



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES

Isabelle Perreault

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

Ph.D. (Histoire)

GRADE / DEGREE

Département d'histoire

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

Psychiatrie et ordre social. Analyse des causes d'internement et des diagnostics donnés à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu dans une perspective de genre, 1920-1950

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

André Cellard

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS (EXAMINATRICES) DE LA THÈSE / THESIS EXAMINERS

Henri Dorvil (U.Q.A.M.)

Sylvie Frigon

Ruby Heap

Michel Bock

Gary W. Slater

Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

PSYCHIATRIE ET ORDRE SOCIAL. ANALYSE DES CAUSES D'INTERNEMENT ET
DES DIAGNOSTICS DONNÉS À L'HÔPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU DANS UNE
PERSPECTIVE DE GENRE, 1920-1950.

Par
Isabelle Perreault

Thèse présentée à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
à titre d'exigence partielle en vue de l'obtention du doctorat en histoire



Library and Archives
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-61382-5
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-61382-5

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Psychiatrie et ordre social. Analyse des causes d'internement et des diagnostics donnés à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu dans une perspective de genre, 1920 et 1950.

Isabelle Perreault

RÉSUMÉ

Cette thèse a pour sujet les connaissances théoriques et pratiques en psychiatrie au Québec entre 1920 et 1950. À partir des explications psychiatriques sur l'aliénation mentale telles que formulées au tournant des années 1920, un individu, du fait d'une maladie mentale, peut entrer en conflit avec la société et devenir inapte à vivre en son sein. Il faut alors chercher à voir quels sont les comportements qui justifient l'internement asilaire. À l'aide des perspectives théoriques élaborées par Hacking, Foucault et Davidson, nous explorons les écrits des spécialistes en psychiatrie et les dossiers des patients internés à l'asile Saint-Jean-de-Dieu entre 1920 et 1950. Le but de cette recherche est de comprendre, d'une part, les raisons invoquées par les tiers pour interner une personne. D'autre part, à l'aide des descriptions médicales et des diagnostics donnés, il est possible de comprendre comment les psychiatres de l'époque ont justifié médicalement l'internement de personnes jugées dangereuses, anti-sociales et scandaleuses en les classifiant dans une catégorie de désordres mentaux. La perspective de genre adoptée sert à mettre en lumière les réactions différentes à la déviance des hommes et des femmes selon les valeurs de l'époque.

Grâce aux dossiers médicaux recueillis par échantillonnage théorique selon la théorisation ancrée, nous avons identifié les comportements transgressifs des femmes et des hommes selon les normes sociales de l'époque. Cette transgression appelle des diagnostics pour légitimer l'internement asilaire. Cette analyse permet de voir les types de comportements qui, selon le sexe, justifient une mise à l'écart. Les motifs invoqués pour justifier l'internement des femmes sont principalement liés à leur mysticisme, à la négligence dont elles font preuve, à leur personnalité délirante, à leur sexualité trop intense ainsi qu'à leur mode de vie fait de vagabondage et d'agressivité. Globalement, ces comportements font d'elles de mauvaises femmes, épouses et mères. Les hommes, quant à eux, sont internés lorsqu'ils sont violents, alcooliques et surtout lorsqu'ils ne sont pas aptes à remplir leur rôle socio-économique de protecteur et de pourvoyeur. Les causes d'internement répondent

davantage à un impératif moral et, par extension, de gestion sociale, qu'à des critères médicaux basés sur les pathologies. Les causes des « maladies mentales » sont, dans la majorité des cas, idiopathiques. Selon les valeurs et les modèles genrés de l'entre-deux-guerres, les femmes et les hommes qui ne répondent pas aux impératifs normatifs sont stigmatisés.

Les justifications fournies par les familles et par les membres de la communauté pour interner une personne ne prennent pas appui sur un diagnostic médical, mais bien à un trouble, un poids, un dérangement dans la vie quotidienne et dans l'ordre social. La question est alors de savoir comment des savoirs qui se veulent scientifiques vont se marier aux réactions sociales face à ceux et celles qui sortent de la norme. À partir de cette hypothèse, il s'agit d'étudier comment cette spécialité acquiert sa légitimité au sein de la discipline médicale en développant des connaissances et des pratiques scientifiques. En plus de développer des classifications de symptômes et des traitements physiologiques, la psychiatrie investit deux champs de recherche durant l'entre-deux-guerres. Le premier champ cherche les causes et les manifestations des maladies mentales. La neuro-psychiatrie tente de trouver les lésions cérébrales. Toutefois, cette quête est rapidement mise à mal au sujet des démences et des psychopathies. Les psychiatres et autres spécialistes de la psyché se tournent alors vers un deuxième champ d'expertise : le mouvement d'hygiène mentale. En proposant une certaine façon de vivre, les psychiatres interviennent dans la vie quotidienne des gens. Les domaines touchés par ce mouvement sont l'éducation, la santé et la sexualité.

Mots-clé : histoire de la psychiatrie, causes d'internement, diagnostics psychiatriques, savoirs médicaux, déviance sociale, genre, hygiène mentale.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier d'emblée mon directeur, André Cellard, professeur aux départements de criminologie et d'histoire, pour ses commentaires toujours pertinents ainsi que pour sa vivacité intellectuelle et ses qualités humaines. Ses idées et sa perspective de l'histoire sociale ont nourri des réflexions riches et essentielles pour mener à bien cette thèse.

Je tiens également à remercier les archivistes de l'Hôpital Louis-Hyppolite-Lafontaine, Jeannette Neault et Dany Marcotte, pour leur gentillesse, leur aide et leur professionnalisme. La direction de l'enseignement de cette institution m'a permis d'accéder aux archives historiques. Je lui en suis grée. Je tiens aussi à souligner l'aide du personnel rencontré, tant au Centre de documentation de l'Hôpital Louis-Hyppolite-Lafontaine qu'à l'Université de Montréal et à l'Université d'Ottawa. Les sources sont précieuses en histoire et toutes ces personnes reconnaissent l'importance de conserver les traces de notre passé.

Cette thèse n'aurait pu voir le jour sans la contribution financière du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSHC) et de l'Université d'Ottawa. Les bourses d'excellence, les assistanats d'enseignement et les charges de cours m'ont permis de mener à terme cette thèse de doctorat et m'ont apporté une expérience d'enseignement universitaire enrichissante.

En plus de mon directeur qui a relu attentivement ma thèse à plusieurs reprises, je veux remercier mes lecteurs rigoureux, Bruno Paradis et Robert Gagnon. Chacun à leur manière, ils m'ont permis de prendre du recul face à cette recherche en posant un regard externe tant sur la démonstration que sur la forme. Leur aide m'a été d'un secours plus que précieux pour augmenter la clarté de mon propos.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes amis/es, qui, grâce à leur soutien moral indéfectible au cours de ces cinq ans, m'ont permis de passer à travers le processus doctoral sans trop de séquelles liées à l'enfermement. Ma mère, Jeannine, mon père, Marcel, mon frère, Dany et mon ex-conjoint, Étienne. Mes amis/es et collègues aussi : Mélanie R., Florence, Ying, Marie-Claude T., Isabelle C., Mélanie M.P., Nengeh, Alex, Dany, Suzie, Manon, Daniel, Patrick, Léna, et plusieurs autres.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|------|
| RÉSUMÉ..... | ii |
| REMERCIEMENTS..... | iv |
| TABLE DES MATIÈRES..... | v |
| LISTE DES TABLEAUX..... | viii |
| LISTE DES CARTES ET ILLUSTRATIONS..... | ix |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| CHAPITRE 1..... | |
| LES PERSPECTIVES THÉORIQUES ET L'HISTORIOGRAPHIE DE LA PSYCHIATRIE..... | 9 |
| 1.1. L'érudition positiviste, les écrits sur l'évolution de la psychiatrie..... | 13 |
| 1.2. Ruptures théoriques : l'apport de la philosophie foucauldienne et de la sociologie goffmanienne à l'histoire de la folie..... | 15 |
| 1.3. La « Nouvelle histoire sociale », révisionnismes marxistes et féministes et les réponses néo-whigs..... | 19 |
| 1.3.1. La perspective <i>top down</i> , l'historiographie du contrôle social..... | 20 |
| 1.3.2. La réponse de l'école <i>néo-whig</i> depuis les années 1970..... | 22 |
| 1.3.3. L'historiographie féministe, de la perspective radicale des années 1970 à la perspective genrée des années 1980-1990..... | 23 |
| 1.4. L'histoire de la psychiatrie depuis 20 ans : complexité, hybridité et synthèse..... | 31 |
| 1.4.1. La perspective <i>from the bottom up</i> , l'acteur au centre des analyses..... | 31 |
| 1.4.2. Le constructivisme modéré et le post-structuralisme : l'influence de la perspective foucauldienne..... | 34 |
| 1.5. La position actuelle de l'histoire des soins de santé mentale : acquis et nouveaux défis. | 40 |
| 1.6. Cadre d'analyse et problématique..... | 42 |
| 1.6.1 Le <i>constructivisme pragmatiste</i> , entre les discours et l'expérience..... | 48 |
| 1.6.2. Le genre, entre l'expérience et les discours..... | 51 |
| Conclusion..... | 53 |
| CHAPITRE 2..... | |
| SOURCES ET MÉTHODOLOGIE..... | 55 |
| 2.1. Justification de la période..... | 56 |
| 2.2. Méthodologie et sources..... | 57 |
| 2.2.1. Les dossiers des patients/es..... | 60 |
| 2.2.1.1. L'échantillon..... | 62 |
| 2.2.1.2. L'analyse des données..... | 66 |
| 2.2.3. Les écrits des psychiatres..... | 74 |
| 2.2.4. Les sources manuscrites officielles..... | 76 |
| 2.2.5. L'analyse des données..... | 77 |
| 2.3. Les limites..... | 79 |
| Conclusion..... | 81 |

| | |
|--|-----|
| CHAPITRE 3 | |
| DE L'ASILE À L'HÔPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU..... | 82 |
| 3.1. Les asiles, lieux de convergence des exclus de la cité au XIXe et XXe siècles..... | 83 |
| 3.2. L'Asile Saint-Jean-de-Dieu de Longue-Pointe, Montréal, 1873-1918..... | 88 |
| 3.3. Le contexte socio-politique québécois durant la première moitié du XXe siècle. | 92 |
| 3.4. La période du surintendant médical Devlin, 1918-1931..... | 95 |
| 3.4.1. L'affiliation avec la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1928. | 99 |
| 3.5. La surintendance médicale du Dr. Noël, 1932-1952. | 106 |
| Conclusion | 116 |
| CHAPITRE 4 | |
| LES CLASSIFICATIONS DES MALADIES MENTALES À SAINT-JEAN-DE-DIEU : | |
| INFLUENCES, INTERPRÉTATIONS ET GENRES..... | 118 |
| 4.1. La direction du Dr. Devlin et la tradition française, 1918-1931. | 120 |
| 4.1.1. L'enseignement du Dr. Tétrault, circa 1920..... | 122 |
| 4.1.2. Les causes des « maladies mentales » à Saint-Jean-de-Dieu, 1920-1930..... | 124 |
| 4.1.3. La classification des maladies mentales entre 1920 et 1932. | 129 |
| 4.1.4. Diagnostics différenciés selon le genre..... | 136 |
| 4.1.5. Apogée et déclin de l'influence française: le <i>Manuel de neuro-psychiatrie</i> de 1930. | 139 |
| 4.2. Les savoirs du nouveau monde, la période sous la direction du Dr. Noël, 1932-1952. | 151 |
| 4.2.1. La classification nord-américaine de 1932..... | 153 |
| 4.2.2. Les diagnostics entre 1936 et 1946..... | 155 |
| 4.2.3. Diagnostics différenciés selon le genre..... | 158 |
| 4.3. L'entrée dans la modernité : la loi de 1950..... | 159 |
| Conclusion | 162 |
| CHAPITRE 5 | |
| LES FEMMES | 164 |
| 5.1. Une cause de scandale : la prostitution..... | 170 |
| 5.2. Les protéger d'elles-mêmes : les jeunes femmes hypersexuelles. | 178 |
| 5.3. Elles troublent la paix publique et privée..... | 180 |
| 5.3.1. Les vagabondes : la violence et le mysticisme..... | 182 |
| 5.3.2. Les indécentes, les grossières et les agressives. | 186 |
| 5.4. L'excentricité et la transgression de genre..... | 190 |
| 5.5. Les demandes d'asile, en quête de sécurité..... | 196 |
| Conclusion | 198 |
| CHAPITRE 6 | |
| LES HOMMES | 202 |
| 6.1. La violence envers autrui : les tentatives de meurtres et les assauts. | 205 |
| 6.2. Contrer un potentiel danger de violence : les débiles et les paranoïaques..... | 211 |
| 6.3. La déviance sexuelle masculine : les assauts, la masturbation et la perversité..... | 217 |
| 6.4. La crainte des tramps, des hobos et des bums..... | 223 |
| 6.5. La fatigue et le chômage : une charge pour la famille..... | 226 |
| 6.6. Les demandes d'asile, en quête de sécurité..... | 233 |

| | |
|--|-----|
| Conclusion | 237 |
| CHAPITRE 7 | |
| LE MARIAGE ET LA FAMILLE..... | 239 |
| 7.1. Les familles dans la tourmente..... | 241 |
| 7.1.1. Les mauvaises mères : immorales et violentes..... | 244 |
| 7.1.2. Un problème maternel : la négligence des enfants..... | 258 |
| 7.1.3. Les mauvais pères : violents et alcooliques..... | 260 |
| 7.2. Rien ne va plus entre les époux..... | 263 |
| 7.2.1. Les mauvaises épouses : scandaleuses, jalouses et malpropres..... | 264 |
| 7.2.2. Les mauvais maris : agressifs et jaloux..... | 266 |
| 7.3. Le rêve du mariage et de la maternité : l'illusion d'être mères ou épouses..... | 271 |
| Conclusion | 273 |
| CHAPITRE 8 | |
| LA PSYCHIATRIE DANS LE CORPS ET LA VIE QUOTIDIENNE : LA NEURO- PSYCHIATRIE ET L'HYGIÈNE MENTALE..... | 277 |
| 8.1. Les comportements anti-sociaux, dangereux et criminels : les explications de la psychiatrie..... | 281 |
| 8.2. La clinique et la neuro-psychiatrie : l'étiologie médicale et la description des symptômes..... | 288 |
| 8.3. La psychanalyse et la psychologie : influences et résistances..... | 297 |
| 8.4. La prévention des maladies mentales : le mouvement d'hygiène mentale..... | 301 |
| 8.4.1. L'eugénisme positif : l'influence du catholicisme..... | 308 |
| 8.4.2. La solution aux problèmes mentaux et sociaux : l'éducation des parents et des enfants..... | 314 |
| 8.5. La Seconde Guerre mondiale : la transition vers une psychiatrisation du normal. ... | 316 |
| Conclusion | 321 |
| CONCLUSION..... | 324 |
| ANNEXE I..... | |
| Fiche d'admission utilisée à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu entre 1912 et 1952..... | 337 |
| ANNEXE II | |
| Synthèses biographiques des principaux psychiatres de Montréal..... | 340 |
| ANNEXE III | |
| Synthèses biographiques des aliénistes et des psychiatres ayant influencés la psychiatrie au Québec..... | 342 |
| ANNEXE III | |
| Tableau des cas de l'échantillon selon le sexe, l'âge, l'année, le diagnostic et le comportement..... | 345 |
| ANNEXE IV | |
| Manuel sur la classification et la définition des désordres mentaux, Bureau fédéral de la statistique, Imprimerie de Sa Très Excellente Majesté le Roi, Ottawa, 1942..... | 349 |
| BIBLIOGRAPHIE | 352 |

LISTE DES TABLEAUX

| | Pages |
|---|-------|
| Tableau 2.1. : Étapes de formation de l'échantillon qualitatif..... | 64 |
| Tableau 2.2. : Diagnostics de l'échantillon qualitatif..... | 73 |
| Tableau 3.1. : Population du Québec et de la région de Montréal et taux d'urbanisation au Québec..... | 93 |
| Tableau 3.2. : Population totale des patients à Saint-Jean-de-Dieu, 1920-1951..... | 102 |
| Tableau 4.1. : Causes de la maladie des aliénés admis à Saint-Jean-de-Dieu en 1920, 1926 et 1930..... | 127 |
| Tableau 4.2. : Classification des maladies mentales en fonction du trouble dominant selon le Dr. Tétreault, circa 1920..... | 130 |
| Tableau 4.3. : Diagnostics à Saint-Jean-de-Dieu en 1920 selon le sexe du patient..... | 134 |
| Tableau 4.4. : Diagnostics à Saint-Jean-de-Dieu en 1926 et 1930 selon le sexe du patient..... | 135 |
| Tableau 4.5. : Pourcentage de patients internés selon les trois catégories générales..... | 135 |
| Tableau 4.6. : Comparaison de trois types de diagnostics selon le sexe..... | 137 |
| Tableau 4.7. : Classification des pathologies mentales en 1930..... | 141 |
| Tableau 4.8. : Dispositions et constitutions psychopathiques selon les psychoses constitutionnelles..... | 145 |
| Tableau 4.9. : Classification condensée des désordres mentaux..... | 154 |
| Tableau 4.10. : Diagnostics des malades inscrits au 31 décembre 1936 dans tous les hôpitaux pour maladies mentales de la province..... | 156 |
| Tableau 4.11. : Diagnostics de la population admise dans toutes les institutions du Québec en 1941 et en 1946..... | 157 |

LISTE DES CARTES ET ILLUSTRATIONS

| | Pages |
|---|-------|
| Carte 3.1. Longue Pointe sur l'Île de Montréal en 1879..... | 89 |
| Carte 3.2. Emplacement de l'asile Saint-Jean-de-Dieu en 1879..... | 89 |
| Graphique 3.1. Population asilaire 1921-1951..... | 103 |
| Graphique 3.2. Comparaison de la population asilaire et de la population de Montréal et du Québec..... | 103 |
| Photo 3.1. Photographie de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu en 1934..... | 106 |

INTRODUCTION

ALIÉNATION MENTALE – C'est l'ensemble des états pathologiques dans lesquels les troubles mentaux quelque [sic] soit d'ailleurs leur nature présentent un caractère antisocial (ALIENUS) individu étranger à lui-même, auquel échappe la direction de sa propre activité, qui n'est pas responsable de ses actes. Ce terme « ALIÉNATION MENTALE » s'applique seulement à l'individu qui, du fait d'une maladie ou d'une infirmité mentale, est susceptible d'entrer en conflit avec la société et se trouve, par conséquent, inapte à vivre dans son sein.

MALADIES MENTALES – PSYCHOSES OU FOLIE – Ce sont des affections dans lesquelles les troubles mentaux occupent une situation prépondérante. Elles ont un sens moins étendu que celui d'aliénation mentale. Elles s'en distinguent parce qu'elles sont l'expression d'un processus pathologique actif. Un idiot ou un dément est un aliéné, sauf complications, n'est pas un fou. [folie est un état mental actif et l'aliénation n'est pas active].

[...]

Il est très difficile d'établir des catégories d'aliénés dangereux. En fait, il n'est pas un aliéné qui ne peut être dangereux à un moment donné [...].

