

COLLECTION
PROBLÈMES SOCIAUX
& INTERVENTIONS SOCIALES



RÉCLUSION ET INTERNET

JEAN-FRANÇOIS PELLETIER

Préface de
HERVÉ FISCHER



Presses de l'Université du Québec



**RÉCLUSION
ET INTERNET**

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450
Sainte-Foy (Québec) G1V 2M2
Téléphone : (418) 657-4399 • Télécopieur : (418) 657-2096
Courriel : puq@puq.quebec.ca • Internet : www.puq.ca

Distribution :

CANADA et autres pays

DISTRIBUTION DE LIVRES UNIVERS S.E.N.C.
845, rue Marie-Victorin, Saint-Nicolas (Québec) G7A 3S8
Téléphone : (418) 831-7474 / 1-800-859-7474 • Télécopieur : (418) 831-4021

FRANCE

DISTRIBUTION DU NOUVEAU MONDE
30, rue Gay-Lussac, 75005 Paris, France
Téléphone : 33 1 43 54 49 02
Télécopieur : 33 1 43 54 39 15

SUISSE

SERVIDIS SA
5, rue des Chaudronniers, CH-1211 Genève 3, Suisse
Téléphone : 022 960 95 25
Télécopieur : 022 776 35 27



La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».



RÉCLUSION ET INTERNET

JEAN-FRANÇOIS PELLETIER

Préface de
HERVÉ FISCHER

2005



Presses de l'Université du Québec
Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450
Sainte-Foy (Québec) Canada G1V 2M2

© 2005 – Presses de l'Université du Québec
Édifice Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bureau 450, Sainte-Foy, Québec G1V 2M2 • Tél. : (418) 657-4399 – www.puq.ca

Tiré de : *Réclusion et Internet*, Jean-François Pelletier, ISBN 2-7605-1259-2 • D1259N
Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Pelletier, Jean-François, 1965-

Réclusion et Internet

(Collection Problèmes sociaux & interventions sociales ; 15)

Présenté à l'origine comme thèse (de doctorat de l'auteur—Université du Québec à Montréal), 2002 sous le titre : Politique de santé mentale et thèse de la réclusion. Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 2-7605-1259-2

1. Maladies mentales – Aspect religieux. 2. Isolement social. 3. Malades mentaux – Intégration. 4. Psychoses. 5. Santé mentale – Politique gouvernementale. 6. Maladies mentales dans la Bible. I. Titre. II. Titre: Politique de santé mentale et thèse de la réclusion. III. Collection.

RC455.4.R4P44 2005 616.89 C2004-941839-4

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIÉ) pour nos activités d'édition.

Mise en pages : PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

Couverture – Conception : RICHARD HODGSON

Illustration : MARTIN FORTIER, *Sans titre*, 2002, acrylique

1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2005 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

© 2005 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2005

Bibliothèque nationale du Québec / Bibliothèque nationale du Canada

Imprimé au Canada

*À mes enfants,
Guillaume, Mathilde et Arnaud*

Pour conclure, je dirais que je crois en la capacité d'autoguérison de l'être humain. Je crois que mon âme a été créée par Dieu et qu'elle a pu me construire. Je me range donc du côté de saint Thomas d'Aquin qui a écrit: « C'est l'âme qui structure la forme du corps. Oui, je crois que l'âme existe. Elle peut me guérir et je continue donc d'y travailler très fort! », écrit Michel Blais, l'un des malades dont on trouve le témoignage dans les annexes en ligne de ce livre (<http://www.polaristo.com/reclusion>).

Peut-on commencer l'introduction d'un livre sur la réclusion avec une conclusion? Ce sera une illustration de plus de la diachronie de l'imaginaire ou de l'inconscient, par rapport à la synchronie du réel, qui nous occupe ici, et un signal en faveur de la pensée en arabesque, qui resurgit à l'âge du numérique, contre la pensée linéaire dont nous avons hérité de l'âge de l'imprimerie. Nous sommes déjà ainsi au cœur de notre réflexion.

Michel Blais, ancien délinquant condamné à la prison après des vols à main armée, puis placé en hôpital psychiatrique, pense aujourd'hui que s'il a rêvé de devenir chef de la mafia, c'est parce qu'il a un *immense besoin d'amour qu'aucun être humain ne pourra combler*. Et il s'oppose à la psychiatrie de *cette sorte de médecins qui croient que la pensée est sécrétée par le cerveau comme le foie sécrète la bile; c'est, dit-il, ce que j'appelle avoir une conception physicochimique de l'homme*.

Nous voulons d'abord donner la parole à l'un de ces malades, parce que la recherche de Jean-François Pelletier sur la réclusion se fonde sur le langage et les comportements de ces hommes eux-mêmes, victimes agressives d'une part, et malades mentaux de la société, d'autre part.

Également parce que j'appuie cette idée de mettre en ligne des images, des textes, des séquences vidéo, qui complètent ce que le livre peut donner – mais il ne peut donner que ce qu'il a ! Et, en l'occurrence, son élargissement multimédia sur le Web est extrêmement précieux.

Alors que la majorité de nos concitoyens rejettent dans l'exil social les délinquants et les psychotiques, on constate une fois de plus, à la lecture de ces témoignages si humains, qu'un malfaiteur devenu malade mental peut démontrer non seulement une grave blessure affective, qui appelle au respect, mais aussi une remarquable intelligence critique à propos de la psychiatrie nord-américaine. Car celle-ci affiche le choix extrêmement réducteur d'une *conception physicochimique de l'homme*, sans prendre en compte la dimension symbolique et psychanalytique de l'homme, qui domine la recherche en Europe.

Par rapport à la réclusion, Jean-François Pelletier développe une approche qu'il appelle la psychotopsie et propose de considérer les vertus thérapeutiques de l'Internet. Et c'est cette suggestion remarquable, sur laquelle conclut ce livre, que je voudrais souligner et justifier.

L'Internet pourrait offrir une excellente méthode thérapeutique, précisément parce qu'il permet d'échapper aux contraintes et frustrations du monde réel. Et pour ceux qui sont enfermés, reclus, il représente le vitrail qui ouvre sur un ailleurs, là où le malade mental retrouvera ce qui lui a manqué et a souvent causé son trouble : une communication fusionnelle avec une communauté virtuelle dans laquelle il s'intègre symboliquement, l'accès à un être supérieur, un monde irréel, fluide, sans gravité terrestre, où l'âme vole en apesanteur, où les difficultés du principe de réalité s'évaporent, un monde gratifiant, énergique, lumineux, interactif, qui obéit au clic magique et en même temps réserve les surprises excitantes d'une navigation en arabesque, donc un monde qui évoque sous beaucoup d'aspects un ailleurs transcendantal infiniment plus attrayant que l'ici-bas de la vallée de misère et des murs de l'enfermement, favorisant une émotion spirituelle.

Face à toutes les sortes de réclusion, l'Internet s'annonce comme l'espace symbolique de l'ouverture infinie et de l'investissement psychique libertaire. Quand j'y navigue, en voyageur solitaire, protégé par mon intimité, libre de mes pensées, de mes émotions, de mes aveux, je sais aussi que j'évolue sous le regard des étoiles (ou de Dieu). Cette intimité, à la fois absolue et transparente à un regard virtuel omniprésent, favorise la religiosité. Et toutes les Églises officielles, de toutes les religions et sectes, l'ont bien compris, sont toutes aujourd'hui en ligne, pour accueillir, rassembler, et soutenir leurs fidèles. La dématérialisation, ou l'immatérialité du virtuel, cette lumière cathodique animée et vibrante, dans laquelle s'immerge et se fixe le regard, puis l'esprit, cette sorte d'hypnose de l'écran, qui inhibe en même temps

l'intellect rationnel, favorise chez beaucoup d'individus cette expérience positive et hautement compensatoire, d'un accès à un ailleurs. Dans l'Internet, nous trouvons un langage symbolique, nous échappons au temps historique de la réalité (synchronie) pour évoluer dans un hors-temps mythique diachronique. Celui qui a l'âme religieuse et est en manque d'affection humaine y vivra une expérience qui peut lui donner le sentiment de combler son déficit d'être, d'évoluer vers un *plus d'être*, vécu comme un stade supérieur de l'existence. Nous savons à quel point l'Internet, en nous donnant accès à un monde virtuel qui, à l'inverse du monde réel, ne résiste pas à nos désirs, qui n'entre pas en conflit avec notre interaction, et qui nous donne un sentiment de pouvoir magique, hautement gratifiant par rapport au sentiment chronique de notre manque d'être, de notre inachèvement humain, et de notre soumission à toutes les frustrations de la vraie vie¹. Les réflexions de Paul Ricoeur, qu'on retrouvera dans cette étude, sont très éclairantes sur ce sujet. Nous avons pu observer à quel point cette technologie, paradoxalement, car ce n'est qu'une technologie numérique, favorise l'exaltation religieuse de l'âme. Plusieurs théoriciens et philosophes, comme Philippe Breton ou Alain Finkielkraut l'ont souligné; d'autres en ont adopté l'excitation pour eux-mêmes.

Nous retrouvons dans la réflexion de Jean-François Pelletier l'une des lois paradoxales que nous avons dégagées dans *Le choc du numérique*²:

Malgré sa nature technologique, l'internet agit comme un psychotrope et active l'inconscient.

Sans qu'on puisse nier que même le monde réel nous apparaît à travers les filtres d'un abondant langage symbolique, il semble possible d'affirmer que tout monde imaginaire – et c'est le cas du monde virtuel de l'Internet, est d'abord et avant tout un monde symbolique, comme ceux de la magie et de la religion, ou du rêve. Le réel s'y reflète, certes, et y fait même sans cesse des incursions, mais comme les vagues sur la plage, sans la perturber. Ici, c'est l'imaginaire symbolique qui a force ontologique et s'impose. Le réel ne fait qu'y affleurer. Au-delà de ces observations, il conviendrait d'approfondir la dialectique du réel et du virtuel, fort complexe évidemment pour chacun de nous et encore plus dans le cas d'une psychose. À partir de là, on devra établir les protocoles de toute méthode thérapeutique envisagée.

On imagine – et des cinéastes l'on fait –, que la psychose, ou l'autisme peuvent rapidement trouver des ouvertures thérapeutiques dans l'Internet. On y communique sans rencontrer la résistance de l'*Autre*, on peut tout y

1. *CyberProméthée, l'instinct de puissance à l'âge du numérique*, Montréal, vlb, 2003.

2. *Le choc du numérique, le triomphe des cyberprimatifs*, Montréal, vlb, 2001.

dire, on s'y absorbe entièrement, on peut y développer fantasmes et stratégies, y changer d'identité et explorer de nouveaux scénarios psychologiques en interaction avec d'autres personnes à l'identité aussi fluide, par exemple dans des forums de bavardage, mais aussi dans des jeux en réseaux. On s'y revalorise et on y communique en se débarrassant de toutes ses infériorités civiles. On s'y intègre, on fusionne dans le tout social ou dans des communautés, on échange et on peut aimer et être aimé. On s'y évade des misères et répressions du réel. N'est-ce pas là déjà un lieu thérapeutique extraordinaire pour les âmes estropiées de toutes sortes, ou réapprendre à bâtir des comportements, à assumer des sentiments, à exprimer le refoulé et tendre à s'en libérer ?

On suggérera ici les résultats très intéressants qu'on pourrait obtenir avec des jeux en ligne, multiusagers. Et je ne pense pas tant au pouvoir de catharsis de jeux de violence, encore qu'il y ait là matière à étude, qu'aux jeux de rôles.

EverQuest, par exemple, l'un de ces jeux qui a connu le plus grand succès, propose à des joueurs en ligne de se constituer un personnage virtuel, qui pourra interférer dans une communauté d'autres personnages virtuels, eux-mêmes créés par d'autres joueurs. Au fur et à mesure de son implication et de sa performance, le joueur peut ainsi mettre au défi le destin, s'identifier à un rôle virtuel intégré, réagir aux autres sur une base égalitaire, défendre sa place et son rang, et prendre éventuellement un rôle de premier plan. Il faut souligner ici non seulement le potentiel de ces jeux de substitution psychologique, l'économie des stratégies qu'ils obligent à maîtriser, la valorisation du joueur, mais aussi le fait fondamental que celui-ci doit jouer dans le respect des règles du jeu. Dans le monde virtuel des jeux, on ne peut pas tricher comme dans la vraie vie. Le logiciel ne le permet pas. Un est un, zéro est zéro. Et les règles sont évidemment beaucoup plus strictes et sévères que dans la vraie vie, dont la complexité et l'ambiguïté ne peut être imitée en langage informatique. Cette soumission aux règles, librement consentie et prise en compte dans la performance du joueur, offre des possibilités thérapeutiques évidemment significatives. Et on admettra que tout est encore à inventer dans ce genre de jeu thérapeutique. Les jeux en ligne se révéleront sans doute très supérieurs aux jeux hors-ligne, parce qu'ils assurent l'intégration de l'individu dans la communauté des joueurs et impliquent la transparence, le regard et donc le contrôle des autres joueurs.

Certes, parce que tout est à faire dans ce domaine, et que c'est complexe, beaucoup jugeront une telle thérapie irréaliste dans l'institution psychiatrique actuelle. Le médicament s'administre vite, on en connaît les effets et il permet éventuellement de neutraliser sans effort la « dangerosité » du malade (en fait,

il accentue souvent la réclusion, cette fois chimique). Mais est-ce une raison acceptable pour s'en tenir aux solutions de facilité des médicaments, à la paresse intellectuelle d'une conception chimique et mécaniste de l'être humain ?

Personne ne niera que les médicaments peuvent soulager la misère psychique et même contribuer à guérir. Mais l'âme ? Il faut s'en occuper aussi, et pourquoi pas la mettre en jeu ? C'est ce que permet en douceur le monde virtuel de l'Internet, avec la participation active, directe et autothérapeutique du sujet. Ce n'est pas rien !

Je ne nierai pas que cette thérapie n'est pas facilement envisageable dans les cas lourds ; mais elle est possible avec beaucoup de malades, et notamment les jeunes.

Je ne voudrais pas ici pécher par idéalisme, mais dans une culture psychiatrique d'obédience matérialiste affichée, un petit supplément d'âme ne ferait pas de mal. Prenons alors le temps de réfléchir à des jeux en ligne qui pourraient se déployer dans le monde virtuel, avec un groupe de travail qui donnera un début à ce qui pourrait devenir d'ici peu une voie de recherche extrêmement féconde. J'avais évoqué ces idées lors du congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, en 2002³. Je dois admettre que j'ai rencontré une certaine incompréhension. Mais cela m'a plutôt encouragé dans l'idée que cette voie encore inexplorée pourrait obtenir avec le temps (et la complicité du retour de balancier des modes psychiatriques) beaucoup plus d'attention. La conscience grandissante des enjeux majeurs du numérique dans notre civilisation devrait y contribuer inmanquablement.

Jean-François Pelletier aborde ici une voie stratégique de recherche. En bâtir la théorie et les protocoles thérapeutiques demandera du temps. Mais on aimerait voir autant d'ordinateurs branchés à l'Internet que d'armoires à pharmacie dans les hôpitaux psychiatriques. Les usages thérapeutiques de l'Internet ont à coup sûr un potentiel considérable, aujourd'hui encore ignoré. L'Internet crée-t-il souvent la dépendance, comme les drogues et les médicaments, et comme l'institution psychiatrique ou psychanalytique elle-même ? Certes, mais cette dépendance risque aussi de faire bien moins de dégâts que les neuroleptiques et respecte davantage la dignité de l'homme. Quand redécouvrirons-nous l'importance d'une conception plus humaniste de la thérapie ? Sans nier en aucune façon le système neurochimique qui fait l'homme, je voudrais rappeler que c'est aussi le symbolique qu'il faut soigner autant sinon plus que le corps, parce qu'il est souvent à l'origine

3. *L'internet est-il un psychotrope ?*, Conférence au congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, juin 2002.

même des déséquilibres chimiques et dysfonctions physiologiques et neuronales. Le corps n'est rien sans la psyché, et la psyché est de l'ordre du symbolique. L'Internet aussi. La rencontre est inévitable et elle sera féconde.

Hervé Fischer

Titulaire de la Chaire
de la Fondation Daniel-Langlois
en technologies numériques et en beaux-arts
à l'Université Concordia

PRÉFACE	IX
INTRODUCTION	1
 CHAPITRE 1	
LA RÉCLUSION : UNE ÉCONOMIE DES TRANSFERTS D'ÊTRE	7
1.1. SANTÉ MENTALE, CRÉATION ET FIN DU MONDE	10
1.2. L'EXCLUSION ET L'INCLUSION	12
1.3. LA RARETÉ	13
1.4. LE SUICIDE DU BOUC ÉMISSAIRE	18
 CHAPITRE 2	
UN ABRÉGÉ DE PSYCHOTOPSIE	23
2.1. PAUL RICOEUR	24
2.2. L'ORDRE SYMBOLIQUE	29
2.3. L'INSTITUTIONNALISATION RITUELLE	31
2.4. LA NARRATION	33
2.5. LA PSYCHOSE COMME SPECTACLE	37

CHAPITRE 3

LA PSYCHOTOPSIE POLITIQUE	41
3.1. LA DÉSINSTITUTIONNALISATION	41
3.2. LE PARTAGE EFFECTIF DES POUVOIRS	44
3.3. LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉS	45
3.4. LA MULTIDISCIPLINARITÉ	49
3.5. UN CONSTAT D'ÉCHEC	53

CHAPITRE 4

LA PSYCHOTOPSIE JURIDIQUE	55
4.1. L'INVENTION DE L'HOMME	56
4.2. LA RAISON HÉGÉMONIQUE	58
4.3. LE MOYEN ÂGE	60
4.4. L'ORDRE DU DISCOURS	62
4.5. L'INVENTION DE L'HOMME DANGEREUX	65
4.6. LA PRATIQUE DU <i>SELF-ADVOCACY</i>	66
4.7. LA DANGÉROSITÉ	69

CHAPITRE 5

LA PSYCHOTOPSIE THÉRAPEUTIQUE	75
5.1. LE DISCOURS PSYCHIATRIQUE-ANTIPSYCHIATRIQUE	75
5.2. LE DOUBLE LANGAGE	78
5.3. LA DÉMOCRATIE COMMUNAUTAIRE	80
5.4. LA MICROPRATIQUE DE L'INTERACTION	83
5.5. LA DYSKINÉSIE TARDIVE	85
5.6. LES EFFETS RÉVERSIBLES	90

CHAPITRE 6

LE RELIGIEUX DANS LA PSYCHOSE : LE LIVRE DE MARTIN	97
6.1. L'ŒUVRE DITE	98
6.2. L'ŒUVRE PEINTE	106

CHAPITRE 7

LA PSYCHOSE DANS LE RELIGIEUX	113
7.1. DE LA GENÈSE...	114
7.2. LE PROPHÉTISME	119
7.3. ... À L'APOCALYPSE	122

CHAPITRE 8

LA LOGIQUE DE L'INTERVENTION	127
8.1. L'USAGE DU SYMBOLE	131
8.2. LES CONSÉQUENCES SUR L'INTERVENTION	134
8.3. <i>J'ME ROULE EN BOULE</i>	136
8.4. <i>PAR DE VASTES CHAMPS NUS</i>	137
8.5. <i>TÉMOIGNAGE DE ANDRÉ TREMBLAY</i>	139
8.6. <i>TÉMOIGNAGE DE DIANE BIANCHI</i>	139
BIBLIOGRAPHIE	141

La réclusion est une théorie qui a été forgée en vue de combler un besoin. Une nouvelle façon de concevoir les choses semblait s'imposer afin de rendre compte de l'intelligibilité d'une pensée autrement réputée chaotique : la psychose dite religieuse. Le besoin d'une nouvelle compréhension provient de l'essoufflement, de la caducité du modèle médical traditionnel de la maladie mentale. Celui-ci n'arrive pas à déterminer si la surabondance de références à la spiritualité, que l'on retrouve dans les diverses modalités d'expression du vécu psychiatrique, est cause ou effet de la présumée maladie. C'est pour transcender ce cul-de-sac qu'il fallait structurer une nouvelle approche.

Au fil des pages qui suivent, nous allons donc étayer la théorie de la réclusion, passant du général au particulier. C'est-à-dire que nous allons d'abord en camper les grands axes théoriques, pour ensuite en dégager une grille d'analyse. Celle-ci, baptisée psychotopsie, sera appliquée à une documentation choisie en conséquence, soit à une communication jugée dérisoire parce que n'ayant pas valeur de discours scientifique, mais importante pour nous parce que produite pour le grand public. Il pourra s'agir de témoignages expressément rédigés par des patients dans le cadre de leur processus de réadaptation psychosociale, ou d'œuvres d'art réalisées à des fins en quelque sorte thérapeutiques, notamment par Martin Fortier. Aussi, ayant situé le rôle de la thématique religieuse dans la pensée psychotique, nous allons inversement rechercher dans certains livres canoniques l'évocation de la folie pour voir si l'importance qui lui est accordée correspond à celle de la religion dans la psychose. Mais d'abord, la psychotopsie portera sur la politique québécoise de santé mentale, sur l'histoire de l'individu et de l'homme dangereux, puis sur l'ordre de l'interaction thérapeutique. Finalement, pour faire contrepoids aux considérations quelque peu ésotériques

abordées au début, la démonstration débouchera pratiquement sur une méthode d'intervention basée sur les technologies de l'information et de la communication (TIC). Nous verrons qu'en matière d'intervention sociale à déployer pour faciliter l'intégration psychologique et sociale des individus ayant souffert de maladie mentale, ces technologies sont à privilégier.

Ainsi, la lecture des récits de vies que nous ferons devrait permettre une meilleure compréhension. L'ambition semble peut-être manquer de réalisme et l'horizon de la théorie de la réclusion être hors de portée. En effet, il s'agit de rendre compréhensible ce qui, de tout temps, se définissait précisément comme l'incompréhensible, l'insensé. Pourtant, la théorie de la réclusion n'invente rien. Elle ne fait que rendre évidents des liens, des associations jusque-là restés inexplicables mais que de nombreux penseurs, parmi les plus éminents, furent bien près de cerner.

« Tout est déjà révélé », nous dit René Girard. C'est-à-dire, pour le paraphraser, que ce qui a fait l'objet de la Révélation, c'est la théorie de la réclusion qui ne demandait qu'à être systématisée.

Certains, peut-être, considéreront blasphématoire d'associer comme nous le faisons les prophètes bibliques à des malades mentaux et de faire de la folie l'un des thèmes principaux des Ancien et Nouveau testaments. Cependant, l'exercice que nous proposons consiste simplement à relire la Bible ainsi que d'autres œuvres, sous l'angle de la réclusion. Il s'agit d'y chercher les références au scandale, au rêve, à l'orgueil, au suicide, etc. La Bible (Ancien et Nouveau Testament) est choisie, d'une part, pour son influence culturelle passée en raison de sa grande diffusion et, d'autre part, parce qu'on y traite de la déraison ou de la démence (possession) comme un déséquilibre de l'orgueil et de l'humilité.

La démonstration vise à faire ressortir le caractère sacrificiel et autosacrificiel de la réclusion. Ce faisant, la parole de la folie recouvre sa valeur parce qu'elle révèle les rouages de la dialectique de la réclusion, soit de l'exercice moderne du mécanisme du bouc émissaire. Nous disons que ce mécanisme est à vocation autopurificatrice parce que les mesures de charité, qui visent ensuite à prévenir ou à amoindrir le sacrifice humain, permettent à la collectivité de se donner bonne conscience.

Par ailleurs, la Bible comporte des codes précis de différenciation de la bonne et de la mauvaise violence, par exemple. Les différenciations sont jugées nécessaires à la survie de la communauté ethnoculturelle et religieuse. Les conséquences anticipées de leur profanation y sont négativement décrites. Par exemple, Jérémie exhorte ses contemporains à respecter plus strictement les dogmes révélés, sinon Israël sera détruit. La déportation à

Babylone et la première destruction du Temple par Nabuchodonosor sont présentées comme des châtiments infligés par Dieu à son peuple qui ferme les yeux sur certaines pratiques polythéistes (les hauts lieux).

De son côté, l'hallucination psychotique se caractérise par l'effacement des différences qu'est la synesthésie des sens. C'est pourquoi elle est perçue comme une menace malfaisante, tout comme l'est la naissance de jumeaux dont l'un d'eux est tué dans certaines tribus du Brésil, pour limiter la contamination de l'indistinction. Le traitement que subit la victime de la psychose est celui des transgresseurs.

C'est pourquoi les prophètes et auteurs de livres bibliques dissertent très précisément de cette réclusion qui consiste à s'extraire de la dialectique du conflit et de l'adversité (dont sont frappés Job, Caïn, David, Jérémie, Jésus, etc.). L'adversité, par exemple pour Job, c'est la bipolarité du monde qui permet à Dieu et à Satan de se lancer des défis, de jouer ensemble une partie de poker dont l'enjeu est le prestige. Mais la pauvreté proverbiale de Job ne vient-elle pas de ce qu'il connut lui-même des crises de psychose-maniaco-dépressive (PMD) ? Ce qui arrive à Job ressemble en effet à ce qui attend un maniaco-dépressif d'aujourd'hui : perte de revenu, perte d'emploi, isolement social et familial, tourment, hallucinations, etc. D'autre part, Samuel nous fait voir, dans les deux livres qui portent son nom, que le roi David était probablement maniaco-dépressif, soit malade mentalement. Sans sa grande sensibilité, il n'eut pas été si intensément inspiré et n'eut probablement pas composé *Les Psaumes* qu'on lui attribue, lesquels sont certainement parmi les poèmes les plus lus et relus de la planète. D'autre part, à cette époque en Terre sainte, le monde n'était pas aussi judiciaire, désacralisé, ni synchronique qu'aujourd'hui. Le problème ne se posait pas alors comme il se pose aujourd'hui, soit depuis l'invention de l'individu. C'est pourquoi il peut sembler anachronique de chercher des symptômes chez des personnes appartenant à des époques où la maladie mentale n'existait pas encore en tant que maladie. Il s'agit de voir en quoi consistait ce phénomène qui nous est contemporain, mais qui ailleurs, dans le temps et l'espace, pouvait exister sous une autre appellation. Il s'agit de vérifier si dans la description de certains comportements, ceux des prophètes notamment, on ne peut y déceler ce qui serait considéré comme des *acting out* dont un psychiatre dirait qu'ils sont symptomatiques d'une maladie mentale, s'il les observait maintenant. De plus, on peut penser que la schizophrénie ou la dépression bipolaire devait bien exister avant de porter ces noms. Il s'agit alors de voir comment on y répondait avant que ce ne soit par des médicaments ou par internement. Cet exercice nous permettra de voir qu'ici, l'objectivité médicale est en fait un construit social relatif à une culture, à une histoire particulière, en fait à une conception de l'espace-temps qu'on aurait tort de prendre pour définitive.

En vertu de la théorie de la réclusion, la folie ou la « maladie mentale » n'existe pas *en soi*. Il s'agit plutôt d'une relation, ou d'une interaction reposant sur une communication de type paradoxal, explicitée plus loin. La folie n'existe pas en soi, mais pour soi, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un rapport. Pour nous, l'existence précède l'essence et pour rester fidèle à Jean-Paul Sartre, nous ferons en sorte que l'homme soit conscient de ce qu'il fait. Il doit savoir qu'il pratique la réclusion et en assumer la responsabilité. L'existentialisme, nous dit Sartre, consiste à faire reposer sur l'homme la responsabilité totale de son existence. C'est pourquoi *l'existentialisme est un humanisme*. « Et, quand nous disons que l'homme est responsable de lui-même, nous ne voulons pas dire que l'homme est responsable de sa stricte individualité, mais qu'il est responsable de tous les hommes » (Sartre, 1970, p. 24).

Ici, la responsabilité qu'il s'agit d'assumer est celle de la réclusion. Le terme « réclusion » constitue une retotalisation englobant ceux de folie, de maladie mentale, de santé mentale ou d'aliénation, parce qu'il porte sur le processus même de substitution conceptuelle. C'est pourquoi nous recourons à la raison dialectique, même transcendante, plutôt qu'à la raison analytique. Il ne s'agit donc pas d'opter pour un « subjectivisme radical » en opposition à l'objectivité analytique. Le but est d'expliquer pourquoi le subjectivisme sous-tend le délire psychotique tout comme l'inspiration mystique. « Cette subjectivité [...] est bien l'absolu de l'être » (Ey, 1973, p. 680), consent Henri Ey lorsqu'il disserte sur la « valeur de la connaissance subjective » dans le tome premier de son *Traité des hallucinations*. Mais pour lui, cette subjectivité est un piège duquel il faut se tenir éloigné. Or, nous verrons que cette quête d'être est rendue nécessaire du fait que le modèle médical, notamment, n'accorde pas de valeur discursive à la parole du « malade ». Pour interpréter ces signaux, force sera-t-il de les mettre en relation à la subjectivité de la personne en profitant de « l'apport des conceptions de l'anthropologie qui distinguent « la maladie du médecin » (*disease*) de la « maladie du patient » (*illness*) (Giami, 2000, p. 332).

Le fait d'associer la santé mentale à la médecine ne fait heureusement pas l'unanimité. Ce n'est pas parce qu'on substitue tel terme à tel autre que l'évolution fait un bond. La réalité millénaire de la réclusion ne s'en trouve pas radicalement bouleversée. Au contraire, la réclusion se nourrit de substitutions. Il est en effet facile de se trouver meilleurs que les générations précédentes en faisant valoir que nous, les modernes, nous n'usons plus de ces moyens barbares que furent les douches froides, la camisole de force ou les électrochocs dont le caractère spectaculaire a marqué les imaginations.

Avec l'avènement, dans les années 1960, des contestations diverses et de l'antipsychiatrie en particulier, on a voulu rendre la parole à la personne qui vit le problème. Dans le cadre du rapport au médecin, en dernière

analyse, c'est le médecin qui domine. L'enjeu dépasse le psychiatre qui s'est historiquement vu confier ce pouvoir et doit, fût-ce malgré lui, l'exercer. Même les intervenants les plus altruistes le véhiculent tandis que pour d'autres ils représentent un exemple à imiter. En effet, notre économie de l'être et du prestige fait de l'imitation une stratégie vitale d'acquisition de ce qui a socialement de la valeur.

Pour commencer, nous allons développer une méthode qui permettra une réinterprétation de diverses expressions du vécu. Cette psychotopie se fera à l'aide d'une grille conceptuelle, laquelle prêterait particulièrement attention aux manifestations d'orgueil, de prestige, d'imitation et de détresse.

1

LA RÉCLUSION
Une économie des transferts d'être

Comme nous allons le voir en détail, la pensée psychotique est une pensée symbolique. Pour la comprendre, il faut pouvoir l'interpréter correctement, soit en exégète. Nous esquissons donc ici les grandes lignes de la théorie de la réclusion, laquelle pose la maladie mentale en tant que problème de mouvement dans l'espace, d'une part, et dans le temps, d'autre part. Pour nous, un ordre social particulier correspond à un espace-temps particulier, dont il est constitutif.

Essentiellement, il existe deux types bien connus de relation à l'espace, qui se sont historiquement et plus ou moins graduellement succédés. Il y eut d'abord le nomadisme, caractérisé par des déplacements continuels, puis la sédentarité dans le cadre de laquelle une population est fixée à un lieu. De même, il existe deux grands types de conception du temps. Il y a le temps linéaire, qui implique un découpage, un passé, un présent, un avenir, et qui autorise la notion de progrès. Le temps cylindrique, ou circulaire, est, par contre, beaucoup plus difficile à définir, tout simplement parce que nous ne le connaissons pas. Notre mode de pensée cartésien et logique ne se prête pas facilement à une conceptualisation non chronologique du temps. C'est à ce plan que l'expérience de la psychose peut s'avérer culturellement enrichissante. Les thèmes de la psychose, souvent religieux, sont « la projection symbolique des données inconscientes » (Ey, 1989, p. 502). Ainsi, pour schématiser, nous dirons du temps cylindrique, ou diachronique, qu'il se rapporte au symbole parce qu'il offre la possibilité d'une juxtaposition verticale plutôt que d'un alignement horizontal de la succession temporelle. C'est ce qui permet de considérer la présence d'êtres physiologiquement et

chronologiquement disparus. Le temps cylindrique est celui par lequel la mort d'un ancêtre n'est pas survenue nécessairement après sa naissance. La possible permutation de ces étapes, chronologiquement impossible, fait qu'il peut y avoir ni début ni fin, et qu'un mort puisse être encore vivant et influent auprès de ses descendants. C'est d'ailleurs ainsi qu'on détermine de la sainteté d'une personne : elle se manifeste après sa mort sous forme d'un miracle reconnu par l'épiscopat.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il faut retenir c'est qu'à un espace-temps donné correspond une configuration particulière de la structure du psychisme. Nous abordons ici le thème de l'intégration psychologique individuelle. Dans l'espace-temps qui est le nôtre, la notion d'individu est une évidence. À une entité corporelle physiquement délimitée correspond une personnalité tout aussi circonscrite. C'est la sédentarité qui permet l'émergence de la solitude, un sentiment inconnu chez ceux qui pratiquent le nomadisme puisque celui-ci ne peut être que collectif. Ainsi, dans une société sédentaire, l'individu ne peut avoir qu'une identité. Il en va autrement dans certaines sociétés dites primitives où l'expérience individuelle de personnalités multiples n'est pas nécessairement pathologique. Ainsi, plus près de nous, certaines personnes changent-elles d'identité en entrant en religion, comme Marie Guyart qui deviendra Marie de l'Incarnation en entrant chez les Ursulines. Pour nombre de mystiques, l'abandon de soi au profit d'une entité extra-individuelle, disons Dieu, est une situation enviée à laquelle on peut accéder en pratiquant diverses techniques : le jeûne, la prière, l'oraison, etc. Par contre, dans un monde séculier, l'abandon de son identité propre est problématique. Nous sommes légalement tenus de ne porter qu'un seul nom, par exemple. À moins d'être un artiste célèbre, ceux qui changent d'identité ne sont pas pris au sérieux, ils font d'abord rire d'eux, puis on les soigne. En fait, comme nous le verrons, on soigne leur orgueil pour le ramener à des proportions acceptables. On les aide à se réintégrer psychologiquement en une seule personnalité ayant son histoire propre.

Nous disions en introduction que ne pas se conformer au modèle dominant, c'est le transgresser. Transgresser, c'est devenir transgresseur, être transgresseur, c'est être persécuté, c'est faire l'objet d'un régime juridique d'exception. Or, chez nous, cette persécution s'opère par la communication dite paradoxale (le *double bind* de Bateson). À partir du moment où un individu ne peut ou ne veut se conformer à certaines normes et perturbe le milieu familial ou le voisinage, les proches et l'État sont concernés. De tout temps, on a eu tendance à exclure les gens qui « dérangent » et à en faire des boucs émissaires. Nous reviendrons, avec René Girard, sur ce qu'est un bouc émissaire.

De plus, comme on peut le lire dans la Genèse, la création du monde ne vient pas sans la création des mots qui le décrivent. En effet, notre pro-

blème concerne le processus de classification ainsi que celui de la dénomination. Lorsque telle ou telle attitude ne trouve pas sa place dans l'organigramme social, on lui donne un nom. L'étiquette permet ensuite la classification qui préfigure le type d'intervention. L'esprit de classification qui caractérise tant le modèle médical se présente sous la forme d'une nosographie des maladies mentales et de leurs traitements. Elle prend la forme d'un manuel : le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV)* de la puissante American Psychiatric Association (APA). Dans celui-ci et la littérature connexe, on tend à l'objectivité. La subjectivité, soit l'interprétation que le patient peut formuler sur son problème, est le mal par lequel se développent justement les désordres religieux (*religious disorders*).

En effet, le patient parle souvent de son problème comme relevant de la spiritualité. Il semble être conscient que sa parole n'a que peu de valeur. Pour plusieurs, elle n'a pas de sens, elle est insensée et insignifiante (Bergner, 1998). Ainsi, c'est sa vie qui manque de sens (Vincent, 1988) et c'est ce qu'il voudrait bien retrouver. Pour ce faire, comme nous le verrons plus loin, il doit la situer par rapport à un arrière-plan symbolique. La pensée psychotique est symbolique et elle pose problème parce qu'elle est propre à la diachronie mais doit composer avec un monde farouchement attaché à la synchronie. La synchronie, c'est ce qui fait qu'un début amène une fin. La diachronie, pour sa part, c'est ce qui autorise à penser qu'il n'y a ni début ni fin, qu'au début était la fin, que l'alpha et l'oméga sont interchangeables, et, en quelque sorte, que la fin est déjà arrivée. De sorte que, finalement, on peut considérer que la fin du monde n'est pas quelque chose qui se produira un jour, mais un événement qui s'est déjà produit. Ainsi, les mystiques et les saints vivaient-ils en fonction de la fin et du jugement dernier qui peuvent survenir à tout moment, comme un voleur, dit-on. Cette façon eschatologique de voir implique une relation au temps différente puisque la fin n'est qu'un début alors qu'on vit par rapport à un monde autre que celui de la synchronie. Et en effet, la fin du monde, pour que saint Jean ait pu la relater dans l'Apocalypse, doit être déjà survenue, au moins symboliquement.

Pour l'instant, disons que l'esprit d'un psychotique est original parce qu'il est nécessairement non conforme au découpage spatio-temporel caractéristique de ce début de millénaire. L'étude de la psychose permet de voir que le découpage temporel linéaire, avec un passé, un présent et un avenir, n'est peut-être pas la seule relation possible au temps. D'autres modes de pensée enseignent une compréhension circulaire et non linéaire du temps. Ceux qui partagent cette conception peuvent difficilement conceptualiser et développer ce qui, pour nous, est avancement. C'est ainsi que certains anthropologues expliquent le sous-développement économique chronique qui persiste dans certaines régions du monde.

1.1. SANTÉ MENTALE, CRÉATION ET FIN DU MONDE

Le thème de la fin du monde est en un, pour ainsi dire, vieux comme le monde. Nous faisons ici référence à la mythologie et au phénomène des croyances et des anticipations qui génèrent les angoisses et les stéréotypes. La folie et son porteur, dans la littérature ou dans les légendes, sont perçus comme autant de figures agressives. Même en matière juridique, la maladie mentale est associée à la notion de « dangerosité ». Certes, « on ne doit pas mourir en soignant » (Monceau, 1999), mais « la dangerosité est une notion dangereuse » (Bédard, 1999). Le danger considéré est celui de la violence déclenchée spontanément, sans règle de différenciation. « On assiste alors à un processus d'emballement. Les soignants et les éducateurs se disent être sidérés par leur propre violence » (Fustier, 1999, p. 24). Si la violence n'est pas encadrée, on risque de s'entretuer jusqu'au dernier.

Or, la psychose peut justement se caractériser par l'indifférenciation dans les thèmes mêmes de l'hallucination, indifférenciation des temps également, des genres et des sens. On peut faire un parallèle avec l'expérience psychédélique où des couleurs se font entendre et des sons se font voir (synopsie). Ce thème de la différenciation, et son contraire, l'indifférenciation, sont au cœur des grands drames mythologiques, comme nous le montrera René Girard, mais on les retrouve aussi dans de grandes œuvres littéraires, comme dans *Notre-Dame de Paris* de Victor Hugo, ou certaines des œuvres picturales de Martin Fortier.

Chez nombre d'auteurs dramatiques, l'histoire commence lorsque quelqu'un ne respecte pas les codes de différenciation. Une tension dramatique est liée à ce mouvement. Victor Hugo, dans *Notre-Dame de Paris*, nous décrit le premier le phénomène de la réclusion lorsqu'il évoque ce qui se passe dans le Trou-aux-Rats. Dans ce réduit sordide, semblable à d'autres répartis dans la ville, la recluse s'est retirée de la société pour consacrer sa vie à la prière. Mais elle se trouve également en contact avec la société qui peut ainsi se montrer charitable à son égard. La boucle est ainsi bouclée parce que la réclusion est un moteur à deux temps, celui de l'exclusion et celui de l'inclusion.

Dans *Notre-Dame de Paris*, la Sachette se découvrira plus tard être la mère d'Esméralda. Figure de la réclusion, elle portait un sac, d'où son nom. Les lecteurs de la Bible savent que dans le livre de Jérémie et ailleurs, on conseille à toute personne qui veut faire preuve d'humilité de se ceindre d'un sac. Le personnage de la recluse a été retiré du *Bossu de Notre-Dame* de Walt Disney, de même que de la version cinématographique mettant en vedette Gina Lollobrigida dans le rôle d'Esméralda et Anthony Quinn dans celui de Quasimodo. Il s'agit pourtant du pivot même de toute l'histoire, parce que la recluse est la figure qui permet le renversement des positions

des protagonistes. D'abord elle vitupère Esmeralda, qu'elle appelle l'Égyptienne. Ensuite, découvrant qu'elle est sa fille pleurée depuis toutes ces années, elle cherche à la secourir, y parvenant presque. D'objet de haine, l'héroïne devient objet d'amour et le drame découle de sa mise à mort autrefois souhaitée par la Sachette.

Le procédé tragique consistant à faire culminer la rivalité en un point bien précis : lorsque les rivaux, qui s'imitent mutuellement dans leur quête d'un même prestige, deviennent interchangeable. En lutte, ils combattent à armes à peu près égales et commettent des actes similaires. Quasimodo et Frolo désirent la même femme. On ne sait alors plus très bien qui est le bon, qui est le méchant parce que le coup d'épée est porté avec la même force enragée. Le moment du renversement possible est le point saillant de la crise, comme nous le verrons un peu plus loin. Nous analyserons alors le rituel sacrificiel en tant que lieu d'exercice de la violence aménagée.

De Victor Hugo, on n'a retenu que les caractéristiques des personnages plutôt que l'analyse de l'expression et du sentiment religieux en évolution que l'auteur tenait à communiquer. Rappelons que Victor Hugo fut mis à l'Index par les autorités religieuses de l'époque. Analyser l'exclusion et l'inclusion suggèrent que ce mouvement, la réclusion, soit un conditionnement qui permet de nous donner collectivement bonne conscience. Il y a quelque chose de religieux dans cela parce que l'enjeu est celui de la purification. Victor Hugo, en fin analyste qu'il était, a bien décrit cette générosité qui n'est donc pas gratuite. Ce gâteau qu'on donnait à la recluse, en passant dans les rues de Paris en 1482, était un exercice quotidien de charité qui constituait une action fort chrétienne. Or, il ne revient pas à un laïc de s'exprimer sur ce qui est ou n'est pas religieux.

Chez Hugo, nous voyons la folie, la réclusion, comme parfois centrale, parfois périphérique par rapport à l'intrigue dramatique. Toutefois, lorsqu'il dit que la littérature, grâce à l'imprimerie, tuera l'architecture, il se trompe. Avec notre théorie de la réclusion, nous pourrions plutôt lui faire dire qu'à la cathédrale se substituera la littérature, puisque la réclusion est un processus de substitution, comme nous le verrons plus loin. D'ailleurs, c'est à Hugo que nous empruntons le terme de réclusion. Dans *Notre-Dame de Paris*, il se penche en effet sur le sort d'une vieille femme, « c'est la recluse », disent les passants. La recluse est celle par qui le renversement se prépare, et c'est pourquoi la réclusion dont elle est objet et sujette est un acte sacrificiel :

[...] cette horrible cellule, sorte d'anneau intermédiaire de la maison et de la tombe, du cimetière et de la cité, ce vivant retranché de la communauté humaine et compté désormais chez les morts [...]. La piété peu raisonneuse et peu subtile de ce temps-là [le Moyen Âge] ne voyait pas tant de facette à un acte de religion. Elle prenait la chose en bloc, et honorait, vénérait, sanctifiait au besoin le sacrifice, mais n'en analysait pas les souffrances et s'en

apitoyait médiocrement. [...] et à l'étranger qui les questionnait sur le squelette vivant qui pourrissait dans cette cave, les voisins répondaient simplement, si c'était un homme : – « C'est le reclus » ; si c'était une femme : – « C'est la recluse » (Victor Hugo, 1832. *Notre-Dame de Paris 1482*).

Remarquons que la recluse est ici une figure de renversement (vie-mort). Hugo croyait son époque moins religieuse, puisque « le passé a un visage, la superstition, et un masque, l'hypocrisie. Dénonçons le visage et arrachons le masque », écrit-il dans *Les Misérables*. Quant à nous, pour notre part, rien n'a vraiment changé en ce qui concerne notre propension au sacrifice. Dans *Les Misérables*, certains passages sont notamment employés à l'analyse de la vie monastique. Hugo écrit que « c'est un lieu étrange d'où l'on aperçoit, comme de la crête d'une haute montagne, d'un côté l'abîme où nous sommes, de l'autre l'abîme où nous serons ; c'est une frontière étroite et brumeuse séparant deux mondes ».

1.2. L'EXCLUSION ET L'INCLUSION

L'exclusion, c'est le rejet social, familial, économique et politique. C'est le rejet de celui qui ne réussit pas à s'insérer dans un monde découpé de façon cartésienne, c'est le rejet de celui qui ne respecte pas les règles de différenciation. Or, celles-ci sont essentielles au maintien de l'ordre synchronique.

L'exclusion est le premier temps de la réclusion. La personne posant problème dans le monde sédentarisé dans lequel nous vivons est différente et subit un traitement qui en est un de redifférenciation, de normalisation (Dupras, 1993). Cette personne est ensuite aidée pour reprendre un aspect, une forme, et pour s'insérer dans le découpage spatio-temporel pratiqué par la majorité. Il s'agit de la réinsérer : on tente alors l'inclusion.

Par inclusion, nous faisons référence aux politiques gouvernementales. C'est tout un système qui est mis sur pied pour favoriser la réintégration des désinstitutionnalisés dans la société. Sachant que « les Canadiens les plus actifs sont plus heureux que leurs homologues sédentaires » (Statistique Canada, 1985, p. 15), on a une panoplie de programmes qui nous permettent de dire collectivement que « oui, on fait quelque chose pour ça ». Dans un premier temps, on les rejette socialement, au point où il faut les institutionnaliser derrière des portes sur lesquelles de puissants électroaimants empêchent les sorties non autorisées. Puis, dans un deuxième temps, c'est l'inclusion, c'est-à-dire l'intégration dans la société des personnes dès lors dites désinstitutionnalisées, le terme du processus étant l'intégration au travail qui fait que la personne n'est plus *au crochet de l'État*.

Par ailleurs, l'analyse de l'hallucination psychotique nous fait voir que l'originalité propre à ce discours tient au fait qu'il s'agit d'une sortie du cloisonnement des catégories. La civilisation s'est dotée de conventions par nécessité de fonctionner collectivement dans un cadre qui ne permet plus la fuite dans le désert, soit la ville. La science de l'économie nous enseigne en effet que l'expansion commerciale dépendait d'une organisation sédentaire, laquelle, au contraire du nomadisme, permet les surplus. Et ce que l'on constate, c'est que plus un individu éprouve une tendance au nomadisme, plus il aura de la difficulté dans cette sédentarisation.

C'est ainsi que s'explique, à la lumière de notre thèse de la réclusion, l'incidence extraordinaire de maladies mentales chez les peuples récemment et brusquement sédentarisés, comme les Inuit. Or, au Nunavik, cette région du nord québécois administrée par le gouvernement régional Kativik, le *taux ajusté de mortalité par suicide pour 100 000 habitants* était de 73 en 1990-1991-1992, soit près du triple de celui de la région sociosanitaire arrivant deuxième à ce chapitre avec 26, soit celui des Terres-Cries-de-la-Baie-James (Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998b, p. 110). Pour la région sociosanitaire de Montréal-Centre, ce taux ajusté était de 13 pour 100 000 (*idem*). Le rapport est ici de presque 6 pour 1. Ce taux montréalais, le plus faible du Québec pour les mêmes années, concerne la région la plus typiquement synonyme d'urbanité puisqu'il s'agit de la métropole québécoise. S'il n'y a pas de lien de cause à effet, il y a une forte, une très forte corrélation. Selon nous, elle mérite une tentative d'explication, bien que l'écart entre les chiffres pour les années 1993-1994-1995 soit moins spectaculaire que ceux mentionnés ci-haut, entre le Nunavik et Montréal, le rapport n'étant plus de 6 à 1, mais de 4 à 1 (*idem*). On parle d'une différence d'encore 400 % !

1.3. LA RARETÉ

L'analyse des modalités d'exercice du discours, tant dans les revues scientifiques que dans les médias, fait que le procédé doit déboucher sur la raréfaction du discours. En effet, « l'analyse s'attache aux systèmes d'enveloppement du discours, elle essaie de repérer, de cerner ces principes d'ordonnancement, d'exclusion, de rareté du discours » (Foucault, 1971, p. 71). Selon Michel Foucault, tout discours, toute discipline discursive est un mécanisme de raréfaction. Ainsi, le discours médical fait l'objet d'un encadrement très strict. C'est le Collège des médecins qui valide tel enseignement et qui confirme que telle ou telle pratique est ou n'est pas de la médecine. Le système émettra une certification, un diplôme de médecin spécialiste en psychiatrie. De même, tout un chacun ne peut pas se dire psychologue, sous peine de poursuites judiciaires. On ne peut parler en

connaisseur d'un sujet que si on a été formé par les experts de la profession, laquelle se dit de tel ou tel discours : médical, juridique, théologique, etc. Il faut avoir un titre reconnu par l'institution, dans un champ, soit un discours spécifique. Or, la rareté génère le prestige. Une parole qui n'est pas filtrée par un ordre du discours n'a ni valeur ni prestige, parce qu'elle n'est pas rare. C'est pourquoi on accorde si peu d'importance à la subjectivité du patient psychiatrique. Pourtant, celle-ci est typiquement dramatique, puisqu'elle se structure autour du double langage paradoxal, ce qui lui confère donc un caractère souvent des plus spectaculaires.

Il importe ici de saisir la nature acquisitive du mimétisme, l'homme ayant besoin de sentir la menace d'un autre et de l'imiter pour s'approprier ce qu'il veut. Un exemple simple peut nous y aider : considérons 10 enfants et 12 jouets. Malgré l'abondance de ces derniers, une éducatrice en garderie sait que la dispute éclatera malgré tout à un moment ou à un autre. Le problème, et la solution, puisque c'est ainsi que nous apprenons, vient du fait que ce que l'un désire, c'est ce que l'autre désire. Pour obtenir ce qu'il a, on adopte un comportement similaire parce qu'il semble qu'il ait donné des résultats. Apprendre, c'est imiter, imiter, c'est apprendre.

Or, ne se fait pas imiter qui veut. Les personnes qui se font imiter sont celles à qui on accorde une valeur parce qu'elles ont réussi quelque chose de relativement important : l'obtention d'un poste d'influence, un acte de bravoure, l'accumulation de biens, etc. Cette valeur, c'est le prestige. Il s'agit d'une marchandise qui n'est pas répartie de manière égalitaire entre les humains, sauf en théorie, sauf en théologie. Ainsi, le prestige acquis par l'un, selon la théorie de la réclusion, n'est plus disponible pour l'autre. C'est pourquoi notre modèle est en fait une économie du prestige qui cherche à retracer les transactions, les transferts et les flux d'influence. C'est ce modèle qui permet d'expliquer que le prestige institutionnel, la valeur accumulée de l'institution psychiatrique par exemple, provient de celui qu'on a retiré au reclus. Si « rien ne se perd ni ne se crée », il faut voir le monde comme étant chargé d'une certaine quantité d'êtres. Paradoxalement, l'être est un avoir qui s'échange et dont l'unité de valeur est le prestige. Celui qui en a beaucoup en laisse moins pour les autres. Les tentatives délibérées de fabrication de toute pièce d'idoles soudaines en vue d'en tirer un profit mercantile (*star system*) se font donc au détriment de l'entraide et de la cohésion sociale. Le prestige accordé massivement à un individu, s'il ne repose pas sur le respect longuement et patiemment sollicité pour la reconnaissance de son talent, est un prestige qu'on a enlevé à un autre individu : un voisin, un collègue, un étranger s'étant déjà démarqué de la majorité des bien pensants et probablement reconnaissable à un signe distinctif.

