les attitudes de la population générale ne vérifient pas nos deux premières sous-hypothèses, mais confirment notre hypothèse de base.

Si l'on se tourne vers les hypothèses concernant les "malades libérées", leurs contre-réactions aux attitudes de la population nous donnent-elles l'évidence nécessaire pour vérifier notre seconde hypothèse? Devant le manque de relations sociales, les "malades libérées" prennent-elles un rôle "semi-institutionnalisé" et sous-culturel?

La réalité est que devant le rejet quasi total par la population dite "normale", les "malades libérées" adoptent un mode de vie différent de celui de la population locale. N'ayant aucun moyen de

s'intégrer, les ex-patientes se "créent" une vie dans la société, mais à part de cette société. Comment réussissent-elles à "survivre" dans une société qui les ignore ?

Les ex-patientes doivent apprendre à accepter l'identité sociale que la société leur attribue, soit celle de "déviantes". A partir de cette identité imposée, elles doivent se construire une vie "à part". La société ne les acceptant pas, elles doivent développer leur propre sous-culture et leurs normes. Les modes d'existence regardés comme "normaux" leur sont interdits; elles recourent à des moyens vus comme déviants, et ces moyens deviennent institutionnalisés, ce qui constitue leur sous-culture dans laquelle on retrouve maints aspects de leur vie en institution. L'ex-patiente ne pouvant compter sur la société pour l'aider à se réintégrer, elle se tourne alors vers son propre groupe et, ensemble, elles s'organisent une vie sous-culturelle. Ce processus est vital si elles veulent "survivre" hors de l'hôpital.

Se voyant rejetées, les ex-patientes, vues comme "déviantes" essaieront d'éviter les contacts avec la population "normale", de peur d'être rejetées davantage, et alors n'auront d'autre alternative que de se regrouper entre elles, ce qui leur offre le support moral que la société leur dénie.

Ce concept de sous-culture se retrouve dans la vie de tous les jours des ex-patientes. Toutes leurs activités, travail, loisirs, vacances se font toujours en groupe et n'incluent jamais d'"outsiders". Malgré la grande nécessité pour l'ex-patiente d'avoir des relations normales avec les gens "normaux", ces relations étant inaccessibles, elle se tourne vers ses pairs, ce qui lui permet d'avoir du moins des relations humaines. Ceci prouve que la "sous-culture" se développe constamment à travers l'interaction avec les autres. Dans notre étude, la sous-culture est d'autant plus importante que presque toutes autres formes "normales" de participation sont refusées aux ex-patientes.

Les détails étudiés dans les histoires de cas vérifient notre deuxième hypothèse que "devant ce manque de relations sociales "normales", les ex-patientes adoptent un rôle sous-culturel qui diffère du rôle sociétal normal".

Comme dernier point on peut se demander si notre troisième sous-hypothèse, soit que "le manque d'autonomie financière des "malades libérées" contribue au manque de relations sociales et amplifie les traits de la sous-culture", a été vérifiée dans notre étude.

L'argent étant un moyen de négociation indispensable, il facilite les transactions entre les individus et, à ce titre, est un outil d'auto-affirmation et de personnalisation.

Mais, l'ex-patiente n'a que quelques dollars par semaine dont elle puisse disposer à son gré comme fruit de son labeur. Par son travail et son salaire, l'ex-patiente est supposée rétablir une relation d'échange avec la société; avec \$3.00 par semaine, ceci devient tout à fait impossible; le manque d'argent nous mène donc à notre troisième sous-hypothèse: "le manque d'autonomie financière des "malades libérées" contribue au manque de relations sociales et amplifie les traits de la sous-culture". L'argent ne pouvant pas les aider à développer les relations personnelles, les ex-patientes se replient sur elles-mêmes, sur leur propre groupe, et se constituent une vie propre à leur groupe, donc une vie sous-culturelle.

RECOMMANDATIONS

Avec le Dr Veil, on peut se demander dans quelle direction devrait porter l'effort maximal pour améliorer la situation étudiée. "Faut-il, en quelque sorte, partir du handicapé, ou au contraire, partir de la société?¹

Si on relève les remarques et recommandations soulevées dans nos interviews, par la population générale, on constate que celles-ci partent plus du handicapé que de la société.

On pourrait citer plusieurs exemples de ce genre de recommandations qui mettent l'accent sur des manières de changer le handicapé plutôt que de réorganiser la société. Notamment, on peut citer les phrases suivantes: "Ces ex-patientes ont passé des périodes assez et même très longues, dans certains cas, dans l'hôpital psychiatri-

(1) Dr Claude Veil, Handicap et Société, p. 117.

que; on fait certainement face à des problèmes dus à celà. Ces personnes auraient dû passer une période intensive de désinstitutionnalisation, de rajustement dans la société afin qu'elles puissent fonctionner par elles-mêmes à leur retour dans la société"¹.