- 1- Pour lui-même, lorsqu'il est sérieusement exposé à attenter à ses jours ou à compromettre sa fortune, soit en se laissant exploiter par son entourage, soit en s'abandonnant lui-même à des projets extravagants.
- 2- Pour autrui, lorsqu'il y a lieu de craindre qu'il n'attente à la pudeur ou à la vie des personnes, qu'il n'incendie ou ne détruise les propriétés.
- 3- Pour la société, quand, par ses écrits, ses paroles ou par ses actes, il compromet l'ordre public ou augmente indûment les charges sociales dans les cas, par exemple, d'enfants procréés par des idiots laissées en liberté.

Dr. Alcée Tétreault, circa 1920¹

Cette recherche prend pour thème l'aliénation mentale telle que décrite par le Dr. Tétreault, psychiatre et professeur de clinique à Saint-Jean-de-Dieu dans les années 1910-1920. La folie au sens large s'exprime de diverses manières selon les lieux et les époques. Ce qui nous intéresse ici est la délimitation de la frontière qui s'établit entre les citoyens de la cité montréalaise et ceux de l'asile Saint-Jean-de-Dieu. Se retrouvent institutionnalisées pour aliénation les personnes qui entrent en conflit avec la société. On peut dire, d'ores et déjà,

¹ Dr. Alcée Tétreault, *Cours des maladies mentales données à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Notes imprimées des cours, circa 1920, p. 1 et pp. 62-63.

avec les définitions que Tétreault propose au début des années 1920, qu'il y a deux champs en psychiatrie, l'un qui cherche les causes, essaie des traitements et veulent guérir les malades mentaux, et l'autre qui gère la déviance mentale anti-sociale. Ces deux champs, néanmoins, sont parfois bien délimités, parfois imbriqués l'un dans l'autre. C'est que la psychiatrie est une « science médicale » sur une base d'une part clinique, d'observations des symptômes et des comportements et d'autre part, neurologique avec l'étude des lésions cérébrales. Mais la psychiatrie est aussi une « science sociale » qui explique la vie des patients, justifie leur internement sur des motifs de déviance sociale et surtout gère les déviants, marginaux, pervers et autres excentriques.

En reprenant les mots du Dr. Tétreault, tout individu susceptible d'entrer en conflit avec la société se trouve inapte à vivre en son sein quand, par ses écrits, ses paroles ou par ses actes, il compromet l'ordre public. C'est dans cette perspective que les barreaux aux fenêtres de ces cités de la folie et l'absence de recours aux diagnostics qui prive de liberté pour une période indéterminée prennent tout leurs sens. Alors que les comportements criminels selon le Code criminel sont entendus et jugés en Cour, les comportements anti-sociaux, scandaleux et dangereux, mais non criminels, sont psychiatrisés². D'une part, il faut justifier l'internement asilaire de ces personnes et d'autre part, il faut également justifier que ce soit une spécialité médicale, la psychiatrie, qui fasse force de loi dans l'explication de l'aliénation et de la maladie mentale. Sur la question de la folie et de la société, Camille Laurin écrit dans les années 1990 :

La folie témoigne aussi de la nature humaine, divisée, conflictuelle, contradictoire, capable du meilleur et du pire, écartelée entre son désir d'absolu et d'infini et la pesanteur de ses faiblesses et limites, où l'amour déçu peut se transformer en haine, pour qui l'organisation sociale est aussi nécessaire que répressive³.

² La médecine légale se développe rapidement au début du XXe siècle avec le travail du Dr. Villeneuve et du Dr. Derôme. Avec l'ouverture de l'Hôpital pour aliénés criminels de Bordeaux en 1926, les individus criminalisés et psychiatrisés s'y retrouvent. Pour plus de détails sur la « folie criminelle », voir l'étude de Guy Grenier, *Les monstres, les fous et les autres : la folie criminelle au Québec*, Montréal, Éditions Trait d'union, 1999.

³ Camille Laurin, préface de l'ouvrage de Hubert Wallot, *La danse autour du fou*, Montréal, MNH, 1998, p. x.

Fascinante folie qui nous rappelle notre fragilité. Miroir de nos peurs et de nos angoisses, cette « inquiétante étrangeté », selon l'expression de Freud, doit se retrouver hors de vue, derrière les portes closes de l'asile, sur la Nef des fous.

De l'aliénisme, c'est-à-dire la spécialité de l'étranger (aliénus) aux autres et à soi-même, la médecine mentale devient psychiatrie, soit la médecine (iatrus) de l'âme (psyché), et neuro-psychiatrie, soit la médecine de l'âme et des nerfs. Ainsi, une rupture épistémologique a lieu dans le champ étiologique des maladies mentales dans les années 1930 et 1940. De la théorie de la dégénérescence héréditaire adoptée par les psychiatres depuis la fin du XIXe siècle, l'influence de la neurologie se fait de plus en plus sentir et la psychiatrie devient la neuro-psychiatrie avec des explications lésionnelles des troubles mentaux. Alors que les recherches pour connaître les causes neurologiques ne portent pas toujours fruit, et avec l'influence du courant d'hygiène mentale et des recherches sur l'influence de l'environnement dans le développement des maladies mentales, les facteurs psychologiques sont de plus en plus intégrés aux savoirs médicaux, surtout durant l'après-guerre. Avec les nouvelles données de disciplines comme la sociologie, la psychologie, le service social, et plus tard la criminologie et la sexologie, le psychiatre intègre le corps disciplinaire médical et porte désormais son regard vers le normal et les déviations du normal en investissant le champ de la prévention et pose de nouvelles balises normatives basées sur un idéal social. Pour Ian Hacking, « [l]e savoir interagit avec nous et l'ensemble le plus large de nos pratiques dans notre vie ordinaire. C'est ainsi que des combinaisons socialement acceptables de symptômes et d'entités morbides sont générées »⁴.

Depuis cinquante ans, l'histoire de la psychiatrie est un champ de recherche très bien développé⁵. Cette thèse s'inscrit dans le champ de l'histoire de la psychiatrie comme étant au carrefour de l'histoire de la médecine, de l'histoire du genre et de l'histoire sociale. Histoire

⁴ Ian Hacking, *Les fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2002, p. 28.

⁵ Ce champ est aussi appelé histoire de la folie, et plus récemment histoire des soins en santé mentale. Cette dernière appellation intègre non seulement le sujet de la folie, de l'asile et du psychiatre (aliéniste), mais aussi les professions « psy » comme la psychologie, le travail social, le nursing, les politiques d'internement et de désinstitutionnalisation et les relations sociales, surtout familiales et communautaires.

de la médecine, car c'est à partir des dossiers psychiatriques des patients et des écrits des psychiatres de l'époque que nous cherchons les raisons invoquées pour justifier l'internement et la classification des comportements « inaptes » selon des critères médicaux. La psychiatrie est une spécialité médicale intégrée dans un corps disciplinaire qui s'est constitué autour de l'expérimentation, de l'observation et du traitement. Cette spécialité est appelée à utiliser le même processus pour les maladies mentales. Pourtant, il s'agit aussi d'histoire sociale, car les comportements qui dénotent la maladie mentale s'inscrivent dans une inadaptation sociale qui provoque des réactions chez les proches d'un malade. Cette même inadaptation est genrée, d'où le champ de l'histoire du genre. Les normes et valeurs sociales et morales sont basées sur des stéréotypes sexuels féminins et masculins construits. Ainsi, la réaction sociale est différente selon le genre de l'individu malade.

Rappelons que plusieurs historiens de la folie ont démontré avec brio depuis plusieurs décennies que la déviance mentale est le miroir des valeurs et des mœurs d'une société donnée à une époque donnée. Est exclu celui ou celle qui ne se conforme pas aux règles du vivre ensemble. Ces règles deviennent des lois qui elles aussi subissent des modifications selon les époques et les pressions sociales. Durant la période étudiée, quatre raisons légales justifient l'internement d'une personne à Saint-Jean-de-Dieu : la dangerosité pour autrui et pour soi-même et les comportements anti-sociaux et scandaleux. Il s'agit alors de voir comment, sur une base de conflit avec la société au nom de la mise en danger et de la morale, les psychiatres vont médicaliser la déviance sociale et la rattacher de plus en plus au corps physique des individus au cours du XXe siècle. C'est alors aux psychiatres de définir scientifiquement la déviance mentale selon leurs valeurs et leurs connaissances.

Cette thèse a pour but de comprendre, à l'aide des archives médicales de l'époque, les causes invoquées pour interner une personne et les diagnostics qui la classifient dans le groupe des déviants mentaux, et ce, selon le genre de la personne entre 1920 et 1950. L'analyse des écrits des divers acteurs, soit les psychiatres, la famille, les membres du voisinage et de la communauté, les religieuses, les assistantes sociales et les « aliénés » eux-mêmes, expliquent et justifient l'internement selon leurs propres connaissances, scientifiques ou profanes, de l'anormalité pathologique et non criminelle. Si les psychiatres s'intéressent

plus aux causes héréditaires, physiologiques, neurologiques et psychologiques de l'aliénation mentale, les membres de la famille ou de la communauté nous renseignent sur les frontières sociales qui délimitent une cohésion sociale.

Les justifications fournies par les familles et par les membres de la communauté pour interner une personne n'en appellent pas à une explication médicale, mais bien à un trouble, un poids, un dérangement dans la vie quotidienne, dans l'ordre social. La question est alors de savoir comment, à partir des récits des proches relatant les comportements anormaux de certaines personnes, les psychiatres vont apposer un diagnostic médical, et de fait justifier leur internement dans un hôpital. Ce faisant, nous ne voulons pas délégitimer les raisons qui poussent les acteurs à demander et à justifier l'internement d'un tiers. Seulement, ces demandes révèlent les comportements intolérables, dérangeants, scandaleux et honteux d'une société à une époque donnée. Nous émettons l'hypothèse qu'il y a un mariage entre des savoirs psychiatriques qui se veulent scientifiques et une réaction sociale généralisée à ceux et celles qui sortent de la norme. Les psychiatres sont des êtres sociaux de leur époque, et tout en répondant à une angoisse sociale et à la nécessité de gérer les comportements socialement inacceptables; il mène une quête de reconnaissance en médecine avec les mêmes procédés de classification, de cliniques et de thérapeutiques. En fait, qu'agissant ainsi, les acteurs de cette spécialité conjuguent les troubles anti-sociaux et les troubles physiologiques avec pour résultat les maladies mentales.

Pour mener à bien cette étude, il nous fallait trouver les sources, la façon de les aborder, de les lire, et d'en rendre compte. Les champs de recherche qui touchent, de près et de loin, la folie sont vastes. Étudier la déraison au cours d'une période passée nous amène à tenir compte des dangers d'anachronismes et de présentismes, et à réfléchir sur la manière de rendre compte des traces laissées par divers acteurs de l'époque. Faire l'histoire de la folie⁶, c'est tenter de cerner les divers regards posés sur l'Autre. De ce regard, nous pouvons entrevoir les divers codes sociaux qui régissent le vivre ensemble et délimitent les

⁶ Expression qui désigne le champ de l'histoire des « maladies de l'esprit » et popularisée par Foucault en 1961, puis reprise dans sa version anglophone par *Madness History*. Quelques-uns parlent tantôt de l'histoire de l'asile, de l'histoire de la psychiatrie ou de l'histoire des soins de santé mentale.

comportements jugés acceptables de ceux jugés inacceptables. Celui ou celle qui dérange et qui conteste l'ordre des choses devient étranger (aliénus) aux autres.

Nous prenons l'exemple de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, situé à Longue-Pointe, sur l'île de Montréal, comme lieu de transformation des savoirs et des pratiques durant la période de 1920 à 1950. Alors que plusieurs recherches de qualité portent sur le Québec d'avant 1920, la période comprise entre 1920 et 1960 est peu étudiée. Pourtant cette période, dite période « noire » de la psychiatrie, est celle qui provoque des réactions nombreuses à la fin des années 1950 et au début des années 1960. Michel Foucault et Erving Goffman, notamment, ont critiqué une psychiatrie qui leur était contemporaine, celle des années d'après-guerre. Au Québec, le pamphlet de Jean-Charles Pagé intitulé *Les fous crient au secours* et préfacé par le Dr. Camille Laurin accélère la mise sur pied d'une enquête provinciale sur les hôpitaux psychiatriques en 1962. Cette période s'avère ainsi cruciale pour mieux comprendre les écrits de plusieurs intellectuels à partir des années 1960.

Aussi, l'historiographie de la psychiatrie au Québec porte principalement sur trois thèmes : la perception et la réaction à la déviance mentale, la vie des patients à l'asile et dans la communauté et les théories scientifiques des psychiatres. Toutes ces recherches ont étudié la période pré-1930. Notre thèse se propose de poursuivre et de lier l'étude des réactions sociales face à la déviance mentale aux théories psychiatriques entre 1920 et 1950. Les recherches de Ian Hacking et de Elizabeth Lunbeck inspirent la perspective adoptée dans cette thèse. Tous deux sont influencés par les écrits de Michel Foucault. Hacking s'interroge sur les liens entre le contexte sociopolitique et certaines « maladies mentales transitoires ». La contribution de Lunbeck est d'avoir mis en lumière les interactions, fortement genrées, entre les psychiatres, les travailleuses sociales et les patients/es du *Boston Psychopathic Hospital* dans les années 1910. Partant des recherches antérieures, nous pensons contribuer à l'historiographie francophone au Canada, et apporter une meilleure connaissance des types de réactions sociales face à la déviance mentale et relever les diverses théories psychiatriques qui légitiment désormais cette spécialité entre 1920 et 1950.

Cette thèse se divise en huit chapitres. Le premier chapitre fait état des écrits majeurs en histoire de la psychiatrie et des principaux courants théoriques émis par les chercheurs. Sur la base des connaissances actuelles, il nous est possible de nous positionner à l'intérieur de ce champ d'études et de bien situer la perspective que nous adoptons dans cette thèse, soit celle du constructivisme pragmatiste. Le deuxième chapitre rend compte de la méthodologie utilisée et des sources à partir desquelles cette recherche est développée. Ce chapitre aborde également les limites matérielles et théoriques rencontrées.

Le chapitre trois situe l'Asile Saint-Jean-de-Dieu à Montréal dans un contexte plus large. La naissance des asiles au Canada et l'impératif de mettre à l'écart de la société certains individus de même que la situation socio-économique du Québec expliquent le niveau de développement de Saint-Jean-de-Dieu en 1920. Nous avons également analysé les écrits des psychiatres canadiens français entre 1920 et 1950. Le chapitre quatre présente les classifications médicales adoptées à Saint-Jean-de-Dieu, les causes probables de la « maladie » et les diagnostics des patients internés au cours de la période étudiée. Alors que les écrits des premiers aliénistes à la fin du XVIIIe siècle ont été, depuis, fort bien étudiés par plusieurs historiens⁷, ce chapitre se penche sur les données quantitatives de Saint-Jean-de-Dieu durant la première moitié du XXe siècle et met en lumière les savoirs utilisés par les psychiatres à l'intérieur de l'asile et leurs applications pratiques. À l'aide des classifications utilisées au cours de la période, nous sommes en mesure de peindre le tableau de l'institution étudiée de manière plus générale.

Les chapitres cinq, six et sept mettent en lumière les raisons d'internement à l'aide des dossiers médicaux des patients, patients qui peuvent être internés sous ordonnance du gouvernement ou sous placement « volontaire » à la demande de la famille, du médecin ou des membres de la communauté. Le chapitre cinq s'intéresse aux femmes et le chapitre six aux hommes qui ont défié, consciemment ou non, les normes sociales de l'époque. Le chapitre sept étudie les hommes et les femmes qui ont franchi la barrière de l'inacceptable dans la sphère privée, en tant que parents ou conjoints. L'analyse des dossiers des patients

⁷ Sur Pinel, voir en bibliographie Jackie Pigeaud, Jan Goldstein et Dora Weiner, et sur Morel, voir Ian Dowbiggin et Guy Grenier.

permet de voir, à l'aide d'une méthode qualitative, les comportements qui, selon les spécialistes de la psyché, les proches des personnes internées et les patients eux-mêmes, doivent être expliqués, justifiés, médicalisés, classifiés, traités et prévenus entre 1920 et 1950. Cette période connaît la plus importante phase d'institutionnalisation psychiatrique, mais elle sonne aussi le glas de cette façon de gérer la déviance mentale et qui sera fortement critiquée par les anti-psychiatres et intellectuels durant les années 1950-1960.

Le chapitre huit, enfin, s'intéresse à l'état des savoirs en psychiatrie durant la période 1920 à 1950 à travers les écrits des psychiatres ayant pratiqué durant la même période. Si la psychiatrie française a fortement influencé les psychiatres canadiens-français jusque dans les années 1930, ces derniers adoptent une classification nord-américaine durant cette décennie et se tournent de plus en plus vers les États-Unis comme lieu de formation et d'acquisition des connaissances. Ce dernier chapitre traite des diverses explications des troubles mentaux. Alors que les psychiatres tendent à inscrire la folie dans le corps, les analyses sociales donnent matière à penser le concept de prévention et à développer des programmes de prophylaxie en santé mentale. Ce contexte de recherches alimente deux grandes théories pour expliquer la maladie mentale, d'une part, l'inné, l'héréditaire et le génétique et d'autre part, l'acquis, l'éducation et le milieu social. Si la psychiatrie entre dans une phase « organogénique » durant les années 1920 sous l'influence du psychiatre allemand Emil Kraepelin, la Seconde Guerre mondiale intègre les théories « psychogéniques » et « sociogéniques » en insistant sur l'influence du milieu de vie dans le développement des troubles mentaux. Cette situation amène la psychiatrie à définir son rôle à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique par des traitements physiologiques de même qu'à l'extérieur de celle-ci par des programmes de prévention des maladies mentales.

CHAPITRE 1

LES PERSPECTIVES THEORIQUES ET L'HISTORIOGRAPHIE DE LA PSYCHIATRIE

Étudier l'univers des fous, aliénés et insensés en histoire s'avère une tâche doublement difficile. D'abord parce que depuis les soixante dernières années divers courants de pensée imposent de revisiter sans cesse le regard que nous portons sur la folie, ensuite parce qu'en étudiant les discours tenus à l'égard de ces personnes et par ces personnes dans le passé, nous risquons de transposer nos conceptions et nos valeurs à une autre époque. En cela, il ne faut pas oublier que les recherches en histoire de la psychiatrie ne se veulent ni un éloge ou une critique du champ, mais cherchent à en faire une analyse le plus adéquatement possible selon, bien sûr, que l'on soit historien des sciences, philosophe, criminologue ou autres. Pour reprendre les mots de Marc Bloch, il faut comprendre le passé à partir du présent et comprendre le présent à la lumière du passé¹. Il faut alors analyser et rendre compte des perceptions et des définitions de la « folie » à l'aide des différents écrits sur la déviance mentale dans les mots des acteurs de l'époque, forts de leurs corpus de valeurs.