Pour rééquilibrer le marcher de l'être, la réclusion est le mouvement par lequel la persécution sociofamiliale du reclus (exclusion) est compensée par la politique gouvernementale de réintégration (inclusion). Nous dirons de ce mouvement qu'il est sacrificiel parce qu'il permet à la collectivité de se donner bonne conscience, de s'autopurifier et de reconduire les codes culturels de différenciation. Ceux-ci sont les règles du jeu qui encadrent le commerce de l'être et du prestige en déterminant ce qui a de la valeur et ce qui n'en a pas. Ces règles doivent être réitérées périodiquement, un peu comme un arbitre doit rappeler quelques principes généraux aux pugilistes d'un match de boxe par exemple. Et nous verrons que celui à qui on nie une valeur d'être prestigieuse verra sa structure psychique affectée en conséquence : son intégration psychologique sera ébranlée, son estime et son orgueil personnels seront déséquilibrés. De sorte que, à proprement parler, il sera inimitable. Le caractère vicieux du cercle se trouve ici : on ne transige pas avec le reclus parce qu'il n'a pas de prestige à échanger ; il n'a pas de prestige à échanger parce qu'il est considéré sans valeur. On se garde de l'imiter parce qu'il est un exemple d'échec et comme il ne peut ainsi lui aussi concourir, l'occasion ne lui sera jamais offerte d'accumuler une certaine valeur pour ensuite apprendre à la transiger à son avantage. Sa réhabilitation passe alors par une quête d'être, et c'est pourquoi il évoque si souvent des préoccupations d'ordre spirituel (Charron, 1998), ne pouvant assouvir sa quête parmi les hommes, il se tourne vers l'au-delà.

Si Érasme écrivait, il y a 500 ans, que la folie a mauvaise réputation même chez les fous, c'est parce qu'elle n'a pas de valeur négociable sur le marché de l'orgueil. Il faut beaucoup de temps, plusieurs années souvent, pour que quelqu'un accepte moralement d'être associé toute sa vie au milieu de la psychiatrie. À l'égard de la maladie mentale, la société entretient des attitudes discriminatoires reposant sur une appréhension superstitieuse. Or, le malade mental est socialisé aux mêmes normes et valeurs que le reste de la société. Il est lui aussi le produit d'un substrat sociofamilial qui génère et entretient des préjugés tenaces. De sorte que même, et surtout, chez ceux qui en souffrent, la folie (la réclusion) a mauvaise réputation. Pour un « nouveau » schizophrène de 22 ans par exemple, s'y résigner et l'être tous les jours implique qu'il sache ce que la solitude veut dire, la chasteté, la pauvreté et l'obéissance. Pour nous, le reclus est un moine qui s'ignore, cloîtré dans un monastère sans mur. Son salut passe par la renonciation aux biens objectifs.

Notre approche est donc existentialiste. Nous ne croyons pas que la maladie mentale soit une essence saisissable en dehors d'une relation. Par rapport à la théorie médicale, il s'agit d'une remise en question radicale. Avec Susko et d'autres, nous verrons que le contenu des entretiens thérapeutiques est souvent à connotation spirituelle et que le modèle médical n'arrive pas à y répondre. L'essentialisme du DSM et de ses dérivés font du

contenu religieux des témoignages le symptôme d'une maladie. La thèse de la réclusion définit plutôt la maladie mentale en tant que déséquilibre de l'orgueil, et non en termes de maladie.

Nous ne sommes pas surpris de voir Érasme juxtaposer le thème de la folie à celui de l'humour. Érasme traite également de la Bible et de grands mystiques, comme saint Benoît qui buvait de l'huile. Il était tellement absorbé par sa méditation qu'il croyait boire du vin. L'érudit de Rotterdam y mentionne que la seule présence de la folie, du ridicule, suffit à intriguer et à amuser. Pour rendre hommage à la complexité et à l'utilité de la folie, il convient en effet de ne pas le faire de manière déductive. L'allusion d'Érasme au sophisme nous apparaît comme une référence sarcastique à la déduction sérieuse. À l'instar d'Érasme, notre démarche se veut effectivement davantage inductive que déductive parce que nous voulons découvrir quelque chose. Ce quelque chose est nouveau parce qu'il n'a jamais été recherché. Comme nous le verrons en conclusion, la façon de la présenter fera même place à la fiction. En définitive, le salut est dans la fiction, comme le suggère Foucault lorsqu'il s'intéresse à l'art. Nous y reviendrons.

« En effet, est-il rien de plus naturel que de voir la Folie exalter son propre mérite et chanter elle-même ses louanges ? » nous demande Érasme au quatrième paragraphe de l'*Éloge de la folie*. Or, s'exprimant au nom de la folie, Érasme ne constate-t-il pas la difficulté ou même l'impossibilité pour celle-ci de le faire elle-même ? Loin d'être résolue, la question de la représentativité demeure entière comme le démontre la psychotopsie que nous appliquerons à la politique de santé mentale.

La « folie », au sens contemporain du terme, peut-elle parler en son propre nom ? La parole du « malade mental », exprimée sous la forme du récit de ses délires, peut-elle avoir statut de discours ? Est-il possible « de rendre la parole à la folie, d'écrire son histoire dans son propre langage ? » Ce projet de Michel Foucault « de rendre la parole à la folie, d'écrire son histoire dans son propre langage », Derrida (1967), dans son *Cogito et Histoire de la folie, L'écriture de la différence*, le « croit impossible » (Olivier, 1995, p. 72). Notre thèse s'évertue à rendre possible ce projet, sinon à le réaliser. Nous verrons, en conclusion, que la réalisation d'un projet qui passe par les technologies de l'information et des communications (TIC) peut mettre à contribution l'originalité de la pensée psychotique, laquelle, ainsi mise à profit, peut devenir une rareté recherchée. En effet, selon Hervé Fischer (Fischer, 2003), les technologies numériques sont au livre ce que celui-ci a été à la cathédrale de Victor Hugo ; elles révolutionnent en sonnant le glas du rationalisme humaniste et de l'autoritarisme didactique.

Inspirée de René Girard, la réclusion explique pourquoi le « malade », dans le cadre de l'intervention thérapeutique, n'est jamais un modèle-rival. Aux yeux de l'intervenant, il est un « cas » qu'il n'est pas souhaitable d'imiter, et avec qui, incidemment, il ne peut avoir de rapports amoureux sans s'exposer à une radiation professionnelle. Notre entreprise se présente donc comme un projet de réhabilitation. Il s'agit de mettre en valeur la parole du sujet de notre discussion, soit le malade mental, le reclus.

Notre regard prétend jeter un éclairage nouveau sur une problématique à la fois d'actualité et des plus anciennes. L'ancien modèle ne pouvait résoudre certains problèmes pour des raisons idéologiques qui marginalisent, en l'infantilisant, la parole du reclus. Avec la théorie générale des transferts d'être que nous empruntons à René Girard, l'infériorité du témoignage de la folie, par rapport à la valeur accordée au savoir déductif, découle de la configuration contemporaine des rapports d'orgueil et de prestige. Or, cette configuration est héritière du cloisonnement scolastique des diverses sciences ainsi que des conceptions populaires véhiculées par les contes, légendes et autres écrits.

À un autre niveau, nous allons analyser le contexte dans lequel on a tenté d'implanter la Politique de santé mentale de 1989. Le problème du non-partage des pouvoirs en matière de gestion des Plans de service individualisé (PSI) ou de Plan régional d'organisation des services (PROS) sera alors soulevé. L'hégémonie du modèle médical prévaut toujours alors qu'on avait convenu qu'il fallait y mettre un terme. Que s'est-il passé? La théorie médicale de la maladie mentale fait de la parole malade du patient le symptôme délirant ou onirique d'une pathologie. Il faut la contrôler sinon la guérir médicalement, ce qui lui interdit toute valeur de discours. À ce niveau, rien n'a changé.

Le mécanisme en est un de substitution terminologique qui a fait que nous sommes passés de la folie à la maladie mentale, puis à la santé mentale, puis à l'approche bio-psycho-sociale. Il n'est pas possible de repenser la folie radicalement sans mettre à jour, afin qu'il n'opère plus, le procédé rituel de différenciation-indifférenciation-redifférenciation. Pour redonner à la subjectivité du récit du patient la valeur d'une connaissance, il faut l'éclairer à la lumière de la théorie générale des transferts d'être. Concrètement, cette théorie fait de la satisfaction de l'orgueil et du désir la source des conflits et du prestige dans un monde désacralisé (judiciarisé). Dans ce cadre, la folie est un déséquilibre de l'orgueil: parfois exalté (manie), parfois rabroué (dépression). À l'impression de n'avoir aucune valeur d'être, succédera plus ou moins rapidement et pour une période plus ou moins longue un sentiment d'hyperlucidité donnant accès à une subjectivité vécue comme

universelle. Le problème vient du fait que ces sentiments se vivent l'un après l'autre plutôt que simultanément, auquel cas ils se seraient rééquilibrés automatiquement.

En vertu de la dialectique hégélienne de la recherche d'être (reconnaissance) et de la configuration contemporaine des rapports d'orgueil et de prestige, comme nous le disions, le discours du reclus n'a pas de valeur positive. Ce que le reclus dit de sa maladie, ou de sa relation à l'autorité, est révélateur d'une désorganisation à juguler plutôt qu'à encourager. S'il ne tient pas à recevoir des soins médicaux ou s'il dit que ceux-ci nuisent plus qu'ils n'aident, c'est parce que sa maladie l'empêche de comprendre. Ainsi, lorsque le sujet se sent particulièrement victime d'adversité, il compense le non-sens (négativité) par la recherche de positivité et atteint ce sentiment d'hyperlucidité caractéristique à l'hallucination psychotique. Malheureusement, à l'euphorie initiale que procure ce sentiment grisant succédera trop souvent une morbidité tragique.

1.4. LE SUICIDE DU BOUC ÉMISSAIRE

L'exclusion idéale s'offre d'elle-même par l'aveu d'abord, puis par le suicide. Dans son récit à propos de certaines coutumes, René Girard mentionne qu'on demande parfois à la victime d'expliquer à ses concitoyens tout le mal qu'il convient de penser d'elle. L'unanimité facilitera « l'adhésion de tous à l'orthodoxie en cours d'élaboration. La force de cette adhésion, dans les sociétés primitives, permet de boucler la boucle et fait du bouc émissaire le principe de l'unité sociale, un dieu simultanément nocif et bénéfique » (Girard, 1985, p. 167).

Ainsi, la victime, qui se sacrifie en se suicidant, permet à la société de garder bonne conscience et de se protéger de la contagion appréhendée de la violence, si celle-ci n'est pas institutionnalisée, c'est-à-dire ritualisée. Le suicide est le mécanisme parfait d'autopurification collective parce qu'il permet à la collectivité de ne pas être polluée par le contact de la violence.

Le lien entre désinstitutionnalisation et suicide se tisse ainsi ; il touche ceux qui ont peu de prise sur leur environnement, qui sont isolés socialement. « La manifestation la plus grave des problèmes de santé mentale est sans doute le suicide » (Lamontagne, 1985). Lamontagne stipule également que c'est le danger de suicide qui s'accroît, notamment en raison de l'omniprésence des médicaments, gratuits ou presque pour les bénéficiaires de la Sécurité du revenu que sont nombre de personnes éprouvant des problèmes de santé mentale considérées inaptes au travail.

Le haut taux de suicide des malades mentaux illustre qu'ils ne trouvent ni les ressources, ni la réceptivité nécessaires à leur autonomie, à leur véritable indépendance face à l'institution. En effet, « le taux de suicide dans les établissements psychiatriques de la province était de 2,4 fois supérieur au taux relevé pour l'ensemble de la population (36 contre 15 par 100 000 habitants) » (Charron, 1983, cité par Lamontagne, *op. cit.*). Mais s'agit-il d'un suicide ?

Alain Lesage s'est penché sur « les études d'autopsie psychologiques et les suivis des patients ayant reçu des soins psychiatriques. [...] Ces études ont observé des taux globaux très élevés de désordres psychiques associés au suicide (plus de 90 %) » (Lesage, 1994, cité par Lamontagne, *op. cit.*). Si plus de 90 % des suicides sont liés à un diagnostic de maladie mentale, n'y a-t-il pas lieu de croire qu'il s'agisse d'une même réalité ? Par déduction, il reste 10 % des suicides qui n'impliquent pas des personnes ayant préalablement été suivies en psychiatrie. Évidemment, lorsque le suicide est achevé, on ne peut procéder à un examen psychiatrique approfondi. Est-ce que ces suicides ne sont pas autant d'aboutissements de crises de psychose, de dépressions ou de schizophrénies non encore diagnostiquées ? Les 10 % restant n'auraient pas encore été associés à la maladie mentale parce que cette pathologie n'est pas observable une fois le décès survenu. Le principal témoin, qui aurait pu raconter l'évolution de sa dépression par exemple, n'est alors plus de ce monde. La « monomanie suicidaire » ne peut en effet éclater qu'une seule fois, dès lors que le suicide est complété, contrairement à la « monomanie homicide » qui peut impliquer plus d'une victime et se répartir dans le temps. Nous y reviendrons.

Si le suicide est le terme du vécu psychiatrique, lequel en est un d'exclusion sacrificielle, il s'agit alors d'un meurtre rituel. Durkheim a déjà traité du suicide à connotation sacrificielle. La victime passe à l'acte en se disant que son départ sera un soulagement pour quelque proche. Et ces victimes, en phase psychotique, se laissent prendre au jeu d'entendre des voix ou de voir des signes symboliques qui les y encouragent. Elles savent d'ailleurs qu'économiquement elles sont un fardeau pour la société (Beauregard, 1997). En outre, « Si l'on fait abstraction des diagnostics associés à la grossesse et à l'accouchement, les troubles mentaux se trouvent à l'origine du plus grand nombre de journées d'hospitalisation » (Conseil des affaires sociales et de la famille, 1984, *op. cit.*, p. 168). Or, la dépendance financière accentue les problèmes concernant l'intégration sociale et le développement de l'identité qui « sont aggravés par le manque de tolérance du milieu » (*idem*, p. 169). Ainsi, Martin Fortier dit se faire reprocher son statut d'assisté social.

D'une certaine façon, le suicide du malade mental est encouragé, faute d'être efficacement découragé. En laissant courir la sinistre idéologie qui fait de l'être une quantité, calculable en termes de biens, on laisse se créer un tourbillon psychotique aboutissant au suicide. Techniquement, en tant que subjectivisme radical, pour reprendre l'expression d'Henri Ey, la psychose, comme le mysticisme, est une soif d'être qui cherche sa source.

Nombreux sont ceux qui jugent nécessaires de combattre les propagandes haineuses. Ils considèrent que le fait de les prendre à la légère risque de favoriser leur développement subversif et de banaliser la violence qu'elles encouragent. De même, la lutte au productivisme devrait être renforcée si l'on veut vraiment prévenir le suicide. Être nonchalant sur ce plan, c'est être complice. Le libéralisme est moralement très dur pour ceux qui ne réussissent pas matériellement, tout comme les fascistes ne se gênaient pas pour éliminer ceux qu'ils qualifiaient précisément d'improductifs. Ce sont des malades mentaux qui, les premiers, passèrent à la chambre à gaz.

Le suicide du reclus fait penser à celui du légendaire Tikarau qui a inspiré le mode favori d'exécution capitale pour de nombreuses sociétés dépourvues de système judiciaire. Le procédé consiste à pousser sans lui toucher le condamné vers une falaise. La seule issue se trouve du côté du vide. « Neuf fois sur dix, la panique doit forcer le malheureux à se jeter dans ce vide. [...] L'avantage, sur le plan religieux, c'est que la communauté entière participe à l'exécution et personne ne s'expose à un contact « polluant » avec la victime » (Girard, 1978, p. 149). Girard mentionne également que cette victime sacrificielle est souvent choisie en raison d'un signe distinctif : le mauvais œil.

Du meurtre sacrificiel, personne n'est individuellement coupable. Le système est ainsi fait qu'il protège ses agents en les prémunissant contre d'éventuelles accusations. Ainsi, lorsqu'une personne interprétative (paranoïaque) dit de son intervenant qu'il veut la contrôler, elle fait preuve de trouble de la pensée. Elle n'est donc pas guérie. Elle est dans l'erreur, puisqu'en fait c'est tout le système qui vise à lui imposer son autorité et ce système s'est assuré qu'on ne puisse cibler un individu en particulier. La personne qui le fait malgré tout ne fait qu'étaler, aux yeux du système, sa pathologie interprétative. Elle tombe dans le piège que personne n'admet avoir tendu. Tous pour un, car ce n'est pas l'un, c'est tous. Martin Fortier n'a probablement jamais entendu quelqu'un, de chair et d'os, lui dire qu'il n'était qu'un maudit b.s. (prestataire du Bien-être social). En fait, c'est tout le système qui le lui crie chaque jour, il ne fait que l'entendre par télépathie, en quelque sorte.

Une continuité nous apparaît qui transcende les apparentes révolutions, fussent-elles tranquilles. Tandis que notre esprit analytique s’imagine distinct de l’esprit religieux, Girard nous fait voir qu’il n’en est rien. Décortiquant le mécanisme du bouc émissaire, il démontre qu’il est présent partout parce qu’il est nécessaire à la vie en communauté. Le rite sacrificiel, qui prenait jadis des formes que nous répudions aujourd’hui, mais qui se perpétue grâce aux substitutions successives, a été institutionnalisé, afin de protéger les membres d’une collectivité de leur propre violence. Il est alors aussi absurde de se prétendre athée que de dire au psychanalyste qu’on a jamais refoulé aucune pulsion et qu’on a toujours réalisé chacun de nos phantasmes.

Girard suggère qu’un meurtre soit à l’origine mythique de tous les rituels sacrificiels. De même, Ricoeur traite-t-il du meurtre que Moïse a perpétré sur un Égyptien. Ce meurtre, cette violence devient fondatrice d’une communauté dès lors que tous ses membres s’entendent pour la juguler, pour l’expédier de l’intérieur vers l’extérieur. La violence intérieure risque en effet de détruire toute la communauté, si elle n’est pas balisée. La réaction en chaîne de la vengeance doit être arrêtée avant qu’il ne soit trop tard. C’est pourquoi la victime sacrificielle n’est jamais tout à fait intégrée à la communauté; elle n’en devient jamais membre à part entière, comme le démontre l’analyse anthropologique de divers rites pratiqués chez certains peuples « primitifs ». Toutefois, cette victime doit, en même temps, être suffisamment associée à la communauté, comme le bouc domestiqué, pour que son expulsion soit aussi celle de la violence intestine, afin qu’un lien ontologique et cathartique puisse s’établir. « La société cherche à détourner vers une victime relativement indifférente, une victime « sacrificiable », une violence qui risque de frapper ses propres membres, ceux qu’elle entend à tout prix protéger » (Girard, 1972, p. 17).

La violence ritualisée est ce qui unit et ce qui désunit. Lorsque le mécanisme est reconnu, il n’opère plus. Pour qu’elle soit cohérente, la violence doit être ritualisée, institutionnalisée. C’est à la seule condition de faire l’objet unanime d’une expulsion rituelle vers l’extérieur que le potentiel destructeur de la violence peut être contrôlé. Telle est la fonction du bouc émissaire, qui est choisi pour symboliser l’union de la communauté autour du même-et-différent à expulser, à exclure. La réclusion dans le vide de l’exclusion apparaît alors comme la phase préparatoire à l’auto mise à mort sacrificielle.

Dans le passage d’une société religieuse, dite primitive, à une société sécularisée ou laïcisée, il faut n’y voir que l’amélioration de l’efficacité du mécanisme décrit ci-haut. Loin d’avoir été démembré, il s’est raffiné en se « judiciairisant ». René Girard regroupe en trois catégories les moyens de se

protéger de la violence et de la vengeance interminable. Il y a les moyens préventifs que sont les déviations sacrificielles, les aménagements comme les duels judiciaires, dont l'efficacité est précaire, et il y a le système judiciaire « dont l'efficacité curative est sans égale » (Girard, 1972, *op. cit.*, p. 38). Toujours selon Girard, le système judiciaire et le sacrifice ont la même fonction, mais le système judiciaire est plus efficace (*idem*, p. 41). Plutôt que chercher une particularité qui distinguerait notre époque « postmoderne » des autres « prémodernes », il s'agit de voir comment cette réclusion s'est transformée au fil du temps. Aujourd'hui, elle prend une forme acceptable à nos yeux, parvenant à camoufler l'arbitraire du choix de la victime émissaire.

Comme le dit aussi Foucault dans le tome I de son *Histoire de la sexualité*, le pouvoir, pour être tolérable, doit demeurer au moins partiellement caché. D'ailleurs, ce qui est craint superstitieusement, c'est que, si le mystère n'était entretenu, la communauté implorerait dans la violence indifférenciée, faute de rituel cathartique. En effet, seule une transcendance quelconque, nous dit Girard, peut tromper durablement la violence en distinguant symboliquement la vengeance et le sacrifice. C'est pourquoi « l'intelligence du système, sa démystification, coïncide forcément avec sa désagrégation » (Girard, 1972, *op. cit.*, p. 43) et c'est pourquoi le mystère est maintenu.

Pour survivre, il importe de différencier la violence grâce à un ensemble de règles qui forment la culture fondatrice. Le rite vise donc la reconduction des règles de différenciation après que celles-ci eurent traversé une crise de confiance, crise justement liée à l'effacement des différences. Le tout est intériorisé dans la culture, alors qu'une véritable opération de transfert collectif s'effectue aux dépens de la victime. Celle-ci doit encaisser « toutes les velléités réciproques d'agression au sein de la communauté. [...] C'est la communauté entière que le sacrifice protège de sa propre violence, c'est la communauté entière qu'il détourne vers des victimes qui lui sont extérieures » (Girard, 1972, *op. cit.*, p. 22). C'est ce système qui sous-tend les rituels de substitutions symboliques à la violence. On le retrouve autant dans les mythes antiques que dans les productions culturelles, comme le théâtre. De même, au quotidien, il conditionne notre mode d'organisation sociopolitique.

UN ABRÉGÉ DE PSYCHOTOPSIE

Nous allons maintenant convenir d'une méthode d'interprétation, ou de réinterprétation, ayant constaté qu'à l'origine le problème de la discrimination à l'égard du reclus en était justement un d'interprétation. En effet, pour établir un diagnostic de maladie mentale, il faut interpréter une conduite (*acting out*) comme symptomatique d'une pathologie. Il n'existe pas de test, sanguin ou autre, qui permette l'établissement d'un tel diagnostic sans recourir à l'interprétation des gestes ou des pensées d'un individu.

Notre méthode est héritière de l'herméneutique, qui nous fournira une technique exégétique d'analyse, laquelle sera adaptée pour devenir la psychotopsie. Celle-ci, comme son nom le suggère, porte sur une certaine morbidité, soit celle associée au suicide des malades mentaux. Comme nous l'avons vu, ce suicide est à vocation sacrificielle. L'analyse ne porte pas spécifiquement sur le suicide, mais sur le processus qui lui est sous-jacent et qui concerne la recherche de valeur d'être. De celle-ci, nous retrouvons de nombreuses références dans des documents produits par les personnes concernées, lorsqu'elles s'expriment sur leur vécu.

Nous pourrions interpréter ces documents, soit en faire la psychotopsie, d'une manière exégétique, dirons-nous. Comme nous le verrons avec Paul Ricoeur, l'exégèse consiste à interpréter une communication par rapport à un arrière-plan qui concerne la quête d'être et de reconnaissance. Cette dynamique entre avant-et arrière-plan est dite symbolique. Pour comprendre le vécu psychiatrique, celui de la réclusion exprimé par les personnes qui en souffrent, nous devons l'apprécier symboliquement, soit par rapport à un arrière-plan. Cette parole concerne souvent la spiritualité (Lemieux, 1988). Parce qu'on ne lui accorde que le statut de symptôme, elle cherche sa valeur.

N'étant pas un discours, elle n'a pas de valeur aux yeux de l'ordre des discours et cette absence de reconnaissance se traduit chez les personnes par l'ébranlement de l'estime personnelle et un déséquilibre de la balance orgueil / humilité.

2.1. PAUL RICOEUR

Pour nous familiariser avec une technique de réinterprétation exégétique du vécu symbolique, nous nous en remettons à Paul Ricoeur. Nous nous servons de son ouvrage de 1969 : *Le conflit des interprétations : essais d'herméneutique*.

Ce que nous nous proposons de faire avec notre documentation, c'est d'en tirer une exégèse, c'est-à-dire de l'interroger « dans le cadre d'une discipline qui se propose de comprendre un texte, de le comprendre à partir de son intention, sur le fondement de ce qu'il veut dire » (Ricoeur, 1969, p. 7). Généralement, on pense que pour être un bon exégète, il faut connaître une ou plusieurs langues dites mortes : le latin, le grec ancien, le chaldéen, etc. ; en effet, dans ce genre d'entreprise on n'échappe pas aux aléas de la traduction. Pour notre part, lorsque nous nous penchons sur certaines épîtres pauliniennes pour y dégager le lien qu'il peut y avoir entre l'orgueil et la maladie mentale, nous devons nous fier à des traductions. Ce que nous avons trouvé dans l'une ne se retrouve pas nécessairement dans l'autre. Il s'ensuit, admettons-le d'emblée, que le choix de retenir tel ou tel passage de telle ou telle traduction s'est fait pour ainsi dire à notre avantage.

Admettons aussi que notre rigueur n'est pas formelle, mais transcendante. C'est que, pour comprendre l'ordre symbolique, il faut « délibérément sortir du cercle enchanté de la problématique du sujet et de l'objet, et s'interroger sur l'être » (Ricoeur, *op. cit.*, p. 11). De sorte que, en ce qui nous concerne, le problème est « de creuser sous la connaissance scientifique, prise dans toute sa généralité, pour atteindre une liaison de l'être historique à l'ensemble de l'être qui soit plus originaire que le rapport sujet-objet de la théorie de la connaissance » (*idem*, p. 12).

Les textes, les documents, les monuments, sont les expressions de la vie fixée, et il faut en faire l'exégèse. L'exégèse s'intéresse au sens qui s'y cache. C'est bien du sens que nous cherchons (Rodgers, 1986). Notre démarche consistait d'abord à dire pourquoi la maladie mentale n'a pas de *sens* selon la théorie médicale. Ensuite, on cherche à redonner sens au discours de la réclusion, à voir si, pourquoi et comment on devrait la considérer comme transcendante.

Ricoeur rappelle que l'interprétation « s'attache aux documents fixés par l'écriture » (Ricoeur, *op. cit.*, p. 9), mais quant à nous, nous spécifions que cette écriture devait avoir été réalisée afin qu'un tiers puisse en être

saisi. Et ce qui est en jeu, lorsqu'on parle de l'écriture, c'est le discours dans son ensemble, exprimé par l'écrit, la sculpture, la peinture, etc. Les prophètes qui rédigeaient les livres canoniques n'étaient pas ceux qui tenaient le crayon. Leur message était généralement livré en vrac. Il relevait davantage de l'admonestation, de l'harangue sur la place publique ou dans le désert, que de la littérature. En fait, et nous y reviendrons, les prophètes se comportaient d'une manière qui, de nos jours, les conduirait probablement à l'internement psychiatrique.

De plus, à la lumière du célèbre *double bind* de Bateson, nous avons convenu que la maladie mentale n'existe pas en soi, mais pour soi. Il s'agit d'une relation, et c'est pourquoi nous avons déterminé que notre thèse de la réclusion était une thèse existentialiste. Faire usage du *double bind*, c'est affirmer quelque chose et son contraire, d'où le paradoxe. La communication paradoxale est chargée, résumerons-nous, d'un double sens. Or, « l'élément commun, celui qui se retrouve partout, de l'exégèse à la psychanalyse, c'est une certaine architecture du sens, qu'on peut appeler double-sens ou multi-sens, dont le rôle est [...] de montrer en cachant » (*idem*, p. 16).

Ricoeur propose d'appeler symbolique ces expressions équivoques ou plutôt multivoques. Il « appelle symbole toute structure de signification où un sens direct, primaire, littéral, désigne par surcroît un autre sens indirect, secondaire, figuré, qui ne peut être appréhendé qu'à travers le premier » (*idem*, p. 15). Quant à l'interprétation, elle consiste à déchiffrer le sens caché dans le sens apparent, à déployer les niveaux de signification impliqués dans la signification littérale. Il y a interprétation là où il y a sens multiple.

Avec Ricoeur et Foucault, nous nous démarquons de la tradition philosophique occidentale qui, de Descartes à Kant en passant par plusieurs autres, tenait pour donnée l'existence individuelle. Depuis Marx et Freud, qui dressent chacun à leur façon une économie, l'une matérielle et l'autre pulsionnelle, on vit collectivement dans le doute par rapport à cette conscience qui semblait si solide. Par rapport à ses prédécesseurs dialecticiens, Ricoeur se situe. « La justification de l'herméneutique, écrit-il, ne peut être radicale que si l'on cherche dans la nature même de la pensée réflexive le principe d'une logique du double sens » (*idem*, p. 22). C'est à ce niveau que l'édifice herméneutique se rattache, pour la dépasser, à la philosophie en général. Cette logique du double sens n'est plus une logique formelle, mais une logique transcendantale qui s'établit au niveau « des conditions d'appropriation de notre désir d'être ; c'est dans ce sens que la logique du double-sens, propre à l'herméneutique, peut être appelée transcendantale » (*idem*).

Ici, la temporalité, soit la relation des œuvres au temps, est différente de celle des productions à vocation utilitaire. Si l'axe espace oppose la sédentarité et le nomadisme, l'axe du temps se divise entre deux systèmes également

hétérogènes. Ainsi, Ricoeur emploie les expressions de synchronie et de diachronie, propres à l'anthropologie structuraliste, pour expliquer que « les deux manières de faire apparaître le temps ne sont pas au même niveau » (*idem*, p. 58). Il s'agit pour lui de « deux intelligences » qu'il faut bien nommer pour en parler, mais dont l'évocation verbale n'aide pas tellement à saisir ce dont il s'agit.

Si avec les concepts en application dans le monde de la synchronie, le nôtre, on ne peut comprendre celui de la diachronie, c'est parce que cette dernière, contrairement à sa rivale, est sans archives, sans généalogie, sans point de repère dans le temps, sans passé, ni présent ni avenir. Après l'intégration psychologique individuelle, la mort de l'homme consiste en une désintégration dont on ne revient pas toujours. Par exemple, les récits de vie après la mort – *near death experience* – mentionnent chaque fois une sortie du corps, un survol conscient au-dessus d'un lit d'hôpital, par exemple. La conscience est alors détachée du cerveau, son support organique. Ainsi, la réincarnation serait un retour perpétuel à l'intégration psychologique, cette façon d'être qui nous est si chère parce que si familière. Remarquons que chez ceux qui souhaitent s'en détacher, comme chez les moines bouddhistes, on cherche le nirvana en développant des techniques de méditation transcendantale. Y parvenir, c'est ne plus rien désirer, c'est ne plus avoir d'orgueil et vivre éternellement le moment diachronique.

La désintégration psychologique qui fait que la conscience n'est plus centrée sur l'individu, c'est l'oubli de soi en tant qu'individu. Cet oubli peut générer des conséquences morbides. On aborde ici les questions de mortalité, de taux de mortalité, de suicide. C'est aussi le monde de l'impureté qu'on se doit d'éviter. On pense ici au Lévitique, le troisième livre de la Bible, dont une lecture rigoureuse interdit encore aujourd'hui au médecin juif pratiquant de faire des autopsies pour ne pas être contaminé par l'impureté de la mort.

La désintégration psychologique, qui conduit parfois au renoncement à soi et à l'extase mystique-psychotique, est une espèce d'ébriété. Celle-ci, comme celle de l'alcool, est bel et bien grisante. En effet, l'alcool a cette propriété d'affecter d'abord les parties cérébrales les plus récentes, anthropologiquement parlant. Plus le taux d'alcool augmente, moins on se retient d'enfreindre certains codes. Si l'on peut dire que l'alcool rend l'homme semblable à l'animal, c'est en effet parce que le dernier stade avant la mort par éthylisme est celui où il ne reste plus à l'homme ivre que le tronc rachidien qui fonctionne. Seule la survie métabolique a de l'importance à ce moment, et tout ce qui fait le propre de la civilisation s'est désagrégé au rythme de l'enivrement. Le raffinement régresse à mesure que le naturel et l'instinctuel reprennent du service. Nous assistons alors à une négligence

des soins corporels qui explique peut-être, en psychiatrie, certaines réticences. L'impureté est celle de la transgression, et c'est pourquoi les bacchanales qui célèbrent Bacchus (Dionysos), le dieu du théâtre mais aussi celui du vin, se caractérisent par des orgies où il n'y a plus de différences, entre les classes sociales par exemple.

De sorte que, revenant à Ricoeur, il nous faut succinctement convenir de « réserver les expressions de diachronie et de synchronie au schème explicatif dans lequel la synchronie fait système et où la diachronie fait problème » (Ricoeur, *op. cit.*, p. 58). Ce problème, c'est celui de l'effacement des différences sensorielles, spatio-temporelles et sociales. Il y a des conséquences au renoncement à l'intégration psychologique, la synchronie voulant rester dominante et voyant son règne menacé par la diachronie, effrayante parce qu'inconnue, inconnue parce que sans archives.

L'interprétation que Ricoeur donne de la symbolique du mal nous servira de modèle. Pour Ricoeur, réfléchir sur la signification théologique cristallisée dans un concept comme celui de péché originel est un problème de méthode. « L'intention de cet essai est d'esquisser une théorie générale du symbole à l'occasion d'un symbole précis ou plutôt d'un complexe déterminé de symboles : la symbolique du mal » (*idem*, p. 283). Cette réflexion, dont nous retraçons les principales étapes, est l'occasion pour nous de consolider la nôtre. D'autre part, le prétexte étant celui de l'analyse du concept de péché originel, l'occasion nous est également offerte d'approfondir des notions comme celles de la culpabilité, de la confession et de l'aveu. D'autre part, comme nous le verrons plus loin, psychiatrie et justice sont rattachées, au niveau de la notion de dangerosité. Maintenant, examinons comment la justice s'articule à la religion, reproduisant le type de décomposition que fait subir Ricoeur au péché originel.

Qu'est-ce que le mal ? Lorsqu'il se pose en savoir, le concept de péché originel prétend renvoyer à une réalité quasi physique qui investit l'homme du dehors. Le mal est alors la contagion de l'ici-bas par la perte du contact avec cette impureté fondamentale. Ainsi naît une mythologie dogmatique à laquelle se sont opposés les Pères grecs et latins, dont saint Augustin. Ce dernier élabore une vision éthique du mal où l'homme est intégralement responsable, se faisant existentialiste longtemps avant la lettre.

Ce qu'il y a d'originel dans le péché, ce n'est pas l'antériorité du mal qui s'infiltré dans le monde à travers Adam, mais l'état de péché dans lequel nous nous trouvons par notre naissance. En quoi tout homme se rattache-t-il à Adam ? Par stricte filiation généalogique ? Probablement pas, selon saint Augustin qui proposait une interprétation non fondamentaliste de la Genèse. Pour lui, si l'homme a péché « en Adam », comme l'écrit saint Paul dans l'épître aux Romains, cela « ne peut signifier qu'un rapport d'imitation ; en

Adam veut dire comme Adam » (*idem*, p. 274). Or, nous avons dit ailleurs que la difficulté d'être schizophrène vient également de la souffrance sociale de ne pas être imité. Il faut savoir imiter pour apprendre et survivre, et il faut être imité pour avoir le sentiment d'être porteur d'un certain prestige.

Nous pourrions nous interroger plus longuement sur l'antériorité du mal et la théologie de sa mondanisation pour véritablement comprendre la subtilité du point de vue d'Augustin dans sa controverse avec Pélagé. Cependant, pour ne pas trop nous éloigner, sautons plutôt au résumé, lequel nous intéresse parce qu'il y est question d'orgueil : « Tous les hommes [ont] une dette d'expiation envers la divine et souveraine justice. Cette dette, Dieu peut l'exiger ou la remettre sans commettre d'injustice. C'est acte d'orgueil des débiteurs que de décider à qui il faut exiger, à qui il faut remettre la dette » (saint Augustin, *Traité à Simplicien*, 397, cité par Ricoeur, *idem*, p. 275). Et si nous sommes pécheurs en naissant comme Adam, c'est pour l'avoir imité dans son péché d'orgueil d'avoir transgressé l'interdit. Le malheur vient de l'imitation, comme le savent les gens qui occupent le siège peu disputé du reclus. Imiter trop librement Adam peut être lourd de conséquences.

Derrière une façade apparemment dogmatique de la conception augustinienne du péché dit originel, Ricoeur entrevoit l'occasion de passer par l'échec du savoir pour retrouver l'intention de départ. Ainsi, on dit que le péché est un symbole : « le péché est ma situation vraie devant Dieu; le « devant Dieu » et non ma conscience est la mesure du péché; c'est pourquoi il faut un Autre, un prophète, pour le dénoncer » (*idem*, p. 278). Un reclus, préciserions-nous.

L'important n'est pas d'exclure le mythe de l'histoire, mais de dégager la vérité qui n'est pas historique. Cette vérité qui n'est pas historique, elle est symbolique. La fonction du mythe consiste à universaliser le destin d'Israël, projeté sur l'humanité dans son ensemble. « Ce n'est donc pas le mythe comme tel qui est parole de Dieu [...] ; c'est son pouvoir révélant concernant la condition humaine dans son ensemble qui constitue son sens révélé » (*idem*, p. 279). Ce qui fait l'objet de la révélation divine, c'est donc le procédé lui-même d'expression symbolique. Pour nous, c'est dans cette expression que se trouve la solution en termes de réhabilitation psychosociale pour ceux qui sont attirés par la diachronie. Les nouvelles technologies liées à Internet permettent une expression plus spontanée parce que la programmation n'a pas à être approuvée par une tierce instance. Comme une page Web est toujours perfectible, la relation temporelle au produit est moins linéaire, plus libre par rapport à l'ordre synchronique. Nous reviendrons sur les vertus de la révolution numérique en matière de réadaptation psychosociale.

2.2. L'ORDRE SYMBOLIQUE

Pour comprendre la schizophrénie de l'intérieur, il faut comprendre le symbole et la fonction symbolique. Qu'est-ce qu'un symbole, à quoi sert-il, comment agit-il ? À l'opposé des signes techniques qui ne disent que ce qu'ils veulent dire, « les signes symboliques sont opaques parce que le sens premier, littéral, patent, vise lui-même un sens second qui n'est pas donné autrement qu'en lui » (*idem*, p. 286).

À travers le problème spécifique du mal et de l'aveu du mal, Ricoeur se demande quelle est la fonction de l'interprétation des symboles dans la réflexion philosophique. Il appelle ce problème, pris dans sa généralité, le problème herméneutique, « si nous entendons par herméneutique la science de l'interprétation » (*idem*, p. 311).

L'évolution de la symbolique du mal fait voir que le « devant Dieu » cède la place au « devant moi » qui donne naissance à l'inculpation raisonnable du juge et à la conscience scrupuleuse. De la souillure par contamination avec un extérieur, on passe à la culpabilité personnelle et intérieure. Ricoeur s'intéresse aux grands mythes, parce qu'ils racontent le drame de l'homme qui, originellement bon, est devenu ce qu'il est dans le présent. C'est pourquoi « le mythe ne peut exercer sa fonction symbolique que par le moyen spécifique du récit: ce qu'il veut dire est déjà drame » (*idem*, p. 289). Aussi, les grands mythes ont la particularité d'aborder en même temps le passé et l'avenir. Étant mythes du commencement autant que de la fin, ils permettent à l'un et l'autre de ces moments de se côtoyer, de sorte qu'ils sont des exemples de temporalité diachronique plutôt que d'une relation synchronique, linéaire au temps.

Il existe deux types fondamentaux de mythe : ceux qui rapportent l'origine du mal à une catastrophe, et ceux qui rapportent l'origine du mal à l'homme. Dans le premier groupe, « l'homme tombe en faute comme il tombe en existence, et le dieu qui le tente et l'égare représente l'indistinction primordiale du bien et du mal » (*idem*, p. 290). Cette indistinction sera en quelque sorte pasteurisée par un ensemble de règles rituelles et culturelles. Quant à lui, le mythe d'Adam raconte que c'est par un choix mauvais que commence la peine d'être homme. En en dégageant une cohérence, le discours que nous analysons ne s'avère plus être dépourvu de sens, il n'est plus insensé. Au contraire, il est saturé de sens parce qu'il s'y rapporte très exactement.

Le communisme espérait réussir sa révolution en rationalisant l'offre et la demande, en planifiant les besoins économiques, et ce, de période de 5 ans en période de 5 ans. Le *plan quinquennal* n'admettait pas que même dans l'abondance, il y aura toujours de la rareté pour que la mimésis d'appropriation s'exprime. On veut toujours ce qu'on a pas, que l'autre a

ou qu'on pense qu'il a. L'homme est un être de désir qui a besoin de ressentir la menace d'un autre contre lui, d'où la tendance à se fondre dans l'autre, à l'imiter pour s'approprier ce qu'il veut. Quant à elle, la psychanalyse est elle aussi une économie, non des moyens de production cette fois, mais des pulsions. Elle balance les renoncements et les satisfactions. Dans cette optique psychanalytique, la religion « diminue la charge névrotique de l'individu en le déchargeant de sa culpabilité individuelle par l'idée d'un sacrifice substitué » (*idem*, p. 316). Comme nous l'avons vu avec René Girard, le rituel sacrificiel est une mécanique de transfert, transfert qui permet l'expression de la violence selon un mode contrôlé, ritualisé.

« Saint Paul a dit l'essentiel : le péché, ce n'est pas la transgression, c'est le couple de la loi et de la convoitise, à partir de quoi il y a transgression » (*idem*, p. 342). Cette affirmation nous permet de considérer la transgression et le scandale comme étant relatifs au regard d'un tiers « parce que le lieu d'où procède le jugement n'est plus l'instance parentale, ni aucune instance dérivée de la figure du père ; c'est la figure du prophète » (*idem*, p. 345). Celui-ci, de la périphérie, a accès à l'intérieur, à la conscience « devant-Dieu ». En va-t-il de même du reclus ?

Si les expressions symboliques marquent l'intériorisation de l'expérience du mal et la promotion d'un sujet moral responsable, elles provoquent également « le début d'une pathologie spécifique dont le scrupule désigne le point d'inversion » (*idem*, p. 421). Ici, la pathologie est textuellement relative au scrupule, soit au sentiment intériorisé de culpabilité, culpabilité anticipée par rapport à ce qu'autrui en pensera. Ainsi, la loi devient elle-même source de péché puisqu'en désignant le mal, elle permet la transgression, et ensuite, la persécution. Elle interdit, en la définissant, ce qui est une transgression, de sorte qu'on pourrait dire qu'elle est une machine à broyer les persécutés qu'elle engendre. Nous dirons de cette logique, encore une fois, qu'elle est paradoxale. Nous dirons qu'au début était le paradoxe et nous verrons que le livre du commencement, celui de la Genèse, a notamment pour thème celui de la communication paradoxale et symbolique.

Pour Ricoeur, la conscience est un mensonge. La question de la conscience est aussi obscure que la question de l'inconscient, écrit-il. La certitude immédiate de soi-même n'étant que présomption, elle péchait par orgueil, prétendant se connaître elle-même. La conscience est en fait l'intériorisation des structures institutionnelles, que nous pourrions dégager des œuvres de Martin Fortier, notamment.

Délaissant le mythe d'Adam pour celui d'Œdipe, Ricoeur explique la culpabilité présente dans ce drame antique. Celle-ci :

requiert un dévoilement spécifique ; ce processus de dévoilement est représenté par la figure du « voyant » ; ainsi, Œdipe n'est pas le centre d'où la

vérité procède, mais Tirésias [...] Œdipe représente la grandeur humaine ; sa vanité doit être révélée par une figure qui détient, pour ainsi dire, la vue de la totalité ; cette figure, parente de celle du fou élisabéthain, n'est pas elle-même tragique, elle exprime plutôt l'irruption de la comédie à l'intérieur de la tragédie (*idem*, p. 117).

Nous voici revenu au paradoxe qui structure le mythe, tout comme le procédé tragi-comique et le récit de vie.

2.3. L'INSTITUTIONNALISATION RITUELLE

L'institution considérée ici ne se limite évidemment pas à celle de briques qui accueille en ses murs un malade quelconque. En fait, c'est celle qui détermine toutes les autres, soit l'institution du rituel d'exclusion sacrificielle, l'exclusion étant également inclusion en tant que composante du rituel. Cette institution, en tant que fondatrice des codes culturels de différenciation, engendre toutes les autres parce qu'elle désigne, une fois pour toutes, la différenciation comme étant nécessaire à la survie de la communauté en tant que telle. Il s'agit de la toute première modalité d'exclusion codifiée qui autorise les substitutions subséquentes, puisque le rituel sacrificiel a justement pour fonction d'offrir des exutoires à la violence interne en différenciant la « bonne » de la « mauvaise » violence.

Le rituel et le théâtre partagent le procédé du double langage comme composante essentielle de la catharsis. Comme le rituel, le théâtre mise sur la crise des différences pour capter l'attention grâce à un effet cathartique-hypnotique. Ceci évoque la mort et génère le *suspens*, car l'indifférenciation, de la violence notamment, conduit à l'extinction si la vengeance de proche en proche est sans fin. Cooper et Laing ont déjà établi le rapprochement, notamment en analysant le commentaire de Jean-Paul Sartre à propos de Saint-Genet. Ils écrivent : « La crise est recherchée et provoquée et possède, aux yeux de Sartre, une valeur cathartique » (Cooper et Laing, 1971, p. 92). Le suspens repose sur l'effacement graduel des différences, effacement au terme duquel les protagonistes deviennent interchangeables. Comme Sartre l'a remarqué chez Saint-Genet : « Ces structures ambiguës, ces fausses unités où les deux termes d'une contradiction renvoient l'un à l'autre dans une ronde infernale : je les nomme des tourniquets » (Sartre, 1952, cité dans *idem*, p. 93). On constate ensuite que « le dérèglement de la raison chez Genet [correspond] au dérèglement systématique des sens chez Rimbaud ». Or c'est précisément cette « folie » de l'auteur qui fait que les « tourniquets » littéraires de Saint-Genet reposent sur une compréhension, probablement intuitive, du phénomène du double langage paradoxal, lequel perpétue également la réclusion.

Même les tenants les plus stricts de l'orthodoxie psychiatrique, comme Henry Ey, ont reconnu les proximités qui font se rapprocher la recherche de l'absolu artistique, l'expérience mystique et la chute psychotique dans la « subjectivité pure ». « Si l'expérience esthétique touche à l'expérience psychédélique, ce n'est que dans la mesure où elle touche aussi à l'expérience mystique, dans cette région d'où surgit comme un monde d'objets internes le pur vécu, le radical même de la subjectivité » (Ey, 1973, *op. cit.*, p. 673). Ey poursuit, « *Nous ne pouvons pas ne pas constater* que cette référence à cette expérience absolue des Mystiques est absolument identique dans les expressions du vécu à celles des expériences délirantes ou des expériences psychédéliques » (*idem*, p. 676, en italique dans le texte). Or, Ey ne fait que constater, comme d'autres (Villani, 1973), il ne peut pas ne pas constater, dit-il. L'explication manque qui nous ferait comprendre cette proximité de l'expérience religieuse, de l'expérience schizophrénique du double langage paradoxal et de l'élaboration artistique. Ey se demande bien quelles sont les analogies et les différences entre ces diverses modalités d'expériences toutes radicalement subjectives, mais il expédie ses recherches lorsqu'il en vient à la conclusion que ces études ne sont que chimères puisqu'il écrit que les expériences de « vision intérieure », de « connaissance intuitive », d'imaginaire ou d'un « au-delà » du monde sensible sont identiques aux « expériences délirantes et hallucinatoires psychédéliques » et qu'elles doivent se comparer « à l'enchaînement du rêveur à ses images » (Ey, 1973, *op. cit.*, p. 666).

Certes, le rêve n'est que symbolique, mais le symbole, c'est ce qui fait comprendre le monde. De plus, le rêve est quelque chose de pris très au sérieux par nombre d'intervenants en milieu thérapeutique (Levin et Daly, 1998). Pensons simplement aux travaux de Perls (1972), de Maurey (1995), de Fabre (1993) ou d'Erickson (1990) et de Hoarreau (1993) sur l'hypnose en situation clinique. Bien qu'elle n'implique pas le sommeil comme tel, une séance d'hypnose comporte une relaxation qui « facilite un certain recul face au problème, rend les défenses contre l'anxiété moins nécessaires, permet au patient de jeter un coup d'œil plus neuf sur ses difficultés, et de prendre des mesures appropriées » (Lalonde, *et al.*, 1981, p. 854).

De même, certains n'ont pas manqué de remarquer que, dans la Bible, Dieu s'exprime souvent aux prophètes alors qu'ils rêvent. Le Grand Rabbin de France, Joseph Sitruc, précise qu'il ne s'agit pas de n'importe quel rêve, mais de celui de la partie du sommeil appelée « paradoxale ». On dit que ce rêve est paradoxal parce qu'il s'agit d'une complète inertie du corps au repos, assortie d'une intense activité cérébrale. Mais le rêve n'a d'utilité que s'il est interprété par une autre personne que le rêveur.

D'autre part, l'hallucination a quelque chose du rêve, mais l'individu qui en est victime ne dort pas. Il a la capacité de voir ou d'entendre quelque chose qu'il ne contrôle pas nécessairement.

Nous allons maintenant voir que, comme un rêve, le récit des souffrances d'un patient se présente de manière dramatique, de façon à attirer l'attention et à divertir l'auditoire.

2.4. LA NARRATION

Comme nous le verrons un peu plus loin, l'entrée en vigueur de la Politique de santé mentale de 1989 correspondait à une volonté de faire du bien-être du patient le centre des interventions et d'en faire le maître d'œuvre de sa réhabilitation. Toutefois, nombreuses sont les critiques qui constatent l'échec de cette politique. Malgré le souci de démedicaliser la pratique, souci qui s'illustre par la substitution de la notion de maladie mentale par celle de santé mentale puis par celle d'approche bio-psycho-sociale (Politique de santé mentale), il appert, aux dires des intéressés eux-mêmes, qu'il n'y a pas eu de nouveaux partages des pouvoirs. Pourquoi? Parce que le discours, symbolique, qui caractérise le malade mental, n'a pas de valeur. Il n'a pas de sens parce qu'il n'est pas porté par une logique formelle. Il est insensé et demeure inimité parce que sans prestige.

Nous dirons donc que le reclus est le bouc émissaire moderne, victime, parfois consentante, de l'exercice de la fonction symbolique du double sens. Cela implique qu'il n'y ait pas eu laïcisation au Québec car les comportements sont aussi religieux ou superstitieux qu'avant la Révolution tranquille, le dispositif ne faisant que changer de nom. D'autre part, le concept de réclusion explique l'abondance de thèmes religieux dans les propos du reclus. Il donne sens au discours du reclus, qu'il s'agisse soit du délire, soit de l'inspiration traduite en œuvre d'art, soit d'histoires de vie.