Cette remarque est certainement vraie et, comme preuve, sur 14 cas qui ont dû être réadmis, 12 de ces cas l'ont été durant les trois premières années de leur sortie. Après leur deuxième sortie, elles ont pu s'ajuster assez pour ne pas être obligées de retourner à l'institution. Ceci démontre probablement que dans ces 14 cas, la sortie était prématurée et surtout que ces ex-patientes étaient moins fortes, psychologiquement et émotivement, pour subir le choc de la société.

Autres remarques de la part de la population: "Les ex-malades devraient être suivies, surveillées. On devrait leur apprendre un métier, car elles manquent de spécialisation au travail. Elles ne savent pas vivre avec le monde"².

La population s'en remet au gouvernement sans voir ce qu'elle pourrait faire: "Le gouvernement devrait payer certaines personnes pour leur enseigner un métier et comment se comporter dans les différentes occasions. Le gouvernement devrait envoyer des gens qualifiés pour entraîner les personnes de ce calibre à faire le mieux qu'elles peuvent. Si le gouvernement ou les autorités ne font rien, dans dix ans la situation sera la même "³.

Selon plusieurs personnes, il est mauvais pour l'ex-patiente de retourner travailler à l'hôpital psychiatrique: "Elles ne devraient pas retourner travailler à l'hôpital surtout dans les salles"⁴.

On s'inquiète également du fait que les ex-patientes ont très peu d'aide après leur sortie et que les conditions dans lesquelles elles vivent ne sont pas toujours les meilleures pour elles: "Après leur sortie, elles devraient être suivies par un psychiatre, du moins pour un certain temps". "Le fait de loger en chambre n'est pas bon

(1) Extraits d'interviews avec la population générale.

(2) Ibid.

(3) Ibid.

(4) Ibid.

pour elles; elles seraient mieux en appartements ou en petits foyers"¹.

Quelques remarques vont dans le sens que c'est la société qu'il faut réformer, par exemple: "Il faut détruire les stéréotypes de peur chez la population". "Il devrait y avoir un programme d'éducation pour la population du village, pour expliquer la situation réelle, l'éduquer sur ce problème et lui enlever cette peur irraisonnée qu'elle a des ex-malades". "Les gens ne s'occupent pas d'elles, et devraient le faire. Les gens ne sont pas conscients de ce qu'ils pourraient faire pour améliorer un peu la vie de ces ex-patientes"².

Donc, en général, les remarques de la population locale vont plus dans le sens de transformer, de changer les ex-patientes pour les adapter à la société.

Pour ma part, je vois la situation presque à l'inverse. Il faut beaucoup plus changer les attitudes, et de par là, le comportement de la population générale, mais il y a aussi des points à changer en ce qui concerne les ex-malades.

Le problème semble se poser en termes d'appliquer le concept de normalisation aux ex-patientes, la normalisation étant définie par Nirje³ comme "making available to the mentally retarded, patterns of the mainstream of society..."⁴.

Mais pour cela, la société a beaucoup à faire. Tout d'abord, il faudrait une prise de conscience de la part de la population sur le rôle positif qu'elle peut jouer dans la réadaptation de ces malades libérées. Les problèmes seraient largement simplifiés si la population locale montrait plus de compréhension et de coopération. Ceci permettrait aux ex-patientes de nouer des relations avec des personnes "normales",

(1) Ibid.

(2) Ibid.

(3) Bengt, Nirje, Towards Independence, p. 3

(4) "mettre à la portée des déficients mentaux les modèles importants de la société..."

relations qui seraient des plus positives et bénéfiques pour elles. L'éducation de la population sur le problème pourrait se faire par des conférences données par les "notables", curé, médecin, psychiatre, etc... Par de la documentation préparée par le gouvernement et l'Association Canadienne sur la Santé Mentale et la diffusion massive de cette documentation.

Un des premiers besoins qui se fait sentir est celui d'avoir un programme de resocialisation adéquat, adapté à la situation particulière des ex-patientes. Dans ce programme, il faudrait donner une place importante non pas seulement à l'organisation de leur vie à l'extérieur, mais aussi à l'organisation de leurs loisirs. Elles sont complètement laissées à elles-mêmes pour ce secteur de leur vie.

Si nous considérons le travail comme un instrument thérapeutique, pour avoir un travail revalorisant il faut qu'il soit justement évalué, selon les goûts et aptitudes des personnes. Ce n'est certainement pas le cas dans le milieu et les circonstances où travaillent les ex-patientes, car ces éléments essentiels sont absents. A mon avis, le travail qu'accomplissent les ex-patientes, dans les circonstances présentes, n'est certainement pas un élément thérapeutique.