Avec l'institutionnalisation de la discipline historique comme science sociale (ou la volonté d'en être une) depuis plus d'un siècle avec l'école méthodique de Langlois et Seignobos et celle de Comte, les historiens adoptent au tournant du XXe siècle une position « objectivisante » du passé. Adoptant une méthodologie critique, les historiens des Annales dans les années 1920 définissent ce que l'on appelle l'« histoire-problème ». Il s'agit dès lors de poser une question spécifique au passé et de chercher à y répondre en étudiant et critiquant tous les types de sources sur le sujet de recherche. Cette façon de faire marque une

¹ Marc Bloch, *Apologie pour l'histoire ou Métier d'historien*, Paris, Armand Colin, 5^e édition, 1964, pp. 11-13.

étape importante dans l'histoire de l'histoire². Febvre et Bloch dans les années 1920 et Labrousse et Braudel dans les années 1950, en négligeant l'événement et le politique, insistent sur la longue durée avec l'activité économique, l'organisation sociale et la psychologie collective³. Braudel développe un modèle d'analyse en trois paliers : le temps géographique et économique, le temps social et le temps individuel et mental⁴. Braudel, en 1958, écrit :

Par structure, les observateurs du social entendent une organisation, une cohérence, des rapports assez fixes entre réalités et masses sociales. Pour nous, historiens, une structure est sans doute assemblage, architecture, mais plus encore une réalité que le temps use mal et véhicule très longuement. [...] Mais toutes [les structures] sont à la fois soutiens et obstacles⁵.

Quant à Labrousse, il veut donner une dimension sociale à l'économique⁶. C'est à partir de ces nouvelles façons de faire que la « Nouvelle histoire » des années 1960-1970 s'intéresse à l'histoire des mentalités⁷. Empruntant aux historiens des générations précédentes autant qu'aux disciplines connexes, les tenants de cette école, comme nous le

² Les Écoles historiographiques des États-Unis de la Grande-Bretagne sont à étudier plus en profondeur. En France, Bloch et Febvre, puis Braudel et ses acolytes, sont connus pour avoir créé l'École des Annales, puis la Nouvelle Histoire. En général la volonté est, dans les années 1945-1960, de faire une histoire structurelle, laïque, critique et de plus en plus matérielle (la trace et sa critique). Plusieurs différences idéologiques existent entre l'Europe en reconstruction et les États-Unis maccarthistes, ce qui influencent très certainement l'écriture de l'histoire, mais la méthodologie « objectivisante » est commune à l'ensemble de l'Occident. Voir Bourdé et Martin, *Les écoles historiques*, Paris, Seuil, 1983 et Eric Foner, *The New American History*, Philadelphie, Temple University Press, 1990.

³ Guy Bourdé et Hervé Martin, « L'école des « Annales » » dans *Les écoles historiques, op. cit.*, pp. 215-243.

⁴ Notons l'appel récent à l'approche braudélienne faite par Frank Huisman « From Exploration to Synthesis. Making New Sense of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century » dans M. Gijswijt-Hofstra, H. Oosterhuis et al. *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century : Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, pp. 405-423.

⁵ Fernand Braudel, « Histoire et sciences sociales. La longue durée », *Annales ESC*, no.4, 1958 dans Bourdé et Martin, *Les écoles historiques, op.cit.*, p. 312.

⁶ Ernest Labrousse (avec F. Braudel), *Histoire économique et sociale de la France*, Paris, Puf, 1979.

⁷ Voir Jacques Le Goff, Roger Chartier et Jacques Revel, *La Nouvelle histoire*, Paris, Retz-C.E.P.L., 1978.

verrons plus loin, s'intéressent à des champs de recherche à mi-chemin entre l'organisation sociale, les discours idéologiques et les pratiques populaires. Les recherches en histoire de la psychiatrie s'insèrent dans la « Nouvelle histoire ».

Jetant un regard sur le passé, plusieurs historiens⁸ ont tenté de sonder les dits et écrits sur la folie et de les comprendre par diverses méthodes tant qualitatives que quantitatives⁹. Tour à tour, le regard des historiens s'est posé sur les valeurs sociales et morales, sur la culture et la politique, sur les sciences médicales et les confessions religieuses, sur la profession de psychiatre et de son objet d'étude le psychiatisé, sur le lieu de traitement ou d'enfermement, sur le contrôle social et la gestion de la marginalité et de la déviance. Ces études diverses permettent à l'heure actuelle d'avoir une connaissance plus vaste et un regard plus critique sur le sujet de la folie en histoire. Aucun chercheur ne peut désormais faire abstraction des multiples recherches. Il s'agit dès lors de mettre en exergue les aspects les plus significatifs et les interprétations principales sur l'esprit déraisonné selon les époques et les cultures, les lieux et les savoirs, savants ou profanes.

Ce chapitre présente les principales perspectives et écrits dans ce domaine depuis les années 1950. Si les premières recherches sur l'évolution de la psychiatrie sont produites par des psychiatres dans la première moitié du XXe siècle, quelques intellectuels influents du milieu du siècle ouvrent la porte à une vision critique de la psychiatrie, de l'asile, de la folie et de l'internement. À ces écrits, suivent ceux de l'école du contrôle social et du féminisme radical qui critiquent l'enfermement asilaire comme étant discriminant envers les classes populaires et les femmes. La perspective « néo-whig » tente alors de relativiser ces thèses en soutenant que l'aliénisme du début du XIXe siècle a amené une meilleure qualité de vie aux « fous ». Si de grands débats ont eu lieu dans les années 1970 à 1985 entre les tenants de la vision humaniste de l'asile et les tenants de la critique du « grand renfermement » pour

⁸ Nous allons « genrer » les mots patients et historiens lorsqu'il est question des femmes. Pour alléger le texte, nous avons choisi de ne pas écrire les deux formulations genrées à chaque fois que ces termes sont utilisés.

⁹ L'historiographie présentée provient principalement de quatre pays : le Canada, les États-Unis, la France et la Grande-Bretagne. Des collectifs récents, britano-canadien et hollandais, présentent des études de divers pays.

reprendre les mots de Foucault¹⁰, les historiens des années 1985 à aujourd'hui ont adopté des perspectives qui cherchent à dépasser ce débat.

À partir des archives personnelles ou familiales, l'histoire du point de vue des patients remet en question les deux courants précédents, celui du contrôle social et celui appelé « néo-whig ». Cette perspective, dite *from the bottom up*, redonne une voix aux divers acteurs de l'univers asilaire, surtout les patients, et montre la complexité des enjeux de pouvoir entre eux. Avec le courant post-structuraliste et la lecture du pouvoir selon Foucault, plusieurs historiens s'intéressent au façonnement des choses à travers l'analyse des discours. En prenant à contre-pieds la position dite *top down*, ils revisitent les discours des experts en tenant compte d'une part des lieux de résistance et de contestation dans la construction des savoirs et d'autre part de l'influence de l'espace temps sur la vision des acteurs et des réactions sociales à la déviance. Mentionnons que la grande majorité des historiens des vingt dernières années conjuguent diverses perspectives théoriques et offrent une vision plurielle de l'histoire de la psychiatrie à l'époque contemporaine en s'intéressant non seulement aux grands aliénistes et psychiatres occidentaux, mais aussi à l'architecture, aux patients et à la vie asilaire, aux familles, aux politiques sociales, aux réactions sociales à la déviance, aux traitements, à la médecine légale et à la désinstitutionnalisation.

Bref, l'historiographie des cinquante dernières années nous apporte matière à mieux comprendre le champ psychiatrique et son objet, la folie. Les diverses perspectives, loin d'être isolées en écoles distinctes, doivent au contraire être vues comme un lieu d'intersubjectivité, pour reprendre le concept de Paul Ricoeur¹¹. Ce n'est qu'à ce prix, celui d'être bousculé et ouvert aux autres points de vue, qu'une certaine « réalité historique » peut se dégager des données empiriques et théoriques. Riche d'une historiographie aux perspectives et objets de recherches multiples, nous serons ensuite en mesure de nous positionner dans ce champ. La dernière partie de ce chapitre aborde la perspective théorique

¹⁰ Michel Foucault, *Folie et déraison, Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1961.

¹¹ Paul Ricoeur, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, Paris, Seuil, 2000.

adoptée et pose les questions de recherche auxquelles nous entendons répondre dans cette thèse.

1.1. L'érudition positiviste, les écrits sur l'évolution de la psychiatrie.

Avec la mise en place de l'aliénisme et de la psychiatrie, les premiers écrits sur l'histoire de la psychiatrie sont l'œuvre de psychiatres et d'experts de la psyché. Le psychiatre allemand Emil Kraepelin, le psychologue Gregory Zilboorg, le « père » du DSM-I William C. Menninger, le médecin Erwin H. Ackerknecht et les psychanalystes Franz Alexander et S. Selesnick ont en commun d'avoir relaté l'histoire de leur champ non plus comme un témoignage romancé, mais comme une chronique événementielle de l'évolution et des découvertes passées¹². Ces auteurs traitent des origines, du développement et des pratiques en psychiatrie. Cette façon d'écrire l'histoire selon une logique événementielle et évolutive a toujours cours et elle est faite de « récits factuels » retraçant l'histoire d'une institution ou d'une discipline. Selon leur expérience et leur vision, ces hommes exposent la situation du champ « psy » dans cette première moitié du XXe siècle, aussi appelé l'âge moderne de la psychiatrie, situé entre l'âge d'or de l'aliénisme du XIXe siècle et la révolution psychopharmacologique des années 1950.

Cette tradition événementielle de l'histoire de la psychiatrie par des experts du domaine est toujours présente. Récemment le collectif sous la direction de Quentin Rae-Grant et l'ouvrage de Bernard Courteau ont décrit de manière chronologique les « faits » tels

¹² Emil Kraepelin, *100 Hundreds Years of Psychiatry*, New York, Philosophical Library, 1962 (publié en allemand en 1917-1918); Gregory Zilboorg, *A History of Medical Psychology*, New York, Norton, 1941; W. C. Menninger, *Psychiatry : Its Evolution and Present Status*, New York, Cornell University Press, 1948; Erwin H. Ackerknecht, *Short History of Psychiatry*, New York et Londres, Hafner, 1968; Franz Alexander and S Selesnick, *The History of Psychiatry*, New York, Harper and Row, 1966. Plusieurs psychiatres de tous les pays font régulièrement des chroniques sur l'évolution de leur discipline dans les revues spécialisées.

qu'ils sont relatés dans les sources institutionnelles consultées¹³. Ces ouvrages ont néanmoins le mérite de transcrire avec précision des sources institutionnelles manuscrites officielles et de rendre accessible ces documents souvent difficiles d'accès. D'autre part, les écrits des psychiatres contemporains sur leur discipline nous permettent d'avoir accès au point de vue des acteurs et de mieux situer la position de la psychiatrie. Au Québec, les psychiatres Jean-Marc Bordeleau, Denis Lazure, Camille Laurin, Hubert Wallot et Frédéric Grunberg ont relaté leur expérience et leur vision de la psychiatrie¹⁴.

À ces ouvrages positivistes d'experts dans le domaine de la psychiatrie s'ajoutent des écrits très critiques de praticiens au cours des années 1960 et 1970. Le courant anti-psychiatrique de cette période prend forme sous la plume de plusieurs psychiatres dont Ronald Laing, David Cooper, Thomas Szasz et Franco Basaglia¹⁵. Ces derniers réagissent à la surpopulation des « malades mentaux » dans les hôpitaux psychiatriques et aux traitements physiques et chimiques en usage depuis les années 1920. Ces traitements dépersonnifient les patients et en font des individus plus faciles à gérer, des zombies dociles. Selon eux, l'asile n'est plus le lieu « humaniste » si cher à Pinel, mais une institution où l'on « casse » les individus aux comportements marginaux comme les sociopathes et les psychopathes.

¹³ Quentin Rae-Grant, éd. *Psychiatry in Canada : 50 years (1951 to 2001)*, Ottawa, Canadian Psychiatric Association, 2001. L'article sur le Québec est écrit par le psychiatre F. Grunberg; Bernard Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis- H.-Lafontaine, Évolution historique de l'hôpital psychiatrique à Montréal*, Montréal, Méridien, 1989. Le travail de Courteau est particulièrement intéressant. Ayant eu accès aux archives de la même institution, j'ai été en mesure de vérifier les faits tels qu'ils sont présentés par Courteau, et tous sont amplement vérifiés.

¹⁴ Jean-Marc Bordeleau, « Hôpital psychiatrique traditionnel et assistance psychiatrique moderne », *Laval Médical*, Vol. 41, No. 6, Juin 1970, pp. 751-760; Denis Lazure, *Médecin et citoyen, souvenirs*, Montréal, Boréal, 2002; Camille Laurin, *Le testament*, Montréal, Les Intouchables, 1999; Hubert Wallot, *La danse autour du fou, op. cit.*; Frédéric Grunberg, « Cinquante ans de psychiatrie au Québec », dans Rae-Grant, *Psychiatry in Canada : 50 Years (1951-2001)*, op. cit., pp. 17-28.

¹⁵ Ronald Laing et David Cooper, *Reason and Violence : A Decade of Sartre's Philosophy* (2^e éd.), Londres, Tavistock Publications, 1964 ; Ronald Laing, *The Self and the Others*, Londres, Tavistock Publications, 1961 ; David Cooper, *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Paris, Seuil, 1978 ; Thomas Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, Paul B. Hoeber, 1961; *The Manufacture of Madness : A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, New York, Harper Row 1970; Franco Basaglia, éd. *L'Institution en négation. Rapport sur l'hôpital de Gorizia*, trad. fr. R. Bonalumi, Paris, Seuil, 1970.

Ceci dit, alors qu'ils questionnent la nature même de la maladie mentale sur la base d'une absence d'étiologie véritable, les anti-psychiatres ne critiquent pas la psychiatrie sociale ou le mouvement de santé mentale qui « normativisent » de plus en plus la vie quotidienne. S'ils critiquent le concept même de maladie mentale comme étant une pathologisation de la déviance sociale et surtout de son traitement médical, les anti-psychiatres soutiennent l'idée de la réintégration des déviants mentaux dans la communauté comme une extension des expressions de divers comportements dans une cité non plus asilaire mais citoyenne. Tirant un appui théorique des travaux de Foucault et de Goffman, l'anti-psychiatrie donne lieu à des réformes du système « asilaire », à une communautarisation des services en santé mentale et à la désinstitutionnalisation des psychiatisés.

1.2. Ruptures théoriques : l'apport de la philosophie foucauldienne et de la sociologie goffmanienne à l'histoire de la folie.

Ce sont des philosophes et sociologues, qui, les premiers, ont porté un regard extérieur sur le champ de la psychiatrie. En France, c'est avec l'existentialisme comme philosophie de l'expérience, du sens et du sujet ainsi qu'avec l'épistémologie des sciences comme philosophie du savoir, de la rationalité et du concept que des travaux critiques sont publiés¹⁶. Héritier de l'épistémologie des sciences françaises, de l'anthropologie et de l'histoire structuralistes, le philosophe Michel Foucault publie en 1961 son ouvrage *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*¹⁷. À la suite de la parution de cet ouvrage, les études en

¹⁶ Pierre Wagner, éd. *Les philosophes et la science*, Paris, Gallimard, 2002, p. 921. Voir le Chap. XIX, « Bachelard, Canguilhem, Foucault. Le « style français » en épistémologie ».

¹⁷ Michel Foucault, *Folie et déraison, Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1961. Traduit en anglais en 1967 sous le titre *Madness and Civilization. Folie et déraison* prend base sur une recherche antérieure : *Maladie mentale et psychologie*, Paris, PUF, 1954. Pour une relecture contemporaine de l'étude de Foucault, voir Dominick LaCapra, « Relire l'Histoire de la folie », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, Vol. 53, No. 1, 2006, pp. 7-33.

histoire de la psychiatrie et de la folie se sont multipliées dans les cinquante années qui ont suivi.

Ce livre se veut une histoire sur la longue durée des discours sur la folie. Critiqué et acclamé, Foucault, par son approche interdisciplinaire, oscille entre une approche historique et philosophique¹⁸. Un passage éloquent sur l'histoire dans *L'Archéologie du savoir* nous éclaire sur la position de Foucault. Selon lui, l'histoire ne doit alors plus étudier les événements de pensée mais étudier les règles qui conditionnent la production des discours. Ceux-ci sont des performances régies

[...] par un ensemble de règles anonymes, historiques, toujours déterminées dans le temps et dans l'espace, qui ont défini à une époque donnée, et dans une aire sociale, économique, géographique ou linguistique donnée, les conditions d'exercice de la fonction énonciatrice¹⁹.

Avec *Maladie mentale et psychologie* et *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*, Foucault se livre à une histoire critique de la psychiatrie moderne²⁰. Il cherche à comprendre pourquoi le « fou » de l'époque moderne, défini par une vision mystique du monde, devient un « malade » à travers les lunettes de la raison et de la science à la fin du XVIIIe siècle²¹. En revisitant le contexte des Lumières en France et la notion de pouvoir répressif, il avance l'idée que la création de l'asile est une solution « morale » à la mise en place d'une société citoyenne libérale. La naissance de la république est vue comme une nouvelle façon de gérer la déraison, « immorale » aux yeux d'une société désormais

¹⁸ Sur Michel Foucault, Hubert Dreyfus et Paul Rabinow, *Michel Foucault, un parcours philosophique*, Paris, Gallimard, 1984; Jacques Lagrange, « Versions de la psychiatrie dans les travaux de Michel Foucault », dans P. Artières et E. Da Silva (éd.) *Michel Foucault et la médecine. Lectures et usages*, Paris, Kimé, 2001, pp. 119-142.

¹⁹ Michel Foucault, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969, pp. 23-24.

²⁰ Michel Foucault, *Maladie mentale et psychologie, op.cit.; Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique, op. cit.* Pour une étude sur Foucault et le pouvoir psychiatrique, voir notamment Nicolas Rose, « Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique », *Sociologie et Sociétés*, Vol. 38, No. 2, 2006, pp. 113-131.

²¹ « Michel Foucault », dans Marie-Françoise Côté-Jallade et al. *Penseurs pour aujourd'hui*, Lyon, Chronique sociale, 1985, pp. 61-100.

comprise par une rationalité démocratique et non plus par un absolutisme transcendant. Comme il le mentionne dès 1954 dans *Maladie mentale et psychologie* :

alors que le fou d'avant était associé à des manifestations d'ordre religieuses ou magiques, du mouvement des humeurs et des esprits, dans un contexte social de mise à l'écart de l'hérétique, à la mi-XVIIIe siècle, le monde de la folie devient exclusion, ceux qui dérangent l'ordre de la raison, de la morale et de la société²².

En émettant l'idée que la création de l'asile « à la Pinel » ne soit pas une amélioration sociale et médicale du traitement des fous mais plutôt un nouveau système de contrôle plus diffus basé sur des valeurs morales comme la vertu et le contrôle de soi, Foucault bouscule l'idée bien intégrée que la science et la raison, loin de libérer les individus de leur servitude, leur donnent les outils pour intégrer individuellement leur propre servitude. Ainsi, il associe la médicalisation de la folie à un nouvel ordre bourgeois, bien-pensant et moralisateur.