La théorie de la maladie mentale ne se rend pas au niveau plus général de la problématique du nomadisme. Elle n'explique pas de manière satisfaisante pourquoi le suicide frappe autant certaines communautés. Notre hypothèse, quant à nous, est à l'effet que plus le bris de mouvement est radical pour une communauté, plus il y aura de maladie mentale. L'arrêt brusque du mouvement sur le territoire se traduit par une augmentation des tremblements et une perte de coordination des mouvements, perte que l'on peut observer cliniquement et dont on peut mesurer l'amplitude. L'observation clinique portera sur de telles manifestations, sur la façon pour un individu de se mouvoir dans l'espace, sur sa difficulté à rester en place ou au contraire, sur celle qu'il éprouve à se sortir du lit, par exemple.

Concernant la relation historique à l'espace, notre explication est au moins partiellement anthropologique. C'est donc que certaines de ses hypothèses seront difficiles à prouver. Certes, le recours à la preuve est plus important pour une discipline qui se veut scientifique comme la médecine

que pour un modèle, comme le nôtre, qui laisse plus de place à la subjectivité. Cependant, le devoir nous incombe de délimiter l'étendue de notre modèle. D'autres nous ont précédés sur la voie de la réhabilitation de la parole des exclus et des groupes minoritaires. Ils ont cherché à documenter mais surtout, ils ont favorisé la capacité, pour ces groupes, de produire et d'archiver leur discours.

Michael Susko situe pour nous le débat contemporain sur ces questions d'ordre philosophique et pratique. Il dresse deux modèles l'un contre l'autre, soit le modèle qui étudie objectivement des « cas » et celui qui s'intéresse à la subjectivité telle qu'elle s'exprime. « *In brief, Caseness emphasizes making a diagnosis of illness and stopping its symptoms expression. The Narrative approach, on the other hand, supports individuals coming to their own voice by allowing their story to unfold and to be told* », écrit-il (Susko, 1994, p. 88). L'approche par cas (*Caseness approach*) comprend trois étapes qui se succèdent et se renforcent mutuellement. Il s'agit ; 1) de cerner les symptômes, 2) de poser un diagnostic et 3) d'intervenir pour contrer ou du moins contrôler ces symptômes. Ainsi, l'approche qui fait un « cas » étiquetant malade un comportement ou expérience inhabituelle met son auteur hors de la normalité et de la société « normale ». « *The Narrative approach, on the other hand, seeks to place the life story with its difficulties as part of a common human experience* » (*idem*).

Le recours trop spontané au modèle médical biaise la compréhension en réduisant l'inhabituel à des symptômes. Si, aujourd'hui, être malade ne peut qu'être négatif parce qu'on est, selon certains critères, improductif, il n'en a pas toujours été ainsi. À d'autres époques, souffrir était l'occasion de se purifier. Aujourd'hui, l'obsession du fait et de l'objectivité ne s'intéresse pas au sens. L'appréciation d'un sens est relative parce qu'elle ne peut se faire qu'en considérant la subjectivité des individus. Nous dirons de la subjectivité qu'elle est justement le sentiment d'être unique, d'être différent de tous les autres humains. Or, la psychose, schizophrénique ou maniaco-dépressive, se caractérise souvent par une perte du sentiment, subjectif, d'être une, de n'être qu'une personne. C'est pourquoi on assiste à des modifications radicales, voire à des dédoublements de personnalité, dès lors que la personne n'arrive plus à maintenir ce que nous appelons l'intégration psychologique. Aussi, dans notre monde où l'homme est si important, ce qui se démarque par l'absence de sens, littéralement l'insensé, n'a pas de valeur, ni philosophique, ni économique, ni sociale, ni spirituelle. C'est cette valeur perdue que cherchent à rétablir les tenants de l'approche narrative (*Narrative approach*).

Ainsi, Susko insiste-t-il pour réhabiliter l'expérience personnelle de la maladie, telle que racontée par ceux qui la vivent. Ces derniers sont donc invités à faire la narration de leur vécu. Cette narration est celle de l'évolution d'une subjectivité, évolution qui ne peut être comprise sans que l'individu

qui s'y prête n'en révèle le sens. Susko fait référence au récit d'un certain Joe Green pour qui le problème était de nature spirituelle. Notamment, Joe se couchait sur le plancher afin, selon lui, d'établir un contact physique avec les « fréquences les plus basses de la terre ». Ainsi, les symptômes, dans le contexte de l'histoire de Joe, constituaient pour lui une tentative pour trouver l'équilibre entre le physique et le spirituel. Le comportement de Joe, vu comme maladif parce que dépourvu de sens, n'a justement pas de sens s'il est situé hors contexte. Ainsi, « *Joe's so called acting out not only makes sense in the context he establishes, but in a political way – as an awakening of Western humanity at this historical time, one that seeks to make contact with the “Mother earth” and with ecological values* » (Susko, *op. cit.*, p. 90).

Or, selon certains auteurs, toute allusion à la spiritualité de l'individu, sans laquelle le sens est perdu, comme dans l'histoire de Joe, est évacuée, sauf lorsque évoquée sous la rubrique *Religious or Spiritual*. Ceci découle de l'illusion d'objectivité du DSM. Et d'après Corin et Lauzon (1992), cette volonté d'objectivité a-théorique a pour conséquence que l'on met de côté la dimension subjective de la personne. De sorte que, selon le modèle médical qui fait de la schizophrénie une maladie du cerveau, l'expérience de Joe Green s'explique par une sécrétion excessive de dopamine dans les zones limbiques du cerveau, sécrétion qui génère la dite hallucination psychotique. Évidemment, avec certains mots viennent certaines solutions. C'est ce principe qui a conditionné une vaste littérature critique par rapport aux ouvrages du genre DSM.

Susko écrit encore « *That the goal of psychiatric procedures is to control, manage and if possible stop symptoms* » (Susko, *op. cit.*, p. 94). Dans le texte, le mot *stop* est en italique. Or, arrêter (*to stop*) signifie interrompre un mouvement. On voit encore ici que ce qui pose problème, c'est le mouvement, soit le nomadisme de l'individu qui devrait plutôt être heureux de vivre dans une société sédentarisée.

Notre thèse de la réclusion fait du reclus un pèlerin et, ce faisant, explique le lien entre l'itinérance et la maladie mentale. Ainsi, lors des consultations de la commission Rochon qui ont conduit à l'adoption de la Loi 120, sur laquelle nous reviendrons, certains « organismes liés aux structures diocésaines ont abordé la question de l'itinérance qui, selon eux, constituent un indice de la nette progression de la maladie mentale » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987a, p. 50). L'itinérance est comprise ici comme une propension au nomadisme, comme une impossibilité fonctionnelle de se fixer. Une très forte majorité des itinérants est considérée souffrir de problèmes de santé mentale. Quant à elle, comme on l'a vu, la maladie mentale est celle de l'individu dont le mouvement est dérangentant et qu'il s'agit de calmer. Or la propension au nomadisme est probablement quelque chose d'inné, tout comme celle à la sédentarité. Chez certains, telle

propension l'emporte plus ou moins définitivement sur l'autre. Pour nous, la théorie de la réclusion se distingue des autres justement parce qu'elle rend compte de la dynamique en faisant de la maladie mentale un problème de dynamique rompue, de mouvement interrompu.

Susko se demande si ce sont les symptômes ou la personne qui sont arrêtés. Ce à quoi nous répondons que c'est bien la personne, d'abord, qui est arrêtée. Son mouvement est bloqué physiquement par l'amortissement causé par les neuroleptiques, et idéologiquement tandis que son propos est décontextualisé. On lui nie la possibilité d'évoluer parce que la personne en question est incapable de se structurer, de structurer une démarche, de s'insérer dans la logique du temps linéaire. Après la relation à l'espace, c'est la relation au temps qui pose problème. Puis, une fois immobilisé, de gré ou de force lorsqu'on évoque la dangerosité, le mouvement se perpétue sous forme de tremblements ou d'autres faits observables, lesquels constituent autant de symptômes « à arrêter ».

Ce n'est pas par hasard que l'histoire de Joe n'a de sens que dans le contexte de son expérience spirituelle ou subjective. Ce n'est pas par hasard qu'il y a tant de références à la religion dans les témoignages publiés dans le *Ruisseau*, et ce, malgré le mot d'ordre à l'effet qu'au *Ruisseau* on pouvait traiter de n'importe quoi sauf de religion ou de politique. C'est pour ainsi dire sans qu'on s'en aperçoive que tant d'allusions à la religion ou au sacré ont été faites. Il s'agit donc de recontextualiser le moment dit de folie, d'y voir un sens. Nous nous attendions donc à constater que, dans les témoignages publiés dans *Le Ruisseau*, on remarquerait une fréquence élevée de références au sacré. Sur 70 témoignages, sur lesquels nous reviendrons sporadiquement, le mot *Dieu* revient 41 fois et celui de *médecin* 44 fois.

Certes, nous sommes tributaires de Susko et autres qui ont développé l'approche narrative (*Narrative approach*). Cependant, nous nous en démarquons lorsque nous avançons que l'important c'est la narration, qu'elle soit ou non celle du vécu personnel. Que les individus racontent, qu'il s'agisse de leur histoire (*their story*) ou non, importe peu. En effet, à moins de ne se parler qu'à soi-même, raconter implique que l'on soit écouté. Le fait de savoir quelqu'un intéressé à ce que l'on raconte confère le pouvoir du prestidigitateur. Ce pouvoir est celui du double langage paradoxal. Nous avons vu que le paradoxe, que la communication paradoxale est un mécanisme dont nombre d'auteurs se sont servi lors de l'élaboration de mythes, de légendes, de romans ou de pièces de théâtre. Le fait de raconter permet de se situer à nouveau, de revenir dans la synchronie grâce au maniement, cette fois profitable, de la communication paradoxale. Les technologies multimédia se prêtent justement à cet exercice, parce que la communication s'y déploie à plusieurs niveaux.

2.5. LA PSYCHOSE COMME SPECTACLE

Certains auteurs sont passés maîtres dans l'usage de la communication paradoxale comme technique de scène. Intégré au mouvement de la crise des différences qui culmine lorsque les rivaux deviennent interchangeable, on ne peut généralement pas mettre le doigt dessus. Pour fonctionner, le mécanisme de substitution cathartique doit être camouflé. Aussi, la communication paradoxale, difficile à cerner, est le premier cran de l'engrenage conduisant à la psychose, cet état proche de la contemplation mystique. La communication paradoxale, dans la vie, est la première instance de substitution. Au théâtre, il se dégage de cette alternance des substitutions et de la simultanéité des contraires, une espèce d'hypnose. Cette dynamique capte l'attention des auditeurs-participants. Selon René Girard, le procédé est connu des auteurs classiques. Il s'apparente au truc du prestidigitateur qui fait se canaliser sur un seul point d'attention tous les regards, alors que se prépare subrepticement le coup de théâtre.

Jean-Paul Sartre parle de cette dynamique comme d'une ronde infernale. La distraction vient de cette diversion, soit de la juxtaposition de deux niveaux de langage. De son côté, Watzlawick applique cette lecture à la pièce *Who's Afraid of Virginia Woolf*, dans laquelle il découvre de nombreux exemples d'utilisation du double langage (*double bind*) comme technique de dramatisation. Ainsi chercherons-nous de telles références et indices de recours au double langage dans certaines œuvres ayant pour nous valeur d'archives puisqu'on y trouve fixé du matériel à interpréter.

Nous ne sommes pas surpris de constater, avec d'autres, que l'expérience de la psychose est souvent au cœur de rituels initiatiques. On peut se demander si la chute psychotique n'est pas une façon de compenser pour l'absence de rituels de passages visibles, absence qui caractérise nos sociétés « modernes ». Également, connaissant l'origine religieuse du théâtre, nous voyons que de l'effet cathartique dépend le succès d'une représentation. En effet, dans son acception philosophique, on dit que, selon Aristote, la catharsis est un « effet de « purgation des passions » produit sur les spectateurs d'une représentation dramatique » (*Le Petit Robert*). Par ailleurs, avec René Girard on a bien compris que le rituel religieux vise justement à « expurger la passion », à offrir à l'agressivité une substitution de manière que l'expression de la violence soit culturellement acceptable. Le rituel se veut donc précisément cathartique en ce qu'il permet la violence des passions tout en gardant les participants bien assis, comme hypnotisés par la vitesse du tourbillon des substitutions ou des tourniquets sartriens. Le théâtre et le rituel ont donc en commun de se vouloir cathartiques, tout comme, incidemment, la crise psychotique.

Ainsi, certains auteurs n'ont pas manqué de constater qu'un large pourcentage de patients psychiatriques ont souffert d'une forme d'abus quelconque. La psychose qui en résulte plus tard devient le moment de la remise en scène de la violence initiale. La catharsis permet ici à la violence de s'exprimer. Pourtant, l'individu qui en est pris sait qu'il est culturellement et légalement inacceptable d'y laisser libre cours. On ne sera donc pas surpris de lire dans un dictionnaire, toujours au mot catharsis mais cette fois dans sa définition dite psychanalytique, qu'elle est une « réaction de libération ou de liquidation d'affects longtemps refoulés dans le subconscient et responsables d'un traumatisme psychique ».

C'est du théâtre, du théâtre cathartique donc à vocation purificatrice. C'est en cela qu'il s'agit bel et bien d'une démarche spirituelle. C'est pourquoi, lorsque Susko permet l'expression grâce à la *Narrative approach*, il découvre, d'entrée de jeu, une référence au religieux, à la spiritualité de Joe Green. De même, dans notre analyse sur la dyskinésie tardive, nous verrons de telles allusions dans presque tous les cas mentionnés.

La psychose se présente ainsi comme une répétition où celui qui la vit fait preuve d'une connaissance intime du procédé. Cette connaissance vient de ce qu'il en a souffert mais elle n'en constitue pas moins une connaissance qui mérite d'être mise à profit dans son champ de compétence, soit dans celui du spectacle. Cette connaissance, intuitive, n'est certes pas appréciée comme telle, à sa juste valeur, dans notre monde individualiste et productiviste. Toutefois, en temps de désarroi, on peut assister à une toute autre appréciation du phénomène, qui devient alors de nature « prophétique » comme nous le verrons dans les passages consacrés au prophétisme et à l'illumination. D'ailleurs, la proximité entre la psychose et l'inspiration prophétique est perçue par certains qui évoquent la parenté étymologique des verbes « délirer » et « prophétiser ». Ayant pu constater que le récit de la psychose comporte nombre d'allusions au sacré, ce qui redonne sens à ce récit, inversement nous nous demanderons si dans les textes sacrés on fait allusion à ce que nous appelons la psychose, et si oui, comment.

Nous ne sommes pas les seuls à suivre un tel parcours. D'autres ont porté leur regard sur ce qu'ils appellent les « récits de conversion ». Ceux-ci se caractérisent par la référence qui y est faite à un changement radical, à la transformation d'un individu réintégré psychologiquement en un autre individu. On pense à saint Paul qui, suite au traumatisme de sa chute de cheval, s'est converti au christianisme qui le persécutait. Certains ont donc plaidé pour une réhabilitation de la subjectivité et proposé l'étude du discours du malade mental pour en savoir davantage. Cette réhabilitation laisse plus de place à l'intentionnalité du patient, de sorte que ses comportements et attitudes, de retrait social notamment, ne sont plus seulement des symptômes

pathologiques, mais bien des stratégies complexes pour se situer dans le monde. « *“Being there” in the world is by necessity “being in” space and time, and “being with” in a shared world* » (Corin, 1998, p. 135). Corin comprend de l’herméneutique de Ricoeur que « *the basic structure of the text must be interpreted through analyzing recurrences and contradictions, sets of opposites and combinations which hold the text together* » (*idem*, p. 135). Afin d’accéder aux prémisses qui la sous-tendent, c’est ce qu’elle tente d’appliquer à l’expérience de patients schizophrènes telle que ceux-ci en font le récit. « *Analysis must involve both careful attention to the details of the person’s daily life and an attempt to understand the basic structure of their experience* » (*idem*).

La désinstitutionnalisation qui fait sortir les patients des hôpitaux est parallèle à un processus de « désinstitutionnalisation sociale » (*social deinstitutionalization*). Celle-ci interdit aux patients d’accomplir des rôles sociaux valorisants, et de ce fait les repousse vers l’hôpital, d’où le risque de réhospitalisation. On s’intéresse donc ici à ces phénomènes de stigmatisation et de marginalisation, et l’auteure cherche, en entrevue individuelle, à savoir ce qu’en pensent certains patients. À propos de ces derniers, Corin constate, à l’instar de Susko, qu’ils semblent apprécier l’opportunité de parler d’eux et de partager leurs inquiétudes, eux qui se sentent marginalisés et exclus à nombre d’égards. Corin forge la notion de retrait positif (*positive withdrawal*) afin de rendre compte de la valeur positive que peut revêtir une certaine marginalité. « Cette position à la marge du monde leur permet souvent d’avoir une conscience critique des contraintes et limites imposées par les normes et valeurs dominantes » (Corin, 1995, p. 40). Lorsque cette marginalité relève d’un choix et non de la fatalité, ceux qui s’y prêtent n’en sont pas seulement les victimes, mais également les artisans consentants. Ce retrait est alors perçu comme une occasion de développer une certaine intériorité à l’abri des réductions propres aux nosographies. D’où, encore une fois, les nombreuses références à des thèmes religieux; « *emanating from the narratives is the important role played by religious signifiers* » (Corin, 1998, *op. cit.*, p. 139).

L’un des patients rencontrés par Corin attribue ses déboires à un excès de tension liée à son ancien travail, comme nous chez Martin Fortier. D’autres, comme Christiane Bisson (1986), Laurent Gravel (1986), Louis Fabre (1987) ou Diane Yelle (1997), évoquent l’humiliation dont ils ont pu faire l’objet (*double bind*). La volonté de retrait découle d’une prise de conscience que les stigmates de la maladie peuvent être visibles. Aussi, l’occasion de raconter sa vie est également celle de la revaloriser. On constate alors que « *patients attempt to negotiate a position at the margin of the common world, simultaneously inside and outside, and to reshape a generally painful and conflicting life trajectory* » (Corin, 1998, *op. cit.*, p. 145). Malgré l’intention annoncée d’établir une

relation « *of co-belonging between researcher and his object of study* » (*idem*, p. 135), Corin, lorsqu'elle cite les patients rencontrés, ne fait qu'en donner les initiales, départageant ainsi ce qui est savant de ce qui n'est que témoignage.

Selon nous, derrière ce souci de confidentialité se perpétue la domination du modèle médical de la thérapie, modèle dont la prééminence a été renforcée plutôt qu'affaiblie par la défunte politique de santé mentale. Nous allons maintenant faire la psychotopsie de cette politique. La psychotopsie, en tant que grille d'analyse, tente en effet de reconstituer la suite des transactions ou non-transactions de prestige (crédibilité) dont le flux aboutit éventuellement à l'automise à mort sacrificielle (suicide du malade mental). La psychotopsie politique examinera les fondements politiques de l'exclusion, puis la psychotopsie juridique en fera ressortir les assises légales. Ensuite, la psychotopsie thérapeutique dégagera les fondements philosophiques et pragmatiques de la relation thérapeutique, autoritaire parce que privée.

LA PSYCHOTOPSIE POLITIQUE

Dans cette section, nous étudions le contexte politique et législatif qui caractérise cette autre étape de désinstitutionnalisation que fut la Politique de santé mentale de 1989. Nous nous interrogeons sur le partage des pouvoirs qu'elle promettait. Nous allons notamment chercher à cerner l'équilibre, ou plutôt le déséquilibre, des prestiges entre l'institution et le secteur communautaire et alternatif. Ce déséquilibre est morbide, alors que les patients désinstitutionnalisés n'ont pas obtenu les ressources nécessaires à leur réintégration sociale, puis psychologique. La Politique de santé mentale, de l'avis général, est en effet un échec, particulièrement en ce qui concerne la reconnaissance et la consolidation financière des organismes communautaires sans lesquels les personnes laissées à elles-mêmes sont en proie à divers désœuvrlements.

3.1. LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

La Politique de santé mentale (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989) a été adoptée par le Gouvernement du Québec en 1989, dans la foulée de la commission Rochon sur le système de santé et des services sociaux. Le rapport Rochon constatait « l'emprise exclusive exercée par les psychiatres sur la détermination des traitements requis par un patient » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987b, p. 51). La Politique de santé mentale est celle de la « désinstitutionnalisation », car la prévention et la promotion, plutôt que le développement de méthodes typiquement curatives, deviennent prioritaires (Tessier et Clément, 1992). Déplorant le fait que la quasi-totalité des investissements en santé mentale soit dirigée vers les services curatifs, la politique souhaite le rétablissement, le maintien et le développement de la santé mentale. Elle considère « essentiel d'accroître, sur une base récurrente,

les ressources financières destinées à des activités de prévention et de promotion en santé mentale » (Comité de la santé mentale, 1994, p. 27). C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux voulait que les ressources consacrées à la prévention et à la promotion en santé mentale soient augmentées d'année en année de façon à ce qu'elles atteignent, en l'an 2000, 10 % des budgets alloués à la santé mentale.

La promotion de la santé, notamment de la santé mentale, « repose sur le postulat que les gens connaissent leur besoin. La prescription est remplacée par une intervention qui a pour point de départ l'apprentissage d'une dynamique sociale et culturelle à laquelle on a confronté une expertise » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988b, p. 19). On veut que la personne désinstitutionnalisée, c'est-à-dire déhospita­lisée, revienne le moins souvent et le moins longtemps possible à l'hôpital. Afin de prévenir la réhospitalisation (Corten, 1993), on souhaite préparer la collectivité, ainsi que le bénéficiaire, à sa réintégration sociale, et ce, grâce à des « approches thérapeutiques et communautaires efficaces » (Comité de la santé mentale, 1993, p. 19).

Le « virage préventif » ne va pourtant pas de soi, car il fait appel au partenariat et à la multidisciplinarité. Cela implique une redéfinition du rôle des intervenants qui, désormais, n'appartiennent plus exclusivement au domaine de la santé et des services sociaux (Robert, 1986). En d'autres termes, la formation à la relation d'aide, quelle que soit son orientation théorique, ne suffit plus. Les initiatives de gain de pouvoir impliquent des actions à divers paliers. C'est, en anglais, ce qu'on appelle *empowerment*. Cette entreprise de conquête de l'autonomie dépend, pour commencer, de la détermination des déficits de pouvoir dans une collectivité. Il s'agit de faire prendre conscience de ces déficits à la population cible pour ensuite activer la mobilisation des ressources collectives afin d'apporter les changements nécessaires. Or, à toute mobilisation s'opposent les forces de l'inertie.

Que l'action ait à se déployer à plusieurs niveaux fait que les intervenants en santé mentale doivent partager leur pouvoir avec divers partenaires qui proviennent soit des communautés locales, soit des décideurs publics (Comité de la santé mentale, 1993, *op. cit.*). Pour que les intervenants puissent « partager leur pouvoir », la Politique reprend le tripartisme mis de l'avant par la Loi 120 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991) sur la régionalisation et la sectorisation. Ce virage préventif et promotionnel découle d'une appréciation critique et théorique, qui constate les limites de l'approche hospitalière et de l'institutionnalisation par l'internement psychiatrique. « Cependant, la formation universitaire et les modèles psychosociaux actuels ne préparent pas adéquatement [les] professionnels à affronter la multidimensionnalité des problèmes existants » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988a).

Évidemment, peu nombreux sont ceux qui plaident ouvertement pour l'exclusion prolongée. À l'exclusion doit répondre l'inclusion pour que le premier soit relativement acceptable. Trop longtemps coupée de son milieu, la personne en institution perd en effet proportionnellement ses moyens de réinsertion, d'autant que « l'installation » est une stratégie commune à plusieurs individus se retrouvant en institution totalitaire. Ils trouvent plus économique de tirer profit de leur connaissance de cet environnement fermé que de chercher à en sortir pour affronter l'inconnu. L'institution totalitaire est donc celle qui englobe la totalité du vécu, comme la prison, le couvent, l'asile psychiatrique ou l'armée, par exemple (Goffman, 1968). On y perd l'habitude, qu'on ne souhaite pas nécessairement recouvrer, de faire face aux conflits. Dans le jeu des transferts d'être et de prestige, le malade mental n'est jamais que perdant et ce principe est profondément intériorisé. D'ailleurs, la réinsertion dans une société ou dans une famille dite normale n'est pas toujours souhaitable, comme l'exposent certains tenants de l'antipsychiatrie (Bastide, 1965).

D'autre part, la désinstitutionnalisation est bien antérieure à la Politique de santé mentale. En fait, depuis les années 1960, la politique du gouvernement du Québec tend à déplacer, de l'hôpital vers la communauté, les services offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux. De nombreuses études ont démontré que le fait de demeurer longtemps à l'hôpital peut entraîner l'institutionnalisation de la personne, occasionnant une perte de ses habiletés et un recul en ce qui a trait à sa socialisation. C'est pourquoi nombreux sont ceux qui « encouragent le maintien des personnes dans la communauté, pour peu qu'elles puissent y retrouver des services et un support répondant à leurs besoins » (AMI-Québec, 1993, p. 2). Sans ce support, on risque de faire face au phénomène dit de la porte tournante. « Le phénomène de la porte tournante est l'un des symptômes les plus visibles des ratés de la désinstitutionnalisation psychiatrique » (Guérin, 1989, p. 16). Il s'agit d'un « va-et-vient perpétuel entre le champ collectif et le domaine particulier. On ne peut pas isoler la pathologie du cadre social qui l'engendre » (Dorvil, 1987). Toujours selon Dorvil, plus de 75 % de ceux qui sont frappés par ce syndrome vivent de l'aide sociale, de l'assurance-chômage ou sont sans statut socioéconomique. Il est donc essentiel de préparer la communauté et d'en modifier les dynamiques socioéconomiques, sans quoi « les effets escomptés des projets qui devaient assurer à ces clientèles une qualité de vie et une plus grande autonomie seront annihilés » (Blanchet, 1987, p. 41). Certes, « on est bien informé sur les changements de structures, les obstacles professionnels ou sociaux que génèrent la désinstitutionnalisation. Mais on est encore, somme toute, peu renseigné sur la qualité de vie du patient hors les murs » (Anctil, 1987, p. 19). Cette question de l'évaluation de la qualité de vie est très difficile à cerner si la personne n'est pas directement consultée

à ce sujet. De plus, lorsqu'on le fait, c'est dans le cadre de projets de recherche élaborés par autrui, en vertu d'une finalité scientifique ou organisationnelle et bureaucratique qui cherche parfois à confirmer la justesse de ses orientations.

3.2. LE PARTAGE EFFECTIF DES POUVOIRS

En matière d'internement prolongé, avec la Révolution tranquille des années 1960, l'État québécois prend le relais des institutions religieuses. À l'époque de l'hospitalité religieuse, on héberge davantage le corps qu'on ne guérit un malade. Puis, avec la commission Castonguay-Nepveu, au début des années 1970, le déséquilibre mental devient une maladie comme les autres. Ensuite, avec la Politique de santé mentale de 1989, on passe de la notion de « maladie mentale » à celle de « santé mentale », laquelle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres :

- biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne ;
- psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels ;
- contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement (Comité de la santé mentale, 1995, p. 23).

Cet élargissement du champ d'intervention, maintenant qualifié de bio-psycho-social, est le fruit des réflexions conduites ou colligées par le Comité de la santé mentale du Québec. La fonction de ce comité, fondé en 1971, est de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les questions de santé mentale. Il collabore également à la réalisation des activités de planification et d'évaluation dont le ministère de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité en matière de santé mentale, de même qu'aux activités d'adaptation et de développement de la Politique de santé mentale. L'influence de ce comité de santé mentale est grande, puisqu'il fut associé à toutes les phases d'élaboration de la politique de santé mentale. Sa création correspond au changement de mentalité caractérisant les années 1970 où l'on passe au système global des Affaires sociales, après avoir connu le système exclusivement psychiatrique. Ce dernier succédait lui-même au système asilaire dans le cadre duquel la folie était considérée comme une punition de Dieu (Vinet, 1975). À ce titre, elle se méritait un traitement religieux qui consistait à accepter l'autorité d'un ordre religieux, et en quelque sorte à vivre de chasteté, d'obéissance et de pauvreté.

Françoise Boudreau résume bien la succession des systèmes et des théories dominantes. La période I est celle du système asilaire et religieux qui domine jusqu'en 1960. La période II est celle du système psychiatrique faisant de la maladie mentale une maladie comme les autres et dont l'hégé-

monie s'étale des années 1961 à 1970. La période III est celle du système global des Affaires sociales qui, depuis 1970, fait de la santé mentale un droit dont le gouvernement, à titre de responsable de la collectivité, doit faire la promotion (Boudreau, 1984, p. 56-57).

Le titre « Politique de santé mentale », donné au document de 1989, révèle au moins deux choses. D'abord, il reconnaît le rapport entre l'État et la déraison comme étant politique. En effet, ce rapport implique une responsabilité collective, et c'est ce qui démarque cette période de la précédente où la gestion du « problème » était laissée aux experts techniciens. Reconnaissant, ensuite, que « parler de maladie mentale suffit à indiquer qu'on est là dans la médecine » (Collée et Quétel, 1987, p. 5), un glissement de sens est recherché avec le choix des termes de santé mentale. Il y a donc la politique **de** santé mentale gouvernementale, et la politique **de la** santé mentale, celle qui transcende les discours ministériels et qui joue le jeu des substitutions terminologiques. Ainsi, sur le terrain, c'est de maladie mentale qu'on s'occupe parce la théorie médicale des maladies mentales est plus populaire que jamais. Ce qui fait qu'on peut se permettre de jongler avec les termes, c'est que la discussion semble ne plus être à faire concernant cette prépondérance.

3.3. LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉS

Le plan de services individualisés (PSI) est proposé comme instrument d'élargissement multidisciplinaire. Il semble désormais acquis que les responsabilités sont collectives, qu'elles doivent faire l'objet d'une approche multidisciplinaire et, notamment, politique. Or, la vision qui veut que chaque citoyen soit responsable déplaît aux familles qui cherchent plutôt à se déculpabiliser. L'un de ses représentants se dit conscient que l'expression « maladie mentale » n'est pas à la mode. « Par contre, le concept de santé mentale est un excellent euphémisme qui sert de fourre-tout » (Parent, 1995). C'est pourquoi le Regroupement des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale demande de nommer les problèmes de schizophrénie et de maladie affective « par une dénomination juste et adéquate : des maladies mentales ou encore mieux des maladies du cerveau à incidence psychiatrique » (*idem*).

Cependant, le choix de cet « euphémisme » de santé mentale témoigne d'une prise de conscience que l'étiquette de « malade mental » représente un obstacle à la réintégration que l'on souhaite faire aller de pair avec la désinstitutionnalisation. Le mot « maladie » renvoie à la médecine. Cela ne favorise pas la responsabilité du citoyen, qui ne se sent pas concerné. Il ne se prononce pas sur le sujet comme il n'oserait pas établir de pronostic à propos du cancer d'autrui par exemple, à moins d'y être mené par la force des

choses, soit dans le cas d'un proche qui doit prodiguer des soins. Par ailleurs, cette compréhension qui veut démedicaliser le vocabulaire n'est pas étrangère à l'influence des chartes canadienne et québécoise des droits et libertés individuelles. Les chartes garantissent l'intégrité de la personne, qui ne doit plus être réduite à un statut ou à un autre, comme à celui de malade. Ici comme dans bien d'autres domaines, le *politiquement correct* s'est imposé.

Or, l'appellation Politique de santé mentale ne change pas le fait qu'il s'agisse toujours d'une politique de maladie mentale. Certes, la désinstitutionnalisation, qui insiste tant sur la promotion / prévention et sur la réinsertion, se présente comme distincte de l'institutionnalisation, comme son envers. Cette institutionnalisation est celle de l'internement psychiatrique, de la mise en institution qui prend techniquement la forme légale de la cure fermée. Ces termes « cure fermée » découlent de l'article 11 de la Loi sur la protection du malade mental de 1972. Le dispositif de « garde en établissement » qui lui a succédé est quant à lui issu du Code civil du Québec réformé, entré en vigueur le premier janvier 1994. La Loi sur la protection du malade mental a de plus fait l'objet d'une révision (Loi 39), dont certains y dénoncent le renforcement de certaines discriminations (Lavoie, 1997 et Action-Autonomie, 1996, p. 3 et 13).

Plus haut, nous disions que la désinstitutionnalisation est l'opération par laquelle les personnes internées sont amenées à être déhospitalisées et à le rester (Issac et Armat, 1990). Or, « sortir ne veut plus dire être guéri ni même amélioré, mais seulement être mieux soigné en dehors qu'en dedans » (Ey, 1975, *op. cit.*, p. 36). Une fois sorties, les personnes doivent gagner leur vie comme tout le monde. Même si elles bénéficient du Soutien financier (SOFI) leur procurant une majoration de leur prestation d'aide sociale, elles vivent dans une société matérialiste où, pour être quelqu'un, il faut produire et consommer. Or, insister et s'obstiner pour faire travailler les patients sape les efforts faits pour comprendre. « Il faut du temps pour comprendre et les patients ont certainement besoin de temps pour apprendre à vivre avec les fruits de leur compréhension » (Cooper, 1970, p. 161).

De plus, nombreux sont les jeunes prestataires de la sécurité du revenu qui doivent composer avec l'incompréhension des agents de suivi de parcours vers l'emploi (Champagne, 1991). Ceux-ci doivent faire pression pour qu'un jeune s'insère dans le marché du travail, mais ils ne sont pas nécessairement informés adéquatement des contraintes que la maladie engendre. Ce genre de situation provoque parfois des crises de décompensation. Quand une personne est confrontée à une situation pressante, elle peut décompenser, soit se retrouver dans « un état de tension émotionnelle qui se perpétue si elle n'est pas soulagée et cause une activité inappropriée du SNA (système nerveux autonome) » (Lalonde *et al.*, 1981, p. 418). Depuis 1996, un choix est laissé à la personne : recevoir une allocation appelée allo-

cation d'invalidité administrée par la Régie des rentes du Québec, correspondant aux barèmes de la catégorie « Soutien financier » ou recevoir une prestation de la sécurité du revenu majorée. Toutefois, on ne peut aisément revenir sur ce choix. Ainsi, si la personne opte pour la sécurité du revenu, pour que l'allocation soit majorée, il lui faut accepter ce qu'on appelle un parcours vers l'emploi et accepter l'encadrement d'un agent de parcours. D'un autre côté, si c'est vers l'allocation d'invalidité qu'on se tourne, on risque de se voir refuser l'accès à des programmes de réinsertion. Certaines personnes peuvent très mal prendre le fait de se faire dire qu'elles n'ont pas à s'évertuer à intégrer le marché du travail. Il faut également dire qu'en état de détresse, il peut être difficile de distinguer clairement les avantages et inconvénients des deux régimes.

Certes, la politique permet, théoriquement, à des partenaires autres que médicaux d'assumer une certaine responsabilité, notamment en ce qui a trait à l'élaboration des plans de services individualisés. En effet, le seul moyen prévu par la politique, le plan de services individualisés (PSI), « est la formule adoptée par le Ministère et rendue obligatoire pour certaines clientèles qui, à cause de la complexité de leurs besoins, requièrent les services d'une diversité d'intervenants » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, p. 7). La Politique reconnaît et déplore le cloisonnement administratif qui fait que la personne, soi-disant « au centre » de la régionalisation mise de l'avant par la Loi 120 de 1991, n'arrive pas à se faire entendre.

À Montréal, nous avons même à composer avec la sous-régionalisation et la sectorisation imposées par les plans régionaux d'organisation des services (PROS) des Régies régionales. Cette sectorisation est fréquemment dénoncée par Martin Fortier (Fortier, 1996a). Les régions de Montréal et de Laval ont en effet adopté un modèle d'organisation des services par secteur. Les centres hospitaliers ayant un département de psychiatrie sont responsables « d'offrir des services externes et d'hospitalisation à un bassin de population déterminé. L'adresse de la personne détermine quel hôpital la dessert » (AMI-Québec, *op. cit.*, p. 2). Les hôpitaux assument à tour de rôle la responsabilité des itinérants. L'avocat Jean-Pierre Ménard suggère, quant à lui, que l'obligation imposée au malade mental de ne se présenter qu'à un hôpital désigné pour tel ou tel secteur de telle ou telle sous-région est discriminatoire, puisque non conforme aux articles 10 et 12 de la Charte des droits et libertés du Québec (Ménard, 1991).

Les PSI devaient s'organiser dans le cadre des planifications régionales, tenues par les conseils régionaux mis sur pied par la Loi 120 sur la régionalisation « de façon à ce que les divers partenaires disposent d'un moyen articulé et organisé qui favorise l'expression des besoins de la personne » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, *op. cit.*, p. 11). Cependant, l'analyse interactionnelle des micropratiques montre que le pouvoir

psychiatrique et institutionnel n'est pas remis en cause, les pratiques ne sont pas dégouvernementalisées de façon que la personne puisse recouvrer son autonomie, discursive particulièrement. Les conditions qui ont favorisé la domination du médecin-sujet sur la maladie-objet sont encore à l'œuvre, parce que le savoir contemporain repose précisément sur le cloisonnement et l'exclusion discursive (Foucault, 1971, *op. cit.*).

Pourtant, en 1985, le Comité de la santé mentale du Québec reconnaissait la valeur des ressources communautaires et alternatives. « Le défi que leur existence pose au réseau de la santé mentale nous amène à tenter de les intégrer pour en maximiser la portée, sans pour autant étouffer leur vitalité par un encadrement trop étroit » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988a, *op. cit.*). Cet encadrement, le « tripartisme », voulait briser le monopole des établissements et des institutions, notamment au niveau des planifications régionales des services par les commissions administratives associées aux pouvoirs institutionnels et psychiatriques.

Les comités tripartites se composent, pour un premier tiers, des établissements du réseau public ; pour un deuxième tiers, des ressources alternatives et communautaires en santé mentale et, pour un troisième tiers, des organismes provenant de la société en général (syndicats, commissions scolaires, services de police, etc.). On entend par « organisme communautaire » une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives administrée « par un conseil d'administration composé en majorité d'utilisateurs des services [...] dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux » (Loi sur la Santé et les Services sociaux, 1991, *op. cit.*, c. S-4.2, art. 334). L'article 335 de la même loi stipule, quant à lui, qu'un « organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches » (*idem*).

Pour être éligible au programme de Soutien aux organismes communautaires (SOC) des régies régionales, un organisme doit être constitué en fonction de ces articles 334 et 335 (Régie régionale de Montréal-Centre, 1997). Par contre, il revient aux régies d'apprécier si un organisme est libre de ses approches ou non. Par exemple, les chroniqueurs du journal *Le Ruisseau* s'étaient associés en respectant les articles 334 et 335. L'Association des chroniqueurs et amis du *Ruisseau* (ACAR) s'est vu refuser l'admissibilité au programme SOC sous prétexte qu'elle n'était pas libre de définir librement ses positions.

Les ressources communautaires, disposant d'une expertise spécifique dans le domaine de la santé mentale, ont un regard plus critique que les composantes du troisième tiers œuvrant dans d'autres secteurs d'activité. C'est donc la participation du tiers communautaire qui nous importe,

d'autant plus que les autres organisations se sont de fait peu impliquées (White, Mercier, Dorvil et Juteau, 1992). La politique doit être appliquée dans chacune des régions administratives par les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS). L'élaboration par un comité tripartite d'un Plan régional d'organisation des services (PROS) devait en être le fer de lance. Cependant, plusieurs constatent que la « concertation » quasi forcée sert en fait la reconduction de la forme systémique du cloisonnement. Or, en principe, une concertation ne peut être forcée, puisqu'il s'agit « d'un processus formel de gestion et de coordination, mais qui n'est pas fortement hiérarchisé ni fortement institutionnalisé. Ce processus repose sur l'adhésion volontaire » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988c, p. 9).

La politique voulait assurer la primauté de la personne, accroître la qualité des services, favoriser l'équité, rechercher des solutions dans le milieu de vie et consolider le partenariat. Le partenariat, c'est « la mobilisation concertée de la personne, de ses proches, des intervenants, de la communauté, des ressources publiques et de celles du milieu » (Politique de santé mentale, 1989, *op. cit.*, p. 26). Ces divers intervenants sont présumés égaux, mais cette désinstitutionnalisation s'avère d'abord et avant tout une rationalisation budgétaire. Elle consiste essentiellement en la fermeture d'un certain nombre de places en institution psychiatrique, jadis réservées à des malades mentaux, et vise essentiellement à désengorger le système (Boudreau, *op. cit.*). On peut donc conclure provisoirement que le tripartisme, plutôt que d'opérer un décroisement intersectoriel, a contaminé le tiers communautaire en amenant ce dernier à adopter les façons de faire et les préoccupations institutionnelles.

3.4. LA MULTIDISCIPLINARITÉ

L'entrée en vigueur du Code civil du Québec en janvier 1994 et les nombreux reportages journalistiques sur les drames impliquant des patients psychiatriques, remettent en question l'internement ou l'absence d'internement psychiatrique dit préventif. Ce contexte résulte de la juxtaposition des dispositions du Code civil de 1994 à la Politique de santé mentale de 1989 et à la régionalisation des régions régionales de santé et services sociaux issues de la Loi 120 de 1991. Comme on l'a vu, cette régionalisation visait à mettre le patient au centre du dispositif, en développant un partenariat multidisciplinaire grâce au « tripartisme ». Mais en 1995, on espérait toujours que le ministère de la Santé et des Services sociaux « s'assure que toutes les conditions nécessaires à une véritable décentralisation de la gestion soient implantées le plus rapidement possible » (Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 1995, p. 26), ce qui n'avait pas encore été fait.

Le tripartisme s'est inséré au niveau des planifications régionales des services par les commissions administratives. Il s'agit d'une structure complexe à plusieurs niveaux : tables de concertation sectorielles, intersectorielles, sous-régionales, régionales et provinciales. L'usager ne s'y retrouve guère et, en fin de compte, le secteur alternatif et communautaire s'étatise inéluctablement au niveau des façons de faire. Cette réalité est difficile à admettre pour le tiers jadis alternatif. Bien qu'il dénonce le paternalisme de la psychiatrie institutionnelle, il en devient un agent.

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau Code civil, toute privation de liberté pour cause de maladie mentale doit être autorisée par un juge, ce qui ouvre la voie à la judiciarisation. Un juge doit désormais entendre le plaidoyer de la partie intimée, représentée soit par un avocat, si elle en a les moyens financiers, soit par un groupe de défense des droits, ou encore par elle-même. Or, ce dernier principe du *self-advocacy*, appliqué à l'individu à qui on veut imposer un examen clinique ou une garde en établissement, même s'il n'y consent pas, demeure en pratique irréaliste (Goulet, 1997).

Le dispositif, qualifié de bio-psycho-social, criminalise en fait le vécu de certains des individus qui, autrefois, étaient pris en charge par les services sociaux et ceux de la santé. Ceci soulève de nombreuses interrogations d'ordres pratique, philosophique, éthique et politique. Afin que les personnes, affectées par cette dépsychiatisation, ne soient pas totalement laissées à elles-mêmes, un certain nombre de mesures devaient être appliquées. Par exemple, il était prévu que des ressources supplémentaires seraient affectées à des organismes communautaires œuvrant en santé mentale (Loi 120, 1991, *op. cit.*). Le but visé par cette mesure était officiellement de favoriser, chez la personne concernée, la prise en charge de son propre vécu, en concertation avec divers agents de la collectivité et de la famille. Une structure complexe a été créée, mais l'autonomie des ressources communautaires en santé mentale est restée un vœu pieux. Les sommes promises ne furent pas octroyées, notamment en raison d'un contexte de coupures budgétaires imposées en vue de l'atteinte du déficit zéro, soit de l'équilibre des finances publiques.

De plus, l'autonomie garantie par l'article 335 de la Loi sur la Santé et les Services sociaux est sérieusement remise en question lorsque le ministre dit que les régies devront s'assurer de la coordination des services sur leur territoire « en liant, si nécessaire, le financement des services à des conventions de partenariat et en veillant à la formation des intervenants » (ministère de la Santé et des Services sociaux, communiqué du 15 avril 1997, p. 3). Certes, les programmes de formation « devraient avoir comme perspective l'appropriation du pouvoir sur leur vie par les usagers et les usagères ainsi que sur la consolidation du partenariat nécessaire à la redéfinition des rôles dans le système de santé mentale » (ministère de la Santé et des Services

sociaux, 1998, *op. cit.*, p. 27). Cependant, si les intervenants œuvrant dans le secteur communautaire doivent répondre aux critères institutionnels, cela signifie que ces organismes ne sont plus libres d'embaucher qui ils veulent, ce qui contrevient à l'article 335 et à la volonté d'ouverture multidisciplinaire. De plus, le programme SOC fait en sorte que les organismes communautaires doivent se démarquer les uns des autres pour être financés (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987b, *op. cit.*, p. 60), tout en ayant l'obligation de se concerter pour adopter des positions communes, ce qui va, encore une fois, à l'encontre de l'article 335. Aussi, « même si l'autonomie des organismes communautaires est garantie par la loi, les modalités de financement sont définies en fonction de la notion de « complémentarité » au réseau » (Rodriguez et Guay, 1995, p. 163). Cette situation divise le milieu communautaire parce que, pour qu'un organisme obtienne plus de financement dans le cadre du programme SOC par exemple, il faut le retirer par ailleurs. On a déjà vu des organisations dénigrer le travail d'une autre pour en obtenir une partie du financement.

Rappelons que les années 1990 ont donné lieu à la réforme des soins de santé et des services sociaux dans le but de structurer le système que nous connaissons actuellement. Il fallait faire face à de nombreux défis : « vieillissement de la population, inversement de la pyramide des âges, transformations du monde du travail et de l'emploi, mondialisation des marchés et révolution des communications » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, p. 26). En avril 1997, dans son document intitulé *Orientations ou la transformation des services de santé mentale*, le ministère de la Santé et des Services sociaux a traité de la condition des bénéficiaires qui souffrent de problèmes de santé mentale sévères et persistants. Le ministre constatait que la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux vivent maintenant dans la communauté et désirent y demeurer. Depuis 1989, on avait ciblé la nécessité d'ajuster les services en conséquence, et de mieux soutenir ces personnes dans leur milieu de vie. « Malheureusement, ainsi que l'ont souligné le Vérificateur général et les différentes organisations consultées sur l'implantation de cette politique, peu de changements se sont produits » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, *op. cit.*).

Cette période est caractérisée, en matière de santé mentale, par le départ d'un grand nombre de bénéficiaires des centres hospitaliers vers des organismes intégrés à la communauté. Par rapport au système de santé en général, il concerne également la baisse du nombre d'employés de l'État dans ce domaine. Depuis, le MSSS a émis un projet de réforme appelé *Horizon 2002* lequel prévoit, encore une fois, une réallocation des ressources financières des hôpitaux vers des organismes communautaires. Cette réforme se résume à la formule 40-60. C'est-à-dire qu'elle prévoit une redistribution, non une augmentation des ressources consacrées par l'État au secteur de la

santé mentale. De 60 % pour l'institutionnel et 40 % pour le communautaire, on souhaite inverser ce ratio et accorder 60 % au communautaire et 40 % à l'institutionnel. Mais comme nous l'avons vu, le communautaire ne sera plus tout à fait communautaire.

La commission Jean Rochon, évoquée plus haut, a ouvert la voie en juin 1992 à l'adoption de la Loi sur les Services de santé et les services sociaux (Loi 120) afin de modifier diverses dispositions législatives. Cette loi 120 constitue le cadre actuel du régime de santé, lequel s'appuie également sur d'autres lois qui ont créé l'Assurance-hospitalisation, l'Assurance-maladie et la Santé publique. Ce cadre a été bonifié par plusieurs reconfigurations tantôt majeures, tantôt mineures qui se succédaient déjà dans les années 1960. Une reconfiguration, c'est une réorganisation des services et des structures à l'intérieur d'une loi existante, dans le but d'accroître la qualité des services, notamment en regard de leur pertinence et de leur efficacité. Pour procéder aux reconfigurations, les régies régionales issues de la Loi 120 consultent divers intéressés. Ce fut le cas en 1995 et en 1997.

C'est en 1997 qu'a lieu la publication du document *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, mentionné précédemment. On y fait notamment ressortir que les dépenses consacrées aux services de santé mentale par les établissements et les organismes communautaires « se chiffrent à 816 millions de dollars. En 1994-1995, 64 % de ces dépenses ont servi au financement des services d'hospitalisation et 36 % à celui de l'ensemble des autres services ». Comme nous le disions, la réforme Horizon 2002 consiste à renverser ce ratio : « En 2002, 60 % des ressources publiques (excluant celles de la Régie de l'assurance-maladie) effectuées dans le secteur de la santé mentale seront consacrées à des services offerts dans la communauté et 40 % à l'hospitalisation » (p. 22). L'objectif principal est toujours de renvoyer le bénéficiaire dans la communauté en l'intégrant à toutes les facettes de la vie sociale. Depuis 1995, les changements sont rapides et les ressources ne sont pas toutes prêtes à accueillir les bénéficiaires adéquatement.

La famille peut être qualifiée de parent pauvre de la réforme en santé mentale. Il arrive que les ressources, institutionnelles ou communautaires, ne puissent répondre aux besoins de la clientèle atteinte de troubles sévères et persistants, clientèle qui draine un fort pourcentage des ressources. Ce sont les parents, parfois assez vieux, qui doivent alors prendre en charge leur enfant problématique. Cet accroissement du fardeau pour les familles touchées est lié notamment au phénomène du retour à la maison d'adultes ne pouvant subvenir à leurs besoins.

3.5. UN CONSTAT D'ÉCHEC

Les services externes tels l'hôpital de jour, le centre de jour, la clinique externe dans la communauté, les soins et les services à domicile, etc., étaient préconisés comme moyens d'utiliser efficacement les ressources humaines et matérielles. Leur réallocation devait permettre la reconfiguration des services et le développement des ressources externes dans la communauté. Mais en raison de ressources financières insuffisantes, « ces services ont été utilisés à petite échelle. Les ressources humaines et financières sont encore largement employées à maintenir le système hospitalier en place » (Direction de la promotion de la santé et du bien-être et Service de la santé physique et mentale, 1996, p. 6).

Ce constat du manque de ressources, qui contredit l'esprit de la politique de désinstitutionnalisation, est ici dressé par une instance gouvernementale et le ministre l'a lui-même reconnu. Pour lui, le consensus à la base de la Politique de santé mentale initiée en 1989, qui s'appuyait notamment sur la volonté de rechercher des solutions dans le milieu de vie des personnes, est toujours de mise. Toutefois, sur le terrain, force est de constater des lacunes importantes dans sa mise en application. Le Vérificateur général du Québec recommandait même, en décembre 1996, « d'assurer la transformation et l'organisation des services préconisés par la Politique de santé mentale [mais non réalisées] » (ministère de la Santé et des Services sociaux, communiqué du 15 avril 1997, *op. cit.*, p. 1).