Il faudrait aussi envisager d'instaurer des moyens d'avoir un travail à temps partiel, pour celles pour qui le travail à plein temps est trop demandant; ce travail pourrait être allié à des cours, à des activités, etc... Autres points rattachés au travail, le congé hebdomadaire de deux jours devrait être consécutif, comme le veut la loi du travail, et non pas un jour ici et un jour là. Il devrait y avoir également une juste répartition des tâches et voir à ce que les employés syndiqués n'abusent pas et ne fassent pas faire leur travail par les ex-patientes.

Le problème le plus important rattaché au travail me semble celui de la rémunération tout à fait injuste que reçoivent les ex-patientes. Le fait de ne toucher réellement que \$3.00 par semaine oblige les ex-patientes à se trouver du travail à l'extérieur où très souvent on abuse d'elles. Il faudrait contrôler le travail qu'elles font à l'extérieur et fixer des prix équitables. Egalement, contrôler le travail qu'elles accomplissent pour des agents extérieurs, et encore là contrôler pour éviter les abus. Mais ces problèmes relèvent du fait qu'elles sont injustement rémunérées pour le travail qu'elles accom-

plissent à l'hôpital. Si elles avaient un salaire équitable elles ne seraient pas obligées de travailler à l'extérieur. Présentement, elles sont exploitées au point de vue travail, à l'intérieur et à l'extérieur.

Si les ex-patientes ne peuvent se gérer seules, qu'il y ait une personne, hors de l'administration de l'hôpital si possible, pour les aider à établir un budget. Cette forme d'aide pourrait être rémunérée par le gouvernement, mais ce dernier devrait exercer un choix sélectif et exercer une surveillance pour éviter tout abus. Cette forme de surveillance pourrait être faite par un curateur ou un inspecteur extérieur.

Ces ex-patientes devraient également avoir un recours légal quelconques et comme il n'y a aucune loi pour les protéger et reconnaître leurs droits, le gouvernement devrait travailler à passer des lois concernant ces catégories de personnes.

Mais le changement le plus radical devra être fait au niveau de l'éducation populaire sur ce problème pour amener graduellement un changement dans les attitudes, et ce n'est que là que la population serait en mesure d'avoir des attitudes plus positives que celles qu'elle a maintenant.

Comme le dit Glaser: "The ultimate test of rehabilitation is conformity in the community, rather than in an institution... emergent trends are concerned with reintegration and acceptance by conforming society"^{1,2}.

La réadaptation est un processus complexe qui a pour but de rétablir la valeur sociale de l'individu et sa capacité de travail. La thérapie, dans le sens limité où elle est prise ici, considère davantage l'individu, de sorte que la prise en charge du malade mental doit s'étendre à la réorganisation de son existence,

(1) Glaser, Daniel, Social Deviance, p. 76

(2) "Le test ultime de réadaptation est le fait de pouvoir se conformer dans la communauté, plutôt que dans l'institution... les nouvelles tendances sont intéressées avec l'intégration et l'acceptation (des ex-malades mentaux) par la société.

au rétablissement de relations satisfaisantes avec l'environnement.

Dans cette étude particulière, le fait que les membres de notre cohorte aient vécu de si longues années en institution compliquée et rend plus difficile le processus de réadaptation. Les conditions dans lesquelles ces ex-patientes ont vécu ont été traumatisantes. Il ne faut pas oublier la ségrégation et le processus de dégradation sociale qui en résulte.

Le prise en charge de l'ex-malade mental vise à le réintroduire dans un courant d'activités et de stimulation. Ce processus devrait être entrepris dès le stage d'hospitalisation et poursuivi dans le cadre de la collectivité.

"Tout établissement de soins et de réadaptation devrait être pensé ou repensé en fonction d'une indispensable sociothérapie"¹. En effet, la réadaptation est un phénomène aux dimensions sociales; elle suppose un profond changement d'attitude à l'égard du malade mental.

Un point important dans le processus de réadaptation est que les étapes de celle-ci doivent être faites dans un milieu qui favorise le contact et les relations avec des personnes "normales".

Le changement des structures et des attitudes qu'impliquent la mise en place et le fonctionnement de nouvelles techniques de réadaptation demande une longue éducation de la population, éducation qui devra substituer dans le public le concept de réinsertion sociale du malade mental à celui de son rejet par la société.

BIBLIOGRAPHIE

- Glaser, Daniel, Social Deviance, Chicago, Markham Publishing Co., 1972, 110 p.
- Nirje, Bengt, Towards Independence, Tiré de Déficiência Mentale, Toronto, avril 1971, 9 p.
- Veil, Claude, Handicap et Société, Paris, Flammarion, 1968, 215 p.