De l'autre côté de l'Atlantique, les sociologues, les anthropologues et les criminologues de l'École de Chicago, institution fondée en 1892, étudient l'espace urbain comme laboratoire de recherche pour mieux comprendre la criminalité et la déviance²³. Après la Seconde Guerre mondiale, une nouvelle génération de chercheurs s'intéresse aux interrelations sociales au sein d'institutions. Le sociologue Erving Goffman est l'un d'eux. Si Foucault a étudié le processus d'émergence de nouvelles formes de savoirs depuis la Renaissance, Goffman s'intéresse dans son ouvrage *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, publié en 1961, aux interactions entre les divers acteurs dans des institutions fermées qu'il nomme les « institutions totalitaires »²⁴, comme l'hôpital psychiatrique, la prison, les monastères²⁵.

²² Michel Foucault, *Maladie mentale et psychologie*, *op. cit.*, p. 80.

²³ Voir l'étude de Jean-Michel Chapoulie sur la naissance de l'École de Chicago. *La tradition sociologique de Chicago, 1892-1961*, Paris, Seuil, 2001.

²⁴ En anglais, il s'agit de « Total Institutions ». Le sens donné à « Total » en français porte parfois à confusion, certains parlent d'institutions totales, c'est-à-dire qui s'auto-suffisent en elle-même, alors que d'autres parlent d'institutions totalitaires, qui ont le contrôle sur et dans tous les aspects de la vie quotidienne. Nous avons privilégié cette dernière définition.

²⁵ Erving Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York, Doubleday, 1961.

Il émet l'idée que l'institution et son fonctionnement produisent des comportements normatifs et autorégulés. Non seulement Goffman offre une manière de penser les interactions dans un hôpital psychiatrique au tournant des années 1960, il poursuit également sa réflexion sur les interactions hors institutions avec la notion de stigmates. Son ouvrage *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, examine les diverses façons de classifier les gens, d'être classifié par eux, et comment nous interagissons entre nous à la lumière de ces classifications²⁶. Pour lui, les stigmatisés, les « anormaux », sont ceux que les gens désapprouvent dans un lieu et un moment particulier. Goffman utilise le terme de « normalisation » pour parler du processus de classification qui catégorise les comportements hors normes.

Publiés à Paris et à New York en 1961, Foucault et Goffman viennent de deux traditions intellectuelles différentes mais complémentaires : l'une est la philosophie existentialiste et l'autre la phénoménologie et l'interactionnisme symbolique²⁷. Alors que Goffman s'intéresse aux façons dont les rôles des gens se constituent dans leurs interactions dans une institution, mais sans étudier la mise en place et les structures des institutions, Foucault remonte aux racines des discours qui permettent la mise en place de nouvelles formes d'interactions sociales, mais sans jamais entrer dans la vie quotidienne des acteurs en question. L'un s'intéresse aux gens dans leur quotidien, l'autre s'intéresse à ce qui fait que ces gens sont dans un environnement qui conditionne leurs actions. En critiquant la mise en place d'institutions « totalitaires », Goffman et Foucault, quoique forts différents dans leurs approches, sont des figures marquantes des écrits critiques dans le champ de la déviance mentale et de l'institutionnalisation. Encore aujourd'hui, nous sommes tributaires de ces

²⁶ Erving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1963.

²⁷ Ian Hacking, « Between Michel Foucault et Erving Goffmann : between discourse in the abstract and face-to-face interaction », *Economy and Society*, Vol.33, No.3, 2004, pp. 277-302.

deux explications de la gestion de la folie, de ces deux traditions intellectuelles et des nombreux apports et critiques face à ces positions théoriques²⁸.

1.3. La « Nouvelle histoire sociale », révisionnismes marxistes et féministes et les réponses *néo-whigs*.

Avec les écrits de Foucault, Goffmann et des anti-psychiatres dans les années 1950 et 1960, les historiens adoptent des positions théoriques radicales sur l'histoire de la psychiatrie. Influencés par les perspectives marxistes, des historiens, durant les années 1970, redéfinissent le concept de contrôle social comme coercitif et répressif²⁹. Tributaires également de la discipline historique, ces historiens sont plus largement rattachés à la « Nouvelle histoire sociale » en France, à la « New Social History » en Grande-Bretagne et à l'école conflictuelle aux États-Unis³⁰. Au même moment, et en réponse aux études adoptant une perspective critique radicale de l'asile et de l'enfermement, des historiens et spécialistes de la psychiatrie répondent aux tenants de cette école en affirmant que la naissance de l'asile n'est pas réductible au contrôle répressif des aliénistes, mais plutôt à une forme plus humaine de traitement des aliénés.

²⁸ Mentionnons aussi l'École de Francfort représentée par Adorno, Marcuse, Habermas et Fromm qui, dans une perspective néo-marxiste, critiquent les sciences sociales. Les écrits de Erich Fromm, psychanalyste humaniste, conjuguent Freud à Marx pour expliquer les dynamiques sociales. Voir A. Blanc et J.-M. Vincent. *La postérité de l'École de Francfort*, Paris, Syllepse, 2004.

²⁹ Le premier à avoir utilisé ce concept est Edward Ross, sociologue des États-Unis. Il nomme en 1901 « contrôle social » les forces extérieures qui obligent l'individu à adhérer à l'État démocratique. C'est à partir de cette définition que nous disons que les historiens des années 1970 « redéfinissent » le concept. Pour plus de détails sur l'histoire du concept, voir J.-M. Fecteau, *La liberté du pauvre*, Montréal, VLB Éditeur, pp. 24-28.

³⁰ Pour l'historiographie française, voir Jacques LeGoff et al. *La Nouvelle histoire*, *op. cit.*; pour l'historiographie britannique, Peter Burke, éd., *History and Historians in the Twentieth Century*, Oxford et NY, Oxford University Press, 2002 ; pour l'historiographie états-unienne, voir Eric Foner, *The New American History*, *op. cit.*, 1997.

1.3.1. La perspective *top down*, l'historiographie du contrôle social.

Dans les années 1960 et 1970, dans un contexte de critiques acerbes de l'État libéral, des historiens de la « nouvelle gauche » redéfinissent le concept de contrôle social pour mettre en lumière les liens de pouvoir entre les dominants et les dominés. Ces historiens contestent les thèses consensuelles d'une évolution sociale moderne et améliorée et critiquent les chercheurs qui revendiquent leur neutralité à l'égard de l'État et des institutions d'assistance. Aussi connus comme appartenant au courant révisionniste, ces historiens se livrent à une relecture critique de l'histoire « positive ». Pour les historiens Mark Micale et Roy Porter,

The Great Revision, viewed in its historical context, may be seen as part and parcel of the larger, libertarian, counter-cultural interrogation of the basic institutional structures of power in modern capitalist society of the 1960s in which its practitioners shared the belief that their work as historians was contributing, however indirectly, to the forthcoming social transformation³¹.

Les révisionnistes, influencés par un contexte de changement, proposent une nouvelle manière de voir l'histoire de l'internement en asile psychiatrique. En employant des variables économiques et sociales, les historiens du contrôle social démontrent que l'État bourgeois est coercitif et gère la déviance pour conserver sa mainmise sur la population comme force de travail.

Les historiens du contrôle social les plus connus sont Robert Castel, Andrew Scull et David Rothman³². Pour eux, alors que les réformateurs de l'asile comme Pinel ont échoué dans leur but premier, celui de guérir les aliénés, la consolidation de l'aliénisme comme

³¹ Mark Micale et Roy Porter, éd., *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford University Press, 1994, p. 11.

³² Robert Castel, *L'ordre psychiatrique*, Editions de Minuit, Paris, 1977 ; Robert Castel avec F. Castel et A. Lovell, *La société psychiatrique avancée, le modèle américain*, Paris, Grasset, 1979 ; Andrew Scull, *Museum of Madness : The Social Organization of Psychiatry in Nineteenth Century England*, London, Allen Lane, 1979; voir aussi son essai historiographique « Psychiatry and Social Control in the Nineteenth and Twentieth Centuries », *History of Psychiatry*, 1991, pp. 149-169; David Rothman, *The Discovery of the Asylum*, Boston, Little Brown, 1971

spécialité reconnue de tous amène un groupe, les aliénistes, à interner arbitrairement des individus au nom de la nouvelle société bourgeoise. Pour Castel,

On pourrait dire que la médecine mentale est devenue, assez tard et pour une part seulement, une pièce d'un appareil centralisé de pouvoir. Mais c'est qu'elle s'était déjà constituée comme une technologie spécifique, qu'elle s'était frayée des parcours privilégiés, qu'elle avait investi des places stratégiques. Avant son inscription dans l'organigramme officiel de la distribution du pouvoir, et encore après, elle conquiert sa place au soleil à travers des initiatives hasardeuses et des tâtonnements empiriques³³.

L'économie de marché est la cause de la destruction de l'ancienne cohésion sociale paternaliste. L'urbanisation et l'industrialisation, plutôt que d'avoir aidé à augmenter le niveau de vie des citoyens, ont plutôt provoqué une rupture sociale entre les puissants et les classes populaires. Les nouvelles dynamiques sociales liées à l'économie capitaliste aliènent les travailleurs. Stressés, épuisés, ces derniers, s'ils dérogent à une façon de faire, se voient mis à l'écart. C'est ce qui explique, selon ces historiens, la forte augmentation de la population asilaire entre 1900 et 1950.

À la « nouvelle gauche », il faut ajouter l'influence de l'antipsychiatrie. Les patients sont vus comme dominés et réprimés par un pouvoir médical qui les opprime, les classe, les met à l'écart des autres et les transforme. Cette volonté de transformer et de faire des déviants mentaux des êtres respectables et productifs est soulignée tant par les anti-psychiatres que par les historiens du contrôle social. Dans la perspective du contrôle social, la vision du « bio-pouvoir » de Foucault et la vision du progrès de l'histoire « libérale » sont remises en cause.

³³ Robert Castel, *L'ordre psychiatrique*, op. cit., p. 19.

1.3.2. La réponse de l'école *néo-whig* depuis les années 1970.

Un retour du balancier a lieu dans les années 1970. Devant les conséquences de la désinstitutionnalisation, plusieurs spécialistes du domaine de la santé mentale critiquent la situation des portes tournantes et de l'itinérance. La réforme tant souhaitée ne donne pas les résultats escomptés, faute de moyens et d'intervenants. Sur la question plus théorique, une réponse à Foucault et à sa thèse du pouvoir médical normatif prend forme sous la plume de la psychiatre française Gladys Swain qui s'attaque principalement à la théorie de « grand renfermement » moral des fous et des folles au début de la période contemporaine.

Sans jamais remettre en question les savoirs médicaux et la position de l'aliéniste, Swain voit plutôt dans la révolution pinélienne un humanisme en opposition à l'obscurantisme et au charlatanisme de la période moderne. Ne niant pas la folie, elle écrit « la naissance de la psychiatrie, c'est avant tout l'avènement d'une méthode se proposant expressément l'exploration sans *a priori* du réel et se voulant neutre à l'égard des phénomènes »³⁴. Ici, Swain étudie non pas la perception de la folie mais celle de l'individu atteint de folie. La vision de la médecine psychiatrique, dans ces études, est celle d'une longue évolution progressive des connaissances et des traitements à l'égard des fous depuis les Lumières.

Quelques historiens sont qualifiés de *néo-whigs* par les historiographes anglophones. La vision méliorative de la mise en place de l'asile, au sens propre, et de la profession d'aliéniste se retrouve dans les études de Gerald Grob, Kathleen Jones, Danielle Terbenche et Peter Keating³⁵. Sous la plume de ces auteurs, les réformes et les asiles sont décrits comme une avancée majeure dans le champ de la psychiatrie, car elles ont humanisé les fous en les

³⁴ Gladys Swain et Marcel Gauchet, *Le sujet de la folie: naissance de la psychiatrie*, nouv. éd., Paris, Calmann-Lévy, 1997, pp. 19-20.

³⁵ Gerald Grob, *Mental Institutions in America*, New York, Free Press, 1973; Kathleen Jones, *A History of the Mental Health Services*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1972; Danielle Terbenche, « 'Curative' and 'Custodial' : Benefits of Patient Treatment at the Asylum for Insane, Kingston, 1878-1906 », *Canadian Historical Review*, Vol. 86, No. 1, 2005, pp. 29-52; Peter Keating, *La science du mal, l'institution de la psychiatrie au Québec, 1800-1914*, Montréal, Boréal, 1993.

regardant comme des êtres malades et non plus comme des êtres démonisés. Le traitement moral et surtout l'institution asilaire sont des modèles de droit plus humain. C'est dans ce contexte que les aliénistes du XIXe siècle commencent à classer les aliénés selon les symptômes communs et à créer des catégories diagnostiques selon une nosographie médicale rationnelle, sur la base de l'observation et de l'empirisme³⁶.

Si le passage d'une « vérité religieuse » à une « vérité scientifique ou laïque » nous offre une nouvelle façon de voir la folie comme Foucault l'a démontré, nous sommes sensible au fait que la science amène un autre « point de vue de Dieu » pour reprendre l'expression de Putnam. La folie, au XIXe siècle, aurait été vue selon les principes de la raison abstraite. Les études libérales montrent que les fous, avec la mise en place de l'asile tel que proposée par Pinel, sont mieux traités qu'avant, et qu'un certain humanisme se dégage de cette volonté de séparer les aliénés des criminels et indigents.

1.3.3. L'historiographie féministe, de la perspective radicale des années 1970 à la perspective genrée des années 1980-1990.

Parallèlement aux travaux des chercheurs de l'École du contrôle social des années 1970-1980, des historiennes étudient l'histoire des femmes internées en institution sur la base du concept de pouvoir patriarcal. Ces recherches s'intéressent aux discours que les médecins ont produits sur les patientes et à l'hypothèse voulant qu'il y ait eu une surpopulation féminine dans les asiles entre 1800 et 1960. Avec une approche féministe radicale similaire à la perspective marxiste, ces historiennes adoptent une position critique à l'égard du patriarcat qui définit et opprime les femmes. Critiques d'un corps médical masculin dominant et aliénant pour les femmes, ces historiennes abordent les maladies mentales féminines,

³⁶ Publication de la *Nosographie philosophique* de Pinel en 1797. Cet ouvrage est la somme de ses observations cliniques à La Salpêtrière. En 1801, il publie son célèbre *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*.

l'hystérie et la folie puerpérale notamment, comme une reproduction de l'idéologie patriarcale et du pouvoir de la médecine sur les questions de reproduction et de famille.

Ces études historiques féministes avec leur perspective radicale voient une action répressive et coercitive dans le pouvoir psychiatrique masculin. La psychologue Phyllis Chesler et les historiennes Elaine Showalter et Yannick Ripa tentent de démystifier la folie des femmes en étudiant notamment la construction sociale de la folie « féminine », la surreprésentation quantitative des femmes dans les asiles et les usages de la psychiatrie comme forme de contrôle social d'un sexe sur l'autre³⁷. Elles font une profonde reconceptualisation de l'histoire de la médecine en adoptant le point de vue des patientes et non seulement des médecins. Elles avancent que les spécialistes de la maladie mentale sont eux-mêmes les produits de leur société et que, sous le couvert de la science et de l'objectivité, ils reproduisent au sein de l'asile le rapport de contrôle social des hommes sur les femmes.

Regina Morantz critique les thèses victimisantes et d'oppression³⁸. Historienne féministe, elle émet l'idée de la misogynie inconsciente. Selon elle, les femmes ont également pu se servir de l'asile comme lieu de repos ou de protection. D'autant qu'il ne faudrait pas sous-estimer les normes masculines et leurs effets sur les hommes qui ont dérogé à la norme. Dans une perspective féministe différente, que l'on pourrait qualifier de psychanalytique, Carol Smith-Rosenberg, avec Charles Rosenberg, a étudié la vision des femmes par la médecine, la psychiatrie en particulier³⁹. Se détachant des perspectives radicales de l'époque, Smith-Rosenberg s'intéresse à l'hystérie à l'époque de Charcot,

³⁷ Phyllis Chesler, *Women and Madness*, New York, Avon Books, 1972; Elaine Showalter, *The Female Malady, Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, Londres, Virago, 1985; Yannick Ripa, *La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au XIXe siècle*, Paris, Aubier, 1985.

³⁸ Regina Morantz, « The Lady and her Physician » dans Mary Hartman et Lois Banner, éd. *Clio's Consciousness Raised : New Perspectives on the History of Women*, New York, Harper and Row, 1974, p. 38-53.

³⁹ Carol Smith-Rosenberg, « The Hysterical Woman », *Social Research*, Vol. 39, 1972, p. 652-678; avec Charles Rosenberg, « The Female Animal: Medical and Biological Views of Woman and her Role in Nineteenth-Century America », September 1973 repris dans *Disorderly Conduct, Visions of Gender in Victorian America*, New York, Alfred A. Knopf, 1985.

maladie nerveuse reconnue. Elle émet l'idée que cette « maladie » était plutôt une façon inconsciente pour les femmes de l'époque de se libérer des normes sociales victoriennes très rigides.

Si quelques historiennes s'intéressent aux femmes et à la folie dans les années 1970, il faut attendre les années 1980 avec la mise en place d'écoles d'études féministes pour voir la quantité de publication sur le sujet des femmes et de la psychiatrie augmentée. La publication de l'article de Joan Scott sur le genre en 1986 constitue un point tournant important en histoire des femmes⁴⁰. Si, jusque là, le genre avait parfois été employé comme synonyme de femme, Scott reconceptualise l'histoire des femmes à la lumière du sexe social et de l'organisation sociale de la relation entre les sexes. Les historiennes de la psychiatrie interrogent de plus en plus la construction des identités sexuelles genrées à partir des écrits des psychiatres et démontrent les similitudes et les différences quantitatives entre les hommes et les femmes internés. Pour Nancy Tomes, le genre n'est pas la variable exclusive de ces recherches mais est uniquement une des variables parmi d'autres, le but étant d'inclure le genre dans une histoire sociale de l'asile pour faire entrer l'histoire des femmes dans la *Mainstream American History*⁴¹.

Mais ce n'est pas seulement le lot des femmes que de réagir aux forces normatives d'une époque. Ellen Dwyer, Constance McGovern, Nancy Tomes et, en France, Jean-Christophe Coffin, dans leurs études respectives, ont démontré que l'étiologie et la symptomatologie des troubles mentaux sont, dans certains cas, différentes selon le sexe⁴². Si

⁴⁰ Joan Scott, « Le genre, une catégorie utile d'analyse historique » dans *Le genre de l'histoire*, Bruxelles, Tierce, 1988 (1986), pp. 125-153.

⁴¹ Nancy Tomes, « Feminist Histories of Psychiatry », dans M. Micale et R. Porter, éd., *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 359.

⁴² Ellen Dwyer, « A Historical Perspective » dans C. S. Widom, éd. *Sex Roles and Psychopathology*, New York, Plenum Press, 1984, pp. 20-42; Constance McGovern, « Psychiatry, Psychoanalysis, and Women in America: An Historical Note », *Psychoanalytic Review*, Vol. 71, 1984, pp. 541-552 ; Nancy Tomes, « Devils in the Heart: A Nineteenth-Century Perspective on Women and Depression », *Transactions & Studies of the College of Physicians of Philadelphia*, Series 5, 13, 1991, pp. 363-386 ; Jean-Christophe Coffin, « Sexe, hérédité et pathologies. Hypothèses, certitudes et interrogations de la médecine mentale, 1850-1890 » dans D. Gardey et I. Löwy, *L'invention du naturel, les sciences et la*

les femmes sont plus dépressives en raison de causes familiales, les hommes reçoivent des diagnostics attribués à un abus d'alcool ou à la syphilis⁴³. Dwyer, McGovern et Tomes ont également démontré que l'asile a été vu comme un lieu de cure de repos par certains patients et certaines patientes, particulièrement par les femmes surmenées des classes populaires dans l'étude de Tomes⁴⁴.