La nature informelle du secteur communautaire explique peut-être son sous-financement chronique, ce qui fait que la concertation ne se situe encore qu'au niveau des intentions. Pourtant, la concertation était souhaitée par la politique qui s'appuyait sur un constat largement accepté, à l'effet que, souvent, la personne « se retrouve devant une organisation complexe où les structures prédominent au détriment des services; certains services sont difficiles d'accès; d'autres répondent tardivement; une certaine confusion persiste quant aux rôles et responsabilités de chacun » (Politique de santé mentale, *op. cit.*, p. 22). Malheureusement, au plan de l'interaction, dans le cadre du partenariat proposé, c'est encore le regard du psychiatre qui domine. Ainsi, « la tendance à solliciter l'avis ou le regard du psychiatre pour apprécier divers phénomènes de la vie (séparation, monoparentalité, etc.) risque d'y introduire une dynamique davantage médicale » (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 1991, p. 39). Par leur participation aux instances du tripartisme, les organismes communautaires espéraient comprendre la dynamique qui anime le réseau et introduire un regard différent sur la souffrance émotionnelle afin de questionner les pratiques professionnelles et « susciter de l'intérêt pour des pratiques novatrices » (*idem*, p. 25). Pour ces ressources, la participation au tripartisme

visait à contrebalancer la domination du modèle médico-psychiatrique. Toutefois, comme on l'a déjà dit, la culture organisationnelle du comité tripartite, reproduisant celle du réseau institutionnel, « a nettement dominé la culture du communautaire et fait en sorte qu'il y a eu évacuation de l'identité de l'alternative et du communautaire » (*idem*, p. 29). En fait, la psychiatrie a récupéré l'antipsychiatrie en « contaminant » les ressources alternatives et communautaires participantes de son systémisme bureaucratique.

Il s'ensuit que l'hégémonie du modèle institutionnel ne s'érode aucunement, que l'organisation des services, à travers l'interaction qui sous-tend l'élaboration des PSI ou des PROS, demeure étatique. En outre, l'échéancier était non seulement irréaliste, mais il « contenait en germes les énormes difficultés du processus du partenariat » (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 1991, *op. cit.*, p. 26). L'obsession du consensus évacuait toute critique.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, dans son bilan d'expérimentation du PSI, recommandait elle-même au Ministère de ne pas aller de l'avant avec le PSI, jugeant l'expérience trop brève. Cette nouvelle philosophie d'intervention demande des changements profonds au plan des pratiques et des modes de collaboration, juge-t-elle. Situait la personne au centre des décisions, on va à l'inverse du mode de relation que le « soigné » a toujours établi avec son « soignant ». « D'ailleurs, **ce mode de relations traditionnelles entre la personne soignée et la personne qui soigne est sans doute l'un des obstacles les plus importants** qui rend extrêmement difficile l'implantation d'une démarche PSI » (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1993, p. 20, nous soulignons).

Cet obstacle n'ayant pas été levé, le pouvoir est toujours le même : celui de l'institution psychiatrique qui réaffirme l'exclusivité de sa compétence en la matière. Cette exclusivité est légalisée par les tribunaux, dont les jugements sont, par ailleurs, de plus en plus sollicités. Les dispositions juridiques, limitant les libertés démocratiques au nom d'un diagnostic psychiatrique, méritent un examen détaillé parce que la « judiciarisation » entretient la dépendance, qui est une autre forme d'exclusion. Elle accorde son imprimatur à un certain nombre de dispositions juridiques qui découlent d'une conception médico-légale du rapport à « l'autre », faisant des malades mentaux une catégorie de citoyens à part. C'est pourquoi nous allons maintenant étudier la mécanique de cette judiciarisation, la mettant en relation avec celle de la civilisation occidentale en général.

LA PSYCHOTOPSIE JURIDIQUE

Pour voir la conscience individuelle en tant qu'instance judiciaire intériorisée, il faut comparer la relation thérapeutique à celle qui lie le croyant à son prêtre. L'un des enjeux éthiques du dispositif d'internement psychiatrique concerne le fait qu'un patient puisse consentir ou non à un traitement, qu'il s'agisse d'une garde en établissement ou de la prise à long terme d'un médicament aux effets secondaires importants et parfois irréversibles (la dyskinesie tardive).

« Je sais tout le mal qu'on entend dire de la Folie, même chez les fous », écrivait jadis Érasme. Plus près de nous, Kirk *et al.* ont comparé un groupe de personnes ayant déjà souffert de dépression majeure (*major depression*) et un autre n'ayant jamais été victime. Les deux groupes s'exprimaient sur leur perception de la dépression. Chez ceux qui connaissent la maladie pour l'avoir vécue, celle-ci est perçue « *as a more debilitating experience with a more sizable impact on self-conceptions* » (Kirk *et al.*, 2000, p. 591). La maladie mentale a mauvaise réputation, surtout chez ceux dont on dit qu'ils en souffrent. Admettre une maladie dite mentale requiert beaucoup d'abnégation et de résignation, en particulier lorsqu'on sait qu'elle sévira longtemps. Or, dans l'espoir de guérir, il faut se faire soigner; pour se faire soigner, il faut se déclarer ou se faire déclarer malade. D'abord, il faut s'avouer malade mental.

Lorsqu'un individu ne consent pas à suivre des traitements qui pourraient l'aider à représenter un moindre risque de violence pour lui-même ou autrui, il y a de bonnes chances pour qu'il soit judiciairisé. Or, consentir à un traitement, c'est avouer qu'on en a besoin. Sans l'aveu, point de salut. En effet, lorsqu'un pécheur est d'accord pour s'affliger telle ou telle punition, c'est qu'il a d'abord reconnu la faute pour laquelle on le punit. Il viendra, en confession, avouer de lui-même son péché au prêtre, lequel proposera

telle ou telle pénitence pour le rachat de cette faute. En matière de suivi psychiatrique, si on ne veut pas qu'un juge le fasse à notre place, il faut également avouer une quelconque mauvaise pensée ou mauvaise façon de penser. Il faut s'ouvrir au psychiatre comme on s'ouvre au curé, sinon l'âme et surtout la liberté sont perdues.

Ce qui nous intéresse ici, c'est de comprendre comment et pourquoi une thérapie réussie dépend de l'aveu et d'où vient ce besoin, historiquement, de se confesser auprès d'une figure d'autorité. Pour ce faire, nous recourons aux travaux de Michel Foucault, de Stephen Szasz et de Jacques Le Goff. Ils nous permettent de dresser un parallèle entre la thérapie et la confession, entre le développement de la conscience et celui de l'humanisme et entre l'exclusion sociale du malade mental et sa persécution. Nous verrons que le fait de rattacher les maladies de l'âme à celles du corps, c'est-à-dire de confier à une spécialité médicale le soin à y apporter, remonte à une très antique recherche d'explications par les humeurs. Nous verrons que le fait d'interpréter l'esprit sous l'angle des sciences de la nature a des conséquences dramatiques, à tel point que le procédé d'élaboration dramatique s'en inspire souvent.

4.1. L'INVENTION DE L'HOMME

Pour Roger Gentis, Michel Foucault, par son *Histoire de la folie à l'âge classique*, « sonne bel et bien le glas de la raison capitaliste et de la psychiatrie » (Gentis, 1974, p. 14). En remettant en question la pertinence des cloisons entre les sciences dont l'homme est le centre de préoccupation, dans *Les mots et les choses*, Foucault prophétise en quelque sorte la mort de l'homme. Quant à nous, nous insistons pour remettre en question la notion d'individu lorsque nous apprécions l'éclatement de la personnalité caractéristique à certaines pathologies psychiatriques. En fait, le relativisme de Foucault nous aide à voir que ce qui est pathologique l'est par rapport à une norme (Olivier, 1997). Avec lui et d'autres, « ce qui est historique, c'est le concept de maladie mentale » (Delacampagne, 1974, p. 209). C'est-à-dire qu'elle est un construit tributaire d'un contexte précis, tout comme l'est, selon nous, la notion d'individu. Nous nous employons donc ici à en cerner la raison d'être. Avec le temps, peut-être a-t-on perdu de vue les déterminants qui ont inspiré le concept de maladie mentale que nous prenons pour objectif.

L'éclatement psychotique peut en effet ne pas être pathologique si on l'admet en tant qu'expérience culturelle enrichissante. Mais dans notre civilisation, ne pas être qu'une seule entité pose problème : personnalités multiples, présence d'entités qu'on entend ou qu'on voit, invention d'amis imaginaires, etc. À l'Accueil Émilie, par exemple, sœur Alexandra prend soin d'identifier les participants qui doivent inscrire leur nom sur un carton

et le porter (Paradis, 1997). En leur répétant que *chaque personne est unique*, il s'agit probablement aussi de les aider à accepter que *chaque personne se doit d'être unique* afin de les soutenir dans leur processus de réintégration psychologique.

De nos jours « les psychiatres se recommandent volontiers de Michel Foucault et de sa critique historique et épistémologique de la psychiatrie » (Koupernik, 1974, p. 26). C'est que la pensée de Foucault facilite la réflexion sur l'exercice du pouvoir et de l'influence. Selon lui, l'analyse des relations de pouvoir dans une société ne peut pas se ramener à l'étude d'une série d'institutions. Foucault insiste pour situer les relations de pouvoir dans l'ensemble du réseau social. Précédemment, nous nous intéressions à l'action gouvernementale en matière de santé et de services sociaux. Maintenant nous voyons pourquoi, historiquement, la parole de certains est interprétée comme déraisonnable. C'est parce qu'elle est immorale, dans le sens où elle ne respecte pas l'ensemble ou une partie des codes de différenciation. Conscience individuelle et conscience bureaucratique vont alors de paire.

Certes, les relations de pouvoir ont été gouvernementalisées, « c'est-à-dire élaborées, rationalisées et centralisées dans la forme ou sous la caution des institutions étatiques » (Foucault, 1984a, p. 318). Ayant insisté sur la fonction du prestige, de l'orgueil et de l'imitation dans la psychose en tant que désintégration psychologique, nous avons avantage à comprendre ce qu'est le pouvoir, comment il s'exerce et le prestige qu'on y accorde. Pour ce faire, il faut enraciner les bases de l'État et du gouvernement dans l'exercice moralisant du pouvoir pastoral. Celui-ci sous-tend jusqu'aux principes du libre commerce, d'où son influence sur la structure des rapports économiques et sociaux. On aurait tort de considérer l'évolution du capitalisme comme ne répondant qu'à une logique de laisser-faire ou de laisser-aller. En fait, il n'y a rien de plus autoritaire que le libéralisme, puisqu'il exige un conformisme très strict, une sédentarité extrême. Seuls les plus riches pourront s'en affranchir, voyageant énormément, ils pourront prétendre ne pas être domiciliés d'une entité territoriale où ils devraient payer beaucoup d'impôts, par exemple.

La notion d'individu est une notion morale qui facilite l'administration des biens. C'est pourquoi elle ne s'est développée qu'assez tardivement, soit à partir du moment où l'État devait se « moderniser » et fonder son exercice sur une légitimité temporelle. Dès que le gouvernement regarde davantage la société séculière que le salut des âmes, celui-ci devient une affaire privée et non plus collective. C'est ainsi que la confession ne fut instituée qu'au XIII^e siècle, avec le Concile de Latran de 1215. D'une part, aux XII^e et XIII^e siècles, on assiste à « l'affirmation de l'individu » (Le Goff, 1996, p. 771, note 1). C'est l'époque où Louis IX, qui deviendra saint Louis à la suite d'un cheminement intérieur passablement intense, se fait remarquer

par un programme d'assainissement des pratiques de l'État français (*idem*). Justicier, saint Louis présente de nombreux indices d'une personnalité dépressive. Par exemple, « Geoffroy de Beaulieu, qui était alors auprès du roi en tant que confesseur, souligne la soumission du roi à la volonté de Dieu, mais ne cache pas les sanglots, les larmes, les plaintes à haute voix, les soupirs de Louis [et sa] "tristesse immodérée" » (Le Goff, 1996, *op. cit.*, p. 871). Un autre « raconte la tristesse, la véritable "dépression" qui atteignit Saint Louis lors de son retour en France en 1254 » (*idem*, p. 872). Son programme d'assainissement des rouages de l'État semble donc correspondre à un apitoiement moral intérieur, tandis que nous assistons à « un transfert de sacralité qui s'opère de l'Église à l'État en une appropriation par l'État monarchique d'une partie du pouvoir temporel de l'Église au nom du ministère royal » (*idem*, p. 784).

4.2. LA RAISON HÉGÉMONIQUE

Dans son *Histoire de la folie*, Michel Foucault dégage le lien étroit qui prévaut entre la déraison et la raison institutionnalisée. Avec lui, l'exclusion qu'est l'internement psychiatrique est aussi l'inclusion rhétorique dans la démonstration justifiant la réquisition étatique de certains moyens de contrôle. De même, Cooper écrit que « la vraie difficulté pour les membres du personnel est de se confronter avec eux-mêmes, de faire face à leurs propres problèmes, leurs troubles, leur folie » (Cooper, 1970, *op. cit.*, p. 150). Posant un diagnostic social plutôt qu'individuel, il rejoint Foucault pour qui « la vérité de la folie, c'est d'être intérieure à la raison, d'en être une figure, une force et comme un besoin momentané pour mieux s'assurer d'elle-même » (Foucault, 1972, p. 47). La folie n'est pas extérieure à la raison comme le virus de la variole existe en lui-même hors du malade qui en souffre.

Tandis qu'au Moyen Âge le fou était quelqu'un, un *étrange étranger* qui venait d'ailleurs, depuis la Raison il devient un problème de police « concernant l'ordre des individus dans la cité. On va l'exclure maintenant parce qu'il vient d'ici-même, et qu'il prend rang parmi les pauvres, les miséreux, les vagabonds » (Foucault, 1972, *op. cit.*, p. 74). La Raison humaniste étatique alors la folie et la déraison devient un problème moral plutôt qu'une expérience religieuse qui en valorise la souffrance. « L'internement est ainsi deux fois justifié, dans une indissociable équivoque, à titre de bienfait et à titre de châtement » (*idem*, p. 72). Encore aujourd'hui, à titre de bienfait, c'est un psychiatre qui prescrit l'internement; en guise de châtement, c'est un juge qui l'ordonne.

Devenant discours officiel, la psychiatrie se pose en sujet à partir du moment où on lui reconnaît légalement l'objet de la folie comme lui étant strictement réservé. Au cœur de sa pratique se place donc, en position

stratégique, la folie. Sans maladie mentale, il n'y a pas de psychiatrie. C'est pourquoi cette dernière, soucieuse de respectabilité scientifique, a historiquement cherché à identifier dans la folie des entités positives, des maladies pour en faire une nosographie comme la médecine le fait avec les réalités « objectives » que sont les microbes, par exemple (De Freminville, 1977). C'est de ce positivisme qu'il faut précisément se défaire au profit d'une ouverture sur le vécu subjectif et l'intersubjectivité puisque c'est là que la détresse se révèle davantage spirituelle que biologique.

Pour les plus radicaux des antipsychiatres, la maladie mentale n'existe tout simplement pas en tant que réalité objective. Il s'agit d'un rapport, d'une relation, insisterons-nous. Szasz récuse, par exemple, l'existence de la maladie mentale. Celle-ci n'est, selon lui, qu'une représentation sociale imposée et servant à entretenir une domination. Il dresse donc une histoire de la psychiatrie institutionnelle en partant de ses origines théoriques dans la théologie chrétienne, « pour arriver aux pratiques actuelles telles que les formule la rhétorique médicale et que le pouvoir policier aide à imposer » (Szasz, 1976, p. 15). Il situe les origines de la psychiatrie institutionnelle dans la théologie chrétienne qui, à l'époque, s'était érigée en Inquisition. Pour lui, si le « concept clé de la psychiatrie institutionnelle est la maladie mentale; celui de la théologie inquisitoriale était celui de l'hérésie » (*idem*, p. 71). Tout comme la sorcellerie justifiait le pouvoir de contrôle social qu'était l'Église, la maladie mentale sert de motif de mise en ordre rationnel par l'État thérapeutique, qui veille à la santé du « corps » social. Ainsi, dans son analyse du pouvoir inquisitorial, Szasz remarque que les victimes de cette persécution étaient surtout des femmes pratiquant la magie « blanche ». Si la magie « noire » (liturgie diabolique, récitation d'incantations maléfiques, etc.) se pratiquait clandestinement, elle était considérée moins dangereuse par l'autorité parce que moins efficace que la magie blanche. La sorcière « blanche » était celle qui pratiquait un ensemble de techniques, comme l'administration de certains remèdes ou agents pharmacologiques dont elle possédait une connaissance véritable. Cette connaissance, non institutionnelle, faisait peur car elle symbolisait la défiance à l'égard d'un pouvoir/savoir déjà constitué et en proie, à l'aube de la Réforme, à la contestation. Or, la « révolte contre l'autorité a été et reste le péché originel, le crime classique de l'individu » (*idem*, p. 112), comme nous le verrons plus loin à nouveau en relisant la Genèse.

Aujourd'hui, au Québec, un refus de traitement ou de consentement à suivre la prescription du psychiatre équivaut parfois à une incapacité de jugement et fait que l'individu peut être gardé en établissement malgré son opposition. À n'en pas douter, la psychiatrie dispose d'un capital d'autorité, parfois morale mais toujours légale. Cette autorité permet de formuler certaines interdictions. Les prêtres médiévaux interdisaient l'exercice de la

médecine à ceux qui n'étaient pas des ecclésiastiques. De nos jours, toujours selon Szasz, les cliniciens modernes interdisent aux non-cliniciens de pratiquer la psychothérapie de manière indépendante. Et lorsqu'une telle interdiction est politiquement inapplicable, on procède à la cooptation des critiques les plus radicales, comme ce fut le cas récemment avec le tripartisme décrit plus haut. De sorte que, en Amérique du Nord, nous vivons la « psychiatisation des alternatives » (Castel, Castel et Lovell, 1979, chap. VII).

Le pouvoir étatique a le bras long et s'immisce partout. Tandis que, pour Szasz, la psychiatrie tire ses origines de l'Inquisition, Foucault présente l'aveu comme le prolongement séculier de ce même « pouvoir pastoral » propre à l'ensemble de la chrétienté. Tandis que l'institution ecclésiastique perdait de sa vigueur depuis le XVIII^e siècle, la fonction de cette institutionnalisation « s'est étendue et développée en dehors de l'institution ecclésiastique » (Foucault, 1984b, *op. cit.*, p. 305). Que ce soit le clergé ou la médecine qui s'en charge ne change pas le fait que la même fonction est assumée. Cette fonction est celle de la réclusion, dirons-nous.

L'institution, comme pratique discursive dominante à prétention scientifique de ce pouvoir pastoral, ne doit pas être vue comme une coupure qui distinguerait la pensée moderne de la pensée pré-moderne. Quoique apparemment très différentes, les manières de faire se succèdent et en fait se relaient. Portant plutôt notre regard sur leur filiation, nous constatons que le discours dominant, jadis ecclésiastique et aujourd'hui psychiatrique, conserve toujours sa fonction qui consiste à légitimer un pouvoir / savoir classificateur et différenciateur.

4.3. LE MOYEN ÂGE

Dès le Moyen Âge, le savoir universitaire est vu comme objet de pouvoir et les souverains cherchaient à « mettre la main sur des corporations qui apportaient richesse et prestige à leur royaume » (Bourdé et Martin, 1983, p. 40 et suivantes). Au temps de saint Louis, les souverains « voulaient imposer une autorité que, avec les progrès de la centralisation monarchique au XIII^e siècle, ils faisaient davantage sentir à leurs sujets » (Le Goff, 1985, p. 76). Cependant, s'attaquer trop ouvertement aux clercs était risqué.

En effet, toujours au XIII^e siècle, le prestige de l'université de Paris est perçu par le pouvoir capétien comme découlant de la *translatio studii*. Avec la *translatio imperii*, il y a eu transfert du pouvoir impérial, de l'Antiquité au Moyen Âge, des Empires d'Orient à l'Empire romain, puis au Saint Empire germanique. De même, avec la *translatio studii*, il y a eu transfert du pouvoir intellectuel d'Athènes à Rome puis à Paris. « Rome, capitale politique, Paris,

capitale intellectuelle de la Chrétienté : tels sont, ancrés dans des réalités institutionnelles, les mythes du pouvoir [et les] principaux fondements de son prestige » (Le Goff, 1996, *op. cit.*, p. 113).

Avec la Renaissance et Machiavel, le pouvoir ne vise plus seulement le salut pastoral des âmes. « Un savoir pratique et technique domine désormais les considérations métaphysiques, et les questions de stratégie deviennent essentielles » (Dreyfus et Rabinow, 1984, p. 200). Le pouvoir, le savoir du pouvoir commence alors à se gouvernementaliser, puis, avec l'âge de la raison, il s'agit de découpler davantage le savoir de sa fonction justificatrice. Le pouvoir doit maintenant se baser sur une démonstration objective. Il s'agit de savoir et non plus de croire. L'exercice du pouvoir devient objet de réflexion scientifique et non plus seulement théologique. Cependant, il demeure essentialiste, puisqu'il se réfère historiquement aux grands partages transcendants entre le bien et le mal, entre la vérité et l'erreur que tout un chacun ne peut discerner.

Le quadrillage, l'imbrication des sciences les unes par rapport aux autres se systématisent avec la scolastique. Elles prennent la forme de « l'arbre de la science » (Fontaine, 1980). Ainsi, les normes se ramifient « jusqu'au moindre détail des micropratiques, de sorte qu'aucune action considérée comme importante et réelle ne puisse échapper à la grille de la normalité » (Dreyfus et Rabinow, *op. cit.*, p. 355). Les cloisons se sont érigées par rapport à un souci de partage entre le vrai et le faux, avec l'homme au centre qui se fait sujet dès lors que son intégration psychologique est assurée. L'Occident se distinguera par la grande place faite à l'homme, à l'individu comme créateur et roi de la création. Les progrès techniques ont fourni une série d'instruments qui lui ont permis d'établir sa souveraineté sur la nature (Fourastié, 1963). Mais comme on l'a déjà dit, cette préoccupation pour l'homme n'est peut-être que passagère, puisqu'elle est historiquement déterminée. « Une chose est certaine : c'est que l'homme n'est pas le plus vieux problème, ni le plus constant qui se soit posé au savoir humain » (Foucault, 1966, p. 400). Dans cette perspective, la conscience individuelle de l'homme n'est qu'un leurre.

Ce qui a fait de l'homme le sujet historique de son propre développement technique et social, c'est la raison logico-mathématique. Celle-ci décortique et classe diverses sphères d'activités, qui s'ignorent plus ou moins les unes les autres et qui ont été, de cette façon, institutionnalisées, en quelque sorte figées, et sous le couvert de la neutralité objective et laïque, la connaissance scientifique devient « un mode de pensée donnant un certain pouvoir » (Daudel, 1974, p. 8). Sous ce couvert, la technocratie fera son chemin. Selon cette idéologie, les scientifiques sont appelés à résoudre les problèmes politiques et humains « sans jamais faire intervenir d'option de valeurs. La science, supposée entièrement neutre de choix, devrait suffire à

la solution des questions posées » (Fourez, 1974, p. 16). Il importe de relever cet *a priori* idéologique et de le remettre en question. En effet, « les pratiques normalisatrices du bio-pouvoir définissent à l'avance ce qui est normal avant d'isoler et de traiter les anomalies en fonction de cette définition » (Dreyfus et Rabinow, *op. cit.*, p. 355). Encore une fois, l'anormalité ne peut se percevoir que dans le cadre d'une relation. Elle est donc relative.

L'histoire de la psychiatrie témoigne de cette volonté technocratique et positiviste d'appliquer aux sciences de l'homme les rigueurs et les techniques de celles de la nature. Or, il existe une différence quant au rôle, à l'importance et à la signification des visions sociales du monde dans les sciences humaines et les sciences naturelles. Le problème, c'est que l'objectivisme s'acharne à nier cette différence qualitative entre lois sociales et lois de la nature, « en dissolvant sciences sociales et naturelles dans le médium homogène d'une seule méthode scientifique et d'un seul et même modèle d'objectivité » (Lowy, 1985, p. 208).

Si on définit la maladie mentale avec les mêmes méthodes conceptuelles que la maladie organique, nous enseigne Foucault, si on isole et si on assemble les symptômes psychologiques comme les symptômes physiologiques, c'est que l'on considère la maladie, mentale ou organique, comme une « essence naturelle manifestée par des symptômes spécifiques. Entre ces deux formes de pathologies, il n'y a donc pas d'unité réelle, mais seulement [...] un parallélisme abstrait » (Foucault, 1954, p. 8). Ce « parallélisme abstrait » implique un glissement majeur qui fait que « le corps social cesse d'être une simple métaphore juridico-politique [...] pour apparaître comme une réalité biologique et un domaine d'intervention médicale » (Foucault, 1981, p. 409). Nous voyons donc que le fait de réduire les malaises d'ordre mental à des pathologies, relevant à ce titre de la médecine, est une anticipation, un préjugé qui limite l'horizon de la connaissance en la matière. Alors, cette réduction correspond davantage à un besoin de mise en ordre qu'à une recherche de compréhension.

4.4. L'ORDRE DU DISCOURS

Sous le poids de l'individualisme et du libéralisme, la psychiatrie se systématise en renforçant la notion d'individu au point de faire un malade de celui qui exerce mal son individualité. Départageant le « normal » du « pathologique », la psychiatrie naissante effectue le tri. Il s'agit d'abord et avant tout d'une mise en ordre correspondant à une nécessité économique du capitalisme qui n'a pu se maintenir « qu'au prix de l'insertion contrôlée des corps dans l'appareil de production et moyennant un ajustement des phénomènes de population aux processus économiques » (Foucault, 1976, p. 185). Les

psychiatres deviennent les spécialistes de la rationalité des actes en décidant s'ils sont raisonnables ou non, à leurs yeux et à ceux de l'ordre bourgeois dominant.

Pour Bernard De Freminville, la nécessité de réprimer violemment des comportements non désirés est, en effet, vue comme le principal motif qui a amené les psychiatres à se constituer en corporation. C'est que le psychiatre doit se protéger légalement contre d'éventuelles poursuites judiciaires découlant de l'exercice de la répression (De Freminville, *op. cit.*).

Quant à lui, Szasz parle de l'invention de la maladie mentale et reconstitue la succession des étapes qui ont abouti à l'enracinement de ce « mythe ». La psychiatrie est-elle vraiment une science qui doit avoir sa place dans le quadrillage techno-scientifique de « l'arbre de la science » ? Cette question est fondamentale parce qu'elle remet en cause ce qui est, pour plusieurs, une évidence immuable. Le fait de répondre négativement, comme nous le faisons, provoque un changement de paradigme, car la réduction conceptuelle des désordres émotifs au rang de pathologies constitue un problème plutôt qu'une solution. Dès lors que les déséquilibres comportementaux sont envisagés comme des maladies spécifiques, on ne s'intéresse plus qu'aux réalités objectives et observables. Tout comme au début de la médecine scientifique, on isole un microbe pour en comprendre l'évaluation après observation ; à l'ère industrielle, on explique l'enfermement et l'isolement des personnes atteintes de tels désordres par un besoin d'isoler et d'observer. Cependant, comme Foucault le souligne, l'internement se pratiquait bien avant l'émergence de la médecine. C'est donc qu'il ne correspond pas qu'à des impératifs médicaux mais aussi à des préoccupations relatives au maintien de l'ordre public.

Loin d'avoir été enrayée comme le typhus le fut grâce aux progrès de la médecine, la folie n'est pas disparue avec l'institution psychiatrique. Au contraire, « plus le groupe tend à s'établir comme organisation, plus il tend à exister par soi-même en marginalisant le but proprement thérapeutique du groupe » (Bleger, 1988, p. 56). L'institution est ici comprise comme l'ensemble des normes, des règles et des activités regroupées autour des valeurs et des fonctions sociales. Dans notre cas, il s'agit de la psychiatrie comme modèle idéologique dominant, d'une part, et de la psychiatrie comme entité juridique légalement constituée, d'autre part. À mesure que la société se désacralise, les problèmes de santé mentale augmentent. D'année en année, en Amérique du Nord, il y a toujours plus d'antidépresseurs qui se consomment et de journées de travail perdues pour cause de détresse psychologique (burn out, stress).

Ainsi, « l'institution consiste en un ensemble complexe de valeurs, de normes et d'usages partagés par un certain nombre d'individus [dont] les

activités [sont] régies par des anticipations stables et réciproques entre les acteurs entrant en interaction » (*Dictionnaire de la sociologie*, 1989). L'interaction thérapeutique de caractère privé entretient « les anticipations stables et réciproques » qui maintiennent le malade en situation d'infériorité et d'impossibilité d'émettre un discours. C'est à la condition de déprivatiser l'interaction thérapeutique qu'il peut y avoir amorce de désinstitutionnalisation dans le sens de mise à terme de l'exclusion sacrificielle du malade mental. Pour ce faire, il faut rendre patent son mécanisme. La relecture des témoignages, puis du témoignage (Bible), que nous effectuerons plus loin nous aidera à le faire.

Au Moyen Âge, le « fou » est une figure sacrée parce que, entre autres, la charité dont il bénéficie en étant logé dans les anciennes léproseries permet l'autopurification collective (Foucault, 1972, *op. cit.*). Plus tard, à l'âge de la technocratie, on nie toute transcendance au discours du « malade mental ». On ne lui reconnaît qu'immanence, celle du danger, de la « dangerosité ». De nos jours encore, le « nouveau » dispositif perpétue la domination idéologique du modèle psychiatrique. L'approche psychiatrique de la « maladie mentale » ne se caractérise pas par son ouverture aux dynamiques sociales. Jadis, comme aujourd'hui, l'opposition « entre le modèle biomédical et le modèle psychosocial ne fait que reprendre finalement le vieil antagonisme entre les notions d'organogenèse et de psychogenèse » (Collée et Quételet, *op. cit.*, p. 118). Comme s'il voulait se hisser symboliquement au-dessus de ce clivage sémantico-philosophique, le Gouvernement parle maintenant d'intervention « bio-psycho-sociale ». Toutefois, le pouvoir étant celui du contrôle de l'effusion discursive et de sa raréfaction (Foucault, *L'ordre du discours*), le dispositif est tout aussi psychiatrique qu'avant l'entrée en vigueur de la Politique de santé mentale. On cherche toujours à « immobiliser » le déraisonnable. On exclut toujours sa parole du cercle restreint des discours. Aujourd'hui, l'institutionnalisation se fait peut-être moins par internement psychiatrique et un peu plus par incarcération (judiciarisation). Il n'en demeure pas moins que le pouvoir demeure entre les mains du savoir que se veut être la psychiatrie, comme le démontre la micro-analyse de l'interaction thérapeutique.

« Comment a-t-il pu se faire [que la folie] soit à ce point privée de langage ? » (Foucault, 1972, *op. cit.*, p. 372). C'est que toute discipline, *a fortiori* la psychiatrie, dont les assises théoriques sont pour le moins fragiles (comme l'indique le fait que l'internement ait été théorisé de manière *ad hoc*), est d'abord et avant tout un principe d'exclusion. « La discipline est un principe de contrôle de la production du discours » (Foucault, 1971, *op. cit.* p. 37). Elle vise à maîtriser les pouvoirs, à conjurer les hasards d'apparition et à raréfier les sujets parlants. En tant que discipline discursive, la psychiatrie / antipsychiatrie se doit ainsi de raréfier ce qui a valeur de connaissance.

D'une part, l'analyse foucaultienne du discours ou de la discipline académique en fait un principe d'exclusion systématique. D'autre part, avec René Girard, l'exclusion du bouc émissaire, que représente pour nous le malade mental suicidaire, demeure sacrificielle, faisant l'objet d'un statut juridique d'exception.

4.5. L'INVENTION DE L'HOMME DANGEREUX

Nous allons maintenant démontrer que le traitement juridique qui légifère en matière d'internement psychiatrique est discriminatoire. Frappé d'un statut légal d'exception, la victime d'internement pour cause de dangerosité est légalement sujet de persécution. En effet, la persécution se dit de tout traitement répressif arbitraire de l'autorité constituée, contre un groupe religieux, politique, ethnique, etc. De tout temps, soit depuis Caïn, sur lequel nous reviendrons, les malades mentaux ont été victimes de persécution. Pourquoi ? Parce qu'ils ont transgressé certaines règles chères à la majorité.

Rappelons que la loi 39 de 1999 remplace la Loi sur la protection du malade mental. Elle rend maintenant possible la mise en détention pour cause de dangerosité « à la demande du titulaire de l'autorité » (Québec, Loi 39, art. 8). Désormais, « lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est [pas] disponible » (*idem*), un agent de la paix peut arrêter quelqu'un si un proche se sent menacé. Certes, dans la pratique, ce type de situation est « très, très compliqué » (Chamberland, 1999), mais aujourd'hui encore, la sacro-sainte Charte des droits et libertés est bafouée quotidiennement. En fait, comme nous allons le voir, notre Code civil légalise au moins autant qu'il pénalise la suspension des droits individuels des « malades mentaux ». C'est parce que notre monde se judiciarise.

Certains auteurs parlent de la « révolution psychiatrique québécoise des années 1960 » (Boudreau, *op. cit.*, p. 60). Du même souffle, ils reconnaissent toutefois que si les intentions de la commission Bédard, qui a amorcé le tout, étaient bonnes, les résultats ne représentent que « quelques retouches tout au plus. » La Loi des institutions pour malades mentaux et la Loi sur la curatelle publique, issues des travaux de la commission Bédard, consacraient en fait l'hégémonie de l'institution et le pouvoir des psychiatres ; elles n'ont pas touché à l'essentiel que ladite commission voulait corriger. En fait, ces lois perpétuaient des clauses d'exception juridique qui légalisent l'exclusion, car « ces clauses d'exclusion devaient demeurer inchangées » (*idem*, p. 107).

La « révolution » s'est butée à la persistance des préjugés et des discriminations (Poulin et Massé, 1994), de sorte que les « malades mentaux » sont toujours victimes d'un régime juridique particulier. Quant à nous, nous cherchons à cerner les fondements de la continuité plutôt que les indices

de la révolution. Certains n'ont pas manqué de remarquer que, en éducation par exemple, le gouvernement Lesage du début des années 1960 a initié le passage à une société politique par des organismes ressemblant à des corps intermédiaires intégrés à l'État, et non plus uniquement à l'Église. « Ce qui captive, ou attire, dans le cas de ce concordat État-Église qui se trouve à remplacer celui de la période Duplessis, c'est que représentation catholique ne veut pas dire, et cela pour l'une des premières fois, clergé » (Archibald, 1983, p. 158). Nous verrons que nos pratiques ne sont pas plus rationnelles parce qu'elles se disent scientifiques. Au contraire, tandis que la laïcité devient un dogme, moins on s'interroge sur nos pratiques, moins elles sont le résultat d'une réflexion rationnelle.

D'abord, définissons le premier degré du phénomène de la judiciarisation comme la prise en charge par le système pénal de personnes jugées dangereuses parce qu'elles souffriraient d'une quelconque maladie mentale. Notre analyse du *self-advocacy* nous conduira à considérer que, sur le terrain de l'exercice des droits, nombreux sont ceux qui ne peuvent se faire entendre. Nous verrons que c'est la notion de dangerosité qui autorise, en la légitimant, la suspension des droits démocratiques de plusieurs citoyens. C'est cette opération qui devrait faire qu'on ne parle plus de persécution mais de prévention. Le châtement des transgresseurs est celui de la persécution lorsqu'il est spontané et celui de la judiciarisation lorsqu'il est gouvernementalisé, mais cette métamorphose n'est qu'apparence lorsqu'elle est cernée à la lumière de la théorie de la réclusion.

Dans notre optique, l'exclusion juridique n'est, en effet, que le pendant légal d'une judiciarisation plus générale, laquelle correspond à la désacralisation qui est à l'œuvre non pas depuis 30 ans, mais depuis plusieurs siècles. Le passage d'une gestion religieuse à une administration gouvernementale n'est que l'une des multiples métamorphoses de l'institution fondamentale qui est celle de l'exclusion / inclusion que nous appelons réclusion. Si cette exclusion est fondamentale, c'est parce qu'elle est sacrificielle et liturgique. À ce titre, elle permet la catharsis. En effet, avec René Girard, l'institution sacrificielle est un mécanisme de substitution et de métamorphoses à répétition. Elle permet de substituer une victime par un symbole, puis par un autre, puis un autre... de parler de mélancolie, de folie, de déraison, d'aliénation, de maladie mentale, puis de déséquilibre bio-psycho-social.

4.6. LA PRATIQUE DU *SELF-ADVOCACY*

L'hégémonie du modèle médico-légal, en matière de rhétorique, est demeurée intacte. Malgré les assauts, ou plutôt grâce aux assauts théoriques d'un certain courant dit antipsychiatrique, la domination a simplement pris d'autres formes, toujours plus subtiles et plus difficiles à cerner. Le glissement

sémantique qui fait qu'on parle désormais de « santé » plutôt que de « maladie » mentale, comme on l'a vu dans notre analyse du contexte politique, n'en est qu'un parmi plusieurs autres. Ces glissements se sont succédés, ayant précisément pour fonction de se substituer les uns aux autres, afin de camoufler l'arbitraire de la désignation du malade mental comme bouc émissaire. Cette dynamique prend racine dans le pouvoir pastoral propre au christianisme et institutionnalisé sous la pratique de l'internement psychiatrique et de l'aveu (Foucault, 1976). Or, depuis l'entrée en vigueur du Code civil du Québec de 1994, outre le psychiatre, il est un autre personnage qui peut fournir un tel aveu de folie lorsqu'il ne vient pas de lui-même : le juge.

En effet, chaque année, environ 500 personnes ayant des problèmes de santé mentale, comparaissent à la Cour municipale de Montréal (238 pour les six derniers mois de 1990 selon Laberge et Robert, 1992). Il s'agit d'individus qui font l'objet soit de plaintes pour désordre public, soit d'une requête pour examen clinique psychiatrique et, ensuite, pour garde en établissement, ce qui s'appelait jadis la cure fermée. La notion de cure, de soin, a disparu au profit de la simple garde. Il arrive ainsi que certains se retrouvent en prison plutôt qu'en institution psychiatrique. Un juge dirigera soit vers l'hôpital, soit vers la prison. C'est ce que certains entendent par judiciarisation, mais quant à nous, la judiciarisation est plus générale, car c'est celle des us et coutumes de notre société.

Laberge et Robert (*op. cit.*, p. 33) ont énuméré trois types de réaction par rapport à la judiciarisation des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Dans un premier type de cas, le refus de traitement de la part d'un malade fait que l'institution médicale doit se prémunir légalement en faisant d'abord valider l'internement par un juge. On associe ici criminalité et dangerosité, sans tenir compte de la nature de la criminalité qui a entraîné l'intervention judiciaire. L'autre type de réaction souligne le caractère inadéquat de l'intervention pénale. On considère que ce sont des malades et non des délinquants. Judiciarisés, ces justiciables perturbent le fonctionnement de l'appareil judiciaire et sont une source de tensions dans les institutions carcérales où ils ne sont pas à leur place. Un troisième type de réaction consiste « à croire que le contact pénal est nécessaire à l'amélioration de leur état : les malades ont besoin d'être responsabilisés ou punis (*idem*, p. 33). On songe aussi à la « tolérance zéro » que les intervenants sont invités à appliquer par rapport à l'agressivité dont ils peuvent faire l'objet (Bédard et Aubut, *op. cit.*).

Cette judiciarisation correspond à un transfert de responsabilités de l'institution hospitalière à l'institution judiciaire. Nous assistons à une transinstitutionnalisation (Brown, 1985), alors que l'on passe d'une institution à une autre, de l'internement psychiatrique à l'enfermement carcéral. Le

nouveau dispositif prévoit une collaboration étroite entre ces deux disciplines que sont le savoir psychiatrique et le pouvoir judiciaire. Historiquement, ces domaines se côtoient depuis longtemps. Tandis que la psychiatrie se judiciarisait, le judiciaire se psychiatisait (Foucault, 1981).

Aujourd'hui, le traitement judiciaire devient une mesure d'économie contrevenant à l'esprit des Plans de service individualisé (PSI) que nous avons étudiés plus haut. Un certain nombre d'individus rencontrent d'abord un policier, appelé pour une question de désordre public par exemple. Puis, un médecin doit poser un diagnostic de maladie mentale à la demande de la cour, d'où le passage obligé par l'état d'arrestation. C'est ce qu'on appelle la « judiciarisation », au plan du vécu, de ceux qui sortent des hôpitaux. Quant aux autres désinstitutionnalisés qui échappent à la prison, soit qu'ils reviennent périodiquement à l'hôpital pour un séjour plus ou moins prolongé, soit qu'ils sont pris en charge par leur famille ou bien par ce que l'on appelle généralement l'aide sociale. Certains parlent de ce phénomène comme étant celui de la porte tournante : on sort, on revient, on sort, on revient (Dorvil, 1987, *op. cit.*). Ensuite, on les « aide » à acquérir ou recouvrer les habiletés nécessaires pour redevenir productif. C'est la tentative d'inclusion et les démarches d'insertion par la participation à des programmes comme le programme Extra (expérience de travail), bien connu du milieu (Accès-cible, 1996) et vivement critiqués par plusieurs (Lévesque, 1989).

Les mêmes qui parlent de révolution utilisent le terme de désinstitutionnalisation pour décrire ce qui s'est produit depuis les années 1960 en matière de soins psychiatriques au Québec. Cependant, dans plusieurs cas, nous assistons à une certaine réinstitutionnalisation. La personne confuse qui sort de l'hôpital devient itinérante ou se retrouve devant les tribunaux. Soit elle est emprisonnée parce que reconnue coupable d'une infraction, soit elle retourne en psychiatrie après qu'un juge ait consenti pour elle à son maintien en établissement.

En vertu du Code civil, la personne peut être emprisonnée durant 24 heures avant de comparaître en justice par mesure dite préventive. Ensuite, l'observation psychiatrique détermine l'aptitude à comparaître. Les délais sont donc très courts, afin de ne pas maintenir abusivement une personne contre son gré, mais cela laisse peu de temps pour la préparation de la défense. L'exercice du *self-advocacy*, en de pareilles circonstances, n'est possible qu'en théorie, surtout lorsque l'inculpé est en état de détresse.

Le *self-advocacy*, c'est la prise en charge, par un intimé, de sa propre défense. Rappelons que seul un avocat membre du Barreau peut représenter une personne devant un juge, de sorte qu'un accusé ne peut être représenté que par l'un d'eux ou par lui-même, d'où l'expression de *self-advocacy*. Les frais d'embauche d'un avocat peuvent en décourager plusieurs, mais l'exer-

cice efficace des droits et recours juridiques exigent, en général, une bonne santé mentale parce qu'on fait face à un système intimidant. Il faut pouvoir soutenir la confrontation.

D'une part, il y a les « malades » qui ont peu ou pas d'antécédent(s) judiciaire(s) et qui peuvent être pris en charge par d'autres organismes. D'autre part, il y a les « délinquants » itinérants. Ceux-ci sont souvent rejetés par les institutions de soins, d'autant plus qu'ils sont parfois aux prises avec des problèmes de toxicomanie (Waska, 1998). D'ailleurs, dans la pratique, le personnel infirmier qui a déjà eu affaire à un individu perturbateur peut, malgré ce que prévoit la loi sur l'obligation d'assistance, lui interdire l'accès à un hébergement d'urgence. C'est ce que nous a révélé un préposé aux bénéficiaires dans un département de psychiatrie d'hôpital en racontant que certains individus agressifs sont indésirables parce que physiquement trop costauds. Les intervenants peuvent parfois éprouver de la peur, comme l'écrit Linda Little (1991) à propos du travail de l'un d'eux. « Aux États-Unis, certaines salles d'urgence d'hôpitaux d'État vont jusqu'à dresser une liste noire de ces individus à qui des agents de sécurité bien "en chaire et en os" bloquent l'entrée » (Dorvil, 1987, *op. cit.*, p. 47). Refusant la thérapie, ils augmentent la probabilité d'être condamnés à l'emprisonnement, puisqu'ils n'ont pas les moyens d'organiser une défense efficace et qu'ils ne bénéficient pas de l'effet sédatif et tranquillisant des médicaments qui diminueraient le risque de violence (Estroff *et al.*, 1998). Il s'agit de l'un des principaux facteurs d'augmentation de la dangerosité. « Le niveau de dangerosité d'un individu est ce qui détermine son type de traitement de même que l'attitude des intervenants qui doivent s'y préparer » (Roy et De Tonnancour, 1999).

4.7. LA DANGÉROSITÉ

« Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'un examen psychiatrique ou à la suite d'un rapport d'examen psychiatrique, sans son consentement [...] ». Si le « consentement ne peut être donné par le représentant qu'en l'absence d'opposition de la personne », l'article 27 du Code civil mentionne toutefois que si une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut « ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir un examen psychiatrique ». De plus, si le danger est jugé imminent, la personne « peut être admise sous garde, sans l'autorisation du tribunal. »

Or, « le seul critère permettant de garder une personne en établissement pour y subir un examen psychiatrique ou à la suite d'un rapport d'examen psychiatrique est celui de la **dangerosité** » (Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1992, p. 15 ; en caractères gras dans le texte.)

Si le Code civil de 1994 est relativement nouveau, le chassé-croisé du judiciaire et du psychiatrique ne l'est pas. L'étroite parenté entre la maladie et la délinquance est déterminée depuis longtemps. « Qu'il y ait toute une région commune à la folie et à l'illégalité, on l'admettait volontiers [...] et on y réagissait, au moins dans certains pays comme la France, par la mesure ambiguë de l'internement » (Foucault, 1981, *op. cit.*, p. 406). Ensuite, pour les cas plus graves, le rapprochement s'est fait grâce à l'acceptation par les tribunaux de la monomanie homicide comme diagnostic psychiatrique autorisant un verdict de non-culpabilité. « Cette notion et celle de dangerosité font d'une folie passagère un crime et d'un crime une folie, comme dans le cas de Pierre Rivière » (Foucault, 1973).

La folie, qui est à l'origine de l'homicide, est criminelle par définition parce qu'elle ne peut éclater que sous la forme du crime. Nous avons là un exemple de psychiatrisation du juridique, tandis qu'on interroge les fondements psychiques du geste. Nous assistons également à la médicalisation du crime, alors que celui-ci est le seul symptôme observable qui permet de le diagnostiquer comme pathologie. *L'homme dangereux* apparaît en psychiatrie et en droit: « Les jeux de la responsabilité pénale et de la détermination psychologique sont devenus la croix de la pensée juridique et médicale » (Foucault, 1981, *op. cit.*, p. 414). Ceci soulève des questions d'ordre éthique, pour les psychologues notamment. Appelés en tant qu'experts, ceux-ci se demandent quoi dire ou ne pas dire « des éléments cliniques constituant la rencontre avec le sujet » (Viaux, 2000, p. 134). Par ailleurs, le jugement d'internement porte dès lors sur le risque, sur le danger que constitue la personnalité du malade mental et non seulement sur un acte commis, comme c'est le cas avec toute autre cause.

Depuis que la civilisation se désacralise et se sécularise, elle se judiciarise. Cette judiciarisation est particulièrement observable au plan de la juxtaposition des discours psychiatrique et juridique, tous deux dûment représentés par les signatures du juge et des psychiatres sur certains documents qui sont à la fois médicaux et juridiques et inversement. On pense aux formulaires suivants :

Ordonnance pour examen clinique psychiatrique (Art. 13 de la Loi sur la protection du malade mental, Arts. 27 et 28 C.c.Q., Arts. 778 ss. Code de procédure civile) ;

Ordonnance pour garde dans un établissement de santé et cure fermée (Art. 13 de la Loi sur la protection du malade mental ; Art. 30 C.c.Q., Arts. 773 et 778 ss. Code de procédure civile) ;

Requête pour garde dans un établissement de santé et cure fermée (Art. 13 de la Loi sur la protection du malade mental ; Art. 30 C.c.Q. ; Arts. 773 et 778 ss. Code de procédure civile) ;

Requête pour examen clinique psychiatrique (arts. 27, 28 et 29 C.c.Q. ; Art. 13 Loi sur la protection du malade mental ; et arts. 763, 773, 778 et ss. Code de procédure civile).

Tous ces formulaires font penser à la lettre de cachet de l'Ancien Régime qui, souvent sous le simple témoignage ou la délation de proches, autorisait la mise à l'écart d'un individu déraisonnable, libertin, dépensier, ivrogne, etc. (Foucault, 1982).

Jusqu'à un certain point, les deux discours, les disciplines médicale et judiciaire, comme les deux rivaux dans une tragédie, se rejoignent et sont interchangeables. Le passage et le retour ininterrompu d'une institution à l'autre sont si instantanés qu'il sont à peine perceptibles. Or, l'institution judiciaire a pour fonction d'indiquer les limites et les conséquences de leur transgression et, conséquemment, les conditions de l'exclusion. En tant qu'institution, son but est également de fournir des représentations communes pour ensuite donner un « statut aux relations de la partie et de l'ensemble, lier les états non intégrés, proposer des objets de pensée sur le passé, le présent et l'avenir ; indiquer les limites et les transgressions, assurer l'identité » (Kaës *et al.*, 1988). La dangerosité donne ainsi naissance à l'institution psychiatrie-justice qui légitimise et légalise l'exclusion et la mise sous garde forcée.

D'un côté, un droit particulier s'applique dès que l'individu est déclaré malade mental. Il perd alors son statut de citoyen à part entière. Ce n'est d'ailleurs qu'en 1988, « que la Cour reconnaît le droit de vote aux personnes internées pour cause de maladie mentale » (Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992, *op. cit.*, p. 15). Par contre, aux élections municipales de 1998 à Montréal, des recenseurs ne prenaient pas toujours la peine de se présenter dans des habitations connues pour être des lieux d'hébergement de personnes dites malades mentales.

D'un autre côté, les peurs et les préjugés conditionnent toujours le comportement récalcitrant de la collectivité appelée à intégrer ceux qui sont désinstitutionnalisés (Braden Johnson, 1990). Encore, les discriminations forment un mur infranchissable qui maintient le malade en dehors, suspendu dans le vide de l'exclusion. Le statut de marginal (Pelletier, 1986) de l'ex-patient devient sa façon d'obtenir un statut autre que celui de malade. Tellement confiné à l'intérieur du foyer familial, le « malade » est déjà interné, exclu, extériorisé de la société qu'il ne fréquente plus.

Pourtant, en tant que victime sacrificielle, le reclus est au cœur du système. En effet, « le rituel a pour fonction de « purifier » la violence, c'est-à-dire de la « tromper » et de la dissiper sur des victimes qui ne risquent pas d'être vengées » (Girard, 1972, *op. cit.*, p. 59). Il s'agit d'une prophylaxie avant la lettre qui correspond à la peur de la propagation épidémique, de

proche en proche, de la violence se déchaînant indistinctement. Grâce au rituel, on cherche à se prémunir d'une telle violence qui risque de conduire à l'extinction mutuelle des membres d'une collectivité. Ainsi, Érasme a-t-il pu écrire, 500 ans avant nous, que les fous sont ceux qui «font le lien de la société» (Érasme, *Éloge de la folie*, p. 39).

Le choix de la victime émissaire est toujours arbitraire et cet arbitraire est particulièrement insoutenable à celui qui éprouve des difficultés à distinguer le propre du figuré, le réel du métaphorique (le *double bind* de Bateson). C'est justement cet individu que l'on considère comme privé de raison et, donc, de liberté. On dit alors qu'il en est aliéné et on l'en prive en l'internant. Pour les héritiers des Lumières que nous sommes, il n'y a en effet pas de liberté sans raison.

La folie fait peur (Hochmann, 1981) et le stéréotype qui associe maladie mentale et dangerosité est tenace. Angermeyer, Cooper et Link s'entendent avec d'autres auteurs pour dire que ce stéréotype s'est renforcé au cours des 50 dernières années, au cinéma, à la télévision et dans la presse à sensations. De plus, les façons dont sont présentées la schizophrénie ou la maniaco-dépression par exemple, «*tend to arouse anxiety in the general public and are a prime reason for the wish to segregate persons who manifest them*» (Angermeyer, Cooper et Link, 1998, p. 1). Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que l'ampleur réelle du danger soit toujours moindre que celle qui est anticipée, «*the differences are never so dramatic as they are generally believed to be; indeed they are in general smaller than those found in relation to, for example, age group, gender or ethnicity*» (*idem*, p. 1). Il faut également tenir compte du statut social, comme le mentionnent Millaud et Gendron (1999). Le célibat augmente le risque de violence, tandis que les ruptures conjugales élèvent le risque de suicide chez les hommes (Tousignant, 2000). D'ailleurs, «à tous les âges de la vie, les hommes se suicident beaucoup plus que les femmes» (Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998b, p. 108). Le suicide étant une forme extrême de violence perpétrée contre soi, on voit bien ici que le risque a un sexe plutôt qu'un diagnostic.

Bruce Link cerne un ensemble particulier de troubles psychotiques susceptibles de conduire à la violence. Il s'agit du «*so-called threat/control-override symptoms*» (Link et Stueve, 1998). On suggère ici que l'accès de violence ne sera pas produit par la maladie, mais qu'il en sera constituant, qu'il produira la maladie. De plus, d'autres (Rutter, 1989, cité par Angermeyer *et al.*, *op. cit.*) ont souligné que l'on peut prédire une certaine criminalité dès lors qu'on remarque chez un enfant une histoire familiale marquée d'abus physiques et sexuels. Ici, la violence est plutôt l'une des causes de la maladie qu'un de ses effets. Reprenant Estroff *et al.* (*op. cit.*, 1994), Angermeyer *et al.* constatent que plus de la moitié des victimes de violence

de la part d'un malade mental sont les membres de sa famille, « *and the mothers of patients who live in the same households with them appear to be especially at risk* » (Angermeyer, Cooper et Link, *op. cit.*, p. 3). La violence est un phénomène de réciprocité, c'est-à-dire qu'elle doit être replacée dans son contexte. Ce n'est pas la maladie en soi qui débouche sur l'acte violent, mais la façon dont la maladie se répercute au niveau des relations sociales. En fait, le manque de support et de cohésion sociale aggravent la maladie responsable de l'isolement social. Or, qui dit anomie dit suicide, comme le savent les lecteurs de Durkheim.

En tant que paradigme, la judiciarisation est celle du mécanisme du bouc émissaire. Elle est celle de la civilisation se désacralisant, se laïcisant. Elle est aussi celle, légaliste, du cloisonnement administratif et scientifique. Or, le discours psychiatrique et gouvernemental repose sur le postulat que le malade ne peut émettre un discours sur sa maladie, que seul le psychiatre ou le juge peut le faire, car le fou est aliéné, entre autres, mais surtout, de sa raison discursive. Il doit l'admettre, s'il veut guérir. Il doit en faire l'aveu, s'il aspire à être « normalisé ».

Aujourd'hui, si le « dangereux » n'avoue pas, c'est-à-dire s'il ne consent pas à faire l'objet d'un traitement hospitalier, s'il n'en reconnaît pas la pertinence, c'est alors que le judiciaire entre en scène. Celui-ci prend le relais du *savoir* psychiatrique, qui n'a pu extirper l'aveu. Il se sert de son *pouvoir* d'incarcération pour substituer le jugement au consentement refusé, soit à l'aveu qu'on a pu obtenir. C'est ainsi que sont entremêlés savoir médical et pouvoir juridique, et c'est ainsi que le malade mental ne peut être libre parce qu'il ne sait ne pas l'être.

LA PSYCHOTOPSIE THÉRAPEUTIQUE

L'originalité de la théorie de la réclusion, répétons-le, provient de sa capacité à rendre compte, en tant que seul et même phénomène, de deux enjeux qui auparavant n'étaient appréciés que distinctement. La réclusion, c'est l'addition de l'exclusion sociale, plus ou moins volontaire du malade mental, et de l'inclusion, recherchée par divers programmes gouvernementaux, comme le programme d'Insertion sociale (INSO) dont les chroniqueurs du journal *Le Ruisseau* font partie.

Au fil des pages consacrées à la judiciarisation, nous prenions soin de définir ce terme en tant que paradigme de portée générale et non seulement comme le cheminement par lequel un individu, avant d'obtenir des soins psychiatriques, est traduit devant un juge. Nous faisons aussi ressortir les origines religieuses du pouvoir et de la thérapie psychiatrique, ainsi que sa vocation moralisatrice et normalisatrice. Maintenant, il importe de placer sur un pied d'égalité la psychiatrie et ce qui se présente comme son contraire, l'antipsychiatrie. Nous verrons que la conception dite antipsychiatrique, qui inspire le mouvement communautaire, ne réussit pas à surmonter les écueils qu'il décèle dans l'ancien modèle typiquement médical. Tout comme il fallait mettre à égalité la réaction sociale et l'action gouvernementale, nous en viendrons aussi à parler du discours psychiatrique/antipsychiatrique comme se côtoyant en parfaite complémentarité.

5.1. LE DISCOURS PSYCHIATRIQUE-ANTIPSYCHIATRIQUE

L'antipsychiatrie est depuis longtemps à l'étude dans les facultés de médecine. Ce corpus se fonde sur diverses théories sociofamiliales de la schizophrénie, théories qui permettent de réintégrer la personne par rapport

à un tout sociofamilial. Cette réhabilitation implique une revalorisation du statut du malade parce qu'il n'est plus le seul vecteur de la problématique. Les propos de celui-ci prennent alors valeur de critique sociale et les plus romantiques révolutionnaires y voient même du génie (Delacampagne, *op. cit.*).

Certes, les tenants les plus fermes du modèle médical reconnaissent que « les études psychosociologiques sur la famille ont eu l'avantage de porter le regard au-delà du sujet malade, ce qui s'est montré d'un puissant intérêt pour le soigner » (Ey, 1989, *op. cit.*, p. 501). Cependant, ils craignent « que la réduction psychosociologique de la psychose évacue la plus grande part de son contenu vivant, douloureux et tragique » (*idem*, p. 502). Ainsi, pour eux, ce qu'il y a de véritablement tragique se rapporte à la dimension biologique de ladite maladie. Or, lorsqu'on consulte ce que les patients expriment sur leur situation, on relève des préoccupations davantage spirituelles que médicales, ce que peut expliquer la théorie de la réclusion, et non le modèle médical, en tant qu'économie des transferts d'être et de prestige.

Quant à elle, l'antipsychiatrie se berce d'une certaine utopie en ignorant que toute relation d'intervention en est une de pouvoir, même lorsque cette relation se veut non médicale. Depuis Erving Goffman (Goffman, 1968, *op. cit.*), nous savons en effet qu'il y a des relations de pouvoir et d'influence même à l'intérieur d'un groupe composé à 100 % de patients. Il est illusoire de penser qu'un organisme exclusivement dirigé par ces personnes est nécessairement plus démocratique dans son fonctionnement. Cette prétention est insidieuse parce qu'elle ne favorise pas la compréhension. De prétendre s'impliquer par altruisme fait qu'on ne s'interroge pas sur l'influence ou le pouvoir qu'on exerce, d'où les possibles dérapages.

Le problème de la représentation demeure entier : comment le « malade » peut-il faire valoir son point de vue ? Par ailleurs, la critique que se veut l'antipsychiatrie n'a pas échappé à la psychiatrie. Cette dernière a su s'adapter et intégrer, voire récupérer quelques-uns des principes du modèle alternatif. C'est pourquoi il convient d'unir ces deux discours, qu'on a de prime abord tendance à opposer.

Dans un manuel de psychiatrie clinique, on reconnaît cinq grands modèles d'analyse de la psychose schizophrénique. Chaque modèle mériterait d'être considéré en complémentarité avec un autre, mais « chacun des tenants défendant en priorité son approche personnelle » (Lalonde *et al.*, 1981, *op. cit.*, p. 265) ; la synthèse est difficile.

1. Le modèle génétique considère qu'il y a « une transmission héréditaire favorisant la concordance de la schizophrénie », chez les jumeaux ou chez les enfants biologiques plutôt qu'adoptifs.

2. Le modèle biologique examine le métabolisme et explique l'effet des neuroleptiques sur les symptômes psychotiques comme une action biologique « autre que purement sédatif ».
3. Le modèle psychodynamique et psychanalytique donne « sens aux symptômes à partir de concepts et de théories expliquant la dynamique psychique personnelle du patient ».
4. Le modèle familial, quant à lui, « place le schizophrène dans un réseau d'interactions pathogènes avec sa famille ».
5. Finalement, le modèle sociologique « constate que les schizophrènes se retrouvent surtout dans l'anomie des centres, dans les secteurs défavorisés » (Lalonde *et al.*, 1981, *op. cit.*, p. 265).

L'antipsychiatrie se rattache au modèle sociologique, mais elle se subdivise à son tour. En effet, Cyrille Koupernik (Koupernik, *op. cit.*, p. 13-15) propose trois types d'antipsychiatrie.

- a) Thomas Szasz, d'une part, déconstruit le mythe de la maladie mentale comme terminologie visant à masquer une domination.
- b) Cooper, Laing et Esterson, Bateson et collaborateurs, d'autre part, établissent que la maladie mentale est un problème de (méta)communication relevant de la dynamique entre l'individu qui en souffre et son entourage. Cette communication est paradoxale et est connue comme le phénomène du *double bind* dont nous pourrions dire qu'il s'agit d'un double langage.
- c) Quant à elle, l'approche de Franco Basaglia est politique et révolutionnaire. Son terme consiste à abattre la société bourgeoise à la source du problème, lequel est analysé sous l'angle de la domination capitaliste à qui l'on doit l'individualisme.

L'école de Palo Alto s'est fait remarquer en étudiant strictement le mouvement des communications, le « comment-ça-se-passe » dans la vie relationnelle. Les structures du langage au milieu desquelles et par lesquelles le schizophrène se développe sont ici essentielles. Cette « phénoménologie de l'existence du schizophrène dans son milieu et surtout dans sa famille » (Ey, 1989, *op. cit.*, p. 498), selon le professeur Ey, est d'inspiration sartrienne. Laing, reprenant les travaux de Bateson et de l'école de Palo Alto, se réfère aussi à Sartre et à son existentialisme. L'originalité de Laing consiste ainsi « à replacer le malade dans son milieu global, car la Société intervient dans le phénomène du rejet dont le malade et sa famille sont finalement les victimes » (Ey, 1989, *op. cit.*, p. 500). Pour notre compréhension, il nous importe d'insister sur le double langage, de voir comment il s'applique et jusqu'où il peut se répercuter.

5.2. LE DOUBLE LANGAGE

Le double langage est une communication considérée comme paradoxale parce qu'il se déploie à au moins deux niveaux qui souvent se contredisent. Nombreux sont ceux qui ne peuvent le soutenir ou qui y voient du mensonge. En effet, les théoriciens de la communication ont déterminé que le discours n'est pas que verbal ou littéraire. Il se lit aussi, et peut-être surtout, dans le langage dit non verbal. Il ne faut pas restreindre son sens aux seuls mouvements corporels connus sous le nom de kinesthésie. Selon les précurseurs de la théorie de la communication, il faut considérer posture, gestuelle, mimique, inflexions de la voix, rythme et intonation des mots, « et toute autre manifestation non verbale dont est susceptible l'organisme, ainsi que les indices ayant valeur de communication » (Watzlawick, 1972, p. 60). Ce sont ces épiphénomènes, parfois difficiles à cerner, qui meublent le théâtre de l'interaction (Winkin, 1988), et c'est à ce niveau que le véritable partage des pouvoirs se joue ou ne se joue pas. Ce n'est pas parce que les règlements généraux d'un organisme prévoient l'accueil majoritaire de membres-usagers sur son conseil d'administration que la posture, la gestuelle ou l'inflexion de la voix de ses membres influents favorisent l'expression. Il y a, d'une part, le discours officiel qui est consigné dans les procès-verbaux. D'autre part, il y a l'influence, voire la domination, qui s'exerce de manière non verbale et que le secrétaire de la corporation n'a pas à transcrire dans le procès-verbal de la réunion.

À un autre niveau, l'antipsychiatrie de Cooper, sans être « révolutionnaire », s'associe à la contre-culture antibourgeoise, car elle se fait critique de la famille monogamique et patriarcale. Dans ce contexte, l'affection platonique qui maquille la communication paradoxale n'est qu'une ruse de la raison autoritaire, « tout comme la participation n'est que la ruse du pouvoir répressif » (Delacampagne, *op. cit.*, p. 90). Cooper fut l'un des premiers à opter radicalement pour une psychogenèse, mettant en lumière le déséquilibre d'une cellule familiale dans son ensemble plutôt que seulement celui de l'individu. Selon lui, la maladie du schizophrène découle d'une perturbation de la logique qui prédomine autour de lui, tandis qu'il éprouve le sentiment de ne pas se faire entendre. Le patient cherche à rendre intelligible ce qui survient entre lui et les autres, mais « les seules voies par lesquelles il puisse y parvenir ont malheureusement au préalable été décrétées « illusoires » par le reste de la société » (Cooper, 1970, *op. cit.*, p. 24), et la famille au premier chef. Notre réinterprétation consiste à établir qu'elles sont illusoires parce que symboliques. C'est alors que, à la lumière du symbole, elles deviennent intelligibles.

Bateson et l'école de Palo Alto systématisent cette approche en précisant que la famille est le premier agent d'exercice de cette communication paradoxale. Cependant, leur modèle déçoit parce qu'ils annoncent une dimension

clinique qu'ils ne développent pas réellement (Koupernik, *op. cit.*). « *Communication analysis has championed the existence of innate processes which influence communication, but it is limited by the lack of empirical research* » (Bradley, Biedermann, 1985). Watzlawick *et al.*, disciples de Bateson, avouent le caractère approximatif de leurs propositions. Il leur semble en effet que c'est au niveau de l'expérience « mystique », que se produit le changement thérapeutique, « changement dont, après une thérapie réussie, on ne peut dire ni comment ni pourquoi, il s'est produit, et en quoi finalement il consiste » (Watzlawick, *op. cit.*, p. 271). Nous reviendrons sur cette dimension lorsque nous proposerons un mode d'intervention reposant sur le maniement des technologies de l'information et des communications (TIC). Pour nous, l'Internet se présentera alors comme une porte de sortie, une occasion de se réapproprier et d'initier la communication.

C'est en 1950 que le groupe de chercheurs connu comme l'école de Palo Alto a commencé à étudier le mode de communication pathologique qui existait dans les familles de schizophrènes. En 1956, ils ont publié le résultat de leur étude : « Le paradoxe est un modèle de communication qui mène à la double contrainte » (double langage n'offrant aucune issue). C'est cette situation qu'ils trouvèrent dans les familles de schizophrènes sans conclure cependant qu'il s'agissait d'une causalité linéaire vers la maladie mentale.

Le paradoxe est un message qui, en même temps, nie ce qu'il affirme et affirme ce qu'il nie. Par exemple, l'injonction *sois spontané* est un paradoxe. On ne peut être spontané sur commande, et le destinataire d'un tel message est coincé. La double contrainte est une injonction paradoxale tant au niveau cognitif qu'affectif, car aucune réponse n'est possible. Dans ce type de relation, il est impossible de faire le bon choix.

Plusieurs conditions doivent être réunies durant une longue période de temps pour que la double contrainte puisse exister :

- 1) Il faudrait que deux personnes vivent ensemble et que l'une d'elle soit désignée comme « la victime ».
- 2) L'expérience des injonctions paradoxales ou des doubles contraintes devrait être renforcée par leur récurrence.
- 3) Une injonction négative première doit être présente. Soit que l'on dise à la victime « ne fais pas ceci ou cela, sinon je te punirai » ou bien « si tu ne fais pas ceci ou cela, je te punirai ».
- 4) Il faut qu'il y ait une deuxième injonction qui contredise la première mais de façon très subtile et, comme la première, elle est renforcée par des signaux de punitions menaçants. Cette deuxième injonction est habituellement communiquée de façon non verbale.

- 5) Une troisième injonction négative est imposée. Elle interdit à la victime de fuir ou de rompre la communication et la relation pathologique, l'empêchant ainsi de sortir de la double contrainte imposée par les deux injonctions contradictoires précédentes.

Pour résumer, disons que la communication paradoxale est un message structuré de manière telle que :

- a) il affirme quelque chose,
- b) il affirme quelque chose sur sa propre affirmation,
- c) ces deux affirmations s'excluent.

Par exemple, une mère s'attend à une marque d'affection de la part de son enfant d'abord hésitant. Elle le lui reproche. Ensuite, l'enfant montre de l'affection mais la mère retient l'épanchement en enjoignant son enfant de se contrôler.

Le destinataire du message paradoxal est mis dans l'impossibilité de sortir du cadre fixé par ce message, qu'il ne peut critiquer ou éviter. Si, logiquement, le message est dénué de sens, il possède néanmoins une réalité pragmatique qui fait qu'on « ne peut pas ne pas y répondre, mais on ne peut pas non plus y réagir de manière adéquate (c'est-à-dire non paradoxale) puisque le message lui-même est paradoxal » (Watzlawick, *op. cit.*, p. 213). D'où l'incongruité, l'étrangeté d'une conduite réellement paradoxale, la bizarrerie qui fait qu'on parle de déraison, de psychose et de schizophrénie.

5.3. LA DÉMOCRATIE COMMUNAUTAIRE

Si la démarche privée reproduit la domination du Père symbolique, autoritaire, infantilisant, et reproduit la structure de la famille bourgeoise, il peut en être de même au sein des associations. Le « familialisme » guette le groupe d'entraide communautaire préconisé par une certaine antipsychiatrie idéaliste. Psychiatrique ou antipsychiatrique, l'accompagnement thérapeutique, explicite ou implicite, ne fait que reproduire le paternalisme, le Père symbolique sous une autre forme (Delacampagne, *op. cit.*). D'ailleurs, selon Jervis, « révolutionnaire » comme Basaglia, le risque est réel de sombrer dans une espèce d'idéalisation. Certes, la spontanéité informelle du groupe communautaire peut faciliter certains rapports, mais si elle est érigée en système elle peut « produire des formes dégradées de paternalisme charitable et d'assistance sociale ; ou bien elle retombe dans les manières et les techniques de la psychiatrie » (Jervis, 1977, p. 32).

L'antipsychiatrie voulait libérer la folie de l'individualisme bourgeois, mais elle débouche sur une sorte de collectivisme qui ferme les yeux sur le pouvoir que véhicule tout intervenant, ne serait-ce que parce qu'il sert de

modèle de normalité (Besançon, 1982). Cooper innovait peut-être en conviant en thérapie l'ensemble d'une famille plutôt que seulement le « malade », mais c'est encore derrière des portes closes que se déroule la pratique thérapeutique à l'abri des regards critiques. Il n'est donc pas étonnant que certains, comme Jervis, considèrent le problème comme étant politique. Sa résolution passe alors par le renversement révolutionnaire de l'ordre bourgeois et individualiste. Il faut alors se méfier de l'image d'une psychiatrie adoucie au contact de l'antipsychiatrie non oppressive, libératrice, anticonformiste et humaine, dit-il. « À l'approche rude et autoritaire des psychiatres d'hier se substitue l'intervention, bien plus diffuse, capillaire et indolore » (Jervis, *op. cit.*, p. 23). De sorte que les alternatives se disent plus humaines, moins brutales que l'institution, mais « la vieille psychiatrie n'a jamais été dépassée » (*idem*, p. 26).

La participation des organismes communautaires aux instances gouvernementales soulève des problèmes théoriques parce que cette participation confère une légitimité au système dénoncé. Comme nous l'avons vu lors de notre psychotopsie politique, il y a eu tout un débat sur la participation au « tripartisme ». D'une part, avec la « psychiatrie dans le territoire », le réformisme ouvre la voie au « familialisme ». L'un des risques d'une telle situation découle de « la domination ou le contrôle excessif que certaines personnes viennent à exercer sur le groupe, souvent malgré leurs bonnes intentions initiales » (Romeder, 1989, p. 132). Ce risque de domination peut simplement découler du fait d'en vouloir trop, trop vite. Au niveau de l'interaction, l'exercice de la démocratie communautaire par des professionnels du communautaire peut à son tour s'avérer intimidant pour les usagers ayant des sièges sur un conseil d'administration, par exemple. « C'est pour éviter de tels risques que nombre de groupes d'entraide se sont donnés des règles qui limitent la durée d'éligibilité des membres aux postes de responsabilité de l'organisation » (*idem*, p. 133).

Les ressources dites alternatives étaient sévères quant à leur appréciation de la dynamique du tripartisme, du plan de services individualisés (PSI) et des plans régionaux d'organisation des services (PROS). Ces diverses réalisations de la Politique de santé mentale étaient vues comme instruments de gouvernementalisation. « On a fini par comprendre que la présence d'intervenants pouvait nuire à ce « par et pour » de par leur pouvoir dans la parole, le pouvoir des grands mots » (Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 1994, p. 42). Mais ce que le Regroupement des ressources alternatives observe chez les uns, il ne le voit pas chez lui, quoiqu'il sente le besoin de se défendre d'être une instance corporatiste (Gagné, 1996). Les organismes communautaires reconnus par la Régie régionale se concertent entre eux, au niveau régional. À Montréal, le Regroupement alternatif et communautaire des organismes (RACOR) en santé

mentale assume ce rôle. Il se constitue de représentants provenant des six sous-régions métropolitaines, eux-mêmes choisis parmi les représentants d'organismes œuvrant dans le domaine. Le RACOR représente, auprès de la Régie, un regroupement de représentants. Inversement, le RACOR représente, peut-être malgré lui, la Régie, lorsqu'il siège aux tables de concertation et négocie les protocoles de financement, par exemple.

De plus, ne devient pas organisme communautaire qui veut. Pour ce faire et être subventionné, il faut répondre aux critères du Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) des régies régionales. L'un de ces critères stipule que le conseil d'administration est majoritairement composé de membres usagers. Dans notre cas, il s'agit de patients ou d'ex-patients psychiatriques. Or, répétons-le, même à 100 % de représentativité, des influences se font sentir. Cependant, elles ne figurent pas dans les procès-verbaux des réunions de conseils d'administration. La représentativité de tels documents (rapports annuels, procès-verbaux, résolutions, etc.) n'est pas nécessairement proportionnelle au nombre de sièges réservés. Ce type de document n'est pas vraiment instructif. Il faut y être pour voir s'exercer l'intimidation d'un fort sur un faible, parce que celle-ci ne se lit pas dans les rapports. En effet, dans le feu de l'interaction, la domination de l'un peut s'exercer de façon muette. Cela ne s'entend pas, ni même sur les enregistrements qui sont faits pour fin de transcription par exemple, aussi intégrale soit-elle. D'ailleurs, les enregistrements seulement oraux entraînent une simplification considérable du matériel. Ils ne transmettent « guère que le contenu lexicographique et sont dépouillés d'une bonne part du matériel » (Watzlawick, *op. cit.*, p. 71). Il conviendrait plutôt de regarder une bande vidéo. La nature de la relation, qui dépend de « la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires » (*idem*, p. 57), devient alors visible aux yeux d'un tiers pris à témoin. La domination non verbale se révèle et l'analyse de l'interaction permet la prise de conscience de la ponctuation paradoxale, s'il y a lieu. Or, les réunions de conseil d'administration ne sont pas filmées. Ici, on peut mentionner avoir été témoin de l'intimidation exercée par la direction d'un organisme dit communautaire sur un membre utilisateur de son conseil d'administration, mais la preuve n'est pas disponible.

Cooper et Laing considèrent eux aussi le tiers pris à témoin comme indispensable, car c'est lui « qui unifie la dyade à travers la médiation » (Cooper et Laing, *op. cit.*, p. 122). C'est lui qui peut voir que les comportements sont liés, dès lors qu'ils sont remis dans la perspective d'une communication paradoxale. Sans lui, la communication demeure incompréhensible. C'est donc la présence du tiers qui rend patente une domination cachée. Pour comprendre son rôle, nous dirons qu'il est le signe d'égalité qui permet de voir que deux variables font partie d'une même équation. Nous dirions aussi qu'il est le sommet d'une pyramide. En haut lieu, au sens propre comme au

figuré, la triangulation fait qu'on peut voir les choses dans leur perspective. Un simple exemple : on voit quelqu'un parler seul près d'un mur. On se dit qu'il doit souffrir de problèmes psychiatriques, jusqu'au moment où on s'aperçoit qu'il y avait quelqu'un qui répondait de l'autre côté du mur, une fois qu'on s'est déplacé pour le voir.

Ainsi, quant à nous, nous portons notre analyse sur des textes ou des communications formulées pour un tiers situé hors de la dyade thérapeutique, soit le public. Il s'agira d'œuvres d'art (celles de Martin Fortier), de témoignages rédigés pour être lus dans un journal (*Le Ruisseau*) ou de communications enregistrées pour être diffusées à la télévision (*Folie Douce*) en plus de certains livres canoniques transcrits il y a plusieurs siècles.

Notre démarche consiste à prendre conscience du caractère sacrificiel de l'exclusion pour cause de maladie mentale. On pourra donc en dire qu'il s'agit d'une recherche conscientisante. Or, toute recherche conscientisante part des problèmes que vivent des groupes déjà constitués, problèmes identifiés et expliqués spontanément par eux. Elle souhaite « déboucher sur des actions collectives de transformation des structures et des mentalités » (Humbert, 1987, p. 92). Faisant de l'internement psychiatrique un dispositif de réclusion sacrificielle, la recherche vérifie, au niveau du vécu, si le fait de prendre conscience de son état de reclus libère sa souffrance en y donnant un sens, une valeur d'être.

5.4. LA MICROPRATIQUE DE L'INTERACTION

L'interaction est l'environnement dans lequel au moins deux individus sont physiquement à la portée de leur réponse mutuelle. C'est dans ce processus de rencontre « que le tri tranquille peut avoir lieu, celui-là même qui [...] assure la reproduction de la structure sociale » (Drew et Wooton, 1988, p. 207). Lors du face à face de la consultation privée, la domination du psychiatre sur le malade se perpétue et y trouve une légitimité soi-disant thérapeutique. Le pouvoir, que s'octroie le thérapeute en tant que figure du Père symbolique, moralisateur et autoritaire, est notamment celui du contrôle du discours, de l'effusion discursive non verbale. Ici, l'observation porte sur la manière dont se forment les règles du jeu, soient les normes. Celles-ci, une fois constituées, donnent au groupe une consistance et une autorité. Pour les individus, la constitution du groupe et l'élaboration de ses normes sont inséparables de l'apprentissage de leurs rôles; la dynamique du groupe et la prise de rôle sont les deux faces d'un même processus.

Chez Bateson, la psychose est une tentative pour fuir la double contrainte qui est aussi double langage; pour Cooper, elle est un compromis entre le meurtre et le suicide. Celui qui joue le rôle de schizophrène

(Yelle, 1988) cherche à fixer sur lui une attention autre que celle qui sert à imposer, par la disposition de l'interaction, le comportement qu'on attend de lui.

Si on étudie isolément un individu qui manifeste des comportements considérés comme psychopathologiques, la recherche portera sur la nature de cet état. Par contre, si on inclut dans cette recherche les effets du comportement sur autrui, de même que les réactions d'autrui à ce comportement et le contexte où tout ceci se déroule, alors « l'accent se déplace de la monade artificiellement isolée à la relation qui existe entre les différentes parties d'un système plus vaste » (Watzlawick, *op. cit.*, p. 15).

Or, les pratiques sociales courantes sont des événements comportementaux observables empiriquement. Les dispositions corporelles les plus discrètes et parfois difficilement perceptibles constituent en fait le substrat même de la vie sociale. C'est la succession de ces événements comportementaux qui intéresse l'analyste de l'interaction. En complémentarité de l'analyse de la communication verbale, le choix des vêtements, la prise de cigarettes, la démarche ou la façon de manger seront autant d'éléments, parmi plusieurs autres, qu'il importera d'étudier. Selon cette conception, tout comportement, et pas seulement le discours, est communication, et toute communication affecte le comportement. L'émission de télévision *Folie Douce* fournit un matériel où l'on peut constater, à l'œil, cette dynamique, et c'est ce que nous ferons un peu plus loin.

La conscientisation que nous voulons amorcer ne prendra pas la forme d'un militantisme revendicateur. « Traditionnellement, l'action politique en santé comporte deux volets : la législation concernant la santé ; la pression politique, c'est-à-dire la représentation ou le lobbying, aussi appelée *health advocacy* » (Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux 1988d, p. 35). Cependant, avec Michel Foucault, les relations de pouvoir s'enracinent dans l'ensemble du réseau social. Pour l'instant, c'est la façon dont les micropouvoirs s'exercent qui nous intéresse et l'ordre de l'interaction qui les véhicule. S'il s'agit d'étendre la théorie des communications en faisant sortir la réclusion du cadre de la thérapie, qu'elle soit individuelle ou collective, il faut attirer le regard de tiers pour qu'ils en soient témoins. Dans ce contexte, l'action vise à rendre public le discours que la folie tient sur elle-même et qu'elle élabore par et pour elle-même. Comme on l'a dit plus haut, l'incorporation en organisme communautaire au sens de la Loi sur la santé et les services sociaux n'est pas une garantie d'authenticité.

Nous allons maintenant voir qu'au niveau de l'observation clinique, malgré lui, le modèle médical objectif ne peut s'empêcher d'apprécier la subjectivité des patients qui lui sont confiés. Le prétexte est celui de la dyskinesie tardive (DT), ce syndrome qui se caractérise par un ensemble de

problèmes de mouvement, de coordination de mouvements. Il s'agit d'un enjeu très important, comme nous allons le voir, et auquel de nombreuses recherches sont consacrées. Toutefois, ces dernières semblent sur la défensive. Nous verrons que beaucoup d'argent est en cause, ce qui influence peut-être l'orientation des recherches.

Précédemment, nous tenions à situer le discours médical sur la maladie mentale dans un contexte historique. Ce faisant, nous cherchions à démystifier son aura d'objectivité, mais nous le faisons de l'extérieur de la discipline discursive examinée. Maintenant, nous voulons voir, de l'intérieur, le discours médical se reconnaître certaines faiblesses. Elles ne sont pas anodines. En tentant de formuler en termes médicaux un problème, celui de la dyskinésie qu'elle dit tardive, la médecine se bute à la subjectivité d'un enjeu qu'elle cherche à objectiver.

5.5. LA DYSKINÉSIE TARDIVE

« La dyskinésie tardive est un syndrome neurologique hyperkinétique potentiellement irréversible, de nature extra-pyramidale, associée à l'utilisation des neuroleptiques » (Lalonde *et al.* 1981, *op. cit.*, p. 735). Ces médicaments soulagent les symptômes qui s'apparentent à ceux de la maladie de Parkinson. Ces puissants composés chimiques « exacerbent ou découvrent la dyskinésie », faisant apparaître des mouvements involontaires qui impliquent souvent la bouche, les lèvres, la langue et la mâchoire. On parle alors de la dyskinésie bucco-linguo-masticatoire. Des mouvements involontaires et parfois brusques du cou, du tronc ou des membres peuvent également se développer.

Lalonde *et al.* disent de la DT qu'elle est « potentiellement irréversible ». Dans leur ouvrage, elle fait pourtant, à elle seule, l'objet de la sous-section 27.4.3. consacrée aux « réactions extrapyramidales non réversibles ». En vertu la réclusion, la dyskinésie, en tant que problème de mouvement, était déjà là, avant que les neuroleptiques n'interviennent. Selon Lalonde, ces derniers produisent de la sédation (*op. cit.*, p. 270). Nombre de substances produisent la sédation. Par exemple, la chanson dit « le bon vin m'endort... » Qu'un médicament produise de la sédation ne prouve pourtant pas la nature neuro-pharmacologique du problème de la schizophrénie. Il ne fait que prouver que certaines substances sont sédatives, comme le vin. En général, le vin produit les mêmes effets pour tout le monde : le vin est enivrant. De même, l'effet des neuroleptiques doit être le même pour tous : ils sont sédatifs. Le fait d'administrer un antipsychotique à une personne qui n'est pas connue pour être sujet à la psychose ferait-il qu'elle continuerait à ne pas être attirée par la psychose ? Les neuroleptiques ont-ils le même effet sur tous et chacun ?

Certains auteurs considèrent comme spectaculaires les effets qu'ont pu avoir les neuroleptiques sur l'enchaînement psychotique des pensées. C'est qu'ils ont remarqué qu'une telle pharmacopée permet à son utilisateur de recouvrer une suite des idées moins délirante, en ralentissant cette suite des idées pour en ramener le débit à un rythme moins effréné. Chez quelqu'un dont la pensée est conforme aux conventions, l'effet du neuroleptique ne se percevra pas, d'où le piège de sauter à la conclusion que le médicament a un effet sur la schizophrénie. Nous verrons que même chez les tenants de l'approche pharmacologique, on constate que le problème de la coordination est inhérent à la « maladie ». Dans le fond, la DT n'existe pas, surtout pas comme étant tardive.

La dyskinésie tardive est un désordre du mouvement provoqué par les neuroleptiques et fut décrite dès 1957 (Cohen et McCubbin, 1990). Il s'agit d'un sujet controversé en psychiatrie. La controverse est liée au fait que ses effets secondaires sont visibles et parfois irréversibles (Cohen, 1994). Certains auteurs en parlent comme d'une nouvelle espèce de symptôme caractérisée par des stigmates impossibles à cacher (*impossible to hide*). Le terme dyskinésie fait référence à celui de kinésie, lequel se dit d'une activité musculaire, d'un mouvement. Ce qui est tardif, c'est l'apparition des stigmates qui surgissent après une longue période d'utilisation de neuroleptiques. Pourtant, ainsi défini en termes de problème de mouvement, on doit voir que celui-ci était antérieur. La dyskinésie couvait, en latence. La rendant patente, on condamne celui qui en est victime à être vu et à se voir lui-même présentant des caractéristiques auxquelles on reconnaît la maladie mentale. La controverse vient donc du fait que les effets dits secondaires sont parfois permanents et qu'ils infligent à son utilisateur l'impossibilité de se sortir socialement de la maladie. Même s'il se rétablit psychologiquement, il restera porteur de certaines séquelles ; mouvements involontaires, tremblements, tronc désaxé.

Plusieurs auteurs mentionnés par Cohen et McCubbin doutent de l'effet thérapeutique associé aux neuroleptiques étant donné les ravages qui peuvent en découler en termes de problèmes, de symptômes extrapyramidaux. Rappelons que les symptômes de la dyskinésie tardive sont associés à certains aspects de la maladie de Parkinson qui elle-même, jadis, a été traitée comme un problème d'aliénation mentale. Cela s'explique par la peur cultivée du non-contrôle de soi-même et de son corps.

L'estimation du nombre de personnes étant ou risquant d'être victimes de la DT est rendue difficile du fait que les neuroleptiques qui provoquent les DT aident également à la masquer. L'apparition de mouvements anormaux survient, paradoxalement, lorsque les doses sont réduites ou que la prise de neuroleptiques est suspendue, soit lorsque le pronostic détermine

que le patient en a moins besoin. Il semble désormais admis que certains médecins ne réduisent pas les doses de neuroleptiques de peur que des mouvements anormaux apparaissent (Cohen et McCubbin, *op. cit.*).

D'autres auteurs, ceux-ci médicaux, parlent d'ironie: « *Ironically, although neuroleptics cause tardive dyskinesia, they will also partially suppress the symptoms. Consequently, tardive dyskinesia may first become evident when the neuroleptic is eliminated* » (Van Putten et Marder, 1987, p. 16). Lorsque le neuroleptique est réduit ou éliminé, c'est que la propension d'un patient à la psychose s'est réduite, c'est-à-dire que son état s'est en quelque sorte normalisé. Ce n'est qu'à ce moment que deviennent visibles les effets secondaires, et étant donné qu'ils sont irréversibles, le patient schizophrène, se portant mieux, n'en présente pas moins les stigmates de la maladie. S'il se pensait guéri, le patient n'a qu'à s'observer en mouvement pour comprendre que socialement il sera toujours vu comme quelqu'un de différent (comme nous le mentionnera Martin Fortier). De sorte que le patient récalcitrant n'aura d'autre choix que d'accepter son statut et de revenir se faire soigner. On en vient à la conclusion que ce qui dicte l'usage et le dosage des neuroleptiques n'est pas l'aboutissement d'un cheminement scientifique, mais celui d'une recherche de bénéfices à court terme (sédation).

Plus de 90 % des schizophrènes et des personnes diagnostiquées schizophrènes qui sont hospitalisées se voient prescrire des neuroleptiques. Si certains acceptent volontiers de prendre un neuroleptique lorsque sont pressentis un épisode psychotique et des hallucinations, d'autres, par contre, refusent catégoriquement de les prendre. D'ailleurs, le refus des réfractaires peut être considéré comme une négation de leur maladie. Ainsi, ce refus peut être précisément caractéristique d'un état mental altéré.

Certains ne prennent pas leur médicament tel que prescrit, souhaitant pouvoir s'en passer, ce qui devient parfois un problème important pour les proches. Avoir un membre de sa famille qui agit de manière incompréhensible et erratique est extrêmement difficile à accepter et à vivre. D'où la tendance pour les proches d'avoir recours aux neuroleptiques. La croyance dans le modèle médical constitue ainsi un des présupposés idéologiques de notre époque moderne, ce qui nécessairement entraîne un certain type de réponse à la DT. Pour illustrer l'emprise de cette croyance, Cohen et McCubbin citent Rose qui préconise un changement faisant en sorte que les antipsychotiques soient plus acceptables. Il prône un renforcement du modèle médical de la schizophrénie et mentionne qu'il n'y a pas de temps à perdre à en discuter. Il ne faut pas semer le doute, sinon on risque d'aggraver l'anxiété et la condition du patient. De plus, il peut être préjudiciable, pour certains médecins, d'informer le public et de donner raison aux patients qui se questionnent sur la pertinence du recours aux neuroleptiques. Et

comme il est reconnu qu'un patient trop informé des risques et des effets secondaires d'une médication pourrait ne pas accepter cette dernière, il s'ensuit qu'un certain nombre de médecins n'informent pas adéquatement le patient, et ce, de manière volontaire. Ils se disent que si le patient pouvait comprendre, il ferait de toute façon ce que le médecin lui-même pense qui doit être fait. Il s'agit donc d'un *a priori* idéologique qui, de l'intérieur du paradigme médical, n'est pas propice au questionnement.

Selon Lalonde *et al.* (1981, *op. cit.*), près du tiers (31 %) des utilisateurs de neuroleptiques seront frappés de DT. Quant à eux, Mills *et al.* mentionnent que selon les études et les populations étudiées, les taux peuvent varier, mais qu'ils sont d'au moins 20 % et ce taux augmente à mesure que de nouvelles études sont publiées. Ceci s'expliquerait par une plus grande attention portée au problème, d'une part, et, d'autre part, par le fait que la DT peut n'apparaître qu'après plusieurs années de traitement, tandis que les neuroleptiques sont relativement récents. Étant donné qu'on estime à 1 % la proportion de l'humanité victime de schizophrénie, il n'en demeure pas moins que le nombre de personnes qui risquent de développer une DT est très grand à l'échelle mondiale et nord-américaine. Rappelons que celle-ci peut causer de graves problèmes physiques, parfois douloureux, de même qu'un embarras social important. L'ampleur des sommes en jeu, notamment aux États-Unis où l'on peut être compensé pour dommages moraux, est considérable.

Weiden *et al.* relèvent l'importance de bien diagnostiquer, pour mieux la contrôler, la dyskinésie tardive. Ils ont étudié 58 patients chez qui on avait diagnostiqué des effets extrapyramidaux. (Nous décrivons à la section suivante les divers types d'effets secondaires attribués aux neuroleptiques.) On a ensuite référé ces patients à des cliniciens pour vérifier si ceux-ci, sans savoir qu'on avait observé chez ces patients de tels effets, allaient en reconnaître les symptômes. De leur échantillon, seulement 1 des 10 patients ayant été préalablement reconnus comme souffrant de dyskinésie tardive l'a été à nouveau. Des 23 cas d'akinésie, 14 ont été reconnus. Sur les 9 qui ne l'ont pas été, 3 furent plutôt considérés dépressifs (Weiden *et al.*, 1987, p. 1150), tandis que le fait de se plaindre des symptômes fut considéré comme un comportement hystérique ou psychotique (*idem*, 1151). Retenons que le tiers de ceux qui n'ont pas été reconnus furent considérés dépressifs. En fait, les auteurs parlent d'un taux alarmant de non-reconnaissance. « *The major finding of this study was a high rate of clinician non-recognition of extrapyramidal side effects* » (*idem*). Mais ils s'empressent d'ajouter que cette situation pourrait être corrigée grâce à une formation adéquate et une attention particulière accordée à ce problème. Cependant, peut-être que les médecins traitants ne souhaitent pas nécessairement « reconnaître » l'apparition de la dyskinésie tardive ou de ces variantes. Il peut en coûter cher à un médecin, ou à ses assureurs,

d'être reconnu coupable d'avoir infligé ce syndrome par négligence. On peut se demander si les cliniciens ont réellement intérêt à reconnaître le ou les syndromes chez leurs patients.

Les formes sévères d'akinésie sont moins fréquemment décelées que celles qui sont plus douces (*mild*). Ceci s'expliquerait par le fait que les patients les plus sévèrement affectés par l'akinésie se plaignent moins de ses symptômes, « *being too akinetic to complain of akathisia* ». De plus; « *severe akinesia is more likely to be misdiagnosed as depression* » (Weiden *et al.*, *op. cit.*, p. 1151). Ce ne sont donc pas seulement les effets extrapyramidaux les moins faciles à percevoir qui ne l'ont pas été, « *but unequivocal ones as well (idem, p. 1152)* ». On voit également que pour que l'akinésie soit décelée, il est préférable que le patient puisse s'en plaindre. De sorte que le syndrome se confond avec la maladie. On ne sait pas trop si l'apathie générale d'un patient, par exemple, est due au médicament ou à la maladie pour laquelle est prescrit le médicament. « *Previous anecdotal reports have noted misdiagnosis of dystonia and akathisia and difficulty in distinguishing akinesia from depression* » (*idem*, p. 1148). De plus, « *examinations of patients who had never been treated with neuroleptics revealed a background prevalence of 5 % for abnormal movements mimicking tardive dyskinesia* » (*idem*). Plusieurs des patients qui présentent des symptômes typiques du syndrome de dyskinésie tardive affichaient de tels symptômes avant le début du traitement aux neuroleptiques.

De même, à propos de l'akathisie, on s'est rendu compte que les patients chez qui on ne l'avait pas décelée ont vu leurs doses de neuroleptiques augmentées, tandis qu'elles furent réduites lorsque l'akathisie était reconnue. « *For those patients whose akathisia is misdiagnosed as agitation or psychosis, the neuroleptic dose will instead be increased* » (Weiden *et al.*, *op. cit.*, p. 1151). Par ailleurs, au cours de la même étude, on a constaté que les cliniciens, lorsqu'ils avaient reconnu les effets extrapyramidaux, plutôt que de réduire le dosage de neuroleptiques comme ils auraient dû le faire, ont plutôt augmenté la dose des médicaments (*anticholinergic prophylaxis*). Ces derniers servent alors à contrer, à diminuer les effets secondaires et à les rendre moins observables. Il en découle évidemment un faux sentiment de sécurité susceptible de compliquer davantage la situation.

Pour leur part, Van Putten et Marder ont statué « *that much of the reason for patient's dysphoria (and perhaps therapeutic non-compliance) while taking neuroleptics is attributable to the insidious symptoms of akinesia and akathisia* » (Van Putten et Marder, *op. cit.*, p. 29). Or, si l'on peut admettre que la « bougeotte » caractéristique de l'akathisie peut expliquer l'envie plus ou moins soudaine de sortir de l'hôpital, il n'en va pas de même pour l'akinésie qui se caractérise plutôt par de l'indifférence et une réduction de la mobilité. Outre le besoin de se prémunir contre d'éventuelles poursuites judiciaires, il importe de

juguler « vigoureusement » ces phénomènes pour leur caractère séditeux. La dyskinésie tardive et ses effets irréversibles peuvent mettre un médecin légalement sur la sellette, étant donné les graves séquelles qu'ils peuvent laisser.

Les thèmes de la psychose sont souvent mystiques ou très dramatiques, prenant parfois la forme de récits apocalyptiques. Ils se déroulent dans une atmosphère imaginaire et artificielle que le patient confond avec la réalité. « Ces états sont vécus tantôt dans une ambiance d'angoisse, tantôt avec une tonalité d'exaltation ébrieuse, dans une sorte d'ivresse fantasmagorique qui les apparente aux effets hallucinogènes » (Ey, 1989, *op. cit.*, p. 228). L'hallucination psychotique est en effet grisante, d'où la tentation d'y savourer un certain confort (Morsier, 1969). Nous verrons que l'espèce de sentiment de béatitude qu'elle génère s'apparente justement à celui de la prière. Nous en entendons déjà certains suggérer qu'elles concernent les mêmes parties du cerveau.

5.6. LES EFFETS RÉVERSIBLES

Parmi les réactions extrapyramidales réversibles, l'akathisie et l'akinésie font l'objet d'une analyse particulière de la part des chercheurs. Comme nous le disions, la dyskinésie tardive se caractérise par des mouvements involontaires relativement faciles à observer mais qui sont souvent irréversibles. On pense cependant que certaines réactions qui causent également la DT sont réversibles. Quant à elles, selon Lalonde, les réactions extrapyramidales réversibles se divisent en trois catégories : 1) les réactions dystoniques, 2) les réactions parkinsonniennes hyperkinétiques (akathisie et tremblements), et 3) les réactions parkinsonniennes hypokinétiques (akinésie et rigidité).

La **dystonie** consiste en une position anormale des mains, des bras, des pieds ou du tronc et peut être confondue avec le maniérisme (Lalonde, 1981, *op. cit.*, p. 729). Or, le maniérisme est mentionné, à la section 10.11.6., page 274 du même ouvrage, comme l'un des « troubles de comportement » par lesquels on peut diagnostiquer une schizophrénie, le chapitre 10 étant celui des « maladies psychiatriques ». L'**akathisie**, pour sa part, se dit de l'expression d'un « besoin de bouger et de changer de position ». Elle doit ressembler à l'agitation psychotique puisqu'on enseigne qu'elle « est à distinguer de l'anxiété ou de l'agitation psychotique » (*idem*, p. 730). De plus, le problème « peut être augmenté par l'anxiété du patient ». L'akathisie se caractérise par le besoin de bouger et de changer de position. Elle est souvent accompagnée de mouvements des mains et des jambes (taper du pied, balancer la jambe, piétiner sur place, marcher sans but précis) et cause parfois de l'insomnie.

L'**akinésie**, pour sa part, « est un symptôme qu'il est souvent très difficile de distinguer d'un état schizophrénique [ou] d'une dépression » (*idem*). Ce syndrome consiste en une diminution de la spontanéité des gestes, du débit verbal et de la conversation. Il se caractérise également par « de l'apathie et une difficulté à initier des mouvements et à s'adonner aux activités habituelles ».

Les réactions réversibles que sont la dystonie, l'akathisie et l'akinésie, à la différence de la DT, relèvent davantage d'une appréciation subjective par leur caractère d'intermittence qui fait qu'elles ne se produisent pas nécessairement en présence du clinicien, quoique la crise oculogyre peut être précipitée par le stress de l'entrevue thérapeutique. À ce moment, le médecin doit se fier à ce qu'en dit le patient, d'où le caractère « subjectif » de cette appréciation, d'autant que le patient évoque alors des impressions, comme celle d'anxiété, de malaise émotif, de tension interne (*inner tension*), d'impatience ou d'irritabilité. C'est pourquoi Van Putten et Marder écrivent : « *distinction between akathisia and psychotic excitement may be impossible* » [...] « *subjective akathisia* » cannot always be reliably differentiated from subtler psychotic excitement » (Van Putten et Marder, *op. cit.*, p. 13).

Ces effets sont donc difficiles à repérer parce que les réactions qu'on attribue aux médicaments ressemblent aux actions, aux comportements qui sont souvent caractéristiques de la maladie elle-même, comme on l'a vu dans chacun des cas de dystonie, d'akathisie et d'akinésie. Les effets secondaires dits réversibles peuvent tous être traités par le clinicien en tant que caractéristiques d'une maladie schizophrénique plutôt qu'en tant que symptômes annonciateurs de la DT.

Il est difficile de distinguer l'akinésie de l'apathie caractéristique de certains états schizophréniques. « *The patient talks less of psychotic material, but he talks less of everything; he is less bothered by his hallucinations, but he is less bothered by everything else* » (Van Putten et Marder, *op. cit.*, p. 15). Un peu plus loin, ces mêmes chercheurs, à la lumière de leurs propres recherches ou de celles qu'ils ont consultées, constatent que ceux qui ont développé une akinésie à la suite d'un traitement aux neuroleptiques sont devenus moins psychotiques (*less psychotic*), mais qu'ils sont devenus plus dépressifs. « *should be done to minimize akinesia because it is socially disabling* » (*idem*, p. 16), écrivent-ils.

Tandis qu'une personne peut être internée contre son gré dès lors qu'elle se révèle dangereuse pour elle-même ou pour autrui, dans les cas les plus extrêmes, « *akathisia is thought to have triggered (or caused) suicidal and even homicidal behavior* » (Van Putten et Marder, *op. cit.*, p. 14). Ce n'est pas rien. Tout ceci nous porte à croire que le traitement aux neuroleptiques inflige parfois des stigmates plus difficiles à supporter que les symptômes de la maladie pour laquelle le patient était traité à l'origine. Van Putten et Marder

se désolent d'ailleurs du fait que les patients faisant partie de leurs échantillons et qui éprouvent les plus sévères formes d'akathisie se retirent plus « spontanément » des recherches en cours. « *These dropouts talked only about leaving the hospital, and we believe this ideation to be a manifestation of akathisia* », écrivent-ils (*idem*, p. 17). De sorte que « *problem with further research into akinesia and akhatisia is our inability to measure these disorders exactly* » (*idem*, p. 18). À cette fin d'exactitude, ils entendent équiper leur laboratoire d'appareils électroniques permettant de mesurer les symptômes extrapyramidaux, un peu comme un sismographe détermine l'amplitude des tremblements de terre.

Gardos *et al.* (1987) décrivent 19 patients victimes de dyskinésie tardive dite sévère. Qu'est-ce qu'une dyskinésie tardive sévère ? Des grilles existent, comme l'Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS), qui peuvent mesurer le niveau observable de dyskinésie. Elles ne permettent cependant pas d'apprécier si, et dans quelle mesure, la DT entraîne des complications en termes de qualité de vie (Bell, 1993).

D'autres instruments portent sur cet aspect de nature plus subjective parce que les antipsychotiques « *might interfere with social functioning* » (Diamond, 1985, p. 31). Ainsi, on pourra admettre « *as severe only those cases in which the abnormal movements are accompanied by subjective distress or impaired functioning* » (Gardos *et al.*, *op. cit.*, p. 895).

Dans le cas de monsieur « A », on a commencé à noter les signes « avant-coureurs » après six années de prise continue d'antipsychotiques. Ensuite, en l'espace d'un an, son état a progressé au point de devenir un cas très sévère (*very severe*) de dyskinésie tardive. À la suite de ces observations, sa dose de Halopéridol a été réduite. On mentionne que cela s'est fait « *without increase in movements or psychosis* » (*idem*, 1987). Ayant constaté chez ce patient une tendance à éprouver les effets secondaires de la médication qu'on souhaite dès lors réduire, on se réjouira donc d'avoir trouvé un dosage qui fasse que A n'affiche pas une augmentation des mouvements involontaires. On croit ne bénéficier que des effets typiquement antipsychotiques des neuroleptiques dont on réduit la dose. Tout semble pour le mieux, même si monsieur A sera toujours pauvre. En effet, « *he has trouble finding a paying job* » (*idem*, p. 897).