Au Canada, les premières recherches sur l'histoire des femmes et de la médecine adoptent une perspective similaire. Wendy Mitchinson et Andrée Lévesque étudient les discours des médecins sur les femmes⁴⁵. Le sujet des femmes et de la psychiatrie intéresse Wendy Mitchinson dès 1982, puis Marie-Claude Thifault et encore récemment Mary Glennon Okin⁴⁶. Si, dans les premières études sur la médecine et les femmes, Wendy Mitchinson et Andrée Lévesque adoptent une perspective révisionniste féministe proche de celle du contrôle social des femmes par les médecins, Mitchinson relativise dans ses écrits

fabrication du féminin et du masculin, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, pp. 159-186.

⁴³ Nancy Tomes, « Historical Perspective on Women and Mental Illness », dans Rima D. Apple, éd. *Women, Health, and Medicine in America : A Historical Handbook*, New York, Rutgers University Press, 1992, p. 151.

⁴⁴ Nancy Tomes, *A Generous Confidence: Thomas Story Kirkbride and the Art of Asylum-Keeping, 1840-1883*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, p. 324-326 et Constance McGovern, « The Myths of Social Control and Custodial Oppression », *Journal of Social History*, Vol. 20, 1986, pp. 8-10.

⁴⁵ Wendy Mitchinson, « Historical Attitudes Toward Women and Childbirth », *Atlantis*, Vol.4, No.2, 1979, pp. 13-34 ; « The Medical View of Women : The Case of the Late Nineteenth Century Canada », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine (CBHM/BCHM)*, Vol.3, 1986, pp. 207-224; Andrée Lévesque, « Mères ou malades : Les Québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins », *Revue d'histoire de l'Amérique française (RHAF)*, Vol.38, No.1, 1984, pp. 23-37.

⁴⁶ Mitchinson, Wendy. « Gender and Insanity as Characteristics of the Insane: A Nineteenth-Century Case ». *CBHM/BCHM*, Vol.4, No.2, 1987, pp. 99-117; « Hysteria and Insanity in Women : A Nineteenth-Century Canadian Perspective », *Journal of Canadian Studies*, Vol.1, No.3, 1986, pp. 81-105; « Gynecological Operations on Insane Women : London, Ontario, 1895-1901 », *Journal of Social History*, Vol.15, No.3, Spring 1982, pp. 467-484; Marie-Claude Thifault, *L'enfermement asilaire des femmes au Québec : 1873-1921*, thèse de doctorat en histoire, Université d'Ottawa, 2003; *Folie et déviance des femmes au Québec : 1901-1913*, mémoire de maîtrise, UQAM, 1994; Mary Glennon Okin, « Madwomen » in *Quebec : An Analysis of the Recurring Themes in the Reasons for Women's Comittal to Beauport, 1894-1940*, thèse de doctorat en histoire, University of Maine, 2008.

ultérieurs la mainmise des aliénistes sur le corps des femmes et avance que la médecine est culturellement déterminée par son époque paternaliste, tout comme les médecins. D'aucuns ne sous-estiment l'influence des valeurs paternalistes et des structures de classes sur l'internement des femmes. Si la complexité des raisons justifiant l'internement des femmes, et des hommes, permet de relativiser la perspective de contrôle social en donnant plus de voix aux acteurs sociaux, il faut aussi admettre que les psychiatres, loin de mettre à mal les rôles genrés de l'époque, les renforcent par leurs diagnostics et leurs écrits.

Marie-Claude Thifault et Mary Glennon Okin ont étudié les causes d'internement des femmes respectivement à l'asile Saint-Jean-de-Dieu de Montréal et à l'asile Saint-Michel-Archange à Québec. Thifault adopte une perspective critique du contrôle social en démontrant une quasi proportionnalité des internements de femmes et d'hommes au tournant du XXe siècle, alors que Okin remarque une surreprésentation féminine⁴⁷. Cette dernière, à partir d'une historiographie québécoise pré-révisionniste, démontre la pérennité des stéréotypes de la Canadienne française, mère et catholique. Pour Okin, la transgression sociale des femmes dans la grande région de Québec est liée à deux thèmes récurrents, la maternité et la religion. Thifault n'emprunte pas cette vision de l'internement des femmes à Montréal. À l'instar de McGovern et Tomes qui critiquent les explications de contrôle social des femmes comme des victimes passives, Thifault démontre que les femmes et leurs familles ont utilisé l'asile de diverses manières, comme un lieu de repos ou de mise à l'écart de la dangerosité d'un proche. Cette position redonne un pouvoir aux acteurs et ouvre sur la possibilité d'un site de négociations plus complexe que les écrits révisionnistes des années 1970.

Le concept de genre comme analyse de rapports sociaux entre les sexes ouvre également la voie à l'histoire des hommes en tant que construction genrée du sexe mâle.

⁴⁷ Les données statistiques de Saint-Jean-de-Dieu montrent que les femmes et les hommes ont été internés quasi proportionnellement jusqu'en 1960. À partir de cette date, nous notons une surreprésentation des femmes. L'une des hypothèses pour expliquer ce changement est le lien entre l'intégration des diagnostics « névrotiques » dans les années 1950, diagnostics plus associés aux femmes et l'existence du Sanatorium Albert-Prévost à Cartierville, spécialisé dans le traitement des névroses. Une étude reste à faire sur cette question.

Mark Micale s'intéresse aux représentations normatives du genre masculin en psychiatrie en prenant le diagnostic d'hystérie comme angle d'approche⁴⁸. Showalter, aussi sur le sujet de l'hystérie, intègre les hommes dans son étude de 1997⁴⁹. Dans la foulée des études sur la masculinité, Gary Kinsman, Steven Maynard, Angus McLaren et Christopher Dummitt, notamment, se penchent sur la déviance masculine pour en comprendre la norme⁵⁰. Alors que McLaren étudie les discours médicaux sur les hommes « faibles » et pervers entre 1870 et 1930, Dummitt se penche sur la « médicalisation » de la masculinité par les professions « psy » durant l'après-guerre⁵¹. Ces recherches sur le genre masculin ont été entreprise dans la foulée des études de genre. Parallèlement aux études féministes qui ont cherché à déconstruire le sujet femme, ces auteurs ont problématisé le sujet homme en tant que construction historique.

Enfin, certains historiens militaires comme Desmond Morton, Terry Copp et Bill McAndrew abordent les questions des soldats et de la psychiatrie⁵². Ils n'adoptent pas une perspective critique de l'histoire de la psychiatrie et de la masculinité, mais se penchent plus sur les réponses gouvernementales aux effets de la guerre sur les soldats canadiens. Alors

⁴⁸ Notons encore une fois que le sujet de l'hystérie est très vaste et donne lieu à une appellation spécifique, les « hystorians ». Nous ne ferons pas une revue des écrits sur ce sujet. Mark Micale en a fait un bilan historiographique complet dans *Approaching Hysteria, Disease and Its Interpretations*, Princeton, Princeton University Press, 1995; et « Hysteria and Its Historiography : The Future Perspective », *History of Psychiatry*, Vol.I, 1990, pp. 33-124.

⁴⁹ Elaine Showalter, *Hystories. Hysterical Epidemics, op. cit.*, voir chap. 5 « Hysterical Men », pp. 62-77

⁵⁰ Gary Kinsman, *Regulation of Desire : Homo and Hetero Sexualitie*, Montréal, Black Rose Books, 1996; Steven Maynard, « The Social Construction of Masculinity », *Labour/Le travail*, Vol. 23, 1989, pp. 159-169; Angus McLaren, *The Trials of Masculinities. Policing Sexual Boundaries, 1870-1930*, Chicago, University of Chicago Press, 1997; Christopher Dummitt, *The Manly Modern, Masculinity in Postwar Canada*, Vancouver, University of British Columbia Press, 2007.

⁵¹ Angus McLaren, *The Trials of Masculinities, op.cit.*, voir particulièrement la partie trois intitulée « Medical Discourses : Weak men and Perverts » ; Christopher Dummitt, *The Manly Modern, op.cit.*, chapitre 5 : « Before the Courts and on the Couch ».

⁵² Desmond Morton, avec Glenn Wright, *Winning the Second Battle : Canadian Veterans and the Return to Civilian Life, 1915-1930*, Toronto, Toronto University Press, 1987; Terry Copp et Bill McAndrew, *Battle Exhaustion, Soldiers and Psychiatrists in the Canadian Army, 1939-1945*, Montréal et Kingston, McGill-Quenn's University Press, 1990.

que Morton étudie la réhabilitation des soldats après la guerre, Copp et McAndrew s'intéressent à la psychiatrie militaire canadienne durant la Seconde Guerre mondiale. Bien qu'elles n'adoptent pas une perspective de genre, ces études ont pour objet les hommes dans un univers masculin : les militaires canadiens entre 1915 et 1945. Morton a abordé les relations entre le gouvernement fédéral et les vétérans de la Grande Guerre. Son étude met en lumière la difficile reconnaissance des troubles de l'esprit comme étant une conséquence directe de la guerre⁵³. Grâce au travail des neuro-psychiatres de l'armée canadienne et de l'influence de celle des États-Unis, ces troubles mentaux sont reconnus lors de la Seconde Guerre mondiale, comme Copp et McAndrew le démontrent dans leur recherche sur la psychiatrie militaire⁵⁴.

Bref, la « Nouvelle histoire sociale » a donné lieu à de multiples recherches sur le sujet de la folie, de la déviance et de la psychiatrie. Dans une perspective matérialiste ou féministe radicale, les historiens et historiennes révisionnistes critiquent la discipline psychiatrique et l'enfermement arbitraire d'individus dans les institutions pour malades mentaux. À ces études sur l'oppression des classes populaires et du « sexe femme », des historiens remettent en question les thèses révisionnistes en affirmant que la création de l'asile et de la profession d'aliéniste au début du XIXe siècle, loin de réprimer les individus, a permis de prendre soin de manière plus humaine des personnes jugées aliénées.

Ces débats opposent les tenants de l'amélioration de la qualité de vie des psychiatisés, grâce à l'asile et à la médication, aux tenants de la médecine psychiatrique comme appareil normatif jusque dans les moindres lieux de la vie quotidienne. Ces débats virulents et polémiques ne sont pas sans interpeller ceux qui s'intéressent à l'histoire de la psychiatrie aujourd'hui. Pourtant, plusieurs historiens jugent ces débats avec lucidité, les qualifiant de stériles. À propos des deux écoles de pensée que sont l'histoire de la psychiatrie en tant que science et l'histoire du contrôle social et de la répression, André Cellard avance que « les

⁵³ Desmond Morton, avec Glenn Wright, *Winning the Second Battle*, *op. cit.*, voir le chapitre 7 : « Re-establishment and settlement ».

⁵⁴ Terry Copp et Bill McAndrew, *Battle Exhaustion*, *op.cit.*, voir le chapitre 1 : « The Development of Army Neuropsychiatry ».

composantes historiques génératrices de ces idéologies divergentes ne sont pas nécessairement contradictoires. Elles cohabitent dans un même monde et elles connaissent des évolutions conjointes »⁵⁵. David Wright et James Moran abondent dans le même sens et parlent d'un présent consensus. Pour Wright, le concept d'*agency* et l'étude de l'utilisation de l'asile par les familles permettent de faire un pont entre les tenants du contrôle social et ceux de la vision méliorative de l'asile⁵⁶. Pour Moran, les recherches en histoire de la psychiatrie depuis la fin des années 1980 ont dépassé la dichotomie des deux écoles et permettent des analyses plus nuancées et convaincantes⁵⁷.

Le développement des infrastructures asilaires a certes permis aux individus mis à l'écart de la société de vivre dans des lieux plus agréables que les anciennes prisons de l'époque moderne. Toutefois, à partir des théories d'oppression sociale, les historiens matérialistes et les historiennes féministes remettent en cause le fait que les individus ayant le moins de pouvoir social sont les plus susceptibles d'être internés. À ce courant historiographique important dans les années 1970-1980, le concept de genre, à partir de 1985, permet de réarticuler les études sur les femmes psychiatisées. Si les femmes répondent aux valeurs sociales et morales de leur époque, les hommes aussi. Les études de genre permettent alors de comprendre la mise à l'écart des individus sexués non pas à partir de leur nature mais plutôt à partir de la représentation sociale normée de leur sexe. Dès lors, les recherches en histoire de la psychiatrie vont redonner une voix aux acteurs sociaux, particulièrement aux psychiatisés. Dans une perspective dynamique du pouvoir, les historiens mettront en lumière les définitions données sur la folie, définitions qui diffèrent selon les époques et les lieux au gré du contexte socio-économique.

⁵⁵ André Cellard, *Histoire de la folie, op. cit.*, p. 215.

⁵⁶ David Wright, « Folie à deux, Social Control, Meliorism, and « Agency » in Asylum Historiography », dans J.-M. Fecteau et J. Harvey, éd. *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour une problématique historique de l'interaction*, Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2005, p. 141.

⁵⁷ James Moran, « Power Failure? Power and the New Social History of Madness » dans J.-M. Fecteau et J. Harvey, éd. *La régulation sociale, op. cit.*, p. 165.

1.4. L'histoire de la psychiatrie depuis 20 ans : complexité, hybridité et synthèse.

Comme nous l'avons vu, après des études factuelles écrites par les protagonistes de l'époque, l'historiographie de la psychiatrie est marquée au tournant des années 1960 par les écrits de deux intellectuels, Foucault et Goffman. Les études historiques prendront désormais divers chemins, la plupart dans une perspective critique de l'évolution téléologique de la discipline de la médecine mentale. Aux écrits matérialistes et féministes radicaux, contrebalancés par les « néo-whigs », suivent ceux, plus nuancés, des historiens qui adoptent les concepts théoriques de l'*agency*, du genre et du pouvoir foucauldien. C'est aujourd'hui à la croisée des chemins que se trouve le champ de l'histoire de la psychiatrie, également appelée l'histoire des soins de santé mentale. Alors qu'à la fin des années 1980, certains parlaient de l'émiettement de l'histoire, pour reprendre l'expression de François Dosse, les travaux en histoire de la folie ne sont pas une exception dans cette conjoncture⁵⁸. La volonté de synthétiser et de comparer les multiples études écrites depuis 1960 donnent lieu à la publication de plusieurs collectifs qui rendent compte des recherches diverses. Les recherches sur la folie se partagent désormais un espace qui appelle à comprendre la perception du fou, son traitement, son contrôle, son pouvoir et son quotidien.

1.4.1. La perspective *from the bottom up*, l'acteur au centre des analyses.

Depuis les années 1980, un courant historiographique prend une importance marquée en histoire de la psychiatrie, celui qui place, au cœur des analyses, les divers acteurs concernés, particulièrement les patients. Comme Moran et Wright le mentionnent dans leur essai historiographique, cette approche est critique à la fois de l'histoire « whig » et du courant révisionniste⁵⁹. Si certains historiens se sont intéressés aux directeurs d'asile et aux

⁵⁸ François Dosse, *L'histoire en miettes*, Paris, La Découverte, 1987.

⁵⁹ James Moran et David Wright, éd. *Mental Health and Canadian Society : Historical perspectives*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2006, p. 8.

psychiatres, comme Edward Shortt, Nancy Tomes et Cheryl Krasnick Warsh, d'autres en appellent à une approche qui interroge les relations entre le pouvoir individuel, les structures sociales et les transformations sociales⁶⁰. Non seulement ces historiens se concentrent-ils sur l'institution asilaire, mais forts des données provenant des archives médicales, ils contestent les thèses marxistes et féministes voulant qu'il y ait eu une surreprésentation de la population de pauvres et de femmes dans les institutions psychiatriques.

La vie des patients a été étudiée en tenant compte du pouvoir individuel de l'interné et du concept d'*agency*. Marie-Claude Thifault fait le pont entre les discours officiels et les écrits des patientes dans sa thèse sur la vie asilaire des femmes dans une institution québécoise au tournant du XXe siècle⁶¹. Tout en considérant que les femmes sont des patientes de deuxième zone, elle démontre qu'elles ne sont pas surreprésentées au sein de l'asile. Avec André Cellard, elle poursuit cette voie à partir de la correspondance des patients⁶². Geoffrey Reaume, quant à lui, étudie la vie des patients au *Toronto Hospital for Insane* durant la même période⁶³. C'est à partir du point de vue des patients que Reaume analyse l'expérience asilaire et redonne une voix, trop longtemps occultée, aux nombreux patients ayant vécu une période plus ou moins longue de leur vie à l'intérieur des murs.

L'histoire de la désinstitutionnalisation ou des relations entre les malades mentaux et la communauté connaît un essor depuis quelques années. Nancy Theriot, aux États-Unis et

⁶⁰ Edward Shortt, *Victorian Lunacy : Richard M. Burke and the Practice of Late Nineteenth-Century Psychiatry*, Cambridge (NY), Cambridge University Press, 1986; Nancy Tomes, *A Generous Confidence*, *op. cit.*; Cheryl Krasnick Warsch, *Moments of Unreason, The Practice of Canadian Psychiatry and the Homewood Retreat, 1883-1923*, Kingston, McGill-Queen's University Press, 1989.

⁶¹ Marie-Claude Thifault, *L'enfermement asilaire des femmes*, *op. cit.*

⁶² André Cellard et Marie-Claude Thifault, *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Boréal, 2007 ; « The Uses of Asylums : Resistance, Asylum Propaganda, and Institutionalization Strategies in Turn-of-the-Century Quebec » dans James Moran et David Wright, *op. cit.*, pp. 97-116.

⁶³ Geoffrey Reaume, *Remembrance of Patients Past, Patient Life at the Toronto Hospital for Insane, 1870-1940*, Don Mills, Oxford University Press, 2000.

Henri Dorvil, James Moran, Thierry Nootens au Canada en sont les principaux responsables⁶⁴. Pour Moran, par exemple,

Clearly, just as not every person confined in an asylum was « insane », historians also now appreciate the many thousands of individuals who, although they were recognized as insane by family members and local community members, were never institutionalized in the formal sense of the word⁶⁵.