Monsieur « B », quant à lui, est un technicien en électronique de 27 ans qui, se prenant pour Jésus-Christ, a connu une première psychose à l'âge de 21 ans. Après 3 ans d'usage de neuroleptiques, on a constaté une dyskinésie s'aggravant rapidement. Celle-ci s'accompagnait d'effets secondaires sévères qui l'empêchaient de travailler, et cela malgré un arrêt total de prise de ces médicaments.

Le troisième cas est celui d'une certaine « C ». Âgée de 37 ans, on dit qu'elle souffre d'hallucinations auditives depuis 14 ans, d'un complexe de persécution et de grandeur. Son cas se caractérise également par un retrait social (*social withdrawal*). On a voulu l'aider, sans doute, mais elle s'est avérée des plus sujettes à éprouver les effets secondaires des médicaments administrés. Ces effets furent tels qu'ils l'empêchaient de lire ou de conduire, et lui causaient un embarras social la replongeant dans son isolement. Elle en demeurait recluse dans son logement. Les auteurs ont constaté une exacerbation des problèmes alors qu'ils s'attendaient, au contraire, à une diminution de ceux-ci avec l'expérience de la réduction des médicaments. Ils n'imputent toutefois pas la dyskinésie à la réduction, mais considèrent plutôt que celle-ci n'a fait que permettre l'expression de ces symptômes autrement cachés.

Le cas numéro 4, madame « D », en est un d'akathisie tardive. Cependant, encore une fois, on ne sait trop si son besoin perpétuel de mouvement est un symptôme de la maladie ou un effet secondaire du médicament: « *The need to be in constant motion and the subjective distress made this syndrome indistinguishable from acute drug-induced akathisia* » (Gardos, *et al.*, *op. cit.*, p. 897). L'akathisie est un concept flou qui comporte des éléments extrapyramidaux, « *as well as mental disorder. Similarly, the concept of tardive akathisia is subject to varying definitions, including the notion that it is a varying of tardive dyskinesia and may not be a separate entity* » (*idem*, p. 901).

Les auteurs comparent leurs résultats avec ceux d'autres recherches. Ils écrivent que: « *Any assumptions that patients with severe tardive dyskinesia tend to come from the ranks of the most severely ill psychiatric patients are contradicted by data* » (Gardos *et al.*, *op. cit.*, p. 899). On dit que la dyskinésie tardive touche surtout les schizophrènes parce qu'ils sont plus susceptibles de devoir prendre des médicaments de manière continue. Toutefois, en ce qui concerne la dyskinésie « sévère », les auteurs constatent que le nombre de patients dépressifs ou maniaco-dépressifs dépasse celui des schizophrènes qui, dans leur échantillon, présentent des symptômes « sévères ». « *At this point we can only restate that, contrary to expectations, the majority of patients with severe tardive dyskinesia had a diagnosis other than schizophrenia* » (*idem*, p. 900).

La porte est donc grande ouverte à une discussion fondamentale qui porte sur la validité de la classification diagnostique des maladies. Ainsi, la schizophrénie, la psychose schizo-affective et la psychose maniaco-dépressive (PMD) pourraient être conçues dans le cadre d'un continuum, plutôt qu'en tant qu'entités distinctes. Dans chacune des catégories, les symptômes « positifs » sont ceux qui sont observables, les symptômes « négatifs » sont associés à des pertes: de motricité, de motivation, de concentration, tandis que le troisième groupe est celui des relations interpersonnelles.

Là-dessus, Diamond dit que, selon la littérature consultée, « *neuroleptics may exacerbate negative symptoms, but it is difficult to separate the effects of the illness from the possible negative effect of the medication* » (Diamond, *op. cit.*, p. 31).

Au niveau des données positives, la prescription d'antipsychotiques se fait dans le but de réduire les réhospitalisations ainsi que les symptômes. Sur un autre plan, il s'agit de rendre les patients aussi en paix que possible, avec eux-mêmes et avec leur vie. Mais parce qu'il est plus facile de considérer les critères objectifs, les considérations dites subjectives sont moins abordées. L'*a priori* motivant cette situation est à l'effet que toute intervention qui réduit ou prévient l'hospitalisation ou les symptômes « *will also increase the patient's subjective sense that life is better* » (Diamond, *op. cit.*, p. 29). On présuppose également que le clinicien connaît les divers effets secondaires négatifs liés à la prise d'antipsychotiques, et qu'il peut distinguer lesquels sont réels de ceux qui ne le sont pas. « *Added to this is the belief that we [clinicians] can make these determinations more accurately than patients who are, after all, suffering from an illness that affects judgment and rationality* » (*idem*, p. 29).

Lorsqu'un patient prend la décision, contre l'avis de son thérapeute, de ne plus prendre le médicament prescrit, il est tentant de dénigrer cette décision. On évoque alors ses préoccupations ou ses valeurs comme étant le fruit d'un esprit irrationnel, psychotique. On a donc tendance à n'évaluer que les critères observables comme le nombre de journées d'hospitalisation ou celui des congés d'hôpital. Parfois, il appert que ce ne sont que ces deux indicateurs qui sont pris en considération lors de l'appréciation de tel ou tel cas. Ainsi, il s'agit d'un enjeu fondamental que de pouvoir discerner quel symptôme devrait être évalué et quelle en est l'importance relative lors de l'évaluation de l'évolution d'un patient. C'est pourquoi Diamond précise qu'avec la désinstitutionnalisation, on a assisté à un élargissement de la compréhension. Les critères « objectifs » ne sont plus les seuls à être pris en compte, puisqu'ils ne peuvent à eux seuls indiquer comment le patient s'adapte à la réalité sociale.

Ainsi, afin de déterminer si la condition de tel patient s'améliore ou non, il importe de pouvoir évaluer cette adaptation sociale. C'est pourquoi : « *there have been a progressive broadening of concepts of treatment outcome from illness-oriented indicators [...] to more inclusive concept such as social functioning* » (Diamond, *op. cit.*, p. 30). Au moins 27 grilles d'évaluation du fonctionnement social sont connues. L'appréciation de la qualité de vie (*quality of life*) fait appel à la subjectivité du patient (Bell, *op. cit.*) à qui l'on demande de se prononcer, tandis que le niveau d'intégration sociale peut s'évaluer « objectivement » par le calcul des déplacements mensuels, par exemple.

Dans l'étude de Diamond, deux cas particuliers sont révisés. Le premier est celui de madame « A », laquelle « *had been unable to maintain an apartment and had gone from jail and hospitals to living on the street* » (Diamond, *op. cit.*,

p. 31). Il y a donc un lien entre la maladie et le fait de ne pouvoir se fixer, de vivre sans domicile fixe, tel un nomade. Monsieur « B », quant à lui, éprouve une certaine ambivalence par rapport à son traitement. Bien que celui-ci lui ait permis de garder un emploi et de s'acheter une voiture ainsi qu'une maison. Il dit maintenant du traitement; « *it drains my energy. While not taking Prolixin, I can bounce around with almost free perpetual motion* » (Diamond, *op. cit.*, p. 32). C'est donc son mouvement qui est brisé par le médicament neuroleptique (Prolixin), puisque sans lui, le patient en question *peut rebondir dans un libre mouvement perpétuel*. Pour lui, ce qu'il faut retenir, c'est que le médicament a pour effet essentiel de briser sa mobilité.

On voit donc encore une fois, dans chacun des deux exemples cités à l'appui, que le traitement aux neuroleptiques concerne le mouvement. L'interruption de celui-ci pour fins soi-disant thérapeutiques peut entraîner un tel dysfonctionnement social que les avantages sont moindres que les désavantages, que les coûts dépassent les bénéfices. Les neuroleptiques causent des effets secondaires, parfois non détectés, étant confondus avec les symptômes habituels, comme on l'a vu chez un assez fort pourcentage de patients. En plus de générer de l'inconfort, ces antipsychotiques font paraître le patient différent de la majorité, ce qui accentue l'isolement social, l'exclusion. Diamond constate également que certains patients s'inquiètent, comme Marc Picard que l'on a vu à *Folie Douce* (Picard, 1996), de perdre leur spontanéité et leur créativité. Diamond stipule que les effets considérés secondaires mais « réels » que sont l'akathisie et l'akinésie, étaient jusqu'à dernièrement attribués à la maladie et non aux médicaments. De toute façon, lorsque les patients s'expriment sur ces effets, « *the line between side effects and illness becomes increasingly difficult to distinguish* » (Diamond, *op. cit.*, p. 32).

Outre l'allusion au mouvement brisé, nous ne nous étonnerons pas de voir également la place faite à la spiritualité chez un autre cas cité par Diamond. Cette patiente semble se trouver à l'aise au sein d'une communauté religieuse, surtout que « *during her frequent psychotic decompensations, she believed that she was inhabited by Satan and felt that he attacked her body* » (Diamond, *op. cit.*, p. 34). Pour notre part, la possession diabolique est plutôt un cas de dépossession, la personne étant dépossédée, aliénée de sa raison.

À n'en plus douter, pour évaluer les conséquences de l'usage des neuroleptiques, il faut renoncer à l'objectivité qui ne s'attarderait qu'aux éléments « positifs » observables. C'est pourquoi « *consumers and policy makers are increasingly interested in measuring treatment quality* » (Young *et al.*, 1998, p. 611). Ils ont ainsi pu dire que plus de la moitié des cas où les soins sont inadéquats, et qui devraient être revus, ne sont pas détectés par le modèle médical. « *This occurred because significant symptoms and side effects reported [...] by patients were often undocumented in medical reports* » (*idem*, p. 613).

D'où le besoin de recourir aux entrevues, à la subjectivité, afin de combler cette lacune interne au modèle dominant. Et c'est pourquoi Young *et al.* ont conduit des entrevues avec les patients. Les patients se faisaient demander s'ils s'étaient vus offrir des traitements au Rispéridone ou à la Clozapine, réputés causer moins d'effets secondaires. Le peu de suivi par rapport aux effets secondaires, qui relèvent souvent d'une appréciation subjective, est synonyme d'une pauvre qualité de soin. Ils s'inquiètent par ailleurs d'avoir constaté une absence de description des symptômes et des effets secondaires dans les dossiers médicaux, ne sachant trop si cette absence est due à un manque d'information ou à une observation manquant de minutie. « *However, in one third of the cases of poor care, symptoms or side effects were detected and documented but no intervention was undertaken* » (*idem*, p. 616). Même lorsqu'on documente une situation de piètre qualité de soin révélée par l'accès à la pensée des patients, on ne sait trop quoi faire avec cette connaissance.

6

**LE RELIGIEUX
DANS LA PSYCHOSE**
Le livre de Martin

Folie Douce est une émission de radio diffusée sur les ondes de Radio Centre-Ville à Montréal (102,3 FM). De janvier 1996 à mai 1997, *Folie Douce* fut également une émission de télévision présentée et coproduite par la Télévision communautaire de Vidéotron (TCV) à Montréal. Le mandat de *Folie Douce* est de faire de la prévention et la promotion de la santé mentale: 1) diffusion d'informations auprès du grand public par des usagers participants; 2) présentation d'auteurs et vulgarisation d'approches diverses; 3) intégration à l'équipe de production de membres usagers provenant de groupes d'entraide en santé mentale par le biais d'activités de recherche et de formation.

Les membres usagers sont appelés à produire eux-mêmes l'émission et à en déterminer le contenu, conformément à l'esprit du par-et-pour véhiculé par le secteur communautaire. *Folie Douce* est une émission de télévision dont le but est de démystifier la maladie mentale. Martin Fortier en est l'un des cofondateurs, à titre de membre usager de la ressource. Il est bien connu du réseau montréalais des organismes de santé mentale.

La démarche consiste à apporter le microphone et la caméra sur le terrain, afin que les gens puissent s'exprimer sur des thèmes qui les intéressent, et ce, avec leur vocabulaire.

Pour *Folie Douce*, il s'agit de permettre l'expression spontanée, par elles-mêmes, des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale. La tâche est délicate car l'équilibre est fragile. On ne peut demander à quelqu'un d'être spontané au bon moment car ce serait exercer là le double langage de la communication paradoxale.

Martin Fortier est un artiste complexe. Nous allons interpréter son discours, qu'il s'agisse de l'œuvre dite par lui ou par les participants à l'émission qu'il a cofondée, ou de l'œuvre artistique, peinte, dessinée ou bricolée.

6.1. L'ŒUVRE DITE

Comme nous l'avons déjà évoqué, en matière de santé ou de maladie mentale, il est toujours problématique de choisir les bons mots. Jadis, on parlait de mélancolie, ensuite de déraison, puis d'aliénation et d'asile (Cellard et Nadon, 1986), comme il s'en trouve dans le dessin de Martin Fortier (figure 1 de l'annexe interactif sur Internet, l'adresse est donnée plus loin). Selon ce dernier, le terme de folie est peut-être finalement celui qui convient parce que celui de maladie mentale est encore plus dépersonnalisant que celui de fou. On peut être fier d'être fou, parce que tout le monde est un peu fou. L'état psychique d'un individu, la succession des humeurs et des sentiments n'est jamais linéaire, ni pour les gens « ordinaires », ni pour des patients psychiatriques. D'un jour à l'autre, d'un instant à l'autre, l'humeur peut fluctuer, de nouveaux sentiments peuvent être éprouvés. Pour chacun, l'humeur est en fait oscillatoire. Avec le docteur Lalonde, on a vu qu'il fallait voir la pensée dite malade comme une dynamique entre sentiments parfois contradictoires, et non pas conclure de l'immobilisme apparent à un état stationnaire (Fabre, 1988).

À une certaine époque, on enfermait dans le même édifice des délinquants, des débauchés, des libertins, des déviants dont la sexualité ne visait pas la reproduction, des fous. Comme l'exposait à l'émission le professeur Lawrence Olivier en situant l'œuvre de Michel Foucault (Olivier, 1997), celui-ci parle de l'âge classique comme du grand enfermement. Cet amalgame portait le nom global de déraison. Dans ce fourre-tout, on se débarrassait de ceux tenant des conduites socioéconomiques qui constituaient un problème dont la police du roi était saisie. Depuis la psychiatrie, l'internement est justifié comme traitement médical thérapeutique, quoiqu'on l'ait pratiqué longtemps avant l'avènement de la psychiatrie, disions-nous précédemment.

Lors de l'émission inaugurale, Martin Fortier est accueilli par l'animateur qui lui demande d'expliquer l'une de ses œuvres où figure un asile (figure 1). Le personnage va vers une « maison de créativité » (Fortier, 1996a). Il s'agit d'un asile dans le sens de refuge, où il y a de multiples types d'expression. Théâtre, vidéo, cinéma, dit-il. Le personnage a de la difficulté à s'y rendre, « parce qu'il y a des coquelicots ».

Depuis l'âge de seize ans, alors qu'il a fait une tentative de suicide, Martin Fortier dit souffrir de ce qu'il nomme « difficultés émotionnelles ». Il raconte avoir été hospitalisé à l'hôpital de Verdun, trois semaines environ, à l'époque où il fréquentait le collège Notre-Dame. Puis la maladie est réapparue, à l'époque où il suivait des cours de photographie au cégep du Vieux-Montréal. À l'âge de vingt ans, il dit avoir fait une psychose aiguë. « Une psychose aiguë, c'est une perte [de contact] avec la réalité » (Fortier, 1996a, *op. cit.*).

Comme Claude L'Hérault (1993), Martin Fortier considère que le stress aggrave sa maladie. « Le stress devient pathologique lorsqu'il y a un déséquilibre trop important entre l'individu et l'environnement » (Conseil des affaires sociales et de la famille, 1984, *op. cit.*, p. 70). La compétitivité du monde du travail déclenche chez Martin Fortier certains symptômes. D'ailleurs, le monde du travail est invité à structurer des stratégies de prévention en matière de santé et de sécurité, et de santé mentale notamment (Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux 1988e). Selon notre théorie, c'est parce que dans notre société, pour être, il faut avoir. Pour avoir, il faut imiter et pour imiter, il faut aussi être imité.

Martin Fortier évoque lui-même la communication paradoxale comme lui étant insoutenable. Racontant son expérience sur le marché du travail, il dit alors : « j'ai trop de monde [...] qui me donnent des ordres, puis je ne sais plus où aller, j'ai des directives contradictoires » (Fortier, 1996a, *op. cit.*). Lorsqu'il travaillait à la Confédération des Caisses populaires ou chez Club Price : « je répondais à tout le monde puis un moment donné j'ai pété [éclaté] », poursuit-il.

Aujourd'hui, il se dit conscient de devoir vivre dans le réseau de la santé mentale. La preuve en est qu'il doit respecter son Plan de services individualisé. Comme on l'a vu, par définition, celui-ci fait intervenir plusieurs personnes, ce qui porte Martin Fortier à exagérer lorsqu'il dit que son PSI met en relation « à peu près 800 personnes ». Selon lui, il s'agit d'un groupe de gens qui l'aident au niveau biologique, « au niveau psychologique, au niveau réalisation des projets ».

Martin Fortier se dit « diagnostiqué schizo-affectif ». Il dit que son état oscille entre la maniaque-dépression et la schizophrénie, que « c'est un mélange des deux ». Puis il s'exprime sur son vécu et sur les moyens qu'il se donne pour éviter l'hospitalisation. Cette préoccupation semble l'animer beaucoup. Lorsqu'il n'est pas à l'hôpital, il doit tout mettre en œuvre pour ne pas y retourner. À cette fin, il parle de ses problèmes à son entourage. « Il faut que je contrôle mes éléments déclencheurs », dit-il.

Répondant à l'animateur qui lui demande de se définir, Martin Fortier dit qu'il est différent parce qu'il est « émotionnel », c'est-à-dire émotif. Cette différence, il en cultive une certaine fierté. « Je fonctionne avec mes affres, je fonctionne avec mon cœur, avec mon âme, avec mes sentiments. J'ai mes cinq sens, je fais beaucoup d'activité physique, je fais beaucoup d'activités intellectuelles, puis j'ai une vie sociale aussi » (Fortier, 1996a, *op. cit.*). N'ayant pas complété son cours collégial, il n'a pas le même niveau de vie que ses frères. Mais peut-être a-t-il une qualité relativement enviable. En effet, il n'est pas obligé de produire, bien qu'il produise plus qu'une personne normale, dit-il. Ce qu'il souhaiterait, se serait de pouvoir travailler à « partir de la maison ». Comme nous verrons plus loin, le télétravail apparaît tout indiqué pour des personnes dont l'intégration au travail est entravée par l'insomnie ou d'autres conséquences de la maladie mentale, comme la difficulté à faire face à la confrontation.

Revenant sur ses réalisations, il dit avoir organisé quelques colloques. Pour expliquer ses succès, il dit que son PSI lui a permis de gagner en assurance et en autonomie par rapport à sa famille. Par ailleurs, la prise d'Épival lui permet de ne plus éprouver les mêmes problèmes de fluctuation d'humeur. Aussi, avec l'aide de ses intervenants, il a pu se trouver un logement dans un quartier moins angoissant.

Dans le système de santé mentale, Martin Fortier, selon ses propres dires, est connu comme Barabbas dans la Passion. De plus, il mentionne faire partie de presque tous les partis politiques afin de faire bouger les choses « au niveau de la reconnaissance sociale ». Son PSI requiert les services d'une « remotivologue », Nicole Lahaie, qui lui donne du « feedback positif ». Il la rencontre à l'occasion et lui parle au téléphone. Martin Fortier dit apprécier la vie de plus en plus tandis qu'il devient « capable de communiquer ». On voit ici, comme chez Réal Pelletier (1986), que la guérison est affaire de communication. Sa participation à l'émission de télévision en est la preuve. L'objectif qu'il se fixe, à travers l'émission, « c'est de trouver des solutions aux problèmes des gens en faisant une tempête d'idées ». La communication est un domaine qui l'intéresse au plus haut point. « J'envoie des lettres à travers la planète. [...] Je m'enregistre sur un magnétophone, je dicte ma lettre, puis je transcris ce que je veux dire » (Fortier, 1996a, *op. cit.*). Dans cet extrait, on décèle une pointe de mégalomanie, tandis qu'il écrit ou téléphone à des bureaux de ministres. D'autre part, il expose une technique de rédaction qui part de l'expression orale pour ensuite la mettre sur papier.

Lors de la deuxième émission de *Folie Douce*, Martin Fortier, vêtu en complet, revient sur ses moyens d'éviter la réhospitalisation. Il dit prendre des bains, des tisanes et manger beaucoup de fruits. Lorsqu'il se sent déprimé, il se rend à l'hôpital Douglas pour nager. Il est important pour lui de faire

des choses sans y être forcé. Le dimanche, faisant du ménage, il écoute des cassettes de méditation. Comme la méditation, la musique le stimule, dit-il. En changeant ses orientations musicales, il change ses humeurs. Son pianiste préféré, c'est Rachmaninov, qu'il trouve « pathétique et plein d'émotion » (Fortier, 1996b). La peinture l'intéresse également. Il faut développer ses cinq sens, dit-il en évoquant le Dr Messier pour qui, apparemment, il importe de canaliser la maladie dans quelque chose de constructif et de récréatif.

En matière de pronostic, Martin Fortier pense qu'il faut que le médicament agisse partout dans le corps. Il estime que l'Épival, qui est « un régulateur d'humeur complémentaire du lithium » (Fortier, 1996b, *op. cit.*), a augmenté à 90 % son efficacité et sa concentration. Il dit avoir encore des troubles de l'humeur qui sont plus ou moins graves. Par ailleurs, il faut avoir confiance en un thérapeute, en un médecin ou au psychiatre. Il pense que la médecine douce et la médecine traditionnelle devraient « faire fusion » et qu'il ne faut pas attendre d'être en état de crise aiguë pour se faire soigner, ce qui peut « coûter des milliards à la société ». Martin Fortier cible l'affection comme moyen d'apaisement à l'urgence, rassurant et donnant confiance. Il préconise l'accès à des lignes d'écoute téléphonique comme moyen de prévention.

Lors de la sixième émission, Martin Fortier invite Céline Rioux à s'exprimer sur son vécu psychiatrique. Lorsque l'animatrice lui souhaite la bienvenue, celle-ci répond « oui ». Puis elle enchaîne en disant que depuis 1983 elle est suivie en psychiatrie. « On dirait que j'ai deux vies ; l'une normale, puis l'autre psychiatrique », (Rioux, 1996). Dans sa vie normale de tous les jours, elle fait les choses de tous les jours. Par exemple, elle aide sa mère qui a été opérée pour les cataractes. Elle lui sert de chauffeur et lui met ses gouttes ophtalmiques. Lorsque sa mère sera rétablie, elle prévoit prendre des cours de confection de bijoux.

À propos de sa vie psychiatrique, Céline Rioux dit être retombée en amour, en novembre 1995, avec son ex-psychiatre. C'est alors que son psychologue lui aurait dit : « On va te rentrer à l'hôpital ». Mais elle préfère plutôt se tourner vers un CLSC pour être suivie pour ce qu'elle nomme ses « phases psychotiques ».

Puis elle décrit un *high* comme une heureuse sensation d'invincibilité ; « Un moment donné, je me prenais pour Robot-Cop [un policier réincarné en robot]. J'avais loué le film, je l'écoutais tout le temps, puis j'étais sûre que c'était moi Robot-Cop. Tu deviens super-puissant » (Rioux, *op. cit.*), dit-elle en souriant. Et elle ajoute souffrir de mégalomanie. Elle aussi mentionne l'importance, pour éviter les rechutes, de se lever et de se coucher tôt, de bien manger, aux bonnes heures, et de prendre soin de soi. Bref, de respecter une certaine synchronie routinière.

Quant à Martin Fortier, il poursuit en disant être plus qu'une maladie. S'estimant « plus sensible que la moyenne des gens » (Fortier, 1996c), il dit parfois partager avec son invitée son sentiment d'invincibilité. Son ambition serait de connaître le plus de personnes possibles. Ensuite, il rappelle l'importance des cinq sens puis plaide pour la vidéo, laquelle lui a permis de constater qu'il était « très médicamenté ». Et il se dit contre la confidentialité parce que, lorsque la personne est dans le trouble, « il faut que le monde le sache » (*idem*). Il revient à la collectivité, et non à la seule personne en difficulté, de trouver une solution.

Céline Rioux est, elle aussi, consciente des préjugés et pointe également le stress comme facteur pathogène. « Toutes les madames [amies de sa mère] se demandent pourquoi je travaille pas. C'est parce que quand je travaille, je suis pas capable, je pète une psychose, c'est trop de stress pour moi » (Rioux, *op. cit.*).

Accomplir un rêve, un objectif sur papier ou sur une toile est quelque chose de cher à Martin Fortier. Celui-ci répète souvent les mêmes choses ; « on prend nos responsabilités en se faisant soigner. Il faut travailler toutes les dimensions, écrire au son » (Fortier, 1996c, *op. cit.*). Il dit travailler à l'organisation d'un symposium et que l'environnement psychiatrique gagnerait à être coloré plus chaleureusement.

Martin Fortier se sent victime de la sectorisation dont nous avons parlé en abordant la politique de santé mentale. « Je me sens universel, je me sens mondial. Je devrais avoir des obligations aux niveaux mondial, fédéral, provincial, municipal ». D'un côté, il se sent capable de grandes réalisations ; de l'autre, il doute de ses capacités : « J'ai fait installer des téléphones sur les quais de métro. C'est peut-être pas moi, je suis une goutte d'eau dans l'océan » (Fortier, 1996d). Il dit privilégier l'acrylique pour son côté glacé et sa facilité d'utilisation avec de l'eau. Son psychiatre détiendrait une vingtaine de tableaux qui « sont expressionnistes, qui sont laids mais c'est voulu. [...] J'ai des pastels que j'envoie à la Régie régionale. Lorsque je suis trop tanné je fais un bonhomme qui crie, j'envoie ça à la Régie régionale. » (*idem*).

La neuvième émission de *Folie Douce* est l'occasion d'une expérience. L'animateur a changé de place avec Martin Fortier qui s'est improvisé coanimateur. Pendant la pause, entre le premier et le second tiers de l'émission, il est passé du siège habituel des invités à celui de l'animateur et inversement. L'équipe technique n'y avait pas été préparée, parce qu'un tel changement ne pouvait avoir été convenu d'avance. Pour respecter l'effusion d'originalité, il ne fallait pas que tout ait déjà été décidé. Le défi est de permettre l'expression, la plus chaotique soit-elle, tout en l'organisant dans le format d'une émission de télévision. L'opportunité devait être saisie parce qu'il ne fallait pas présumer de la volonté future de Martin Fortier à se prêter

à cette permutation. Ce ne fut que le matin de l'enregistrement qu'il exprima son désir de poser quelques questions à l'invité. Celui-ci n'avait donc été prévenu du changement qu'une fois en studio.

L'objectif de *Folie Douce*, d'une part, concerne la sensibilisation auprès du public et d'autre part, l'appropriation de techniques et de moyens de communication par notre clientèle, ce qui ne va pas de soi étant donné que celle-ci se distingue par ses limites communicationnelles. Ce matin-là, le réalisateur habituel de l'émission était remplacé par un autre qui ne savait pas que Martin Fortier est considéré par plusieurs comme souffrant de problèmes sévères et persistants de santé mentale. Lors de la séance d'enregistrement suivante, le réalisateur habituel, visiblement contrarié, a comparé l'expérience à un saut d'avion sans parachute.

L'expérience à la radio nous indiquait que, parfois, pour une personne sensible au stress, savoir trop longtemps d'avance qu'elle devra parler publiquement peut générer une anxiété telle que l'activité sera annulée. De plus, à la radio, l'encadrement est moins rigide et moins impressionnant qu'à la télévision, ce qui favorise davantage la spontanéité. L'important, c'est que la préparation, la conception et la production des émissions soient l'occasion, pour les participants, d'actualiser une prise en charge. Comme la réaction de l'un à l'œuvre d'art en valorise l'auteur, on suppose que le fait de se savoir écouté par un certain public confère une valeur à l'expérience en termes d'habiletés sociales et de communication. L'apparition à la télévision fait qu'on risque d'être reconnu.

Enfin, au Centre d'apprentissage parallèle (CAP) de Montréal, on offre un Programme intensif d'apprentissage en métiers d'art. Visiblement confus, Martin Fortier demande à l'invité quels matériaux sont utilisés au CAP : « Fusain, aquarelle, peinture, perspective, couleurs ; le batik utilise la cire pour obtenir des motifs par trempage ». Martin Fortier demande à Yvon Lamy de parler du symposium dont il fut question en première partie d'émission, qui se tiendrait à l'automne suivant. M. Lamy rappelle qu'il peut être stressant pour quelqu'un qui a des problèmes de santé mentale d'entreprendre des démarches pour exposer seul. Aussi, le regroupement des gens qui sont attirés par les métiers d'art peut permettre au public de rencontrer les artistes dans le cadre d'un événement social. À cette occasion, d'expliquer le directeur du CAP, les gens peuvent entendre leur témoignage quant à leur démarche : « en quoi cette démarche artistique les aide dans leur quotidien, en quoi ça représente un ancrage socialement pour les empêcher de se retrouver isolés ou démotivés » (Lamy, 1996). La réalisation d'une œuvre d'art permet l'échange immédiat lorsqu'on la montre à quelqu'un, ce qui rehausse l'estime de soi. Monsieur Lamy présente alors une bannière inspirée du thème du cochon, de l'horoscope chinois, et qui évoque également la légende de Circé, une composante féminine de la mythologie grecque.

Quant à lui, Martin Fortier dit du dessin qu'il s'agit d'un moyen de communication, d'échange et d'affirmation de soi en plus d'une occasion d'exprimer une émotion. En parlant d'une œuvre qu'on a faite, on dit ce qu'elle signifie. Monsieur Lamy présente ensuite une composition inspirée de l'art byzantin qui a exigé une grande maîtrise technique, motifs répétés et variations de motif. Au CAP, les œuvres sont parfois collectives, comme le tissage. Le fait de participer à raison de trois, quatre ou cinq fois par semaine à un atelier de création s'avère structurant. On voit à l'écran le genre de cartes de souhait réalisées au CAP pendant que son représentant en parle.

Lors du quatorzième épisode, Martin Fortier revenait d'un séjour à l'hôpital Douglas, où il disait avoir été bien reçu et bien nourri. Il en parle comme de vacances. Bien qu'il ait consenti à ses soins, « parce que les médicaments n'avaient pas fait leur effet » (Fortier, 1996e), il entretenait une certaine amertume, un discours assez dur face à l'hôpital. On a alors augmenté sa dose d'antipsychotiques et de régulateurs d'humeur.

Martin Fortier dit se faire traiter de « maudit bien-être » parce qu'il est inapte au travail et reçoit des allocations du Bien-être social, cet ancien ministère devenu celui de la Solidarité sociale. Pourtant, « j'ai travaillé pour *Folie Douce* à l'hôpital », dit-il. C'est donc qu'il considère sa maladie comme d'une relative utilité sociale. Puis, de sa mallette, il exhibe plusieurs flacons de médicaments ; Lithium, Oxopac, Épival, Kémadrin, Fluexol en injection aux trois semaines.

Les médicaments et l'hôpital lui permettent d'être moins accaparant pour son entourage et l'aident à être moins critique face au système. « J'ai pas choisi d'être malade, et je prends mes responsabilités en me faisant soigner » (Fortier, 1996e, *op. cit.*), répète-t-il. Lorsqu'il travaillait pour le Mouvement Desjardins, en crise il a jeté des rapports informatiques et a dû quitter son emploi.

Ma philosophie, c'est que je suis plus qu'une maladie. [...] J'ai opté pour les associations d'entraide. J'ai appris à communiquer par différents langages. Plus que je m'implique socialement dans différents comités, plus que je reçois un salaire de louanges puis une reconnaissance sociale. C'est de l'antipsychiatrie quand je m'affiche schizo-affectif. Faire fuir les gens qui ont des préjugés, les gens qui me rejettent sont des gens sans instruction. Ce sont des personnes qui n'ont pas appris à aider. Je suis peut-être plus manipulateur que cobaye. C'est peut-être une phrase dangereuse à dire. J'ai 80 intervenants autour de moi. [...] Je suis maniaco-dépressif d'un côté, de l'autre côté je suis schizophrène un petit peu. (Fortier, 1996e).

Remarquons qu'il ne se voit pas seulement en tant que victime, mais aussi en tant que manipulateur.

Au cours de l'émission 19 de la première saison (janvier-mai 1996), en guise de bilan, il y a eu retour sur la saison et sur la démarche. Au début, Céline Rioux était trop timide pour s'exprimer à la radio, ni en direct, ni en préenregistrement, mentionne-t-on. Sa collaboration s'est faite ainsi : l'équipe de *Folie Douce* téléphonait chez elle pour retransmettre ce qu'elle avait laissé sur son répondeur automatique. Ensuite, elle a pu parler « en direct » au téléphone, puis elle a franchi les étapes du processus pour finir par s'exprimer assez librement à la télévision. Ce qu'elle dit alors, nous l'avons vu plus haut (émission 6). Elle dit passer successivement par des sentiments d'invincibilité puis d'intolérance à la compétitivité (au stress). Parfois, elle est trop orgueilleuse, ensuite elle ne l'est pas suffisamment pour faire face à la réalité du marché du travail. Quant à Martin Fortier, il répète que Céline Rioux est une artiste créative et qu'elle est pour lui une confidente. À son propre sujet, il se constate, en revoyant certains extraits d'émission, « un peu médicamenté, un peu surmédicamenté, mon élocution... J'aimerais avoir une meilleure image à présenter aux gens qu'une personne qui a des difficultés à s'exprimer » (Fortier, 1996f). Sa dyskinésie tardive est flagrante, mais « je vois une évolution », dit-il à propos d'un autre extrait le concernant. J'ai fait du progrès intense avec *Folie Douce*. Je suis content de l'approche », dit-il à propos d'un extrait de la troisième émission l'impliquant.

Martin Fortier prétend avoir été diagnostiqué de cinq façons différentes. Dans l'ordre : schizophrène, mégalomane, schizo-affectif, marginal, rebelle. « On a pas tellement évolué. Dans ma façon de penser, je suis seulement qu'une illusion » offre-t-il en guise de commentaire. « Mes hallucinations sont des illusions », poursuit-il. Optant pour le terme de schizo-affectif, Martin Fortier dit faire de l'antipsychiatrie. Bateson et l'école de Palo Alto posaient en effet un « diagnostic » familial qui fait de la communication ambiguë intrafamiliale le motif d'adoption du comportement schizophrène de sortie de cette réalité. Sous le faux couvert de l'affection se profile une terrible manipulation. Cette manipulation maintient l'enfant dans un rôle d'enfant. Faisant de Martin Fortier un coanimateur, nous avons tenté de sortir du paternalisme qui prétend que la supervision d'un intervenant en studio est toujours nécessaire. L'encadrement est peut-être plus strict dans le secteur hospitalier et de ce fait plus facile à voir et à critiquer. Dans le secteur dit communautaire, en proposant des lignes d'autorité diffuses, on est d'autant plus autoritaire qu'on se prétend démocratique. Le risque est de ne pas vouloir se questionner sur sa pratique sous prétexte que l'implication est désintéressée. On ne s'étonnera pas qu'une telle analyse ne soit pas acceptée par tous. Cooper, en traitant de la mort de la famille, a dû vivre par la suite avec le « braquage » que cette formule a suscité de la part de milieux divers.

FIGURE 1



Revenant à Martin, lorsque l'animateur lui demande ce qu'il pense de la famille, il répond :

Je suis le **bouc émissaire** de la famille. On me surprotège, puis on m'empêche de respirer. Il faut toujours que je sois bien rasé, bien lavé, bien coiffé, il faut que je sois bien vêtu. Lorsque je suis bien vêtu, on me dit que je devrais porter des jeans. Ma mère me dit de me servir si je veux du lait, mon père me dit : « Calice, assis-toi, on va te servir » (Fortier 1996f, *op. cit.*, souligné par nous).

On voit clairement ici deux éléments que notre modèle fait aller de pair, soit la situation de bouc émissaire et soit un environnement caractérisé par la communication paradoxale (Rousseau, 1996). Ces deux sujets, Martin Fortier les présente également dans ses peintures. Les commentaires qui les accompagnent sont de lui, ayant été recueillis pour les besoins de l'émission *Folie Douce*.

FIGURE 2



6.2. L'ŒUVRE PEINTE

Dans la figure 1, Martin Fortier se représente à travers les traits d'un personnage en désarroi. Ses yeux sont rouges, et le fait que son regard soit fuyant symbolise le refus d'envisager une réalité qui lui déplaît. Collé sur la pupille de l'œil droit, on sent au toucher un grain qui confère du relief à cette partie du corps. Cette proéminence rappelle que le regard, bien que détourné, n'en est pas moins perçant. On voit également de très longs bras. Cette posture représente l'apitoiement, le désillusionnement. À propos des autres éléments conférant du relief à l'œuvre, Martin Fortier disait qu'ils rendaient l'angoisse palpable.

On voit également que le personnage est vêtu d'un pyjama. Il s'agit en fait d'une jaquette d'hôpital. On remarquera de plus, vers le bas, des sphères qui sont les orbites oculaires des regards examinateurs et indiscrets croisés à l'urgence psychiatrique. Se sentant observé, il se sent également jugé. En haut à gauche, un cercle clair constitue une lune. Davantage qu'une source de lumière et d'espoir, c'est plutôt le thème de la nuit qu'il figure.

Sur un autre tableau (figure 2), on voit aussi une lune se dessiner. Le regard comporte encore une fois du rouge, tandis que la bouche laisse voir des dents bien coupantes mais tachées. On pense ici aux soins corporels de base, comme l'hygiène buccale, qui sont souvent négligés lorsque la maladie sévit. Les couleurs rouge et orange forment le symbole religieux d'une auréole. Autour du visage, elles sont celles du feu, de la brûlure qui fait songer au bûcher de l'Inquisition. À droite du personnage, on aperçoit des éléments de décors; une table avec, dessus, un calice. L'expérience de l'exclusion et de la psychose sont intimement liées aux préoccupations d'ordre spirituel et religieux, comme notre thèse l'explique.

À l'envers de la figure 2, on retrouve un autre visage (figure 3) au regard détourné et comportant encore une fois des éléments de rougeur. Dans une exposition, ils ne pourraient être exposés simultanément en étant accrochés au mur. S'il en est ainsi, ce n'est pas nécessairement parce que Martin Fortier a voulu prendre position dans un débat sur le support. Il ne s'agit pas non plus d'un diptyque. La juxtaposition des deux œuvres est probablement le fruit d'une

FIGURE 3



FIGURE 4



FIGURE 5**FIGURE 6****FIGURE 7**

pulsion créatrice. Dans un moment d'inspiration, d'angoisse, l'artiste aura machinalement saisi une surface pour y fixer l'expression de ce qu'il appelle ses affres.

Un tableau de Martin Fortier (figure 4) le met en scène, venant d'apprendre qu'il est diagnostiqué schizo-affectif. La main qui fouille dans le cœur est celle de la psychiatre dont il se dit amoureux. Elle lui enlève « l'identité de la personne en tant que personne ». Le personnage principal est plus grand que la psychiatre, en arrière-plan, et que la psychiatrie en général, personnifiée par le médecin. Elle a les seins nus et on peut penser que la relation à la psychiatre est aussi une relation à la mère. L'artiste se sent déchiré, d'où l'émoi, d'où la larme qui coule de son œil droit. Il pleure sa jeunesse perdue depuis qu'on le force à s'insérer dans la société comme les autres le font et à faire face à la compétition qui y règne (Proulx, 1995).

La psychose se caractérise par l'effacement des différences (figure 5) tandis que le personnage pourrait aussi bien être un homme qu'une femme. D'autre part, dans un autre bricolage de Martin Fortier (figure 6), l'angoisse se lit sur le visage d'un personnage au milieu des choses et des flammes qui dévorent l'intérieur. Elles sont aussi celles de l'enfer. Les yeux sont rouges. L'angoisse psychotique évoque le feu purificateur.

La figure 7 est également sur fond rouge, tandis que la figure 8 est celle du paradoxe. Fortier dit qu'il voulait faire se déclencher de l'humour en opposant la joie du jaune à la tristesse du noir. Quant à la figure 9, elle est celle de la prescrip-

tion de médicaments intégrée à l'œuvre. L'allusion au vécu psychiatrique ne saurait être plus directe.

Le 31 octobre 1996 fut enregistrée une émission spéciale sur le Centre d'apprentissage parallèle, diffusée à *Folie Douce* dans la semaine du 27 décembre 1996. Marc Picard recevait l'animateur dans les locaux du CAP, rue St-Laurent, Montréal. La visite des nouveaux locaux du CAP se déroule dans le cadre d'un événement ouvert au public entre le 31 octobre et le 2 novembre 1996 inclusivement. Il s'agit du symposium dont Martin Fortier a déjà parlé avec M. Lamy. On peut y admirer les artistes qui sont occupés à se concentrer. Dans cette émission spéciale, Martin Fortier, dont c'est le 31^e anniversaire de naissance, se dit créateur depuis sa naissance et commente une citrouille (figure 10) réalisée en dix minutes, et qui a fait « se bidonner tout le monde » en ce jour d'halloween. Elle est tout à fait semblable à ce qu'un enfant de 5 ans peut faire. Un autre tableau (figure 11) fut réalisé alors qu'il éprouvait de la tristesse et qu'il devait faire le deuil de l'emploi qu'il avait perdu chez Club Price, perte sur laquelle il était déjà revenu dans une émission précédente.

La figure 12 illustre principalement un calice. Martin Fortier sourit de prononcer ce mot qui, dans un autre contexte, pourrait être considéré comme un juron. « C'est une légende, j'étais sur l'Émipramine, un antipsychotique à déconseiller pour quelqu'un qui est bipolaire. J'hallucinai, puis c'est ça que je voyais quand je faisais mes tableaux » (Fortier, 1996g). Un autre tableau (figure 13), où le personnage est encore une fois

FIGURE 8

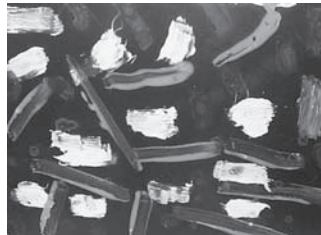


FIGURE 9



FIGURE 10



FIGURE 11**FIGURE 12****FIGURE 13**

auréolé « prouve que j'étais parfaitement en santé. J'avais de l'angoisse, c'est déchiré, c'est quelqu'un qui est en train de se faire pendre, il crie au meurtre, il y a un serpent, il y a des visages, il pleure, il a des poissons qui sortent de la bouche » (*idem*). Quant à la figure 14, Martin Fortier en dit qu'il s'agit de sa « psychiatre dans sa bulle, dans une coupole transparente, comme une sainte. » (*idem*)

Dans les trois derniers tableaux de Martin Fortier mentionnés ci-haut, on peut constater le proche voisinage qui met en relation le psychédélisme, le vécu psychiatrique et le mysticisme. Le psychédélisme est présent parce Fortier dit de la figure 12 qu'il s'agit de la transposition d'une hallucination. L'éclatement de la figure 13 correspond à sa propre psychose puisqu'il établit un lien entre le tableau et son état de santé, à propos duquel il fait de l'ironie. Le vécu psychiatrique et sa relation avec sa psychiatre sont le thème de la figure 14. Dans cette même image, le personnage est présenté comme une « sainte » auréolée. Le calice de la figure 12, près duquel on retrouve un personnage vu dans un autre tableau (figure 1), témoigne lui aussi d'une préoccupation pour la spiritualité, ou plus spécifiquement pour le rituel religieux.

Appliquant l'herméneutique de Ricoeur, qui cherche notamment les récurrences dans un discours, nous considérons l'œuvre de Martin Fortier comme un discours. Force est alors de constater la grande place faite à des thèmes religieux, à celui de l'angoisse et à la relation patient/psychiatre. Malgré que nombre de ses réalisations aient été entreprises lors de phases proches de la psychose, il

se dégage une certaine cohérence d'un tableau à l'autre. L'artiste apparaît, dans cette optique, moins « naïf » qu'on pourrait d'abord le croire.

Certes, sa pratique est davantage intuitive que déductive, puisqu'il s'agit d'une effusion créatrice relativement débridée, concomitante à l'épreuve d'hallucinations. On peut penser que son auteur n'a pas toujours le souvenir d'avoir fait telle ou telle peinture selon tel ou tel procédé, comme au lendemain d'une nuit d'ivresse il arrive qu'on ne se rappelle pas de tout ce que l'on a dit ou fait. À entendre Martin Fortier, on sent bien que cette pulsion est, en quelque sorte, instinctuelle et qu'il ne calcule pas toujours la portée de ses gestes. Par exemple, s'il était soucieux de la valeur monétaire de ses tableaux, il ne permettrait sans doute pas qu'on montre à la télévision certains de ses bricolages enfantins. Cependant, à l'analyse, certaines lignes directrices peuvent se dégager, lignes qui témoignent d'une connaissance, sinon académique, du moins des plus intimes de la proche parenté qui unit l'art, la religion et la psychose, parenté que Henry Ey dénigre d'avance en l'attribuant à l'onirisme.

Quant aux figures 15 et 16, elles n'ont pas été montrées à l'émission *Folie Douce*. Elles sont de Martin Fortier et furent exposées en 1998 au musée Bronfman de la rue Côte-Ste-Catherine à Montréal. Cette fois-ci, Martin Fortier n'a pas formulé de commentaires que nous aurions pu recueillir à leur propos. Nous nous contenterons donc de remarquer la disproportion des yeux. Cette disproportion est tout à fait comparable

FIGURE 14



FIGURE 15



FIGURE 16



à celle des statues votives que confectionnaient les anciens Sumériens. Celles-ci avaient pour fonction d'assumer la prière en tout temps et à la place des humains, lesquels pouvaient ainsi vaquer à des occupations plus immédiates.

Maintenant, après avoir cherché la place du religieux, du bouc émissaire et de son exclusion dans la psychose, nous chercherons la psychose dans le religieux, soit dans certains livres bibliques. Nous nous concentrerons particulièrement sur Caïn. Ensuite, Moïse dira à Jacob qu'un messie viendra, lequel aura une particularité bien précise, soit d'avoir *les yeux troubles de vin* (Genèse, chapitre 49, verset 12). Puis, beaucoup plus tard, Jésus dira que certains parleront de lui comme d'un buveur de vin (Luc, chapitre 7, verset 34). Il aurait été intéressant de décortiquer la place du vin comme problème de toxicomanie lié à un état psychologique particulier, par exemple chez Noé.

À plusieurs niveaux, Jésus conformera sa vie en fonction d'un arrière-plan prophétique. Il semble pratiquer ce que nous appellerons de la postfiguration. Si Moïse et David préfigurent le Christ, celui-ci les postfigure, dirons-nous, ce qui implique une relation particulière du passé, au présent, à l'avenir.

7

**LA PSYCHOSE
DANS LE RELIGIEUX**

Précédemment, nous avons vu que la persécution sociopolitique dont le reclus est victime, parfois consentante, est à vocation sacrificielle. Cela nous a permis de considérer l'exclusion comme le premier temps d'un phénomène superstitieux, mais qui se prétend non religieux parce que déconfessionnalisé ou laïcisé. Ainsi, avons-nous pu faire admettre, par ceux qui parlent de la révolution psychiatrique des années 1960, qu'au-delà des discours parfois farouchement anticléricaux, aucun article de loi n'a été sérieusement remis en question. Au quotidien, le vécu des personnes concernées n'a pas changé. Il y a fort à parier que nombre d'entre elles auraient été surprises d'apprendre que pendant cette période dite de la Révolution tranquille un changement s'était produit. En vérité, que le sarrau des psychiatres se soit substitué au col romain des religieux n'a rien changé à l'exclusion sociofamiliale.

Avec René Girard, nous avons vu précisément que pour qu'un mécanisme de substitution sacrificielle exerce sa fonction pacificatrice, il lui fallait être au moins partiellement caché. C'est ainsi que nous avons pu déterminer que ce qui pose problème, c'est que la parole ou le comportement incongru du reclus est interprété comme symptomatique d'une maladie. De notre côté, nous avons voulu démontrer que cet *acting out*, pour être compris et donc pour ne plus être insensé, devait être réinterprété comme étant symbolique. C'est pourquoi, avec Paul Ricoeur, nous avons décortiqué le symbole et vu qu'il s'agissait d'une relation entre un avant et un arrière-plan. L'avant-plan, c'est la synchronie quotidienne, que l'on peut observer et analyser cliniquement. L'arrière-plan, c'est la diachronie et la vie spirituelle, lesquelles échappent aux grilles d'évaluation des cliniciens.

Pour valider notre modèle, après avoir constaté que le vécu du reclus est à vocation religieuse, il nous faut faire ressortir que, dans les écrits religieux, on fait référence à la réclusion. Nous verrons que, dans diverses prophéties, ces références sont nombreuses. En étudiant le phénomène du prophétisme, nous nous demanderons si les prophètes, dont le Christ, n'étaient pas enclins à la psychose. C'est avec cette hypothèse à l'esprit que nous entreprenons une relecture, une réinterprétation de certains écrits canoniques à la lumière de la thèse de la réclusion. Évidemment, cette relecture ne peut être ici que partielle puisqu'elle pourrait faire l'objet d'une vaste recherche en soi. Nous nous contenterons d'étudier quelques-uns des quelque 72 livres que contient la Bible chrétienne avec l'espoir secret de tous pouvoir les réinterpréter un jour.

7.1. DE LA GENÈSE...

« Au commencement, Dieu créa le ciel et la terre » Genèse, chapitre 1 verset 1 (La sainte Bible, 1956, page 9). Pour débiter, Dieu départage certaines choses, soient le ciel et la terre qui étaient jusque-là confusément amalgamés.

Au verset suivant de la Genèse, on peut encore lire que la terre était vague et vide. C'est le *tohu-bohu* originel, le désert et le vide en hébreu. La terre contenait le vide qui allait devenir le ciel une fois accompli le premier discernement, alors que, comme nous le verrons, la notion de désert n'est pas nécessairement relative aux horizons sablonneux balayés par les vents chauds.

En effet, le discernement commence par la différenciation, laquelle s'opère à l'aide de mots. Lorsque Dieu sépara la lumière et les ténèbres (1,4), aussitôt il leur donna des noms spécifiques. Il appela la lumière « jour » et les ténèbres « nuit » (1,5). Dès le début, il importe de distinguer les choses en les nommant. La compréhension dépend de cette première séparation de la lumière et des ténèbres. C'est le premier jour. Dès le lendemain, au deuxième jour, une autre séparation est opérée puisque : Dieu fit le firmament, qui sépara les eaux qui sont sous le firmament des eaux qui sont au-dessus du firmament (1,7), et Dieu appela le firmament « ciel » (1,8). Encore une fois, la création découle d'une différenciation, laquelle produit le vocabulaire de base grâce auquel la communication s'amorce. Il en sera de même le troisième jour, alors que la terre sera créée et nommée : Dieu dit : « Que les eaux qui sont sous le ciel s'amassent en une seule masse et qu'apparaisse le continent » et il en fut ainsi. Dieu appela le continent « terre » et la masse des eaux « mers » (1,9-10). Lors du quatrième jour, il est une fois de plus question de séparation. La lune et le soleil sont alors placés au firmament pour distinguer le jour de la nuit : pour séparer les lumières et les ténèbres (1,18).

L'acception partagée d'un vocabulaire semble une condition *sine qua non* de la vie communautaire. De même, le vocabulaire puis l'écriture sont à l'origine des premières classifications. Ainsi, le cinquième jour fut consacré à la création d'animaux marins et ailés: *selon leur espèce* (1,21). D'autres animaux suivirent le lendemain, tandis que Dieu fit les bêtes sauvages selon leur espèce, les bestiaux *selon leur espèce*, et toutes les bestioles du sol *selon leur espèce* (1,25). En ce même sixième jour, l'homme et la femme se font ordonner: « emplissez la terre et soumettez-la: dominez sur les poissons de la mer, les oiseaux du ciel et tous les animaux qui rampent sur la terre » (1,28). Une première hiérarchie est fondée et l'homme se voit cependant fixé une interdiction, soit celle de ne pas goûter le fruit de l'arbre de la connaissance.

Le septième jour, c'est connu, Dieu conclut son ouvrage avec l'institution du sabbat car il avait alors chômé après tout son ouvrage de création (2,3). Ne pas travailler est alors un rituel de première importance. Nous avons justement décrié l'impératif de productivité qui éprouve tant nos sujets, soit des personnes aux prises avec des problèmes sévères et persistants de santé mentale (pour reprendre la terminologie du ministère de la Santé et des Services sociaux). Si le caractère persistant de la maladie est facile à admettre, il en va autrement de sa sévérité qui ne s'apprécie que dans le cadre d'une relation. Il en va de même de la notion de scandale: dans la Bible il n'y a de scandale que s'il y a quelqu'un de scandalisé. Nous en viendrons ainsi à confondre scandale et folie étant donné que, dans le cadre de cette recherche, la folie n'existe seulement que si quelqu'un s'étonne d'un comportement. Il s'agit d'une relation, laquelle ne peut être comprise globalement que grâce à la triangulation d'un tiers. Ainsi, ce n'est qu'après avoir entendu monter les clameurs des Hébreux se scandalisant des pratiques sexuelles de leurs voisins que la sodomie a été formellement interdite. Sans la réprobation des Hébreux, les villes de Sodome et Gomorrhe n'eurent peut-être pas été détruites.

L'homme fut « établi dans le jardin d'Éden pour le cultiver et le garder » (2,15). Et Yahvé Dieu fit à l'homme ce commandement: « Tu peux manger de tous les arbres du jardin. Mais de l'arbre de la connaissance du bien et du mal tu ne mangeras pas » (2,16). Dans la *Bible de Jérusalem* on peut lire la suite: « Le premier péché a été un attentat à la souveraineté de Dieu, une faute d'orgueil. Cette révolte s'est exprimée concrètement par la transgression d'un précepte posé par Dieu et représenté sous l'image du fruit défendu » (La sainte Bible, 1956, *op. cit.*, note k, page 10). En effet, séduite par le serpent, Ève se persuada que l'arbre de la connaissance était « désirable pour acquérir l'entendement. Elle prit de son fruit et mangea. Elle en donna aussi à son mari, qui était avec elle, et il mangea » (2,6). Et tous deux prirent conscience de leur nudité. À leur pudeur, leur honte, Dieu a reconnu qu'ils

avaient transgressé l'interdiction. Entre le fruit défendu et la honte, il y a la conscience collective et divine qui fera naître la conscience individuelle et pécheresse.

Au premier péché doit s'appliquer un premier châtiment pour faute de transgression. La femme devra enfanter dans les douleurs et l'homme devra cultiver la terre pour se nourrir. Ainsi, au commencement, soit au premier chapitre de la Genèse, certaines différences furent établies. Elles furent en même temps nommées. Dès lors, elles devenaient des références culturelles permettant que se développe une communauté culturelle. Les références culturelles suggèrent des règles de comportement concernant la survie de la communauté. C'est le cas au chapitre 2 qui, par exemple, stipule que l'homme doit un jour quitter son père et sa mère et s'attacher à une femme. Puis, sur les règles culturelles, se fondent les codes de loi qui prévoient des sanctions à leur transgression. Ainsi assistons-nous, dès le troisième chapitre, à un acte de justice punissant un péché. Celui-ci, disions-nous, en est un d'orgueil et de transgression. Aussi, au chapitre 4, nous savons déjà qu'une transgression, orgueilleuse, commande une sanction. Et nous voyons Caïn subir le sort des transgresseurs. Le crime de Caïn apparaît comme le premier acte de démesure parce qu'il s'agit d'une violence interdite. À la transgression devra suivre la persécution.

Il s'agit d'un acte de justice lorsque s'exerce un châtiment codifié contre un hors-la-loi. Mais non codifié, c'est-à-dire arbitraire, ce châtiment est une persécution. Le sort des persécutés est le même que celui des transgresseurs, les persécutés le sont parce qu'ils ont commis la transgression en ne respectant pas certaines conventions. Ils avaient pourtant été prévenus, dès l'origine, qu'une transgression doit être punie.

Pour nous, l'irrationalité caractéristique de la maladie mentale est problématique parce qu'il s'agit d'un comportement déviant par rapport à certaines conventions. Dans la phase aiguë de la psychose, l'hallucination est une transgression des conventions, perceptives notamment. Parfois, la psychose se caractérise également par une impression de toute-puissance. Nombre de délires sont en effet accompagnés d'un sentiment d'omnipotence qui explique un comportement mégalomane. « Le patient est alors convaincu qu'il possède des pouvoirs extraordinaires, que sa pensée est toute-puissante, qu'il peut résoudre les problèmes du monde, qu'il est Dieu » (Lalonde, *op. cit.*, 1981).

Ayant constaté la récurrence de thèmes religieux dans le vécu psychiatrique, notre démonstration consiste également à analyser la place de la psychose dans le religieux. D'où le recours à la Bible, laquelle établit d'entrée de jeu les règles du discernement. Notre clientèle est justement composée de personnes réputées être privées de discernement. Ainsi, en vertu de la

thèse de la réclusion, la maladie mentale se présente comme un déséquilibre de l'orgueil. Nous voyons que la personne qui en est frappée subit le sort des transgresseurs car elle est victime de persécution, c'est-à-dire qu'elle fait l'objet d'un statut juridique d'exception, comme nous l'avons vu. Le rejet social/divin qui frappe le malade mental est de même essence que la punition des transgresseurs d'interdits. L'errance de Caïn étant de même nature que celle du malade mental itinérant, nous dirons que la maladie mentale est une configuration inadéquate, par rapport à la majorité, de l'espace-temps. Or, si la maladie mentale est, notamment, un enjeu d'organisation du territoire, elle concerne la police. Il n'y a pas, en effet, d'État-nation qui ne soit souverain sur un territoire délimité.

Le malade mental contemporain, victime d'un régime juridique d'exception, est le bouc émissaire de la société postmoderne. La persécution dont il se sent victime et dont il est affligé est l'un des mécanismes fondamentaux par lequel la collectivité exprime son esprit superstitieux. L'adjonction de mesures gouvernementales d'inclusion aux dispositions de l'exclusion sociale permet l'autopurification de la communauté et l'État remplace l'Église dans l'exercice de cette fonction.

Après la création du monde (chap. 1), celle du paradis (chap. 2) et la chute de l'homme (chap. 3), il est de nouveau question de punition au chapitre 4 de la Genèse, qui se veut déjà récapitulatif. Caïn, le cultivateur, se fait interroger par Dieu qui semble lui trouver les traits, les stigmates de la dépression. Il lui demande « pourquoi ton visage est-il abattu ? » (4-6). Nous pouvons lire aux versets 3 à 6 que c'est parce que son offrande céréalière n'a pas été reçue, contrairement à celle, animale, de son frère Abel. Caïn est un sédentaire impatient. Il semble lui aussi, comme Tikarau, associé au mauvais œil.

L'état d'abattement de Caïn apparaît lié à une disposition particulière, et notre thèse suggère qu'il s'agit d'une configuration de l'orgueil liée à un mode particulier d'organisation territoriale ; le nomadisme. Pour nous, le ressort du problème vient de la tension atavique entre le nomadisme et la sédentarité. Cette tension fait de ces deux pulsions instinctives, qui se retrouveraient chez tout individu, les protagonistes d'un duel sans fin. Elle conditionne le type de mouvement dans l'espace de même que le type de mouvement dans le temps. À un type de mouvement correspond une configuration particulière du psychisme, lequel est tantôt fortement intégré (orgueil), tantôt plus dilaté (humilité).

Revenant à Caïn, nous constatons en effet que Dieu poursuit le dialogue en lui demandant ; « Si tu es bien disposé, ne relèveras-tu pas la tête ? » (4-7). Or nous voyons, en particulier dans le Deutéronome, que d'avoir le cou raide signifie être orgueilleux. Inversement, d'avoir le cou constamment

courbé est aussi dommageable que de l'avoir toujours trop raide. Pas assez d'orgueil, c'est comme trop d'orgueil, pourrions-nous dire afin de schématiser la maniaco-dépression comme problème de disposition déphasée d'orgueil (nous y reviendrons, avec Paul).

Au verset 8 « Caïn se jeta sur son frère Abel et le tua » (4-8). Le premier meurtre est commis et aussitôt Caïn est inculpé; « Yahvé dit à Caïn : « Où est ton frère Abel? » Il répondit : « Je ne sais pas. Suis-je le gardien de mon frère? » » (4-9). La réponse était oui, l'homme est responsable de l'homme, de tous les hommes, disait Sartre. Mais sans attendre la réponse de l'accusé, Dieu rend le verdict : « Si tu cultives le sol, il ne te donnera plus son produit : tu seras un errant parcourant la terre » (4-12). Aujourd'hui, ne dirions-nous pas que Caïn est condamné à la mendicité et l'itinérance? Ainsi pourrait se construire un parallèle permettant de voir que si la terre de Caïn est non cultivée, ce n'est peut-être pas parce qu'elle est non arable. Ce serait plutôt parce que Caïn redevient nomade. Errant, l'itinérant qu'il est devenu est incapable de se fixer et de réussir sa sédentarisation. De plus, le fruit de sa terre a déjà été jugé indigne parce qu'il n'y a pas mis tout le cœur nécessaire.

D'autre part, Caïn fait le lien entre l'errance et la persécution : « je serai un errant parcourant la terre : mais le premier venu me tuera! [...] et Yahvé mit un signe sur Caïn, afin que le premier venu ne le frappât point. Caïn se retira [...] au pays de Nod » (4-14-16). Or, la traduction que nous utilisons nous apprend que le pays de Nod est inconnu et que « son nom rappelle l'épithète donnée à Caïn, « errant », *nâd*, au pays de Nôd » (La sainte Bible, *op. cit.*, note k, page 12). La terre de Caïn est celle de l'itinérance. Pour que Caïn fasse si directement de l'errance un motif de persécution dans un monde se sédentarisant, n'est-ce pas parce qu'il sait de quoi il s'agit? Ne pourrait-il l'avoir déjà éprouvé? Ainsi, la marque que Dieu appose à Caïn, l'*aboutum*, ne serait que l'accentuation des stigmates de la maladie mentale qui étaient déjà là, et qui auraient fait de Caïn, avant qu'il ne perpètre son crime, une victime de persécution.

Comme Job, Caïn, de toute évidence, sera réhabilité. D'errant, il devient constructeur de plusieurs villes (4, 17), ce qui témoigne encore une fois de sa difficulté à se fixer. Mais Adam s'est vu accorder une autre descendance à la place d'Abel (4, 25), avec la naissance de Seth. C'est de lui que descendra Noé. Le chapitre 5 de la Genèse assure la transition entre la création et le déluge. Il s'agit essentiellement d'une généalogie récapitulative qui « veut combler l'intervalle entre la création et le déluge, comme la généalogie de Sem [le fils aîné de Noé dont descendront les Sémites] couvrira le temps qui sépare le déluge et Abraham » (*idem*, note f, page 13).

La méchanceté de l'homme (6, 5) a attiré sur lui la colère divine et le déluge vise à exterminer de dessous le ciel toute chair ayant soufflé de vie (6, 17). Aussitôt sorti de l'arche, Noé offrit des sacrifices animaux sur l'autel. Sur son arche, il n'avait pas encore le droit de manger de la viande, mais peut-être a-t-il dû s'y résoudre. Puis Dieu se dit en lui-même : « plus jamais je ne frapperai tous les vivants comme j'ai fait » (9, 20-21). Ensuite, comme pour se faire pardonner, il permet à l'homme de manger de la viande, à la condition qu'elle soit vidée de son sang (9, 4). Dieu semble éprouver un certain regret et promet de ne plus recommencer. Il fait de l'arc-en-ciel une espèce d'aide-mémoire qui le lui rappellera, laissant également derrière lui un code culinaire que Moïse développera strictement. Jésus en libérera ses fidèles en disant que ce qui compte, c'est ce qui sort de la bouche, non ce qui y entre. On pense ici au double langage paradoxal si dommageable. D'ailleurs, Moïse se voit renforcé de Josué, se considérant comme un piètre orateur, malhabile avec le double langage, tandis que Jésus dira : « Que votre mot *Oui* signifie bien *Oui*, votre *Non*, *Non*, car ce qui vient en plus vient du méchant » (Luc, 5, 37). Selon les théoriciens de la communication, ce qui vient en plus peut susciter la schizophrénie.

« Dieu créa l'homme à son image » (1, 27). Or l'homme est susceptible de souffrir de maladie mentale. Dieu lui-même peut-il s'avérer, par moments, soit en phase de manie, soit en phase d'apitoiement excessif? On sait qu'il est capable de sautes d'humeur, de colères justement divines.

À la relecture de certains passages de l'Ancien testament, nous venons de voir que, dès l'origine, l'orgueil doit être traité. Il doit subir un traitement et celui qui a un problème d'orgueil devient le transgresseur à châtier. Dans le Nouveau testament, Jésus se fait remarquer lorsqu'il fréquente des personnes généralement mises au ban de la société. Il aurait été probablement intéressant d'étudier, d'une page à l'autre des deux ouvrages réunis pour former la Bible chrétienne, comment les notions de transgression et de scandale ont évolué. De même, la place du double langage paradoxal mériterait d'être délimitée dans chacun des livres et son évolution de la Genèse à l'Apocalypse mériterait une analyse détaillée. Nous devons cependant nous contenter d'étudier un aspect, soit celui du *prophétisme*. Comme nous le verrons, il n'est pas simple de le distinguer de *l'illumination*.

7.2. LE PROPHÉTISME

Le prophétisme est un phénomène complexe. Nous devons aller droit au but afin de cerner cet enjeu par rapport à notre thèse de la réclusion. Ainsi, ce que nous cherchons, ce sont des indices, sinon des preuves, qui vont dans le sens de notre hypothèse, à savoir que : si la psychose est pathologique,

c'est parce qu'elle est illuministe. L'illusion de parler à Dieu ne serait justement qu'une illusion. De sorte que, pour l'entourage, le proche qui se laisse gagner par le mysticisme fera l'objet d'un certain scepticisme. Nous ne serions pas les premiers à nous intéresser aux liens à déduire entre le mysticisme et la psychose (Maître, 2000). Même une grande mystique comme Marie Guyart se demande si son engagement religieux ne lui fait pas perdre son entendement (Marie de L'Incarnation, *Correspondances*, 1971).

Revenant au prophétisme, spécifions qu'il y a les prophètes *postérieurs* et les prophètes *antérieurs*. Il y a les 12 *petits* prophètes et les 4 *grands* prophètes. Il y a plusieurs façons de les classer, mais ils ont tous en commun d'être des inspirés qui prétendaient parler au nom de Dieu. Ils peuvent être solitaires ou vivre regroupés. Ainsi, sur le mont Carmel, 450 prophètes forment un groupe « d'extatiques turbulents, mais ils parlent au nom de Yahvé. [...] Excités par la musique [...], ces prophètes étaient pris de trances collectives, dont la contagion gagnait les assistants, [...] ou bien ils mimaient des actions symboliques » (La sainte Bible, *op. cit.*, p. 971). Ces anciennes confréries de prophètes vivaient en espèces de communes. Certains se sont même demandé s'ils ne prenaient pas une forme quelconque de LSD, ce qui expliquerait la conversion subite de Saül à leur contact. Étrangement, le changement souhaité par la thérapie basée sur la théorie de la communication dépend « peut-être de cette conscience immédiate que procurent le L.S.D. et d'autres drogues du même genre » (Watzlawick, *op. cit.*, p. 271). Enfin, bien que les prophètes vivant en commune doivent être différenciés d'autres prophètes disons plus classiques, les uns et les autres portent cependant le même nom, nâbi. Le verbe qui en dérive peut signifier délirer, à cause de la manière d'être de certains prophètes, mais sa racine étymologique signifie, *appeler, annoncer*. « Le nâbi serait celui qui est appelé ou bien celui qui annonce et par l'un et l'autre sens on atteint cette fois à l'essentiel du prophétisme Israélite. Le prophète est un messager et un interprète de la parole divine ». (La sainte Bible, *op. cit.*, p. 971)

On a vu plus haut que les prophètes *mimaient des actions symboliques*. L'imitation est au cœur du procédé d'interprétation, les prophètes étant des interprètes. Aussi, les actions, lors de la révélation, sont symboliques. Ce rapprochement nous permet de penser que l'extase des prophètes devait être proche de celle de la psychose. Et, en effet, les prophètes « peuvent passer par des états psychologiques anormaux » (*idem*). Inversement, l'état psychotique se présente parfois comme prophétique.

Envoyés pour signifier la volonté de Dieu, ils sont eux-mêmes des signes. « Non seulement leurs paroles, mais leurs actions, mais leur vie, tout est prophétie » (*idem*). Et si le message divin peut parvenir au prophète de bien des manières, le message reçu est transmis par le prophète sous des modes

également variés, « dans des morceaux lyriques ou des récits en prose, en parabole, [...] en utilisant les formes littéraires de l'objurgation, de la diatribe, du sermon, des écrits de sagesse, ou des psaumes, ou des chants d'amour, de la satire de la lamentation funèbre... » (*idem*, p. 972). Pensons ici à l'invective, à la diatribe d'un maniaco-dépressif à l'endroit du système qu'il accuse d'autoritarisme.

Malgré cette variété, les prophètes partagent une même « expérience mystérieuse, disons mystique, d'un contact immédiat avec Dieu. Il arrive, comme on l'a dit, que cette emprise divine provoque extérieurement des manifestations *anormales* » (*idem*). Il importe cependant de distinguer si le message est bien de Dieu, ce qui relève de la théologie, ou s'il est *pseudo-inspiré*. La psychose, pour la psychiatrie, est un état illusoire dont l'individu qui en est frappé est pseudo-inspiré. Comment reconnaître un prophète authentique ? Cela semble difficile, s'il faut en croire Jésus qui est celui qui a dit que nul n'est prophète en son pays.

Si nous revenons au message prophétique, nous voyons qu'il relève d'une appréciation diachronique du temps. Par exemple, chez Daniel, « les visions du passé et du futur se conjuguent dans un tableau *extra-temporel* » (*idem*). De plus, le message concerne le présent autant que le futur. De sorte que le prophète « est au-dessus du temps et ses *prédications* viennent en confirmation et en prolongement de ses *prédications* » (*idem*). Ces prédications peuvent prendre une forme moralisante. Ainsi, Élie attire la condamnation divine contre Achab qui a assassiné Nabot pour prendre sa vigne. Mais la malédiction n'est pas irréversible. Pour « échapper au châtement il faut, *chercher Dieu*, [...] c'est-à-dire, précise Sophonie, accomplir ses ordonnances, suivre le droit, vivre dans l'humilité » (*idem*).

Nous voici revenus au thème de l'humilité et de l'orgueil, ce qui nous permet de comprendre, avec Paul, au verset 4 du chapitre 6 de sa première épître à Timothée, que celui qui « est gonflé d'orgueil, il ne comprend rien, mais il est malade mentalement à propos de questions oiseuses et de disputes sur des mots » (Watchtower Bible and Tract Society of New York, 1974, p. 1279). Il y a 2000 ans, être *malade mentalement*, c'était souffrir d'un orgueil déséquilibré et de la communication paradoxale, oiseuse et en dispute avec les mots.

Dans la prochaine section, nous tenterons de démontrer que Jésus le Christ, en tant que prophète, a vécu d'angoisse. Sachant que la mort allait le prendre à un tel moment précis, il ne l'a pas fuie. Quand on sait qu'une voiture va nous frapper si on reste sur place, s'agit-il d'un suicide si on ne bouge pas et que l'on en meurt ? En tout cas, ce personnage, pour ne pas être mort sur la croix, avait une relation au temps qui n'était pas un exemple habituel de synchronie. Relevant de la diachronie, le début et la fin de sa vie

ne viennent pas nécessairement dans un ordre synchronique particulier. Ces deux moments seraient interchangeable, la fin étant un début, l'alpha étant l'oméga, les derniers étant les premiers. De sorte que la crucifixion qu'il a endurée n'est peut-être pas survenue à la fin des récits évangéliques synoptiques, rédigés non par souci de fidélité historique, mais pour convaincre. Peut-être que son aventure commence par la résurrection ?

Jésus dit le Christ aurait dû mourir, il n'est pas mort et on s'en souvient comme de *celui qui n'est pas mort alors qu'il aurait du l'être*. Ce qu'il aurait vécu, ce serait une expérience de mort imminente (*near death experience*), laquelle est connue pour transformer radicalement l'individu qui y goûte et l'instruire d'une transcendance quelconque.

7.3. ...À L'APOCALYPSE

Lorsqu'il eut achevé d'écrire sur un livre les paroles de cette Loi jusqu'à la fin, Moïse donna cet ordre aux Lévites qui portaient l'arche de l'alliance de Yahvé : « Prenez le livre de cette Loi. Placez-le à côté de l'arche de l'alliance de Yahvé votre Dieu. Qu'il serve de témoin contre toi. Car je connais ton esprit de révolte et ton opiniâtreté [...] » Deutéronome, 31-24, 27.

Dans une autre version (Watchtower Bible and Tract Society of New York, *op. cit.*), on lit le verset 27 ainsi : « Car, moi, je connais bien ton esprit de rébellion et ton cou raide ». L'opiniâtreté, c'est un attachement obstiné, entêté à une opinion. À n'en pas douter, la Bible comporte de nombreux passages concernant le bon et le mauvais orgueil. Il concerne aussi l'espace, puisque le rapport au territoire conditionne de vives rivalités. De ces adversités, Israël et l'humanité sortiront plus grands.

La relation au temps est aussi très importante. Ainsi, le premier livre de Samuel débute, comme c'est le cas pour plusieurs autres livres (Chroniques, Évangile de Mathieu, de Luc), par une généalogie. D'autres commencent par une localisation temporelle se fixant par rapport à telle ou telle année de tel ou tel roi, de Juda (Ésaïe, Jérémie, Ézéchiël, Daniel, Sophonie), d'Israël, de Perse ou de Syrie (Esdras, Esther, Aggée, Zacharie). Finalement, dans l'Apocalypse, on annonce la fin des temps. S'agirait-il d'un retour à la diachronie dont on a assez dit qu'elle est saturée de symboles, comme l'est le dernier livre du Nouveau testament ?

Il est très important de pouvoir se situer dans le temps, tout comme dans l'espace. Le fait que nombre de livres dits sacrés commencent ainsi n'est pas une simple coïncidence. Ce n'est pas par hasard non plus que le calendrier grégorien, auquel la planète entière fait désormais référence, détermine l'année *un* et toutes les autres par rapport à un événement religieux, soit la naissance de Jésus-Christ.

Comme on l'a vu, la Bible peut être considérée comme un précis de cohabitation. On nous dit quoi faire, quoi ne pas faire pour vivre heureux. La pratique religieuse concerne également la préparation à la mort. Celle-ci se présente alors comme un sommeil éternel qui sera plus ou moins agité, l'enfer étant en quelque sorte un cauchemar perpétuel. Pour que ce sommeil soit le plus paisible possible, il faut avoir expurgé toute volonté d'acquisition de prestige, toute velléité d'expression orgueilleuse. En renonçant à l'intégration psychologique et ne cherchant pas à la retenir, on évite ainsi de se retrouver dans les limbes ou le purgatoire, qui sont alors des interstices intermédiaires desquelles la conscience, ou l'âme, n'arrive pas à se dégager. À cette fin, il faut se préparer longtemps d'avance, c'est-à-dire pratiquer diverses techniques de désintégration/réintégration psychologique. « L'assaut du diable est particulièrement dangereux au moment de la mort. Saint Louis participe de cette religion qui se focalise de plus en plus sur l'agonie et aboutira, aux XIV^e-XV^e siècles, à la dévotion des *Artes moriendi*, des "Arts de mourir" ». (Le Goff, 1996, *op. cit.* p. 751)

Le religieux se veut donc pacificateur, c'est-à-dire qu'il vise à codifier des règles culturelles de comportement qui excluent l'exercice individuel de la violence sur son prochain, lequel pourrait se venger sur un autre et ainsi de suite jusqu'à l'extinction de la communauté. Le fait de partager les mêmes références livresques est en soi un exemple à suivre. Se répondant les uns les autres, les prophètes nous indiquent que ce qui cimente la cohésion sociale et enracine la culture n'est pas étranger au fait que l'on fasse les mêmes lectures.

Tout ceci favorise la paix puisqu'en travaillant à situer les gens comme faisant partie d'un tout (agrégation), celui-ci peut se coordonner pour éviter à tout le monde l'extinction mutuelle. Jésus, c'est connu, a lu la Bible de son époque. Sachant ce qui avant lui avait été prophétisé, il a pu s'y conformer.

Puis, sachant que tout était achevé désormais, Jésus dit, pour que toute l'écriture s'accomplît :

« J'ai soif ».

Un vase était là, plein de vinaigre. Une éponge imbibée de vinaigre fut fixée à une branche d'hysope et on l'approcha de sa bouche. Quand Jésus eut pris le vinaigre, il dit : « Tout est achevé », il baissa la tête et remit son esprit.

On voit ici s'accomplir l'Écriture ; Psaume 69, verset 22 ; « Pour nourriture ils m'ont donné du poison, dans ma soif ils m'abreuyaient de vinaigre ».

À n'en pas douter, Jésus possédait bien son champ d'étude si l'on peut dire, même ses ennemis le reconnaissaient ; « On était au milieu de la fête, quand Jésus monta au Temple et se mit à enseigner. Les Juifs, étonnés, disaient ; *Comment connaît-il ses lettres sans avoir étudié?* » (Jean, 7-14 et 15).

La vérité est dans l'écriture, dans la lecture de l'écriture. Le dernier livre du Nouveau testament, l'Apocalypse, porte également le nom de Révélation, puisque le mot « apocalypse », en grec, signifie « révélation ». Ce qui est révélé l'est sous forme de fiction. Le salut est pour ainsi dire dans la fiction, dans le fait d'exercer le double langage paradoxal plutôt que de le subir. Le plus pauvre des pauvres, le malade mental, ne possède rien. Il ne se possède même pas, il est possédé par quelque chose de maléfique; l'abandon du contrôle de soi si cher à Platon. C'est lui qu'il faut secourir, celui qui est en désarroi spirituel. C'est lui qu'il faut sauver de son suicide, en lui trouvant un emploi intéressant. Il s'agit de le faire s'agréer à un ensemble plus grand.

« Pénétrer dans le monde de l'Apocalypse, c'est entrer dans un univers fantastique où les symboles s'enchaînent ou s'entrechoquent, sans jamais laisser de répit au lecteur. On se croirait en plein « vidéo-clip » du vingtième siècle » (Prévost, 1991). Deux mille ans avant l'invention de l'ordinateur, l'auteur de l'Apocalypse maîtrisait les bases de la virtualité, et il serait impossible de répertorier exhaustivement à quel point cette œuvre en a inspiré d'autres.

Il est malaisé de définir exactement la frontière séparant le genre apocalyptique du genre prophétique, dont il n'est en quelque sorte qu'un prolongement. Tandis que les Anciens entendaient les révélations divines et les transmettaient oralement, l'auteur d'une apocalypse reçoit ses révélations sous forme de vision qu'il consigne dans un livre. D'autre part, ces visions n'ont pas de valeur pour elles-mêmes, mais pour le symbolisme dont elles sont chargées: les chiffres, les choses, les parties du corps, les personnages eux-mêmes qui entrent en scène. Lorsqu'il décrit une vision, le voyant traduit en symbole les idées que Dieu lui suggère, procédant alors par accumulation de choses, de couleurs, de chiffres symboliques. Pour le comprendre, il faut donc entrer dans son jeu, et retraduire en idées les symboles qu'il propose, sous peine de fausser le sens de son message (*idem*).

Le genre apocalyptique s'épanouit dans l'œuvre de Daniel et dans de nombreux ouvrages apocryphes écrits aux alentours des débuts de l'ère chrétienne. Le Nouveau Testament n'a retenu dans son canon qu'une Apocalypse, dont l'auteur se nomme lui-même: Jean, 1, 9, exilé dans l'île de Pathmos pour sa foi au Christ au moment où il écrit. Pour bien comprendre l'Apocalypse, il faut la replacer dans le milieu historique qui lui a donné naissance, soit une période de violentes persécutions contre l'Église naissante.

Voici un long extrait de l'Apocalypse, dont nous analyserons ensuite quelques symboles à la lumière de notre théorie de la réclusion:

Un signe grandiose apparut au ciel: c'est une Femme! le soleil l'enveloppe, la lune est sous ses pieds et douze étoiles couronnent sa tête; elle est enceinte et crie dans les douleurs et le travail de l'enfantement. Puis un second signe

apparut au ciel : un énorme Dragon rouge-feu, à sept têtes et dix cornes, chaque tête surmontée d'un diadème. Sa queue balaie le tiers des étoiles et les précipite sur la terre. En arrêt devant la femme en travail, le Dragon s'apprête à dévorer son enfant aussitôt né. Or la femme mit au monde un enfant mâle, celui qui doit mener toutes les nations avec un sceptre de fer ; et l'enfant fut enlevé jusqu'auprès de Dieu et de son trône, tandis que la femme **s'enfuyait au désert**, où Dieu lui avait ménagé un refuge pour qu'elle y soit nourrie **mille deux cent soixante jours**.

Alors une bataille s'engagea dans le ciel : Michel et ses anges combattirent le Dragon. Et le Dragon riposta, appuyé par ses anges, mais ils eurent le dessous et furent chassés du ciel. On le jeta donc, l'énorme Dragon, l'antique Serpent, le Diable ou le Satan, comme on l'appelle, le **séducteur** du monde entier, on le jeta sur la terre et ses anges furent jetés avec lui. Et j'entendis une voix clamer dans le ciel : « Désormais la victoire, la puissance et la royauté sont acquises à notre Dieu, et la domination à son Christ, puisqu'on a jeté bas **l'accusateur** de nos frères, celui qui les accusait jour et nuit devant notre Dieu. Eux-mêmes l'ont **vaincu grâce au sang de l'agneau** et grâce au témoignage de leur martyr, car ils ont méprisé leur vie **jusqu'à mourir**. Soyez donc dans la joie, vous, les cieux et leurs habitants. Malheur à vous, la terre et la mer, car le diable est descendu chez vous, frémissant de colère et sachant que ses jours sont comptés.

Se voyant rejeté sur la terre, le Dragon se lança à la poursuite de la Femme, la mère de l'enfant mâle. Mais elle reçut les deux ailes du grand aigle pour voler au **désert** jusqu'au refuge où, loin du Serpent, elle doit être nourrie **un temps et des temps et la moitié d'un temps**. (Apocalypse, chapitre 12, versets 1-14, nous soulignons.)

Au chapitre 13, on raconte que le Dragon a transmis « sa puissance et son trône » à la Bête surgie de la mer, portant sept têtes et dix cornes ; « On lui donna de proférer des paroles **d'orgueil** et de blasphème ; on lui donna pouvoir d'agir pendant **quarante deux mois** [...] ». Quant au chapitre 18, il annonce la chute de Babylone, détruite pour son idolâtrie et pour ses persécutions contre les chrétiens, mais il ne s'agit pas seulement de la persécution des chrétiens mais de toute persécution.

Cherchant la signification des symboles que nous avons soulignés, nous apprenons que la période de 42 mois, depuis Daniel, « ce temps (trois ans et demi) est devenu la durée-type de toute persécution » (La sainte Bible, *op. cit.*, p. 1628, note i). De même, *un temps*, c'est un an, *des temps*, deux ans, et *la moitié d'un temps*, 6 mois, pour un total de trois ans et demi, soit près de 1260 jours. Finalement, le désert où se sauve la femme est le « refuge traditionnel des persécutés dans l'Ancien testament » (*idem*, p. 1629, note n).

Ainsi décodé grâce à l'interprétation de certains symboles, on croit comprendre que la femme est persécutée ou qu'elle se sent persécutée. Or, nous avons déjà dit que le sort des malades mentaux en est un de persécution. La *mère-porteuse* de l'enfant divin souffrait-elle de ce que nous appelons

de nos jours la maladie mentale ? Dans l'Apocalypse, l'attention est particulièrement attirée sur le combat que l'ange Michel livre à la bête. Or, celle-ci s'en prenait à la femme persécutée. Ce que vient sauver l'ange, c'est une femme persécutée qui se sauvera au lieu traditionnel de refuge des persécutés, le temps que dure symboliquement une persécution. C'est l'état de persécuté qui est à soulager, et c'est la persécution qui est à détruire. La persécution, nous l'avons vu, commence par le double langage paradoxal, auquel Satan semble habile, se faisant à la fois *séducteur* et *accusateur*.

Donc, le mot désert peut faire symboliquement référence au refuge des persécutés, où le roi David, par exemple, s'est souvent caché. Ainsi, lorsque la Bible évoque la fuite dans le désert, on peut en déduire qu'il s'agissait d'un épisode plus ou moins aigu de maladie mentale. Lorsqu'on dit que Jésus a résisté aux tentations diaboliques, pendant 40 jours dans le désert, ne pourrait-on se demander s'il n'était pas affligé du même désarroi spirituel qui, avant lui, avait frappé Job ?

Certes, l'Apocalypse possède un caractère hallucinant, lequel est susceptible de séduire certaines personnes se sentant attirées par l'état de psychose. D'une part, le lien entre mysticisme et transe ou psychose, est bien documenté. Le danger est réel, pour une personne qui entend des voix, de se convaincre que son suicide lui est commandé. On a lu plus haut que le monde a été sauvé grâce au sacrifice de l'Agneau émissaire et des martyres qui méprisent leur vie *jusqu'à mourir*. Il faut faire attention lorsqu'on évoque ces univers symboliques en présence de personnes statistiquement proches du suicide.

Ce que nous allons tenter de faire, c'est plutôt de nous servir de l'écriture symbolique en tant que technique d'élaboration virtuelle. Délaissant les grands enjeux de vie et de mort, nous allons revenir sur le terrain de l'intervention. Nous allons essayer de mettre à profit ce que nous avons découvert en développant un programme particulier de réinsertion socio-professionnelle pour les personnes éprouvant des problèmes dits sévères et persistants de santé mentale. La particularité de ce programme, c'est qu'il est multimédia.



LA LOGIQUE DE L'INTERVENTION

Le monde est chargé d'une quantité limitée d'êtres. Au gré des rapports sociaux, l'être est accumulé, concentré chez certains individus ou groupes d'individus réunis en institution. Chez une personne, l'orgueil doit être tempéré par autant d'humilité afin de prévenir les conflits, et inversement, l'humilité doit être assujettie à une certaine dose d'orgueil, sinon la résilience risque de ne pas être au rendez-vous en cas de besoin. L'individu frappé d'adversité risque d'y rester s'il est trop humble. Il devrait en aller de même quant à ces matières premières que sont la considération sociale et le prestige, c'est-à-dire qu'elles devraient être réparties équitablement. Comme on se sert de l'argent pour créer de nouvelles richesses, on doit préférablement l'investir plutôt que l'accumuler en un point précis de fixation. Si, dans une communauté, un seul homme possède toutes les richesses, ou bien les autres meurent de faim, ou bien ils s'approprient violemment les possessions du premier. C'est un peu ce principe qui a conditionné l'avènement de la monogamie.

Lorsqu'il y a déséquilibre dans la répartition de la reconnaissance sociale, cela se répercute au niveau du psychisme de certains individus qui seront mis à l'écart. Leur situation de retrait par rapport à la vie trépidante de la synchronie et de l'intégration psychologique leur permet d'apprécier la perspective. Les choses apparaissent alors plus contrastées. Dans leurs témoignages, une lucidité certaine se dégage à propos du mécanisme de substitution rituelle et symbolique. Un tourbillon peut prendre forme, les substitutions se rapprochant toujours plus rapidement. Au terme de ce tourbillon, de cette tornade, il y a le ciel, c'est-à-dire la destination du malade mental suicidaire.

Nous allons maintenant proposer une technique d'intervention qui se veut conséquente aux commentaires précédents. Elle se situe à deux niveaux : individuel et collectif. Au plan individuel, elle prend la forme de la participation à une mesure appelée Insertion sociale (INSO, ancien programme d'expérience de travail, EXTRA). Telle que mise en œuvre au Centre de jour et de soir de Maison L'Échelon, dans l'est de la ville de Montréal, cette mesure fait partie du programme de formation à l'intégration sociale (FIS) de la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île. Dispensé auprès d'une clientèle adulte ayant des besoins de formation particuliers en raison de leurs problèmes dits sévères et persistants de santé mentale, le programme FIS appliqué à L'Échelon est unique en son genre, du moins au sein de la commission scolaire mentionnée. Il repose en effet sur l'acquisition de techniques concrètes de programmation et de communication multimédia, soit sur les technologies de l'information et des communications (TIC). Ce secteur a été ciblé pour diverses raisons. Notamment, il est populaire auprès des jeunes.

La création d'un site Web requiert en effet un nombre assez important d'étapes, ce qui fait que ce n'est pas à la portée de tout le monde. De plus, le site composé par la clientèle est accessible partout. Ainsi, lorsqu'un chroniqueur est en visite dans sa parenté à l'occasion de Noël par exemple, il peut montrer son *curriculum vitae* interactif à un cousin, à un oncle, etc. Certains ont ainsi pu susciter de l'admiration chez leurs proches qui, auparavant, étaient plutôt insensibles à d'autres types de réalisations : bricolage, peinture naïve, macramé, etc. De sorte que le prestige associé à ce secteur rejaillit partiellement sur leurs artisans. L'entourage immédiat change alors d'attitude. Étant souvent incapable de réaliser des pages Web, plusieurs sont impressionnés, alors qu'auparavant ils trouvaient puériles les activités auxquelles se livrait un proche victime de la maladie. Le prestige du secteur compense un peu pour la faible estime de soi, il permet le rééquilibrage.

D'autre part, en tant que composition multimédia, par définition la communication se déploie à plus d'un niveau. Par exemple, *La succession des anges* comporte des éléments textuels, visuels et sonores. Ces trois formats de communication peuvent être intégrés de manière originale, voire paradoxale. Or, comme nous l'avons maintes fois mentionné, la communication paradoxale (le double langage) a souvent été l'instrument initial de l'exclusion. Il s'agit donc de se le réapproprier, mais cette fois avantageusement.

La psychose, si souvent mentionnée, plus ou moins directement, dans de multiples formes culturelles de divertissement, peut être mise à profit. En effet, essentiellement, une page Web est composée d'une série de « 0 » et de « 1 ». Pour décrypter un sens à cette série, l'ordinateur se fera indiquer où commence la communication et où se trouvent les parenthèses qui font

que cette série constitue une équation qu'il devient possible de recomposer. C'est donc le contrôle sur cette ponctuation, qu'exerce le programmeur de la page en question.

Il s'agit en quelque sorte de combattre le feu par le feu, soit de mettre à profit l'irrationalisme caractéristique de la psychose dans un cadre qui correspond justement à l'ère postrationnaliste qui s'annonce avec les technologies numériques (Fisher, *op. cit.*). Ces dernières, selon Fischer, changent en particulier le rapport à la connaissance, et surtout à l'enseignement universitaire, lequel devra renoncer à une partie de son autorité. L'enseignement devra être beaucoup plus souple, plus convivial. Par exemple, avec la *lecture kangourou*, un élève peut suivre le chemin qu'il veut parce que l'arborescence d'un cours à distance sur Internet lui permet de commencer sa lecture, de la terminer puis de la reprendre où il veut, dans l'ordre ou le désordre que lui inspire sa curiosité. Le cheminement didactique imposé et linéaire risque de faire fuir les clientèles estudiantines de demain. L'enseignement devra être interactif, à l'image des technologies postrationnalistes.

De plus, si certains se sentent par moments tout-puissants, la réalité finit toujours par les rattraper, parfois assez brusquement. Ces personnes découvrent, re-découvrent alors qu'aux yeux des bien-pensants, elles ne valent finalement pas grand-chose, n'ayant rien à offrir sur le marché des transactions d'orgueil et de prestige. Elles n'ont rien à offrir parce qu'elles ont perdu leur capital de sympathie et d'estime. En effet, et nous abordons ici le plan collectif de l'intervention suggérée, l'économie des transferts d'être et de prestige (théorie de la réclusion) nous permet de reconstituer les opérations (psychotopsie), les transactions ou non-transactions ayant suscité le suicide de plusieurs personnes s'autosacrifiant. Cet engrenage des plus morbides apparaît même comme une entreprise d'extorsion agressive, comme un détournement délibéré de valeur d'être et de prestige. Il faut se scandaliser de notre conduite collective. La prétention à l'athéisme est en fait d'un cynisme absolu parce que collectivement, nous pratiquons toujours le sacrifice humain. L'idolâtrie se présente alors comme un système par lequel le flux naturel est détourné au profit d'une poignée d'individus. Le *star system* devient une espèce de barrage par lequel le cours naturel, bien public, est harnaché en vue de générer du profit pour quelque intérêt privé. C'est probablement pour éviter de telles catastrophes que la création délibérée d'idoles, aussi soudaines que lucratives, est devenue un interdit, un commandement gravé sur les tables de la Loi de Moïse. Le prestige accordé à l'idole est pris quelque part, il est volé aux plus vulnérables, et ce, au détriment de la cohésion sociale. Ce n'est pas Dieu qui a besoin de considération, mais l'homme, chacun des hommes.

Incidentement, nous avons voulu expliquer l'échec de la politique de santé mentale en mettant en évidence que l'ordre de l'interaction thérapeutique n'avait pas changé. L'autorité de l'institution psychiatrique sur ses patients en est sortie intacte. Nous avons aussi vu que la désinstitutionnalisation devait être reconceptualisée afin de la coupler à la judiciarisation. Cette opération nous a permis de revenir sur la notion d'individu puis sur celle de l'individu dangereux. Nous avons en effet suggéré que la judiciarisation devait aller de pair avec l'institutionnalisation de l'instance judiciaire intériorisée qu'est devenue la *conscience individuelle*. Nous avons alors atteint les assises de la théorie médicale de la maladie mentale en la relativisant. Notamment avec Michel Foucault, nous avons constaté qu'elles étaient bien peu solides puisque l'internement existait avant la psychiatrie. Ayant perpétré cette brèche, nous nous devons de revenir sur notre position de départ pour la nuancer. Ainsi avons-nous peut-être convenu trop rapidement de l'échec de la Politique de santé mentale de 1992. Le pouvoir traditionnel s'érode peut-être bel et bien.

Nous avons en effet développé une théorie qui vise à combler le fossé théorique laissé par le modèle de la maladie mentale. C'est ce qui nous a conduit, avec René Girard, à considérer comme sacrificiel le suicide du malade mental. Ainsi, les manifestations *positives* de la maladie deviennent l'expression symbolique d'une quête d'être perdu. Avec Paul Ricoeur, l'interprétation herméneutique nous fournit l'arrière-plan grâce auquel le problème se situe dans la perspective d'une économie des transferts et des désirs d'être. Et avec René Girard, nous avons schématisé la plomberie des flux d'orgueil et de prestige. Ainsi, nous comprenons que la réclusion (maladie mentale et son traitement) est un état qui ne fait ni l'objet d'imitation, ni de concurrence, et que celui qui en est frappé a perdu sa faculté d'imiter pour obtenir estime et reconnaissance sociales. Il est ainsi plus facilement *sacrifiable*. D'ailleurs, dans son *Histoire de la Folie au Québec*, André Cellard, dans sa première allusion aux méthodes amérindiennes, évoque l'imitation comme technique pratiquée afin de guérir un dément.

Le premier exemple [tiré des *Relations des Jésuites*] date de 1656 : [...] pendant que les uns préparent un breuvage pour le guérir, les autres l'arrêtent du mieux qu'ils peuvent ; mais il s'échappe de leurs mains et va se jeter dans la rivière, où il se démenait étrangement ; on court après lui, on le retire, et on lui prépare du feu [...] Il fallait pourtant guérir l'imagination blessée de cet homme ; c'est pourquoi ils font tous semblant d'être insensés comme lui et d'avoir à combattre des animaux qui se plongent en l'eau. [Comme lui] ils se mirent aussi tous tant qu'ils étaient à crier et à chanter selon les cris des animaux [...] quel spectacle de voir des gens qui font les fous pour guérir un fol ! Et après tout, ils réussirent [à le guérir] (Cellard, 1988, p. 29).

Nous allons maintenant tenter, en guise de conclusion, d'articuler la théorie à la pratique d'intervention sociale ayant à cœur de restaurer le réflexe imitatif. À cette fin, nous revenons sur une expérience d'utilisation de techniques multimédia dans un contexte de réadaptation psychosociale pour personnes réputées éprouver des problèmes graves de santé mentale.

8.1. L'USAGE DU SYMBOLE

Parce que Jésus mentionne que ce qui compte, c'est ce qui sort de la bouche, non ce qui y entre, les chrétiens se sont autorisés à manger ce qui n'est pas cachère. Dans l'Ancien et le Nouveau Testament, il serait sans doute intéressant de décortiquer en détail l'usage du paradoxe ou de la parabole comme technique de communication symbolique. Dans le cadre d'une communication paradoxale, la manipulation est en effet entretenue grâce à l'emploi du double langage paradoxal, lequel consiste en un décalage plus ou moins marqué entre ce qui est dit et ce qui est fait. C'est comme si dans un film on faisait entendre le vrombissement d'un réacteur de jet tout en projetant des images de voilier. Plus le décalage ou l'anachronisme est large, plus la communication est paradoxale. Plus le décalage est grand entre ce qui est dit verbalement et ce qui est dit corporellement ou ce qui est fait, plus grand est le sentiment de trahison. Plus grande est l'amertume face à ce qui est perçu comme de l'hypocrisie. D'où la volonté de retrait de ce jeu cruel. À celui-ci, quoi que l'on dise ou que l'on fasse, on perd à tout coup, peu importe le choix des options, le scénario a toujours la même fin. L'exclusion étouffe la parole de la folie sur elle-même et l'empêche de se déployer stratégiquement, de se libérer de la communication paradoxale imposée par le système. Il s'agit, en quelque sorte, d'une réalité virtuelle multivoque, à laquelle sont confrontées certaines personnes qui en deviennent finalement des expertes, malgré elles.

Les activités multimédia (Internet) sont notamment des occasions de se projeter différemment. La possibilité est offerte de recomposer sa personnalité, d'avoir le contrôle sur cette composition, libre des stigmates physiques de la maladie. La pratique des TIC devrait favoriser le recouvrement d'une élasticité perdue. Le fait de raconter, fut-ce en paraboles, signifie qu'on reprend à son profit cet instrument jusque-là associé à l'ostracisme du bouc émissaire.

L'entreprise est donc de nature culturelle. Il s'agit de proposer des configurations nouvelles de rapports savoir/pouvoir, non des idoles. Ces renversements dramatico-liturgiques sont également l'occasion de déconstruire puis de reconfigurer les conceptions sous une forme qui soit moins préjudiciable (dissociation de la maladie mentale et de la criminalité). La réappropriation des mythes et des préjugés, du scandale, permettra d'en proposer d'autres qui constituent des ouvertures entraînant une

(re)valorisation du statut de reclus. Par exemple, pour la réalisation du radio-théâtre *La jaquette sacrée* diffusée à l'émission de radio *Folie Douce* du 11 juin 1997, on s'est servi de la chronologie de la vie de Louis IX, lequel s'inspirait lui-même de celle du Christ. À cette époque où la pratique de l'historien consistait à dresser des parallèles avec les modèles bibliques, les symptômes de la maniaque-dépression du souverain furent perçus comme ceux d'une piété si intense qu'elle méritait la canonisation. Ses manifestations avaient de la valeur.

Le fait de se savoir utile et faire partie d'un groupe œuvrant dans un domaine prometteur, devrait susciter chez le participant un sentiment de revalorisation. La fiction peut offrir de nouvelles figures culturelles de renversement dramatique dès lors qu'elle modifie la dynamique des représentations sociales. Ce procédé est l'aboutissement de l'analyse de la place de la folie dans la littérature ainsi que dans d'autres œuvres culturelles et artistiques. On a constaté, en effet, chez nombre d'auteurs, l'efficacité du paradoxe comme pivot, comme point de renversement dramatique reposant sur la profanation du système des différences. Le système, après la crise, est reconduit sous une forme susceptible de susciter l'adhésion renouvelée de la collectivité à son code de différenciation culturelle. C'est pourquoi les changements de noms successifs (de folie à maladie mentale, à équilibre bio-psycho-social, etc.) ne sont en quelque sorte que les arbres qui cachent la forêt. C'est le terme de reclus qui convient, parce que c'est celui qui s'articule au mécanisme de substitution terminologique et sacrificielle. Ainsi, le drame est construit en fonction de l'effacement des différences qui permet le renversement appréhendé. Dans *Les Misérables*, par exemple, Victor Hugo écrit, à propos de Javert ayant rejoint son ennemi dans un geste comparable, avant de se suicider: « Une chose l'avait étonné, c'était que Jean Valjean lui eût fait grâce, et une chose l'avait pétrifié, c'était que, lui Javert, il eût fait grâce à Jean Valjean ». Il lui est insoutenable de considérer qu'il n'y ait plus de différence.

Notre intervention est spectaculaire en ce qu'elle repose sur le procédé du double langage paradoxal. La schizophrénie, la psychose, la psychose maniaque-dépressive, concernent un symbolisme parfois psychédélique. Ainsi, dans l'Apocalypse, au chapitre 6, verset 2, apparaît « un cheval blanc », au verset 4 un autre est « rouge feu », puis au suivant surgit « un cheval noir » tandis qu'au huitième nous avons affaire à « un cheval verdâtre ». Ils sont connus comme étant les quatre chevaliers de l'Apocalypse. Or, le blanc et le noir ne sont pas des couleurs, mais des tons, qui sont le contraire l'un de l'autre. Mais qu'il s'agisse de couleurs ou de tons, il convient d'opposer le blanc au noir, de les définir l'un par rapport à l'autre. Dans tous les cas, ils forment un couple. Qu'en est-il du rouge feu et du verdâtre ? Que se dégage-t-il de leur opposition, de leur juxtaposition ? N'en résulte-t-il pas un effet

d'optique, repris par des artistes comme Guido Molinari par exemple, qui confère un certain mouvement? Ce « colorisme » n'est-il pas à la base de nombre de créations psychédéliques? Utilisant lui-même des couleurs primaires, Martin Fortier ne dépeint-il pas le procédé du « double langage paradoxal »? Sur un écran d'ordinateur, ce vitrail des temps postmodernes, le colorisme est particulièrement oscillatoire.