Moran et Nootens, en étudiant les interactions sociales à l'extérieur de l'asile, remarquent, à juste titre, que la médicalisation de la folie ne s'est pas seulement faite par mesure de contrôle social. Des individus mettent en danger leurs proches ou suscitent la honte. Ils montrent que les familles jouent un rôle important dans la gestion des personnes jugées aliénées. La mise à l'écart d'un membre de la famille dérangeant n'est pas, en effet, systématique. Les demandes d'internement sont liées au type de comportement jugé répréhensible et à la situation économique des familles. Cette vision trouve aussi écho chez Cellard et Thifault dans leur dernier ouvrage⁶⁶. Le sociologue Henri Dorvil, lui, étudie la période de désinstitutionnalisation entre 1962, année de la publication du Rapport Bédard qui annonce la réforme psychiatrique, et 1987. En prenant l'exemple d'une institution en particulier, le Centre hospitalier des Laurentides à l'Annonciation, Dorvil étudie les interactions et la perception de la « folie » entre la population de ce village et les psychiatisés. Il montre qu'il y a eu une augmentation de la compréhension et de la tolérance

⁶⁴ Nancy M. Theriot, « Negotiating Illness: Doctors, Patients, and Families in the Nineteenth Century », *Journal of The History of the Behavioral Sciences*, Vol. 37, Automne 2001, pp. 349-368; « Women's Voices in Nineteenth-Century Medical Discourse: A Step Toward Deconstructing Science », *Signs*, Vol. 19, No.1, Automne 1993, pp. 1-31; Henri Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté de l'Annonciation à Montréal, 1962-1987*, Montréal, Éditions Émile-Nelligan, 1988; James Moran, *Committed to the State Asylum, Insanity and Society in Nineteenth-Century Quebec and Ontario*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2000; Thierry Nootens, *Fous, prodiges et ivrognes : famille et déviance à Montréal au XIXe siècle*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2007; Thierry Nootens, « Famille, communauté et folie au tournant du siècle », *RHAF*, Vol. 53, No.1, 1999, pp. 93-119. Pour une étude sur les politiques actuelles en santé mentale, voir Henri Dorvil, « Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation », *Cahiers de recherche sociologique*, Nos. 41-42, 2005, pp. 209-235.

⁶⁵ James Moran et David Wright, *Mental Health and Canadian Society*, *op. cit.*, p. 9.

⁶⁶ André Cellard et Marie-Claude Thifault, *Une toupie sur la tête*, *op. cit.*

à l'égard des psychiatisés, même si certaines frictions existent toujours à la fin des années 1980.

Ces recherches remettent en question la vision du pouvoir médical et religieux répressif et coercitif en tournant leur regard sur les nombreux facteurs sociaux et familiaux qui font qu'on interne ou non un individu présumé « fou ». Dans le cas des malades mentaux, la famille joue un rôle majeur dans les demandes d'internement. Aussi, ces recherches montrent que des personnes, stigmatisées socialement, ont demandé d'elles-mêmes leur internement. Elles soulignent la complexité des interactions sociales et des enjeux de pouvoir entre les experts, la famille, le « fou » et la communauté.

1.4.2. Le constructivisme modéré et le post-structuralisme : l'influence de la perspective foucauldienne.

Les études en histoire des sciences et de la médecine, en analysant les savoirs sur la folie et les systèmes de classification, ouvrent plusieurs portes sur la compréhension de notre sujet. À la manière de Thomas Kuhn⁶⁷, les théories médicales d'explication de la folie constituent une succession de paradigmes dans le temps, tant ceux du traitement moral, de la dégénérescence héréditaire, de la psychanalyse, de la psychologie *behaviorale* et cognitive, que ceux de la neuro-psychiatrie et de l'inscription génétique des troubles mentaux⁶⁸. Les spécialistes de la folie, en établissant des classifications, ont à la fois permis d'en donner une meilleure définition et d'en repousser les limites, en créant toujours de plus en plus de catégories qui tendent à recouvrir la plupart des comportements humains. La question est ici de savoir si la pathologisation de la majorité de la population est une forme d'intrusion dans le quotidien ou une porte ouverte à relativiser les comportements hors norme.

⁶⁷ Thomas Kuhn, *The Structure of Scientific Revolution*, Chicago, University of Chicago Press, 1970.

⁶⁸ La liste n'est pas exhaustive.

André Cellard et Ian Hacking s'intéressent, quant à eux, au développement des théories et explications de l'aliénation mentale et des maladies mentales⁶⁹. La folie n'est pas basée sur la compréhension précise de la maladie mentale, de son étiologie et de son traitement, mais sur une conjoncture complexe : professionnelle, culturelle, géographique, politique et, surtout, socioéconomique. Cellard s'intéresse aux perceptions changeantes de la folie de la Nouvelle-France à la création du premier asile canadien en 1845. Il met en lumière les multiples réactions sociales à la déviance mentale sur plus de deux siècles et les réponses données à la gestion de ces individus par la famille, le clergé et l'État. Selon Moran et Wright, la thèse d'André Cellard s'insère dans une perspective critique sur l'évolution des perceptions, des symptômes et des réponses à l'égard de la folie⁷⁰. Cellard explique que les différentes perceptions des comportements jugés insanes sont tributaires du contexte socio-économique qui justifie certaines réponses selon certaines valeurs politiques et morales⁷¹.

Hacking, lui, prend pour objets deux diagnostics à des époques différentes, la fugue dissociative en 1880 et la personnalité multiple en 1980, pour démontrer que ces deux diagnostics sont circonscrits dans le temps et l'espace, ce qu'il nomme des « niches écologiques ». En s'intéressant aux interactions entre la classification des gens et les gens classifiés, il développe ce qu'il appelle le *looping effect*, une dynamique au sein de laquelle les gens ainsi classifiés, et qui sont modifiés en étant classifiés, changent les systèmes de classification à leur tour⁷². Appliquer cette théorie à l'espace et au temps donne à penser la folie et la déviance comme des entités perméables et mouvantes, répondant à un « autre » comme le miroir de nos angoisses.

⁶⁹ André Cellard, *Histoire de la folie au Québec*, *op. cit.*; A. Cellard avec D. Nadon « Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec », *RHAF*, Vol.39, No.3, 1986, p. 345-367; Ian Hacking, *L'Ame réécrite*, Paris, les Empêcheurs de penser en rond, 1998 ; Ian Hacking, *Les Fous voyageurs*, *op. cit.*

⁷⁰ James Moran et David Wright, « Introduction » dans *Mental Health and Canadian Society, Historical Perspectives*, Montreal & Kingston, McGill-Queen's University Press, 2006, p. 7.

⁷¹ André Cellard, *Histoire de la folie et société au Québec de 1600 à 1850*, Montréal, Boréal, 1991.

⁷² Ian Hacking, « Between Foucault and Goffman », *op. cit.*, p. 279.

Plusieurs historiens se sont penchés sur la construction des savoirs sur la folie par les aliénistes et les psychiatres. Ian Dowbiggin et Guy Grenier étudient le concept français dix-neuviémiste de dégénérescence héréditaire et son influence au Canada⁷³. Alliant psychiatrie et droit, Guy Grenier s'est par la suite intéressé à la folie criminelle au Québec, alors que Allison Kirk-Montgomery, Robert Menzies et Dorothy Chunn ont exploré ce sujet au Canada anglais⁷⁴. Pour eux, l'asile est une réponse à la déviance sociale. Le développement de la médecine légale et de la place des psychiatres dans le judiciaire et la définition de catégories « médicales légales » intermédiaires entre l'acte criminel et l'aliénation mentale, offrent un champ de recherche riche pour mettre à jour l'arbitraire des jugements sur la folie criminelle.

Aux États-Unis et au Canada anglais, les recherches historiques adoptent dans les années 1990 une perspective foucauldienne et déconstruisent les discours sur les déviants et les marginaux. L'arrivée du post-structuralisme/post-modernisme en histoire se fait de manière plus lente que dans d'autres disciplines comme la linguistique et la sociologie⁷⁵. La discipline historique a une longue tradition d'analyse empirique avec sa méthodologie liée aux sources primaires et à l'analyse du contexte social, politique et économique. Déconstruire le discours et la pensée rationnelle apparaît pour plusieurs comme un anachronisme. En effet, si le cadre théorique emprunte une voie post-moderne, l'analyse des

⁷³ Ian Dowbiggin, *La folie héréditaire ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIXe siècle*, Paris, E.P.E.L., 1993; *Keeping America Sane. Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada, 1880-1940*, Ithaca, Cornell University Press, 1997; Guy Grenier, *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentale au Québec entre 1885 et 1930*, Maîtrise en Histoire, Université de Montréal, 1990; *Les monstres, les fous et les autres, la folie criminelle au Québec*, Montréal, Éditions Trait d'union, 1999.

⁷⁴ Allison Kirk-Montgomery, « 'Loaded Revolvers' : Ontario's First Forensic Psychiatrists » dans James Moran et David Wright, *Mental Health and Canadian Society*, *op. cit.*, pp. 117-148; Robert Menzies, « Historical Profiles of Criminal Insanity », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 25, 2002, pp. 379-404 ; « Contesting Criminal Lunacy: Narratives of Law and Madness in West Coast Canada, 1874-1950 », *History of Psychiatry*, Vol. 7, 2001, pp. 123-156 ; (avec Dorothy E. Chunn), « The Making of the Black Widows: The Criminal and Psychiatric Control of Women » dans Gillian Balfour and Elizabeth Comack, éd. *Criminalizing Women: Gender and (In)justice in Neo-Liberal Times*, Halifax, Fernwood Publishing, 2006.

⁷⁵ Willie Thompson, *Post-Modernism and History*, New York, Palgrave MacMillan, 2004.

sources proprement dite ne respecte que rarement les principes à la base du postmodernisme. Notons l'ouvrage collectif *Pathology and the Postmodern* sous la direction de Dwight Fee, dans lequel sociologues et psychologues critiquent la psychiatrie actuelle, un peu à la manière des anti-psychiatres des années 1960⁷⁶.

Si l'analyse post-moderne engendre des résultats dont il est difficile de rendre compte, l'influence de cette perspective amène toutefois bon nombre de chercheurs à s'intéresser à une autre façon de voir la folie. Les perspectives post-colonialistes, « hétéronormatives », et *queer* ouvrent également à d'autres façons d'interroger le passé en histoire de la psychiatrie. Au cours des quinze dernières années, voulant éviter les cadres théoriques trop dogmatiques et idéologiques, ces types d'études donnent lieu à une ouverture et à une critique plus larges en s'intéressant aux multiples variables sociale, politique, disciplinaire, familiale, morale, individuelle, sexuelle, légale ou autre.

La perspective foucauldienne, adoptée principalement chez les anglophones, donne lieu à des analyses dans lesquelles les discours occupent une place centrale. Mentionnons que ce sont les dernières études de Foucault sur la sexualité qui orientent ces recherches et non pas ses premières sur la folie⁷⁷. Ces études, à l'instar de Foucault, dépassent la conception matérialiste du pouvoir « d'en haut » pour le définir comme un processus complexe et multidimensionnel entre les discours et les pratiques. C'est plutôt sur l'idée d'une autorégulation morale que l'influence foucauldienne se fait sentir. Alors que certains comportements sont marginalisés selon les normes et les valeurs d'une époque, d'autres sont valorisés. À travers l'analyse des discours savants sur la normalité et l'anormalité dans la vie quotidienne, il est possible de comprendre comment les spécialistes ont encouragé certains comportements⁷⁸.

⁷⁶ Dwight Fee, éd. *Pathology and the Postmodern*, London, Sage Publications, 2000.

⁷⁷ Principalement M. Foucault, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.

⁷⁸ Joan Sangster, *Regulating Girls and Women. Sexuality, Family, and the Law in Ontario, 1920-1960*, Don Mills (On), Oxford University Press, 2001, p. 8.

Dans une perspective foucauldienne, Elizabeth Lunbeck et Carol Groneman se sont intéressées à la psychiatrie, au genre et à la sexualité⁷⁹. Au Canada Joan Sangster et Elise Chenier ont également adopté cette approche⁸⁰. Lunbeck ne fait pas une histoire des institutions ou de l'asile, mais bien une histoire des savoirs disciplinaires dans une perspective foucauldienne. Elle démontre que les discours sur la folie sortent de l'asile pour baliser le champ social et, dans un souci de prévention de l'internement, recommander l'adoption de comportements quotidiens adéquats. Le concept de genre, en parlant de la construction des identités sociales sur la base du sexe, ouvre la voie à la déconstruction des discours sur le sexe et la sexualité. La psychiatrie, depuis Krafft-Ebing, médicalise la sexualité jugée déviante⁸¹. Toutefois, ces historiennes prennent acte de la matérialité de la vie quotidienne et ne se cloisonnent pas dans une stricte analyse des discours. Cette position enrichit la manière de voir le passé en tenant compte à la fois des discours construits et déconstruits et de la vie « réelle », souvent contraignante, des personnes jugées déviantes à diverses époques historiques.

Comme Tomes le rappelle, il y a un sujet sur lequel les standards culturels sont plus forts sur les femmes : la sexualité⁸². C'est ce que Lunbeck démontre en étudiant les

⁷⁹ Elizabeth Lunbeck, *The Psychiatric Persuasion, Knowledge, Gender, and Power in Modern America*, Princeton, Princeton University Press, 1994; « 'A New generation of Women' : Progressive Psychiatrists and the Hypersexual Female », *Feminist Studies*, Vol.13, No.3, Automne 1987, pp. 512-543; Carol Groneman, « Nymphomania : The Historical Construction of Female Sexuality », *Signs*, Vol. 19, No.2, 1994, pp. 337-367; *Nymphomania, A History*, New York, W.W. Norton & Company, 2000.

⁸⁰ Joan Sangster, *Regulating Girls and Women*, *op. cit.*; Elise Chenier, « The Criminal Sexual Psychopath in Canada : Sex, Psychiatry and the Law at Mid-Century », *CBMH/BCHM*, Vol. 20, No.1, 2003, pp. 75-101; *Strangers in Our Midst : Sexual Deviancy in Postwar Ontario*, Toronto, University of Toronto Press, 2008.

⁸¹ Le champ de l'histoire de la sexualité, souvent lié à la psychiatrie, est vaste. Notons l'étude de Harry Oosterhuis sur Krafft-Ebing et la co-édition de H. Oosterhuis avec R. Porter. Notons aussi que les premiers écrits sur la psychiatrie et la sexualité portent sur l'homosexualité. Notamment Jeffrey Weeks et Jennifer Terry aux États-Unis, Gary Kinsman, Steven Maynard, Line Chamberland et Patrice Corriveau au Canada. Voir la bibliographie.

⁸² Nancy Tomes, « Historical Perspectives on Women and Mental Health » dans Rima Apple, éd. *Women, Health, and Medicine in America : A Historical Handbook*, New York, Garland, 1990, p. 164.

diagnostics sur les femmes jugées hypersexuelles au début du XXe siècle à Boston. Souvent diagnostiquées comme sociopathes, les femmes des classes populaires sont ainsi psychiatisées sur la seule base de leurs comportements sexuels. Chez Groneman et Sangster, la nymphomanie et l'hypersexualité des « femmes modernes » du début du XXe siècle sont qualifiées de comportements psychopathes. Rappelons aussi les études sur les femmes criminelles au Canada montrent les liens entre la psychiatrie, la loi et la sexualité des femmes délinquantes et criminelles⁸³.

Chenier aborde avec brio la construction du diagnostic de psychopathe sexuel masculin durant l'après-guerre en Ontario. Diagnostic masculin, fortement lié à l'homosexualité, le psychopathe est l'ennemi intérieur à surveiller et à combattre. Dans un contexte où les spécialistes « psy » privilégient la prévention des maladies mentales par l'éducation, les délits sexuels ne sont plus du ressort exclusif du judiciaire et entrent dans le domaine de la médecine légale. Patrice Corriveau, sans adopter une perspective clairement post-structuraliste, regarde l'évolution des perceptions de l'homosexualité au Québec et en France sur une longue période⁸⁴. Alors que Chenier parle d'une catégorie récemment créée, le psychopathe sexuel, Corriveau montre comment les homosexuels, longtemps pénalisés puis médicalisés, se sont réappropriés leur identité et ont ainsi « normalisé » leur marginalisation antérieure.

L'influence du post-structuralisme et de la définition du pouvoir selon Foucault conduit à lire les sources de l'époque tant dans une perspective de haut en bas que de bas en haut. Si les spécialistes de la déviance mentale, selon leurs propres valeurs et connaissances, définissent le normal par l'anormal, ils le font en redéfinissant constamment les frontières mêmes de ce qui est jugé déviant. En cela, la richesse de cette approche est de conjuguer

⁸³ Tamara Myers, *Caught : Montreal's Modern Girls and the Law, 1869-1945*, Toronto, Toronto University Press, 2006; Wendy Chan, Dorothy E. Chunn and Robert Menzies, éd. *Women, Madness and the Law: A Feminist Reader*. London, Glasshouse, 2005.

⁸⁴ Patrice Corriveau, *La répression des homosexuels au Québec et en France, du bûcher à la mairie*, Sillery, Septentrion, 2006.

plusieurs façons de voir et d'analyser la déviance sociale et mentale à travers les définitions normatives changeantes.

1.5. La position actuelle de l'histoire des soins de santé mentale : acquis et nouveaux défis.

Comme nous venons de le voir, une pléthore d'historiens et d'historiennes se sont intéressés/es aux questions des comportements hors normes, criminalisés, psychiatrisés, stigmatisés. Les débats récents en histoire ont porté sur les recherches néo-matérialistes et dé/constructivistes⁸⁵. Si les premiers admettent désormais le rôle des acteurs dans la formation du pouvoir et les interrelations entre celui qui dit et celui qui écoute, ils maintiennent néanmoins que les conditions de vie matérielles sont centrales dans l'analyse du passé humain. Pour leur part, les dé/constructivistes, en s'intéressant autant à la formation et à l'utilisation du discours qu'à la vie quotidienne, insistent sur les discours qui permettent et redéfinissent les comportements tenus pour socialement acceptables ou, au contraire, déviants. Ces deux perspectives, en effet, ne sont pas irréconciliables. Sangster en fait la preuve dans son étude à la fois post-structuraliste, matérialiste et féministe sur les femmes en Ontario entre 1920 et 1960⁸⁶.

Déconstruire un sujet ne le rend pas irrémédiablement apolitique. Les critiques d'une telle position relativiste, notamment depuis Habermas, négligent la nature du travail de

⁸⁵ Voir notamment l'introduction de Joan Sangster, *Regulating Girls and Women*, *op. cit.* et l'introduction de James Moran et David Wright, *Mental Health and Canadian Society*, *op. cit.* Nous parlons de dé/constructivisme dans le sens où il y a le constructivisme, radical ou modéré, et la déconstruction, c'est-à-dire l'analyse de la construction des catégories/identités. Associée au post-modernisme et au post-structuralisme, la déconstruction étudie la formation des discours et cherche à saisir les volontés des acteurs en position de dire et d'influencer une façon de faire et d'être en analysant les intérêts derrière ces discours. Elle critique et tente de réintégrer les marges dans un tout. La question du constructivisme est polémique, voir à ce sujet Ian Hacking, *The Social Construction of What?*, Cambridge, Harvard University Press, 2000.

⁸⁶ Joan Sangster, *Regulating Girls and Women*, *op. cit.*, p. 16.

déconstruction et de construction de l'historien qui, à partir des sources, est en mesure de remonter aux racines de l'idée ou du fait et d'en percevoir les différentes forces qui dictent selon les valeurs morales, les interactions souhaitées ou non entre les divers acteurs. Comme on peut le voir, l'historiographie de la folie et de la psychiatrie comporte son lot de perspectives issues des courants les plus divers. Or, une tendance se dessine depuis les dernières années. L'histoire de la psychiatrie ne s'intéresse plus seulement aux psychiatres et aux patients, mais aussi à d'autres acteurs tels que les infirmières, les religieuses, les travailleurs sociaux, la famille et la société. Ainsi, plutôt que de parler d'histoire de la psychiatrie, il apparaît plus adéquat actuellement d'envisager une histoire des soins de santé mentale. Cette appellation englobe ceux ayant joué un rôle, plus ou moins grand, dans la définition, la gestion et l'encadrement de la folie.

Enfin, avec la multitude de monographies et d'études en histoire de la santé mentale, plusieurs ouvrages collectifs publiés récemment ont réussi à produire des synthèses qui sont particulièrement utiles pour les chercheurs dans le domaine. Ces ouvrages collectifs permettent en effet de faire le point sur les acquis historiques depuis soixante ans, et montrent que la discipline est à la croisée des chemins au niveau théorique. C'est du moins la conclusion à laquelle arrivent deux études comparatives publiées en Grande-Bretagne et en Hollande⁸⁷. Des chercheurs canadiens ont, eux aussi, confirmé cet état des lieux. L'ouvrage de Wright et Moran et le numéro spécial du *Bulletin d'histoire politique* intitulé « Folie et société au Québec, XIXe-XXe siècles » en sont des exemples⁸⁸. Ces collectifs rendent compte des diverses recherches canadiennes, tant anglophones que francophones, en histoire des soins de santé mentale depuis dix ans. Ils permettent également de saisir les enjeux liés à la « folie » selon les diverses perspectives adoptées depuis plus de cinquante ans.

⁸⁷ Roy Porter et David Wright, éd. *The Confinement of the Insane : International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2003; Marijke Gijswijt-Hofstra, Harry Oosterhuis et al. Éd. *Psychiatric Cultures Compared, op. cit.*

⁸⁸ James Moran et David Wright, *Mental Health, op. cit.*; *Bulletin d'histoire politique*, Vol. 10, No.3, Été 2002. Dossier thématique sous la responsabilité de André Cellard, Thierry Nootens et Lucie Quevillon.

1.6. Cadre d'analyse et problématique.

Au XIX^e siècle, avec le traitement moral de Pinel et la théorie de la dégénérescence héréditaire de Morel, l'aliéniste investit le champ somatique. Travaillant isolé dans son asile en marge de la médecine générale, l'aliéniste se transforme peu à peu au début du XX^e siècle en psychiatre, intégré au corps disciplinaire et à l'hôpital. Il porte alors son regard de plus en plus vers le normal et la transgression du normal tel qu'il le conçoit, et non plus uniquement sur l'anormal. Ces nouveaux aliénistes, désormais appelés psychiatres, vont créer une nouvelle science de la folie, la psychiatrie, grâce à des bases conceptuelles qui délimitent le champ du quotidien : l'éducation des enfants, la famille, la sexualité, le mariage, le féminin, le masculin, le travail, les habitudes et les façons de vivre, notamment. C'est à cette époque que se met en place une psychiatrie qui, en posant les balises de la discipline que l'on connaît aujourd'hui, est axée sur les problèmes quotidiens plus que sur la maladie mentale chronique. Dans une volonté de légitimer la psychiatrie au sein de la médecine générale et d'intégrer les savoirs émergents sur le social, la recherche en psychiatrie pathologise de plus en plus la vie quotidienne, exerce une forme de contrôle normatif sur l'individu, balise le champ d'expertise sur les comportements déviants et tente de guérir à l'aide de thérapies somatiques les « désordres mentaux », surtout à partir des années 1940.

En fait, depuis le XIX^e siècle, les recherches en psychiatrie ont tenté d'expliquer les causes de l'aliénation mentale, avec bien peu de succès. Les recherches de l'époque – et actuelles – sur les causes ont permis d'identifier quelques pathologies dans le champ neurologique comme l'épilepsie, la dégénérescence cérébrale et la syphilis. Les connaissances en virologie isolent l'infection de syphilis et remettent en cause l'internement des patients ayant un diagnostic de paralysie générale. Reste que la plupart des explications et théories sur les causes des phénomènes associés aux maladies mentales oscillent entre diverses hypothèses. Comment alors définir une « réelle maladie mentale »? Et comment justifier que certains comportements soient dus à une maladie alors que les raisons qui justifient l'internement sont la dangerosité, les comportements anti-sociaux et scandaleux?

La question de l'intelligibilité d'un comportement hors norme est sous-entendue, il faut nommer et illustrer à l'aide de symptômes un éventail de gestes défiant la rationalité. La psychiatrie est de la sémiologie, en ce qu'elle relève les signes associés à l'aliénation mentale et les présente par une classification diagnostique. Plusieurs acteurs discutent de troubles psychiatriques, non seulement les psychiatres, mais également les législateurs, les autorités civiles et policières, les membres du clergé, les professionnels de la santé, tout autant que la famille du patient et, bien sûr, le patient lui-même. Tous ces discours s'enchevêtrent, parfois en rupture, souvent en continuité. Ils répondent à un besoin précis : gérer les comportements jugés déviants, soulager les autres et aider le patient à prendre conscience de son inaptitude à intégrer la « norme ».

Étudier et relever les interactions entre les savoirs des experts, les paroles des acteurs et les comportements des gens jugés malades, voilà le point central de cette thèse. Nous avançons que le diagnostic médical est une étiquette « scientifique » appariée à une forme d'intolérance sociale à l'égard d'un comportement donné, comme par exemple l'hystérie, la psychopathie, la débilité. Citons ici Ian Hacking qui nous rappelle qu'« appeler quelque chose une maladie, et pas seulement une folie, suppose l'existence d'experts que l'on peut consulter, de professionnels capables de tenter, voire de réussir des cures »⁸⁹. La folie est-elle une maladie? La folie est-elle réelle? La folie existe-elle? Oui et non. Il n'y a pas de réponses claires et d'ailleurs répondre à ces questions n'est pas très utile. La « folie » réfère à un ensemble de valeurs, de points de vue qui fluctuent à travers le temps. La maladie est transhistorique en tant que genre « indifférent », mais dynamique dans la manière de la nommer à travers le temps et selon les lieux.

En posant un diagnostic médical, les spécialistes des maladies mentales médicalisent certains comportements. David Cohen ainsi que Peter Conrad et Joseph Schneider proposent une définition du concept de médicalisation⁹⁰. Pour Cohen, il s'agit de « processus par

⁸⁹ Ian Hacking, *Les fous voyageurs*, *op. cit.*, p. 121.

⁹⁰ David Cohen, « La médicalisation », dans *Problèmes sociaux. Tome 1, Théories et méthodologies*, sous la dir. de Henri Dorvil et Robert Mayer, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2001, pp. 217-231 ; Peter Conrad et Joseph W. Schneider, *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, St-Louis, Mosby Company, 1980.

lesquels des comportements ou des phénomènes posant problème pour les individus ou la société sont définis ou redéfinis en terme médicaux, se voient attribuer des causes médicales, ou sont pris en charge selon des procédures ou des moyens médicaux »⁹¹. Conrad et Schneider, eux, applique un modèle théorique pour expliquer et décrire la conceptualisation d'un comportement indésirable en problème médical. Face aux explications rationnelles et déterministes du XIXe siècle, la médecine disserte sur les causes biophysologiques des comportements hors normes. Plutôt que de punir, il s'agit de traiter. Il faut ajouter que les progrès et les découvertes en médecine ne sont pas étrangers à son influence toujours grandissante⁹².

Le modèle théorique proposé n'est pas, aux dires des deux auteurs, totalisant. D'abord, le comportement médicalisé était considéré dans la majorité des cas comme étant déviant avant même qu'une explication médicale ne soit proposée. Ensuite, des chercheurs exposent le problème en terme étiologique ou thérapeutique dans un lieu académique de diffusion des connaissances. Les acteurs médicaux ou non étudient la question du problème mis à jour par un groupe de recherche ou une clinique spécialisée et exercent ensuite des pressions (*lobby*) pour faire reconnaître aux yeux de tous le problème comme étant de nature médicale. Par une prise en compte juridique et étatique, le pouvoir de définir et de traiter le problème par les médecins est légitimé. Enfin, toujours selon ces deux auteurs, l'institutionnalisation, par une codification et une bureaucratisation du phénomène, permet sa semi-permanence et son inscription médicale⁹³.

David Cohen se demande « comment le savoir médical continue à tracer les frontières de la « normalité » et à définir celle-ci selon une approche scientifique qui repose sur le matérialisme et le déterminisme »⁹⁴. Devant, le recul de la pensée religieuse, la médecine

⁹¹ David Cohen, *op. cit.*, p. 219.

⁹² Peter Conrad et Joseph W. Schneider, *op. cit.*, pp. 261-263.

⁹³ *Ibid.*, pp. 265-271.

⁹⁴ David Cohen, *op. cit.*, p. 231.

propose des solutions individuelles et technologiques et traduit ce qu'on appelle une tendance humaniste en déresponsabilisant les individus déviants de leurs problèmes. Pourtant, bien que la médecine se dise objective, elle n'en est pas moins moralisante que d'autres groupes d'intérêts. En justification la médicalisation de la déviance pour en diminuer la stigmatisation sociale, la médicalisation change la définition et la prise en charge, mais laisse intacte son évaluation morale. Le contexte joue sur le phénomène et la façon de le médicaliser. Si les auteurs comme Cohen, Conrad et Schneider traitent de médicalisation de problèmes actuels par une prise en charge pharmacologique et disciplinaire, Ian Hacking propose un modèle à partir d'une étude de cas de la fin du XIXe siècle. Il qualifie de « maladie mentale transitoire » les états dits pathologiques qui ont une durée de vie limitée dans le temps et répondent au contexte plus qu'aux données empiriques. Niche écologique.

La folie est-elle « réelle » ou « construite »? On peut dire que la folie est construite dans le sens où certains types de folie sont le résultat d'un processus de médicalisation de comportements jugés déviants. Certains types de folie sont aussi profondément liés à la culture et à la situation géotemporelle. Enfin, certains types de folie sont « réels » mais les idées que nous en avons sont construites. On peut également dire que la folie est réelle dans le sens où elle est observable et identifiable. En cela, la réalité même fluctue à travers le temps. Bref, la folie est à la fois construite et réelle, mais surtout dynamique. Comme nous le rappelle, encore une fois, Hacking, lorsqu'on parle de folie, on parle d'être humains qui pensent, agissent, interagissent et réagissent. D'êtres humains qui sont socialement construits dans le sens où ils sont affectés par les manières de se concevoir, de se percevoir et de se décrire, et aussi d'être conçus, perçus et décrits par d'autres⁹⁵. Si nous parlons d'un syphilitique, nous parlons d'un genre « réel », mais l'idée que nous en avons est construite. Si nous parlons d'un débile mental, nous parlons d'un genre « construit » dans le sens où l'évaluation de l'intelligence d'autrui et de la frontière entre la transgression consciente ou inconsciente des normes sociales est arbitraire. En cela, les gens se conforment, restent à l'écart ou transgressent les normes, normes qui sont situées dans un contexte spécifique.

⁹⁵ Ian Hacking, *La construction sociale de quoi?*, *op. cit.*, pp. 145-146.

Ian Hacking a développé un cadre d'analyse sur le façonnement des gens particulièrement intéressant pour notre thèse⁹⁶. En prenant un sujet en particulier en sciences sociales ou bio-médicales, Hacking s'interroge sur le processus dynamique qui amène les gens à être « typés » ou façonnés selon la période et le lieu. Son cadre d'analyse repose sur cinq catégories : (1) la classification des gens, (2) les gens et les comportements qui sont classifiés, (3) les experts concernant les gens et leurs classifications, (4) les institutions dans lesquels les experts trouvent leur autorité et (5) la connaissance experte ou populaire sur les gens⁹⁷. Pour lui,

L'idée de façonner les gens implique que beaucoup d'attributs importants, quasi-essentiels, ou définitifs du caractère d'un individu, sont le produit de possibilités qui résultent d'un processus historique. Ces attributs ne font donc pas partie des attributs innés. [...] La difficulté est de déterminer lesquels sont vraiment le résultat d'un choix et lesquels deviennent presque inévitables une fois qu'une « espèce » de gens est façonnée dans le monde culturel que nous habitons⁹⁸.

La question du libre-arbitre, d'ailleurs posé par les auteurs d'un manuel de psychiatrie en 1922, fait référence à Spinoza.

Ce cadre d'analyse transposé à notre objet d'études nous amène à noter qu'il a d'abord fallu que les proches des patients internés nomment les comportements qu'ils jugeaient anormaux, atypiques et surtout dérangeants. Ces comportements n'étant pas criminels, les alternatives de mise à l'écart n'étaient pas nombreuses. L'asile est le lieu où les déviants de divers types se retrouvent. Mais les experts de ce milieu, les médecins, se doivent de justifier médicalement la population de patients. Devant une absence d'étiologie sur l'aliénation, les psychiatres nomment certains types de comportements avec un vocabulaire propre. Ils classifient, comptent et établissent des corrélations entre diverses variables physiques et comportementales, cliniquement observables. Ces corrélations constituent un point tournant

⁹⁶ Ian Hacking, *Philosophie et histoire des concepts scientifiques, Cours donnés au Collège de France*, 2000 à 2006. Particulièrement celui intitulé « Façonner les gens ». en ligne http://www.college-de-france.fr/default/EN/all/historique/ian_hacking.htm

⁹⁷ *Ibid.*, p. 386.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 387.

important dans la médicalisation des comportements inadéquats. Cela produit une norme, dans le sens donné au normal et au pathologique par Canguilhem.

Cette production de normes ouvre à des formes nouvelles de l'anormal, à des mutations qui s'écartent de la norme. Il faut ensuite expliquer l'anormal, tenter d'en trouver les origines biologiques et génétiques, plus intelligibles que les explications métaphysiques, par l'impératif rationnel. Ces étapes amènent les experts à s'entendre entre eux sur les noms donnés aux « maladies » et à adapter leur classification désormais unifiée au besoin bureaucratique. Cette uniformisation permet au gouvernement d'avoir des données nationales. Enfin, dernière étape, mais non la moindre, les gens classifiés s'auto-approprient leurs identités, ils nomment leur anormalité et défient les frontières normatives. Cette appropriation des diagnostics par les patients eux-mêmes, parfois identifiable durant la période étudiée, est de façon générale plus contemporaine⁹⁹. Cette relation dynamique entre celui qui nomme et celui qui est nommé mène à une redéfinition constante des termes médicaux utilisés pour définir un type « psychiatrique ».

En cela, la conception dynamique des termes qui définissent les gens et les actions qui font que les gens sont définis est particulièrement intéressante pour étudier l'évolution des savoirs psychiatriques. Nous verrons dans les chapitres quatre et cinq que les psychiatres et autres experts de la psyché définissent et redéfinissent constamment ce qu'est une maladie mentale. L'utilité de cette approche théorique est de faire le pont entre les tenants de la folie construite et ceux de la folie réelle. Nous croyons que cette question de la folie construite ou réelle est un faux débat et mine notre compréhension de ce qui est décrit comme étant de la déviance mentale. C'est avec cette position que nous entendons rattacher le pragmatisme au constructivisme.

⁹⁹ L'un des premiers groupes « politiques » à avoir contesté et revendiqué sa classification est celui des homosexuels au début des années 1970. Depuis, plusieurs psychiatrisés revendiquent leur diagnostic psychiatrique qui à la fois justifie leur façon d'être et d'avoir certains comportements et à la fois bouscule la définition même de ce qu'est une « maladie » mentale au sens pathologique.

1.6.1 Le *constructivisme pragmatiste*, entre les discours et l'expérience.

À la fin du XIXe siècle, Charles Sanders Pierce et plus tard William James et John Dewey, philosophes anglo-saxons, conceptualisent le pragmatisme. Dans ses *Textes anticartésiens*, Pierce dépasse la logique inductive et déductive pour parler d'abduction, soit la tentative de trouver la meilleure explication possible de quelque chose de problématique¹⁰⁰. Pierce, tout comme Ricoeur plus récemment, croit que l'on peut s'approcher d'une « vérité » commune et partagée en faisant plusieurs recherches sur un sujet pour ensuite les confronter et en ressortir ce qu'elles ont de signifiants.

Étudier la « folie » en histoire ne peut nous limiter à n'étudier que les maladies mentales « organiques » au sens pathologique du terme. Nous ne pouvons ni présupposer ni admettre l'existence d'une entité objective qui soit dans un cadre défini et fixe, celui de la maladie mentale. Toutefois, c'est en adoptant une perspective *constructiviste pragmatiste* que nous allons appréhender nos sources¹⁰¹. Si la construction (1) de concepts qui tendent à clarifier notre propos et (2) une vision qui prend acte des modifications des définitions même de la folie selon les époques nous amènent à faire une analyse plus nuancée des écrits des acteurs étudiés, nous ne pouvons pas dire que la folie en tant que réalité observable n'existe pas. Si des personnes réagissent à certains types de comportements, au sens de réaction sociale, les écrits étudiés dans cette thèse permettent d'identifier les visions diverses ainsi que les comportements et paroles qui sont liés à la folie. Ces réactions hors norme n'appellent pas à la notion de déviance criminelle, mais bien à un hors norme sous l'égide de la médecine légale et de l'aliénisme, couple qui engendrera la psychiatrie.

Il faut clarifier cette situation, car si certains individus ont des comportements tenus pour dangereux, anti-sociaux ou scandaleux qui justifient une mise à l'écart de la société, ces

¹⁰⁰ C. S. Pierce, *Textes anticartésiens*. Présentés et traduits par J. Chenu, Paris, Aubier, 1984, p. 23.

¹⁰¹ Pierce et James font une différence entre le terme pragmatique et pragmatiste. Alors que le premier réfère à la science de l'action, le pragmatisme consiste à rechercher le sens d'une hypothèse ou de n'importe quelle idée, dans ses conséquences pratiques, sans autre spécification. C'est aussi une méthode propre à analyser adéquatement le sens de certains signes formant une certaine classe. Dans Pierce, *Textes anticartésiens, op. cit.*, pp. 149-159.

comportements ont aussi été sujets à un étiquetage médical pluriel depuis deux siècles. Ce sont ces changements dynamiques qui nous intéressent particulièrement. Comment définir médicalement un comportement anti-social ou scandaleux? Arnold Davidson, dans son étude sur les « maladies sexuelles », apporte des réflexions pertinentes pour penser la question des problèmes moraux en psychiatrie¹⁰². En étudiant les écrits étiologiques et les discours sur les perversions sexuelles, il se demande « How could psychiatry legitimately interfere in purely moral problems; ought it not to be limited to real mental diseases, to the domain of medical science? »¹⁰³ En classifiant des gens sociopathes, psychopathes et pervers, la psychiatrie a créé des « types » de personnes selon une conception morale inscrite dans une période historique donnée, mais à laquelle nous n'échappons pas lorsque nous nous penchons sur le sujet de la psychiatrie au XXe siècle. La question est alors de savoir comment une « science » a pu se construire en grande partie sur des bases purement morales.

L'internement dans une institution psychiatrique de personnes jugées aliénées mentalement est l'un des objets d'étude qui nous intéresse. Nous entendons mettre en lumière les comportements qui justifient, aux yeux des divers acteurs impliqués de près, l'aliénation mentale entre 1920 et 1950. Mais il faut d'abord définir qui sont ces acteurs et leur rôle social. En examinant les définitions de l'aliénation mentale produites par les psychiatres, nous ferons état des savoirs experts qui définissent et classifient les comportements jugés déviants des personnes admises à Saint-Jean-de-Dieu. À la suite de ce portrait des connaissances en psychiatrie, nous donnerons voix aux patients et aux familles de ces derniers pour mettre en lumière les raisons invoquées pour demander l'internement psychiatrique.