De plus: « Le virtuel nous fait accéder à un monde possible, à une possibilité du monde que l'on se construit » (Wawrzyniak, 1998, p. 19). Cependant, le virtuel, jusqu'à un certain point, peut ébranler le sentiment de la réalité et conduire à l'irréalité psychotique. Nous dirons de cette irréalité qu'elle est grisante. C'est pourquoi elle séduit en particulier l'adolescence, ce moment décisif de l'organisation structurale de la personne. L'adolescent pourra alors s'enfermer dans le virtuel, ce qui, entre autres, a pour « conséquence de freiner chez les jeunes les pouvoirs de réalisation » (*idem*, p. 20). À ce moment, seule l'expression « peut nous révéler l'adolescent et on s'aperçoit toujours avec stupeur quelle part royale joue la fonction de l'irréel au travers de cette expression et comme il est important de la faciliter » (*idem*). Jouer permet de mieux supporter la réalité, en la narguant, et c'est ce qui explique que les adolescents soient particulièrement friands de jeux vidéos. Or, dans le fond, le jeu n'existe pas. Chez les enfants, ce que nous appelons « jouer » est en fait un travail très intense d'imitation, puisqu'on apprend, par imitation, ce qui a de la valeur et comment se l'approprier. L'imitation se produit lorsque la personnalité se cherche et se définit, soit lorsque l'intégration psychologique de l'individu n'est pas encore accomplie. Ainsi, la recrudescence de l'intérêt des adolescents pour le jeu s'expliquerait par un certain attrait pour la préintégration psychologique. Si faire une incursion hors de soi peut être une expérience salutaire, le danger en est cependant de devenir en quelque sorte dépendant de cette griserie. En effet, « les régressions psychotiques se manifestent plus aisément lorsqu'il existe une faible capacité intégrative du Moi, [...] où de sévères difficultés développementales à la phase séparation-individuation sont observées » (Lalonde, Aubut, Grunberg *et al.*, 1999, p. 215). C'est pourquoi, dans la psychose, « des symptômes de dépersonnalisation et de déréalisations y sont intriquées » (*idem*, p. 216).

Avec la prolifération des médias interactifs, « c'est à une entrée en force du monde virtuel que nous assistons, un monde avec ses effets de fascination, voire de captivation » (Wawrzyniak, *op. cit.*, p. 21). Malgré le risque pour certains de se retrouver démunis face à ce terrible désarroi qu'est la vie adulte, l'exercice de la virtualité et de l'imaginaire, chez d'autres adolescents, « jouent un rôle organisateur d'expression et d'élaboration, ces recours les aidant à mieux réaliser le réel, c'est-à-dire à en faire plus facilement leur réalité » (*idem*, p. 22).

8.2. LES CONSÉQUENCES SUR L'INTERVENTION

Toutes ces considérations nous ont conduit à cibler un secteur particulier à exploiter, soit le domaine du multimédia. D'une part, lorsqu'on travaille pour un site Internet, par exemple, on peut le faire de partout où il y a un ordinateur et une ligne téléphonique, de la maison notamment. Le télétravail, évoqué notamment par Martin Fortier, permet à ceux qui y sont sensibles d'éviter le stress des contacts sociaux. D'autre part, ce domaine d'activité est en pleine croissance et beaucoup de prestige y est conféré. Comme la littérature le démontre abondamment, la maladie mentale se présente souvent comme un manque d'estime personnelle. Ce manque d'estime personnelle est augmenté du manque d'estime sociale. La réclusion a mauvaise presse et lorsque les journaux s'en emparent, c'est souvent pour en exploiter le côté sensationnel. Il s'agissait donc, en quelque sorte, d'utiliser ce sensationnalisme à notre avantage plutôt qu'à notre détriment. Ainsi, nous nous sommes approprié le double langage paradoxal en le reprenant dans le cadre d'un feuilleton créé par les chroniqueurs du Ruisseau. *La succession des anges* met en scène un personnage, David, qui souffre sans aucun doute de problèmes divers de santé mentale.

Conformément à notre analyse de la pensée symbolique, nous avons pigé dans la littérature universelle un modèle pour en faire l'arrière-plan d'un récit se présentant comme l'avant-plan du premier. Nous imitions alors Jésus, lequel se présentait comme la postfiguration de diverses prophéties, ainsi qu'on l'a vu. De sorte qu'au David qui régnait il y a 3000 ans correspond le nôtre, artiste impétueux aux inspirations extatiques. Ainsi, Curly, l'épouse de notre personnage, correspond à Michol, celle du roi David, qui ne manqua pas de se moquer de l'euphorie du roi lorsqu'il dansait devant l'Arche d'alliance. Plusieurs parallèles ont ainsi été dressés, lesquels sont explicités sur le site Web, dont nous donnerons l'adresse un peu plus loin.

L'essentiel, c'est que ce feuilleton est un produit multimédia comprenant des textes, des sons et des animations visuelles. Rappelons que le mot psautier, qui se dit d'un recueil de psaumes, était le terme qui, à l'origine, désignait l'instrument de musique dont on jouait en récitant les psaumes davidiques. Si ceux-ci ne sont plus systématiquement chantés, c'est en souvenir de la destruction du temple de Jérusalem. La manière dont ils sont récités, soit en tenant compte d'une notation musicale mais sans être chantés, a donné le verbe *psalmodier*. Ce ne sera qu'au VII^e siècle que la musique réintégrera la liturgie, avec Grégoire le Grand, pape de 590 à 604. Outre le chant grégorien, c'est aussi à lui qu'on doit une autre application pour ainsi dire multimédia, soit la production d'enluminures destinées non seulement à embellir les manuscrits, dont les psautiers, mais à enseigner, étant aux analphabètes ce que le livre était aux clercs.

Jouant de la harpe, David s'est fait connaître auprès de Saül, avant de se distinguer en terrassant Goliath. Par ailleurs, à la lumière de l'interprétation que nous faisons sous l'angle de la réclusion, David nous apparaît comme un personnage fortement exalté, pour ne pas dire psychotique. Il est aussi, en quelque sorte, le premier musicothérapeute, soulageant la maladie mentale du roi Saül, lequel se donnera tout de même la mort. « La plupart des Pères et des anciens commentateurs croient que Saül était réellement possédé du démon; mais beaucoup de modernes pensent qu'il était simplement frappé de manie » (La sainte Bible selon la Vulgate, p. 35, note 14. À la note 55 de la page 550, on parle directement de *l'aliénation mentale du prince*). Quant à David, lorsqu'il se réfugie chez Akish, celui-ci dit « Vous voyez bien que c'est un fou » (premier livre de Samuel, chapitre 21, verset 15). On dit que David feignait, à ce moment, d'être fou, mais nombreux sont les instants où il est frappé d'angoisse. Heureusement, dit-il, « Le Seigneur vit, lui qui a délivré mon âme de toute angoisse » (livre II des rois selon la Vulgate, chapitre IV, verset 9).

Pour nous, la psychose se présente comme une symbolisation qui se prend au sérieux, c'est-à-dire qu'elle manque de recul critique en se considérant comme inspirée. C'est pourquoi l'intervention que nous suggérons repose sur l'acquisition de techniques de mentalisation et de symbolisation, lesquelles conduisent à une faculté d'intellection plus intégrée, ce qui augmente les possibilités cognitives. En effet, la mentalisation est un processus de construction de la représentation qui suppose deux opérations. D'abord, la diabolisation est une opération de séparation alors que le contenu mental de la pulsion doit être séparé du corps. Puis, « il y a un temps de la symbolisation qui implique l'agir expressif, c'est-à-dire l'engagement du corps au service de l'expressivité » (Tychev, 2000, p. 471). C'est ainsi que nous en sommes venus à comprendre les manifestations *positives* de la maladie mentale comme autant d'expressions symboliques d'une mentalisation diachronique. Alors, la mentalisation et la symbolisation devraient favoriser l'élaboration de « structures mentales de mieux en mieux organisées » (*idem*, p. 771).

Le site Web en question, en tant que production multimédia, doit être vu comme une narration dont la création permet, aux participants, « la réalisation du sens dans les symboles » (Labbé, 2000). La réalisation du sens, c'est la réalisation de soi, c'est-à-dire que le récit favorise l'intégration psychologique. C'est en ceci que les TIC sont encore nouvelles. Elles permettent au libre-penseur ou au simple citoyen de communiquer sans la médiation d'un éditeur, et ainsi de contourner l'ordre raréfiant du discours.

Le possédé de Gérasa, sur les rives du lac de Tibériade, se tient dans un cimetière. Un cimetière, c'est un lieu à la fois mort et vivant, à la fois dans la communauté et en dehors d'elle. Il est souvent situé aux limites de

l'agglomération. D'un côté, il a une façade sur la ville ou le village et de l'autre, il s'ouvre sur la campagne, le désert ou la forêt. Girard observe également que le possédé en question, pour avoir déjà brisé ses chaînes, aurait pu le faire encore une fois, fort comme il l'était. C'est donc que, pour pouvoir ainsi l'enchaîner, il fallait qu'il se laisse un peu faire. Au-delà de son apparente opposition, jusqu'à un certain point, il consentait à son arrestation. De notre côté, nous n'avons pas manqué de noter la réponse qu'il fait au Christ lorsque ce dernier lui demande son nom : « *Légion* est mon nom, car nous sommes beaucoup » (Marc, chapitre 5, verset 9). Nous nous permettons donc de suggérer que, schizophrène, il entendait des voix. Ainsi, l'épisode gérasénien est à mettre en parallèle avec la notion de *positive withdrawal* échafaudée par Ellen Corin (Corin, 1995, *op. cit.*). La réclusion est un état qui peut être soit imposé, soit choisi, et qui peut, dépendamment des circonstances, être soit recherché, soit repoussé.

Après avoir exorcisé Légion, Jésus lui dit, avant de le quitter, de retourner chez lui : pour raconter. « Il s'en alla donc et se mit à proclamer dans la Décapole tout ce que Jésus avait fait pour lui, et tout le monde était dans l'étonnement. » (Marc, 5-20) Selon les traductions, il proclame, raconte, rapporte ou publie le récit. De nos jours, ne lui conseillerait-on pas de monter un site Internet là-dessus ?

Pour terminer cet exposé, l'invitation est lancée au lecteur de visiter les réalisations multimédias qui se trouvent à l'adresse suivante : <http://www.polaristo.com/reclusion>. Il pourra notamment voir les réalisations de Martin Fortier et se divertir en suivant les péripéties de David dans le feuilleton *La succession des anges*. Il pourra aussi et surtout accéder aux témoignages des chroniqueurs du *Ruisseau*, lequel a d'ailleurs changé de nom avec l'entrée en vigueur du programme multimédia évoqué ci-haut (voir les explications sur le site mentionné). Toutes ces communications sont du domaine public. Sur les témoignages, nous invitons le lecteur à y appliquer une analyse particulière, notre psychotopsie. C'est sur la psychotopsie de quatre d'entre eux que nous allons maintenant nous laisser.

8.3. J'ME ROULE EN BOULE

Dans son témoignage, Jocelyne Bouchard mentionne, d'entrée de jeu, que « Toute sa vie sera particulière ». Dès son plus jeune âge, sa physionomie fait qu'elle est objet de curiosité, comme Christian Ducharme (1988) qui dit qu'on lui trouve un *air de clown*. Par rapport aux garçons et filles de son âge, Jocelyne Bouchard dit : « je ne suis plus comme eux et je ne sais pas pourquoi. Cela suffira pour que je réalise la honte que je deviens pour les autres ». Très tôt, elle a conscience d'être une source d'embarras pour ses proches. Elle adoptera un mode de vie casanier, optant pour des activités intérieures :

« artisanat, casse-tête, lecture, dessin, etc... C'est excellent, voyez-vous, comme refuge pour la fille honteuse qui ne veut pas gêner en aucun lieu ou en aucun moment. »

Si, au début, c'est sa petitesse qui la dérange, à l'âge adulte la situation se complique. « Je me retrouve sur l'aide sociale à 27 ans, un diagnostic saisissant me retranche du monde normal pour au moins 14 années : névrose phobique et obsessionnelle, à tendance dépressive, troubles de comportement, manque de réflexes. » On voit ici, rattaché à un diagnostic typiquement médical, un enjeu propre à une question de mouvement. Un manque de réflexes, écrit-elle, complexifie les choses, ce qui correspond à notre compréhension de la dyskinésie, tardive pour certains, mais constitutive, pour nous, de la problématique de la réclusion.

Comme nous nous y attendions, l'arrière-plan spirituel est présent dans ce témoignage. « Dieu aime les petits et les protège », écrit-elle pour expliquer son refus d'être lobotomisée. Or, la question religieuse est également liée à une question de temps. Pour elle, le temps était source de confusion. « Puis un long cauchemar commence. Jour après jour – ou peut-être était-ce le même ? je ne sais plus », écrit-elle.

Qui dit désignation, si c'est comme bouc émissaire, dit mise à l'écart. Mais ce retranchement peut faire l'enjeu d'une négociation. Ainsi, notre recluse semble troquer une adhésion à l'ordre synchronique *une journée à la fois*, en échange d'un espace où vivre une diachronie ponctuée de prières. Elle écrit : « maintenant, je vis une journée à la fois, [...] alors Jésus qui vient me nourrir devient ma force. Ainsi je peux endurer, aimer, aider tous ceux qui en ont besoin, [...] et je prie pour tous. »

8.4. PAR DE VASTES CHAMPS NUS

Le témoignage de Linda Pelletier est également révélateur de la réclusion en tant que mode de vie à vocation sacrificielle. Elle y traite des comportements incestueux de son père, lequel semblait fort autoritaire. « C'est très tôt que j'appris à fuir la réalité et à oublier. C'était la seule façon de survivre », écrit-elle. On voit donc, dès le début du texte, que pour elle fuir la réalité est une stratégie. L'objectif est de se sortir d'un contexte de domination, ce qui est conforme à la théorie des communications de Bateson et de l'école de Palo Alto.

Un autre passage laisse clairement apparaître le phénomène de la communication paradoxale. « Mon père ne tolérait pas que nous vivions hors de son contrôle. D'ailleurs, en riant pour atténuer l'effet de ses paroles, il disait que papa était Dieu. » Ici, le rire est utilisé pour camoufler une autorité si absolue qu'elle est présentée comme étant d'essence divine. Comme

nous l'avons déjà mentionné, la pratique du double langage paradoxal est perçue, par nombre de ceux qui le subissent, comme de l'hypocrisie, de la trahison. Dans le passage qui suit, on voit le paradoxe conduisant à la folie, la folie étant alors une conduite de fuite et d'évitement. Cet évitement, à son stade ultime, correspond à un état de désintégration psychologique, parfois recherchée par diverses techniques de méditation ou d'automédication. Elles mèneront souvent à des problèmes de toxicomanie, à une recherche de désintégration psychologique synonyme d'ubiquité.

On disait, sans trop préciser, que j'étais une drôle de fille. Moi je sais que j'étais une petite fille effrayée et perdue, évoluant en préservant les apparences, dans un monde d'adultes effrayant d'hypocrisie. Pour y vivre je devais le fuir et me fuir. M'étourdir, sortir de moi jusqu'à ne plus me reconnaître dans un miroir. Je mêlais les euphorisants comme on fait un cocktail, non pas à petites doses, mais par d'effarantes quantités.

Apparemment, la religion occupait une place importante dans cette famille puisque, à sa majorité, Linda Pelletier s'est vu offrir la possibilité de ne pas aller à l'église le dimanche. On en déduit que d'aller à la messe dominicale était obligatoire. Nous ne serons donc pas surpris de voir la thématique religieuse ressurgir, encore une fois en lien avec une pratique particulière du mouvement : le nomadisme. « Le désir de voyager s'imposa comme une nécessité. Je joignis la grande famille errante des hippies [...] J'ai vagabondé par le monde [...] sans itinéraire, sans attente. » Puis : « J'ai quitté ma tête et mon corps pour quelques mois dans un incomparable sentiment de liberté », écrit-elle. « J'étais un esprit, fille de Dieu faite femme. Dieu me parlait par symboles que moi seule je comprenais. » On voit donc poindre, malgré un état de désorganisation avancée, la conscience nette du symbole comme moyen de communication transcendente.

De retour au Québec, elle était « marquée du sceau de la folie ». À cette étiquette, « on a collé celle de suicidaire », les mélanges d'alcool, de drogue et de médicaments caractérisaient cette tendance. Alors un psychiatre lui a conseillé de renoncer au travail. « Munie d'une lettre certifiant mon incapacité permanente de travailler, j'ai joint le lot des assistés sociaux », écrit-elle. Elle ira retrouver Job dans sa misère.

Ensuite, après avoir joint un groupe d'entraide, elle dit avoir « cassé la chaîne ». Un nouveau médecin a pris le temps de l'écouter et de lire son dossier « épais comme trois dictionnaires. » De ce médecin, Linda Pelletier écrit : « Il croit en moi. Il est persuadé que je ne souffre d'aucune maladie mentale. J'ai besoin d'écoute, il m'en a procuré. »

L'écoute, comme nous le disions, implique la possibilité de raconter et l'on a vu, dans ce témoignage, que cette possibilité est aussi celle d'une guérison.

8.5. TÉMOIGNAGE DE ANDRÉ TREMBLAY

Le récit d'André Tremblay, dès la première phrase, établit un lien entre psychiatrie et interruption de mouvement : « Ma vie de psychiatisé a commencé le jour où j'ai paralysé au milieu de la rue De Chambly. [...] On m'a transféré à l'hôpital Louis-H. Lafontaine où l'on m'a mis aux soins intensifs. »

La compréhension de la maladie mentale d'André Tremblay n'est pas livresque. Il dit qu'avant l'âge de 28 ans, il n'en connaissait que ce que les médias en disaient, qui n'est « qu'un pâle reflet de la réalité. » Sa connaissance est empirique et repose sur l'observation. Et ce qu'il remarque, c'est l'autorité et la condescendance entretenue par certains à l'égard des patients. « Ainsi, les membres du personnel hospitalier qui s'impatientaient contre les patients avaient tendance à réagir en adoptant des mesures coercitives à leur endroit », observe-t-il. Lui aussi a déjà entendu parlé, en mal, du malade mental et de ce que celui-ci doit endurer lors de sa mise à l'écart forcée.

Si, au début du texte, il fait mention d'une paralysie, André Tremblay parle ensuite de maux de jambes qui le « poussaient à marcher sans arrêt, mais au moins (à l'hôpital) je marchais au chaud », écrit-il. Puis, il aborde la question de l'installation, que nous avons vue avec Irving Goffman : « Sortir le premier hiver à l'extérieur des murs, c'est froid, car on prend vite l'habitude d'une vie dans une bulle de verre. » À l'extérieur, après l'internement psychiatrique, c'est douloureux. « Le rythme de vie nous semble vite et agressif, parce qu'auparavant nous prenions tout notre temps pour écouter la journée. » Par contre, à la sortie, « c'est intéressant de reprendre sa dignité après s'être senti déresponsabilisé. »

Si André Tremblay dit s'être senti déresponsabilisé, nous savons, quant à nous, qu'il ne s'agissait pas que d'un sentiment, mais d'une réalité juridique que nous avons abordée plus haut. Quant à la relation au temps, derrière les murs de l'institution, il est dit qu'on peut *prendre notre temps pour écouter la journée*. Supposant que plus on est gravement malade, plus il y a des chances pour qu'on soit interné, on voit qu'au plus fort de la maladie le reclus est emporté par un temps diachronique. Il lui sera douloureux de revenir dans la synchronie, plus *agressive*, la compétition étant ici farouche pour l'appropriation du prestige et de la rareté.

8.6. TÉMOIGNAGE DE DIANE BIANCHI

Quant à elle, Diane Bianchi mentionne que sa vie « s'avérait une réussite totale. » Puis survinrent l'arrêt de ses études, la rupture de ses fiançailles et la perte de son emploi. « Je me retrouvai donc le 24 avril 1979, le jour de mon anniversaire de naissance, à l'hôpital Louis-H. Lafontaine pour une consultation », écrit-elle. C'est alors qu'on lui a appris qu'elle était atteinte

de dépression psychotique. Après une période de relative rémission pendant laquelle elle a repris le travail, tout bascule à nouveau. Elle écrit : « Je perds mon travail, ma famille s'éloigne de moi, je me retrouve seule malade et sans le sou. Tout ce que je mange, c'est du gruau, je bois beaucoup de café et je fume beaucoup. »

Puis : « Je me promets alors de me suicider si je suis schizophrène, mais personne ne me donne ce que j'appelais le verdict », écrit-elle. On voit ici le diagnostic de schizophrénie présenté comme le verdict d'un jugement conduisant à la mort. Les idées suicidaires sont ici indissociables de celle de schizophrénie. L'idée d'être frappée de schizophrénie est ici, en soi, une idée suicidaire.

Finalement, le « verdict » tombe, il en est bel et bien un de schizophrénie. « Je ne sais toujours pas ce qu'il veut dire au juste, mais je savais que c'était la pire des maladies mentales. Je pleurai alors toutes les larmes de mon corps (mais) j'ai décidé que cela valait la peine de vivre. »

Si elle ne savait pas ce que *veut dire au juste* le mot schizophrénie, elle sait ce que ce sera d'être socialement schizophrène. Elle dit avoir pleuré toutes les larmes de son corps, tellement est peu enviable cette situation, s'il faut en croire les sources qui l'ont alimentée en conceptions de la maladie mentale.

Nous pourrions appliquer une analyse détaillée à tous les témoignages publiés dans le *Ruisseau*, comme nous venons de le faire sur quatre d'entre eux qui remontent à 1995. On y trouverait plusieurs références au mouvement spatio-temporel brisé ainsi qu'aux questions d'estime ou de dépréciation personnelle en tant que déséquilibre de l'orgueil. Nous y verrions aussi que, dans nombre de cas, des problèmes scolaires se caractérisaient par de la difficulté à jouer, à imiter les convenances de la majorité. On y répertorierait également de nombreuses références à la spiritualité, de même qu'à la toxicomanie comme expérience de recherche de *paradis artificiels*. Une telle analyse détaillée ne ferait que confirmer la pertinence de la réclusion comme biais théorique. Celui-ci permet de comprendre ce qui ne pouvait l'être auparavant, la démarche consistant à laisser apparaître un sens au cœur de l'insensé.

ARTICLES OU CONFÉRENCES

- ANGERMEYER, M.C., B. COOPER et B.G. LINK (1998). « Mental disorder and violence : Results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, p. S1-S6.
- ANCTIL, Hervé (1987). « La maladie mentale dans la cité », *Santé société*, hiver.
- BÉDARD, Louis et Carl AUBUT (1999). « Cadres et limites », dans *Dangerosité, santé mentale et suivi communautaire*, Institut Philippe-Pinel de Montréal, colloque des 4 et 5 novembre.
- BELL, R.G., P. BEAUSÉJOUR et J. HADDAD (1993). « Échantillon d'instruments de mesure de la qualité de vie et théorie pour évaluer les services de psychiatrie », *Santé mentale au Québec*, vol. 18, n° 2, automne, p. 87-108.
- BERGNER, R.M. (1998). « Therapeutic approaches to problems of meaninglessness », *American Journal of Psychotherapy*, vol. 52, hiver, p. 72-87.
- BLEGER, José (1988). « Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions », dans KAËS, René, Didier ANZIEU *et al.*, *L'institution et les institutions : études psychanalytiques*, Paris, Dunod.
- BRADLEY, E. et Heinz-Joachim BIEDERMANN (1985). « Bandler and grinder's neurolinguistic programming : Its historical context and contribution », *Psychotherapy*, vol. 22, n° 1, printemps.
- CELLARD, André et D. NADON (1986). « Ordre et désordre : Le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 39, n° 3, p. 345-368.
- CHAMBERLAND, Gilles (1999). « Judicialisation et confidentialité », dans *Dangerosité, santé mentale et suivi communautaire*, Institut Philippe-Pinel de Montréal, colloque des 4 et 5 novembre.
- CHAPEROT, C. (1998). « Hystérie, hallucinations acoustico-verbales, sémiologie psychiatrique et traitement neuroleptique », *L'information psychiatrique*, vol. 74, janvier, p. 595-602.

- COHEN, David (1994). « Neuroleptic drug treatment of schizophrenia: The state of the confusion », *Journal of Mind and Behavior*, numéro spécial, vol. 15, n^{os} 1 et 2, hiver et printemps, p. 139-156.
- COHEN, David et Michael MCCUBBIN (1990). « The political economy of tardive dyskinesia: Asymmetries in power and responsibility », dans *The Journal of Mind and Behavior*, été et automne, n^{os} 3 et 4, p. 465-488.
- CORIN, Ellen (1998). « The thickness of being: Intentional worlds, strategies of identity, and experience among schizophrenics », *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, vol. 6, été, p. 133-146.
- CORIN, Ellen (1995). « Enjeux et défis reliés à l'intégration des acteurs dans la recherche évaluative », dans *Évaluer: Pourquoi?*, Actes du colloque du Conseil québécois de la recherche sociale, mai, p. 33-57.
- CORIN, Ellen et G. LAUZON (1992). « Positive withdrawal and the quest of meaning: The reconstruction of experience among schizophrenics », *Psychiatry*, vol. 55, p. 266-278.
- CORTEN, Philippe (1993). « Qualité subjective de la vie et réadaptation: émergence et évolution conceptuelle », *Santé mentale au Québec*, vol. 18, n^o 2, automne, p. 33-48.
- DE TYCHEY, C., R. DIWO et M. DOLLANDER (2000). « La mentalisation: approche théorique et clinique à travers le test de Borschuach », *Bulletin de psychologie*, tome 53, juillet-août, p. 469-481.
- DIAMOND, Ronald (1985). « Drugs and the quality of life: The patient's point of view », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 46, n^o 5, mai, p. 29-35.
- DORVIL, Henri (1987). « Les patients qui activent la porte tournante », *Santé société*, printemps.
- DUPRAS, André (1993). « La sexualité, l'institution psychiatrique et la normalisation du malade mental », *Santé mentale au Québec*, vol. II, n^o 2, p. 45-47.
- ESTROFF, S.E. *et al.* (1998). « Risk considered: Targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, p. S95-S101.
- EY, H. (1975). « Neuroleptiques et services psychiatriques hospitaliers », *Confrontations psychiatriques*, n^o 13, 1975, dans DE FREMINVILLE, Bernard (1977). *La raison du plus fort: traiter ou maltraiter les fous?*, Paris, Seuil.
- FISCHER, Hervé (2003). « Les machines éducatives et les hommes », Dîner-conférence du colloque *Les TIC: valeur ajoutée à la formation*, Université du Québec à Trois-Rivières, 6 avril.
- FONTAINE, J.G. (1980). « La psychiatrie, spécialité médicale », *L'union médicale du Canada*, mai, tome 109, p. 751-755.
- FOUCAULT, Michel (1984a). « Le pouvoir, comment s'exerce-t-il », dans DREYFUS, Hubert L. et Paul RABINOW, *Un parcours philosophique: au-delà de l'objectivité et de la subjectivité*, Paris, Gallimard, p. 308-321.
- FOUCAULT, Michel (1984b). « Pourquoi étudier le pouvoir: la question du sujet », dans DREYFUS, Hubert L., Paul RABINOW et Michel FOUCAULT, *Un parcours philosophique: au-delà de l'objectivité et de la subjectivité*, Paris, Gallimard, p. 297-308.

- FOUCAULT, Michel (1981). « L'évolution de la notion d'“individu dangereux” dans la psychiatrie légale », *Déviance et Société*, vol. 5, n° 4, p. 403-422.
- FUSTIER, Paul (1999). « Une réponse structurante à la violence », *Santé mentale*, novembre, p. 24-26.
- GARDOS, George, J.O. COLE, M. SALOMON et S. SCHNIEBOLK (1987). « Clinical forms of severe tardive dyskinesia », dans *American Journal of Psychiatry*, vol. 144, n° 7, juillet, p. 895-902.
- GIAMI, A. (2000). « La démarche clinique dans les sciences sociales », *Bulletin de psychologie*, vol. 53, n° 3, mai-juin, p. 325-332.
- GUÉRIN, Daniel (1989). « L'hôpital dans la communauté : pour contrer le syndrome de la porte tournante », Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Santé société*, p. 16-17.
- HOCHMANN, Jacques (1981). « La peur du fou », *Santé mentale au Québec*, vol. VI, n° 1, p. 3-18.
- HUMBERT, Colette (1987). « L'enquête consciencieuse », dans DESLAURIERS, Jean-Pierre, *Les méthodes de la recherche qualitative*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 91-105.
- KIRK, L., HAAGA, D.A.F., SOLOMON, A. et BRODY, C. (2000). « Perceptions of depression among never-depressed and recovered-depressed people », *Cognitive Therapy and Research*, vol. 24, n° 5, octobre, p. 585-594.
- LABBÉ, Y. (2000). « La réalisation du sens dans les symboles », *Nouvelle revue théologique*, vol. 122, n° 4, octobre-décembre, p. 573-596.
- LABERGE, Danielle et Marie ROBERT (1992). « La judiciarisation de la maladie mentale : profil des personnes accusées devant la cour municipale de Montréal », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 5, n° 1, p. 31-46.
- LINK, B.G. et A. STUEVE (1998). « Psychotic symptoms and violent behaviors : Probing the components of threat/control-override symptoms ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, p. S55-S60.
- MILLAUD, Frédéric et Pierre GENDRON (1999). « La dangerosité et les indicateurs de risque », dans *Dangerosité, santé mentale et suivi communautaire*, Institut Philippe-Pinel de Montréal, colloque des 4 et 5 novembre.
- MILLS, Mark J. et Spencer ETH. (1987). « Legal liability with psychotropic drug use : Extrapyramidal syndromes and tardive dyskinesia », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 48, n° 9, p. 28-33.
- MONCEAU, Madeleine (1999). « On ne doit pas mourir en soignant », *Santé mentale*, septembre, p. 8-9.
- PARENT, Georges (1995). « Avec la “santé mentale”, la maladie mentale n'existe plus », *Le Soleil* (Québec), 30 novembre, p. A-15.
- POULIN, Carole et Raymond MASSÉ (1994). « De la désinstitutionnalisation au rejet social : point de vue de l'ex-patient psychiatrique », *Santé mentale au Québec*, vol. 19, n° 1, printemps, p. 175-194.
- ROBERT, Lionel (1986). « Le partenariat entre le réseau institutionnel et la communauté : un paradigme à définir », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. II, n° 1, printemps, p. 37-52.

- RODRIGUEZ, Lourdes et Lorraine GUAY (1995). « Renouveau des systèmes : système public *vs* système communautaire », dans *Évaluer : Pourquoi?*, Actes du colloque du Conseil québécois de la recherche sociale, mai, p. 155-172.
- ROY, Renée et Guylaine DE TONNANCOUR (1999). « Comment réagir », dans *Dangerosité, santé mentale et suivi communautaire*, Institut Philippe-Pinel de Montréal, colloque des 4 et 5 novembre.
- STRAUSS, J.S., W.T. Jr CARPENTER et J.J. BRAKO (1974). « Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs », *Schizophrenia Bulletin*, 11-61.
- SUSKO, Michael A. (1994). « Caseness and narrative: Contrasting approaches to people who are psychiatrically labeled », *Journal of Mind and Behavior*, numéro spécial, vol. 15, n^{os} 1 et 2 (hiver et printemps), p. 87-112.
- TOUSIGNANT, Michel (2000). « Schizophrénie et suicide », Allocution du 4 décembre, Centre de jour L'Échelon.
- VAN PUTTEN, Theodore et Stephen R. MARDER (1987). « Behavioral toxicity of antipsychotic drugs », dans *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 48, n^o 9, septembre, p. 13-19.
- VIAUX, J.-L. (2000). « L'expertise psychologique judiciaire : d'une éthique nécessaire à des pratiques claires », *Bulletin de psychologie*, vol. 53, n^o 1, janvier-février, p. 133-135.
- VINET, A. (1975). « La vie quotidienne dans un asile québécois », *Recherches Sociographiques*, vol. XVI, n^o 1, p. 85-113.
- WEIDEN, Peter J., J. JOHN MANN, Gretchen HAAS, Marlin MATTSON et Allen FRANCES (1987). « Clinical non-recognition of neuroleptic-induced movement disorders: A cautionary study », in *American Journal of Psychiatry*, vol. 144, n^o 9, septembre, p. 1148-1153.
- WASKA, R.T. (1998). « Self-mutilation, substance abuse, and the psychoanalytic approach: Four cases », *American Journal of Psychotherapy*, vol. 52, hiver, p. 18-27.
- WAWRZYNIAK, M. (1998). « La virtualité à l'adolescence. De la virtualité à la déréalité », *L'information psychiatrique*, vol. 74, janvier, p. 19-26.
- WHITE, MERCIER, DORVIL et JUTEAU (1992). « Les pratiques de concertation en santé mentale: trois modèles », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. V, n^o 1, printemps, p. 77-94.
- YOUNG, Alexander, G. SULLIVAN, A. BURNAM et R.H. BROOKS (1998). « Measuring the quality of outpatient treatment for schizophrenia », *Archives of General Psychiatry* (American Medical Association), vol. 55, juillet, p. 611-617.

MONOGRAPHIES

- ARCHIBALD, Clinton (1983). *Un Québec corporatiste ?*, Hull, Les Éditions Asticou.
- BASTIDE, Roger (1965). *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.
- BESANÇON, G. (1982). *Le psychiatre et son malade en pratique quotidienne*, Paris, Masson.
- BLANCHET, Benoit (1987). *Évolution des ressources intermédiaires d'hébergement de 1970 à 1986*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, juillet.

- BOUDREAU, Françoise (1984). *De l'asile à la santé mentale: les soins psychiatriques; histoire et institutions*, Montréal, Saint-Martin.
- BOURDÉ, Guy et Hervé MARTIN (1983). *Les écoles historiques*, Paris, Seuil.
- BRADENJOHNSON, Ann (1990). *Out of Bedlam: The Truth About Deinstitutionalization*, États-Unis, Basic Books.
- BROWN, Phil (1985). *The Transfer of Care: Psychiatric Deinstitutionalization and its Aftermath*, Londres et Boston, Routledge & Kegan Paul.
- CASTEL, Françoise, Robert CASTEL et Anne LOVELL (1979). *La société psychiatrique avancée: le modèle américain*, Paris, Grasset.
- CELLARD, André (1991). *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850*, Montréal, Boréal.
- COLLÉE, Michel et Claude QUÉTEL (1987). *Histoire des maladies mentales*, Paris, Presses universitaires de France.
- COOPER, David (1970). *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Paris, Seuil.
- COOPER, David et Ronald LAING (1971). *Raison et violence: dix ans de la philosophie de Jean-Paul Sartre*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.
- DAUDEL, R. (1974). « Préface », dans FOUREZ, G., *La science partisane*, Gembloux, Duculot.
- DELACAMPAGNE, Christian (1974). *Antipsychiatrie: les voies du sacré*, Paris, Bernard Grasset.
- DERRIDA, JACQUES (1967). « Cogito et histoire de la folie », *L'écriture de la différence*, Paris, Seuil.
- DREW, Paul et Anthony WOOTON (1988). *Erving Goffman: Exploring the Interaction Order*, Boston, Northeastern University Press.
- DREYFUS, Hubert L. et Paul RABINOW (1984). *Michel Foucault: un parcours philosophique: au-delà de l'objectivité et de la subjectivité*, Paris, Gallimard.
- ÉRASME (Édition de 1953). *Éloge de la folie*, Paris, Garnier.
- ERICKSON, Milton H. (1990). *L'hypnose thérapeutique*, Paris, ESF éditeur.
- EY, Henri (1973). *Traité des hallucinations*, Paris, Masson.
- EY, Henri et al. (1989). *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson.
- FABRE, Nicole (1993). *L'analyse par le rêve éveillé dirigé: une étude clinique*, Paris, ESF.
- FOUCAULT, Michel (1982). *Le désordre des familles: lettres de cachet des Archives de la Bastille*, Paris, Flammarion.
- FOUCAULT, Michel (1976). *Histoire de la sexualité: la volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1973). *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1971). *L'ordre du discours*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1966). *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard.
- FOURASTIÉ, Jean (1963). *Le grand espoir du XX^e siècle*, Paris, Gallimard.

- FOUCAULT, Michel (1954). *Maladie mentale et personnalité*, Paris, Presses universitaires de France.
- FOUREZ, Gérard (1974). *La science partisane*, Gembloux, Duculot.
- FREMINVILLE (DE), Bernard (1977). *La raison du plus fort : traiter ou maltraiter les fous?*, Paris, Seuil.
- GENTIS, Roger (1974). « Préface », dans BROSEUR, Chantal, *Clefs pour l'anti-psychiatrie*, Paris, Seghers, p. 14.
- GIRARD, René (1985). *La route antique des hommes pervers*, Paris, Grasset.
- GIRARD, René (1978). *Des choses cachées depuis la fondation du monde*, Paris, Grasset.
- GIRARD, René (1972). *La violence et le sacré*, Paris, Grasset.
- GOFFMAN, Erving (1988). « L'ordre de l'interaction », dans WINKIN, Yves, *Les moments et leurs hommes*, Paris, Seuil-Minuit.
- GOFFMAN, Erving (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- GUYART, Marie (de l'Incarnation) (1971). *Correspondance*, Solesmes, Solesmes.
- HOARREAU, Jeannot (1993). *L'hypno-thérapie, quand l'esprit soigne le corps*, Paris, Robert Laffont.
- HUGO, Victor (1832). *Notre-Dame de Paris 1482*, Le trésor des lettres françaises, Paris, 1966 (édition de 1832).
- ISAAC, Jean et Virginia ARMAT (1990). *Madness in the streets : How psychiatry and the law abandoned the mentally ill*, New York et Toronto, The Free Press.
- JERVIS, Giovanni (1977). *Le mythe de l'antipsychiatrie*, Paris, Solin.
- KAËS, René *et al.* (1988). *L'institution et les institutions : études psychanalytiques*, Paris, Dunod.
- KOUPERNIK, Cyrille (dir.) (1974). *L'antipsychiatrie, sens ou non-sens?*, Paris, Presses universitaires de France.
- LALONDE, Pierre *et al.* (1999). *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale*, seconde édition, t.1, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.
- LALONDE, Pierre *et al.* (1981). *Psychiatrie clinique : approche contemporaine*, Chicoutimi, Gaëtan Morin éditeur.
- LAMONTAGNE, Yves (1985). *L'ampleur des maladies mentales au Québec*, Sainte-Foy, Québec Science éditeur.
- LE GOFF, Jacques (1996). *Saint Louis*, Paris, Gallimard.
- LE GOFF, Jacques (1985). *Les intellectuels au Moyen Âge*, Paris, Seuil.
- LEMIEUX, Raymond (1988). *Folie, mystique et poésie : textes du colloque*, Québec, Groupe interdisciplinaire freudien de recherches et d'interventions cliniques, p. 21-39.
- LEVIN, R. et R.S. DALY (1998). « Nightmares and psychotic decompensation : A case study », *Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes*, vol. 61, 1998, p. 217-222.
- LOWY, Michael (1985). *Paysage de la vérité : introduction à une sociologie critique de la connaissance*, Paris, Anthropos.

- MAÎTRE, Jacques (2000). *Anorexie religieuse, anorexie mentale : essai de psychanalyse sociohistorique*, Paris, Cerf.
- MAUREY, Gilbert (1995). *Le rêve éveillé en psychanalyse : de l'imaginaire à l'inconscient*, Paris, ESF éditeur.
- MORSIER, Georges (1969). *Art et hallucination : une étude des phénomènes hallucinatoires dans l'œuvre de Marguerite Burnat-Provins*, Neuchâtel, Suisse, La Baconnière.
- OLIVIER, Lawrence (1995). *Michel Foucault. Penser au temps du nihilisme*, Montréal, Liber.
- PERLS, Frederick S. (1972). *Rêves et existence en gestalt-thérapie*, Paris, Epi.
- PRÉVOST, Jean-Pierre (1991). *Pour lire l'Apocalypse*, Ottawa, Cerf.
- RICOEUR, Paul (1969). *Le conflit des interprétations : essais d'herméneutique*, Paris, Seuil.
- ROMEDER, Jean-Marie (1989). *Les groupes d'entraide et la santé*, Ottawa, Conseil canadien de développement social.
- SARTRE, Jean-Paul (1970). *L'existentialisme est un humanisme*, Paris, Éditions Nagel.
- SZASZ, Thomas Stephen (1976). *Fabriquer la folie*, Paris, Payot.
- TESSIER, Lise et Michèle CLÉMENT (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : défis des années 1990*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.
- VILLANI, Leonida (1973). *Art et folie : dessins, peintures et sculptures de malades mentaux*, Paris, Del Duca.
- WATZLAWICK *et al.* (1972). *Une logique de la communication*, Paris, Seuil.
- WINKIN, Yves (1988). *Les moments et leurs hommes*, Paris, Seuil-Minuit.

TÉMOIGNAGES DU RUISSEAU

- ANDRÉ, (1986). « Rien d'extraordinaire », *Journal Le Ruisseau*, juillet.
- BEAUREGARD, Sylvie (1997). « S.O.S. Attention », *Journal Le Ruisseau*, mars.
- BIANCHI, Diane (1995). « Témoignage », *Journal Le Ruisseau*, septembre.
- BISSON, Christiane (1986). « Témoignage », *Journal Le Ruisseau*.
- BOUCHARD, Jocelyne (1995). « J'me roule en boule », *Journal Le Ruisseau*, janvier.
- CHAMPAGNE, Philippe (1991). « Le machiavélisme de certains agents », *Journal Le Ruisseau*, mai.
- COLBERT, Yvon (1994). « Témoignage », *Journal Le Ruisseau*, mars.
- CHARRON, Paul (1988). « Témoignage », *Journal Le Ruisseau*, janvier.
- DUCHARME, Christian (1988). « Portrait », *Journal Le Ruisseau*, janvier.
- FABRE, Louis (1988). « La découverte du vrai bonheur », *Journal Le Ruisseau*, janvier.
- FABRE, Louis (1987). « Témoignage », *Journal Le Ruisseau*.
- GRAVEL, Laurent (1986). « Témoignage », *Journal Le Ruisseau*.
- LÉVESQUE, Antonin (1989). « Témoignage », *Journal Le Ruisseau*, octobre.
- L'HÉRAULT, Claude (1993). « Pourquoi j'ai triché ? », *Journal Le Ruisseau*, février.

- LITTLE, Linda (1991). « Qui est là ? », *Journal Le Ruisseau*, juillet.
- PELLETIER, Linda (1995). « Par de vastes champs nus », *Journal Le Ruisseau*, mai.
- PELLETIER, Réal (1986). « Souffrances, souffrances », *Journal Le Ruisseau*.
- PROULX, Claude (1995). « Témoignage », *Journal Le Ruisseau*, mars.
- RENAUD, Martine (1992). « Reconquérir ma vie », *Journal Le Ruisseau*, mars.
- RODGERS, André (1986). « Témoignage », *Journal Le Ruisseau*.
- ROUSSEAU, François (1996). « Le bouc émissaire », *Journal Le Ruisseau*, juillet.
- TREMBLAY, André (1995). « Témoignage », *Journal Le Ruisseau*, juillet.
- VINCENT, Gilles (1988). « La solitude », *Journal Le Ruisseau*, janvier.
- YELLE, Diane (1988). « Une vie simple et compliquée », *Journal Le Ruisseau*, janvier.
- YELLE, Diane (1977). « Vivre avec une maladie », *Journal Le Ruisseau*, septembre.

FOLIE DOUCE-TÉLÉVISION

- FORTIER, Martin (1996a). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver 1996.
- FORTIER, Martin (1996b). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver 1996.
- FORTIER, Martin (1996c). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver 1996.
- FORTIER, Martin (1996d). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver 1996.
- FORTIER, Martin (1996e). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver 1996.
- FORTIER, Martin (1996f). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver 1996.
- FORTIER, Martin (1996g). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver 1996.
- GAGNÉ, Jean (1996). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, automne.
- GOULET, Ghislain (1997). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver.
- LAMY, Yvon (1996). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver.
- LAVOIE, Thérèse (1997). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver.
- OLIVIER, Lawrence (1997). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver.
- PARADIS, Alexandra (1997). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver.

PICARD, Marc (1996). Entrevue, *Folie Douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver.

RIOUX, Céline (1996). Entrevue, *Folie douce*, Télévision communautaire de Vidéotron, hiver.

PUBLICATIONS GOUVERNEMENTALES

CANADA, SANTÉ ET AIDE DU MILIEU, STATISTIQUE CANADA (1985).

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Les indicateurs de la politique québécoise de la santé et du bien-être : exercice de suivi 1998*, Québec, Les Publications du Québec.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale – Document de consultation*, Communiqué du 15 avril 1997, Québec, Les Publications du Québec.

QUÉBEC, DIRECTION DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE ET SERVICE DE LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE (1996). *Cadre d'orientation relatif à deux services externes en santé mentale*, Québec, Les Publications du Québec, 49 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ DU REVENU (1996). *Un parcours vers l'insertion, la formation et l'emploi*, Québec, Les Publications du Québec, 94 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *Nouvelles orientations des politiques sociales pour une société en mutation*, Québec, Les Publications du Québec, 71 p.

QUÉBEC, COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE (1995). *Vers une politique de santé mentale de deuxième génération : Rapport interne d'activités pour les années 1989 à 1994*, Québec, Les Publications du Québec.

QUÉBEC, CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1995). *Un juste prix pour les services de santé*, Québec, Les Publications du Québec.

QUÉBEC, COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Québec, Les Publications du Québec, 60 p.

QUÉBEC, COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE (1993). BLANCHET, Luc, Marie-Claire LAURENDEAU, Denise PAUL et Jean-François SAUCIER, *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 138 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *Droits et recours en santé mentale : la loi sur la protection du malade mental*, Québec, Les Publications du Québec, 57 p.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, Les Publications du Québec.

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1990). *Plan de services individualisés en santé mentale*, Québec, Les Publications du Québec, 25 p.

- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Les Publications du Québec, 62 p.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1988a). « La promotion de la santé : concepts et stratégies d'action », *Santé société*.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1988b). « La promotion de la santé : une perspective, une pratique », *Santé société*.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1988c). « La promotion de la santé : concertation et action intersectorielle », *Santé société*.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1988d). « La promotion de la santé : concepts et stratégies d'action », *Santé société*.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1988e). « La promotion de la santé : pour la promotion de la santé au travail », *Santé société*.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1987a). BLANCHET, Benoit, *Évaluation des ressources intermédiaires d'hébergement*, (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux). Québec, Les Publications du Québec, 80 p.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1987b). *Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Rochon, Jean, Québec, Les Publications du Québec, 221 p.
- QUÉBEC, CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (1984). *Objectif santé*, Québec, Les Publications du Québec.
- QUÉBEC, ORDONNANCE POUR EXAMEN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE (Art. 13 de la Loi sur la protection du malade mental, Arts 27 et 28 C.c.Q., Arts 778 ss. C.p.c.).
- QUÉBEC, ORDONNANCE POUR GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET CURE FERMÉE (Art. 13 de la Loi sur la protection du malade mental, Art. 30 C.c.Q., Arts 773 et 778 ss. C.p.c.).
- QUÉBEC, REQUÊTE POUR GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET CURE FERMÉE (Art. 13 de la Loi sur la protection du malade mental, Art. 30 C.c.Q., Arts 773 et 778 ss. C.p.c.).
- QUÉBEC, REQUÊTE POUR EXAMEN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE (Art. 27, 28 et 29 C.c.Q., Art. 13 L.P.M.M. et arts 763, 773, 778 et ss. C.p.c.).
- QUÉBEC, Loi 39 modifiant la Loi sur la protection du malade mental, L.R.Q.

ORGANISMES PUBLICS

- ACCÈS-CIBLE (1996). *Paroles de l'exclusion, démarches d'insertion*, Montréal, 41 p.
- ACTION-AUTONOMIE, (BARIL, Pierre-Antoine) (1996). « Notre liberté n'a pas de prix ! », *La renaissance* (bulletin d'information d'Action-Autonomie), vol. 3, n° 3, octobre.
- AMI-QUÉBEC, Alliance pour les malades mentaux, Agence de réinsertion communautaire (1993). *La maladie mentale : un guide régional destiné aux familles*, Montréal, 66 p.

- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1997). *Programme de soutien aux organismes communautaires*.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1993). *Bilan des projets-pilotes en regard de l'implantation du P.S.I. en santé mentale (constats et recommandations)*, Montréal, 63 p.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1991). *La participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services en santé mentale : le choc des cultures : bilan-synthèse de l'expérience de participation aux comités tripartites*, Montréal, 48 p.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1994). *Quelques fenêtres percent le mur. plus de dix années d'alternatives en santé mentale : portraits et réflexion*, Montréal.

AUTRES DOCUMENTS UTILES

- DICTIONNAIRE DE LA SOCIOLOGIE (1989). Paris, Larousse.
- MÉNARD, Jean-Pierre (1991). *Enjeu : l'asile sans mur*, dans PAQUETTE, Luc (réal.), Montréal, Société Radio-Canada, 53 minutes.
- SAINTE BIBLE (1956). Traduite sous la direction de l'école de Jérusalem, Paris, Éditions du Cerf.
- SAINTE BIBLE (1905). Selon la Vulgate, Paris, Chernoviz.
- WATCHTOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF NEW YORK (1974). *Les Saintes Écritures*, traduction du monde nouveau à partir de l'édition anglaise, New York.

Au-delà du système pénal

L'intégration sociale et professionnelle
des groupes judiciairisés et marginalisés
Sous la direction de Jean Poupart
2004, ISBN 2-7605-1307-6, 294 pages

L'imaginaire urbain et les jeunes

La ville comme espace d'expériences
identitaires et créatrices
Sous la direction de
Pierre-W. Boudreault et Michel Parazelli
2004, ISBN 2-7605-1293-2, 388 pages

Parents d'ailleurs, enfants d'ici

Dynamique d'adaptation du rôle parental
chez les immigrants
Louise Bérubé
2004, ISBN 2-7605-1263-0, 276 pages

Citoyenneté et pauvreté

Politiques, pratiques et stratégies
d'insertion en emploi et de lutte
contre la pauvreté
Pierre Joseph Ulysse
et Frédéric Lesemann
2004, ISBN 2-7605-1261-4, 330 pages

**Éthique, travail social
et action communautaire**

Henri Lamoureux
2003, ISBN 2-7605-1245-2, 266 pages

Travailler dans le communautaire

Jean-Pierre Deslauriers et Renaud Paquet
2003, ISBN 2-7605-1230-4, 158 pages

Violence parentale et violence conjugale

Des réalités plurielles, multidimensionnelles
et interreliées
Claire Chamberland
2003, ISBN 2-7605-1216-9, 410 pages

Le virage ambulatoire : défis et enjeux

Sous la direction de
Guilhème Pérodeau et Denyse Côté
2002, ISBN 2-7605-1195-2, 216 pages

Priver ou privatiser la vieillesse ?

Entre le domicile à tout prix
et le placement à aucun prix
Michèle Charpentier
2002, ISBN 2-7605-1171-5, 226 pages

**Huit clés pour la prévention
du suicide chez les jeunes**

Marlène Falardeau
2002, ISBN 2-7605-1177-4, 202 pages

La rue attractive

Parcours et pratiques identitaires
des jeunes de la rue
Michel Parazelli
2002, ISBN 2-7605-1158-8, 378 pages

Le jardin d'ombres

La poétique et la politique
de la rééducation sociale
Michel Desjardins
2002, ISBN 2-7605-1157-X, 260 pages

Problèmes sociaux

• Tome 1 – Théories et méthodologies
Sous la direction de
Henri Dorvil et Robert Mayer
2001, ISBN 2-7605-1126-X, 622 pages

Problèmes sociaux

• Tome 2 – Études de cas
et interventions sociales
Sous la direction de
Henri Dorvil et Robert Mayer
2001, ISBN 2-7605-1127-8, 700 pages