Alors que le Code pénal définit de façon précise les gestes répréhensibles qui entraînent l'emprisonnement et le Code civil les relations entre les citoyens dans leur quotidien, la psychiatrie ne connaît pas de code précis. Comme nous le verrons, ce champ

¹⁰² Arnold I. Davidson. « Closing Up the Corpses. Diseases of Sexuality and the Emergence of Psychiatric Style of Reasoning », dans George Boolos, éd. *Meaning and Method : Essays in Honor of Hilary Putnam*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, 1990, pp. 295-325.

¹⁰³ *Ibid.*, pp. 318-319.

médical est en redéfinition constante tant au niveau des critères diagnostics, des causes de la maladie, de sa prévention et des traitements prescrits. De ces changements sur une longue durée, il devient difficile de concevoir une « réalité » fixe et compréhensible de ce qu'est la folie dans son essence. Le philosophe Hilary Putnam questionne la conception de la réalité telle que nous l'entendons en général en proposant que

L'erreur philosophique commune [consiste] à supposer que la « réalité » doive signifier une chose supérieure et unique, au lieu de regarder diverses façons dont nous négocions – et sommes contraints de renégocier – à l'infini notre notion de la réalité à mesure qu'évoluent notre langage et notre vie¹⁰⁴.

Toujours selon Putnam, l'état mental n'est pas seulement conditionné à l'intérieur de l'esprit mais aussi par des critères qui proviennent de l'environnement. Sa perspective abolit les « fausses dichotomies » comme objectivité/subjectivité, nature/culture et esprit/corps en tenant une position ontologique pragmatique et pluraliste¹⁰⁵. Le monde réel dépend de nos valeurs et nos valeurs du monde réel. Il s'agit de voir la « réalité » comme étant construite, certes, non pas dans le sens d'une métaphore mais de façon plus concrète. À la manière de la construction résidentielle, les idées et les concepts sont construits étape par étape sur une base plus ou moins solide et avec des matériaux divers.

Partant de connaissances cliniques, expérimentales et théoriques, les psychiatres construisent leurs savoirs sur l'aliénation mentale et la maladie mentale. Les nouvelles données apportent une pièce de plus à la construction de ce qu'est la discipline psychiatrique. Construite, elle l'est, mais il ne faut pas nier que les connaissances sont basées sur une « réalité » observable et dynamique. Ce sont des acteurs sociaux avec leurs propres bagages de valeurs qui, partant de ce qu'ils considèrent comme de la déviance mentale, élaborent des théories et des classifications médicales pour expliquer les causes et les symptômes des patients internés en institut psychiatrique à l'époque. Hommes de leur temps, ces psychiatres ont une vision de la féminité et de la masculinité qui est celle du Québec des années 1920-

¹⁰⁴ Hilary Putnam cité dans Ian Hacking, *The Social Construction*, op. cit., pp. 206-207.

¹⁰⁵ Anne-Marie Auger, *Réalisme et intentionnalité : le réalisme intentionnel de Hilary Putnam à la lumière de son réalisme interne*. Mémoire de maîtrise en philosophie, UQAM, 1993.

1950. C'est pourquoi nous prenons en compte dans cette thèse les différences et relations entre les genres.

1.6.2. Le genre, entre l'expérience et les discours.

Comme cette thèse porte une attention particulière aux genres masculin et féminin, nous nous devons d'aborder un tant soit peu le concept de genre, concept qui est défini par Joan Scott comme « un élément constitutif de rapports sociaux fondés sur des différences perçues entre les sexes, et le genre est une façon première de signifier des rapports de pouvoir »¹⁰⁶. Le genre implique pour Scott quatre éléments constitutifs : (1) les symboles culturels, (2) les concepts normatifs, (3) l'institutionnel (politique, institutions et organisation sociale), et enfin (4) l'identité subjective. Reprenant la conception donnée par Scott au genre comme catégorie d'analyse historique, Joy Parr écrit « gender history assumes that masculinity and femininity do not exist in isolation from each other or from contemporary assumptions about, for example, race, ethnicity, or sexuality »¹⁰⁷. En cela, l'étude des dossiers des patients et des patientes de l'époque confirme ce que Parr avance : les relations sociales genrées et leurs définitions sont interreliées.

Tout comme les comportements des gens dans la société répondent à des normes selon le contexte, les hommes et les femmes, à travers la performance sociale de leur genre, nous montrent également une normativité sociale selon le sexe durant la période étudiée. Les questions de sexualité « publique », d'éducation inadéquate des enfants et de mise en danger de soi-même sont plus souvent associées aux femmes alors que les questions d'abus d'alcool, de violence envers les autres et de paresse à travailler visent plus particulièrement les

¹⁰⁶ Joan Scott, « Le genre, une catégorie utile d'analyse historique », *op. cit.*, p. 141.

¹⁰⁷ Joy Parr, « Gender History and Historical Practice », *Canadian Historical Review*, Vol.76, No.3, 1995, p. 362.

hommes. Nous avons également constaté, mais dans une moindre mesure, que certaines catégories diagnostiques s'adressent plus souvent à un sexe, la folie alcoolique est masculine tandis que la dysendocrinie est féminine.

Comme nous l'avons mentionné dans la partie traitant des positions actuelles de l'historiographie, les débats ayant toujours cours entre les néo-matérialistes et les dé/constructivistes conduisent plusieurs chercheurs à intégrer l'expérience et les discours à leurs études. L'expérience et les traces des vies de femmes et d'hommes constituent un matériau, au sens de matière première, privilégié pour l'historien. Mais l'expérience prend forme à partir de signifiants qui la précèdent et la pénètrent. L'expérience est formée à travers les discours, non pas par les discours, mais de la manière dont l'expérience prend un sens¹⁰⁸. Comme le mentionne Joy Parr, c'est par la reconnaissance de la diversité et de l'instabilité plutôt que par la quête d'unité et de solidité que l'histoire du genre analyse les traces du passé¹⁰⁹.

Le concept de *gender*, souvent traduit par rapports sociaux de sexe, permet de mettre en lumière une norme genrée selon les époques, de voir comment les discours et les acteurs eux-mêmes la définissent et la redéfinissent. Souvent vu comme un synonyme de femme, le genre est pourtant l'étude des interactions et des rapports entre les deux sexes. La construction de la « féminité » est ainsi analysée dans une perspective relationnelle, en équilibre avec la construction de la masculinité. D'aucun ne nie la prévalence du masculin dans la mise en place d'un savoir moderne sur la folie, mais la perspective de l'aliéniste/psychiatre définit autant le féminin que le masculin. Mentionnons enfin que si cette thèse étudie les causes et les diagnostics d'internement des hommes et des femmes, certaines variables comme la classe, l'ethnie et la confession religieuse mériteraient un

¹⁰⁸ Kathleen Canning, « Feminist History after the Linguistic Turn : Historizing Discourse and Experience », *Signs*, Vol. 19, No.2, 1994, p. 376.

¹⁰⁹ Joy Parr, « Gender History », *op. cit.*, p. 375. Traduction libre.

approfondissement pour donner une analyse croisée et un meilleur portrait de la population asilaire¹¹⁰.

Conclusion

Depuis les soixante dernières années, les recherches sur le sujet de la folie sont nombreuses. Forte des acquis de ce champ d'étude, cette thèse prend acte tant des résultats de recherche que des perspectives adoptées. Les perspectives matérialistes, tant marxistes que féministes, en mettant l'accent sur le pouvoir capitaliste et/ou patriarcal, ont permis une critique de la médecine psychiatrique en analysant la formation d'un savoir et d'une infrastructure dominante et contrôlante. D'où la nécessaire écriture de l'histoire par des psychiatrisés et des acteurs « d'en-bas » qui, loin de dire que l'asile est un endroit de villégiature, ont cependant relativisé les théories d'un pouvoir coercitif qui aliène les individus étiquetés comme déviants. L'analyse des données montrera que certaines personnes ont trouvé refuge dans les lieux de mise à l'écart.

Le post-structuralisme et l'influence de Foucault en histoire de la psychiatrie ont également remis en question la notion du pouvoir « d'en haut », répressif et coercitif. Soulignons la nécessaire interpénétration des concepts et explications historiques sur les acteurs sociaux, leurs identités et leurs actions. En tenant compte des nombreuses études en histoire de la folie, cette recherche doctorale repose sur des assises théoriques riches et diversifiées. Pour cette raison, elle se veut une réflexion plus large de la déviance sociale et mentale au Québec entre 1920 et 1950.

¹¹⁰ Marie-Claude Thifault, par une analyse quantitative, étudie ces variables sur la population de Saint-Jean-de-Dieu entre 1873 et 1921.

À partir d'une perspective constructiviste pragmatiste et genrée, nous entendons rendre compte des savoirs sur l'aliénation mentale et les comportements qui justifient l'internement. En gardant en tête les résistances, les transgressions, les appropriations normatives des personnes internées entre 1920 et 1950, nous serons en mesure d'offrir une interprétation adéquate des comportements qui justifiaient aux yeux de la famille, de la communauté et des psychiatres, l'internement psychiatrique. Sur trente ans, les changements dans les valeurs et les façons de concevoir la déviance mentale par le profane sont moins significatifs que sur une durée plus longue. Toutefois, c'est au sein même de la discipline psychiatrique que les enjeux de l'aliénation mentale sont importants. Face aux nouvelles données d'une médecine « moderne », les psychiatres vont redéfinir les causes et renommer les « maladies » en axant de plus en plus sur l'influence de la société dans la définition de la normalité et de l'anormalité mentale. Loin d'être complètement autonome des demandes externes à leur champ d'expertise, leurs discours proposent une définition de la normalité et de l'anormalité mentale qui est largement tributaire de l'idéologie dominante de l'époque.

CHAPITRE 2

SOURCES ET METHODOLOGIE

Ce chapitre traite de notre périodisation, des sources utilisées pour notre étude et de la méthodologie adoptée. Cette thèse traite des causes d'internement à l'hôpital pour aliénés Saint-Jean-de-Dieu à Montréal et des savoirs médicaux en psychiatrie qui catégorisent les comportements justifiant l'internement. Devant les milliers de dossiers de patients entreposés à l'hôpital psychiatrique, la création d'un échantillon pour une analyse qualitative s'est imposée. L'accent mis sur les discours des proches, des patients et des psychiatres et assistantes sociales a comme contrepartie de ne pas prêter autant d'attention à l'aspect macro et descriptif de la population asilaire dans sa globalité. Nous espérons cependant que ces absences seront vues comme une conséquence de l'approche privilégiée. Aux dossiers des patients s'ajoute les sources éditées telles que les Rapports annuels des surintendants médicaux de Saint-Jean-de-Dieu et les articles et manuels écrits par les psychiatres canadiens français de l'époque. L'analyse de ces documents nous permet de mettre en lumière à la fois les connaissances sur la psychiatrie appliquée dans l'institution à l'étude et à la fois les discours tenus par les divers acteurs sur les justifications pour l'internement d'un individu.

2.1. Justification de la période.

La période circonscrite pour cette thèse va de 1920 à 1950. La décennie 1920, avec la fin de la Première Guerre mondiale, voit naître des mouvements réformistes, dont celui d'hygiène mentale dirigé par le Dr. Desloges, et l'intégration de la psychiatrie dans la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en 1928. Une nouvelle façon de voir la maladie mentale se construit avec l'influence grandissante des théories nouvelles dans les domaines de la neurologie, de la psychologie et des services sociaux.

La fin des années 1940 a été choisie d'abord en raison de l'accès difficile aux archives nominatives. L'historien, on le comprendra, doit composer avec ces restrictions. Plus important encore, 1950 marque l'adoption d'une loi importante sur les institutions pour malades mentaux. Par ailleurs, entre 1950 et 1955, la publication du *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-I) et l'arrivée de la psychopharmacologie, avec le Largactyl, posent les bases d'une psychiatrie encore actuelle. À la même époque, une cohorte de jeunes chercheurs, fraîchement débarqués de la France et de la côte Est des États-Unis, commencent à critiquer le système asilaire de l'époque, un système qui sera restructuré à la suite du Rapport Bédard en 1962. Un fort mouvement de désinstitutionnalisation s'opère alors en parallèle à la laïcisation des institutions psychiatriques au Québec.

De façon générale, c'est en regard des lacunes de l'historiographie portant sur la période qui va de 1930 aux années 1950 que nous avons découpé chronologiquement cette recherche. En effet, les années 1700 à 1930 et 1950 à 1980 au Québec ont été étudiées en profondeur par plusieurs historiens et sociologues. Les années antérieures à 1930 ont été étudiées par Cellard, Keating, Grenier, Moran, Nootens, Thifault et Okin. La période récente, soit de 1950 à 1980, a été l'objet d'études de Duprey, Dorvil et Wallot. Les années 1930 à 1950 restaient donc à explorer. Cette période est d'autant plus intéressante que c'est au début des années 1930 qu'un changement de classification diagnostique a lieu, changement officialisé au cours de la Seconde Guerre mondiale. Cette dernière est le vecteur central des changements en psychiatrie contemporaine. Elle a, en effet, des répercussions sur les interprétations, les traitements et l'apparition de catégories nouvelles. Si la psychiatrie passe

d'une explication magnanienne en 1920 à kraepelinienne en 1930, les années 1940 réintègrent les conceptions psychologiques dans l'explication des maladies mentales¹. La loi de 1950 sur les institutions pour malades mentaux et la publication et l'adoption du DSM-I deux ans plus tard constituent un tournant décisif en psychiatrie et justifient que nous fixions le début des années 1950 comme la fin de notre période d'étude.

2.2. Méthodologie et sources.

Avant 1960, le système asilaire québécois est constitué de trois grands asiles construits entre 1845 et 1890. D'abord l'Asile de Beauport en 1845 qui deviendra Saint-Michel-Archange (Mastai), l'Asile Saint-Jean-de-Dieu (Gamelin) en 1873 et le *Protestant Hospital for Insanes* en 1890 (Verdun). Nous avons choisi de nous attarder sur une institution en particulier, l'Asile Saint-Jean-de-Dieu situé dans l'est de l'Île de Montréal². Si le premier asile permanent est construit dans la région de la ville de Québec, bientôt, une deuxième institution s'impose, dans la région montréalaise, l'Asile Saint-Jean-de-Dieu. À partir de la loi de 1885, ces deux institutions sont gérées par des congrégations religieuses catholiques. La nécessité de construire un troisième asile, pour les confessions protestantes, conduit à l'ouverture du *Protestant Hospital for Insanes* à Verdun en 1890. En somme, l'institution

¹ Guy Grenier et Ian Dowbiggin ont bien démontré l'influence des théories de dégénérescence héréditaire de Magnan, aliéniste français, au Québec et au Canada de 1880 à 1930. Emil Kraepelin, psychiatre allemand, avec une position neuro-psychiatrique dans les années 1900-1910, influence à son tour la psychiatrie d'ici, qui adopte sa classification « organogénique » à partir des années 1930. La Seconde Guerre mondiale permet d'intégrer officiellement les données psychologiques et amène la publication du DSM-I en 1952. Notons que dans les années 1970, avec la publication du DSM-III, la perspective kraepelinienne fait un retour en force. Pour les détails sur les principaux psychiatres occidentaux, voir annexe III.

² Certains documents datant de 1920 à 1950 parlent tantôt d'Asile Saint-Jean-de-Dieu, tantôt d'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Nous avons essayé de respecter le plus possible l'appellation de l'institution selon les divers protagonistes de l'époque. Officiellement, avec la Loi de 1950 sur les « Institutions pour malades mentaux », et non plus sur les « Asiles pour aliénés », l'asile devient hôpital. La laïcisation du nom actuel, Louis-Hyppolite-Lafontaine, a eu lieu en 1974.

choisie, Saint-Jean-de-Dieu, accueille les patients catholiques de la grande région montréalaise et de l'ouest du Québec.

Cette recherche veut mettre en lumière les raisons invoquées pour justifier l'internement psychiatrique d'une personne entre 1920 et 1950 et les discours médicaux qui encadrent la mise à l'écart de ces individus classifiés à l'aide de diagnostics psychiatriques. Il nous est donc apparu nécessaire de dépouiller les archives les plus parlantes sur ce sujet, c'est-à-dire les dossiers des patients internés à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu durant cette période. Le format statistique des Rapports annuels du surintendant médical au gouvernement provincial jusqu'en 1934, bien que comprenant les données sur l'âge, le sexe, l'état civil, l'origine ethnique, la profession et la confession religieuse, ne permettaient pas de connaître les « discours » sur les causes et de faire une analyse qualitative de notre sujet. Tracer un profil statistique explicite de la population internée dans les asiles québécois est nécessaire pour rendre compte de la population internée selon plusieurs variables sociales. Mais nous nous intéressons dans cette recherche aux discours ayant justifié et légitimé l'internement d'une personne, données qui se trouvent dans les dossiers médicaux. À ces sources s'ajoutent néanmoins les rapports annuels et les manuels et articles des psychiatres pour analyser avec plus de profondeur les connaissances de l'époque sur l'aliénation mentale.

Les dossiers des patients, de loin la source la plus importante de cette recherche, nous permettent d'analyser les discours de divers acteurs sur le patient, tant ceux tenus par les proches que ceux des spécialistes³. Devant le nombre élevé de dossiers historiques – soit les quelques 80 000 dossiers de patients décédés de 1873 à 1960 – nous avons dû procéder à la

³ Grâce à une relation développée par Marie-Claude Thifault et André Cellard dans le cadre de leurs recherches antérieures, l'accès aux archives de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine a été plus aisé. Une demande formelle a d'abord été faite auprès de la direction de l'Hôpital, et suite à cela, la partie des « dossiers historiques » nous a été ouverte. L'entente est basée sur le fait que nous n'utilisons aucune donnée nominative ou autres données permettant d'identifier un patient afin de respecter la confidentialité des personnes ayant séjourné à plus ou moins long terme à l'asile. Qui plus est, la salle dans laquelle ces dossiers sont entreposés ne comprend que les dossiers non actifs, c'est-à-dire les dossiers des personnes décédées.

création d'un échantillon⁴. L'analyse des parcours de vie de personnes demande un nombre restreint de dossiers. Les années 1920 à 1950 contiennent 30 000 dossiers. Six années ont été choisies pour constituer l'échantillon, d'abord 1921, 1931 et 1941, les années des recensements; et ensuite les années mitoyennes, 1926, 1936 et 1946. Ces six années, dépouillées en entier, comptent quelques 6 000 dossiers, soit environ 10 mètres de documents.

Hormis les dossiers des patients décédés, d'autres sources primaires sont présentes et entreposées dans la « Voûte » du Service des archives de l'institution psychiatrique. Les archives, en effet, sont riches pour la période de 1873 à 1910 avec notamment les plans d'architectes, mais il y a peu d'éléments sur les années de l'entre-deux-guerres à l'après-guerre, exception faite des registres d'entrées, de sorties, de décès et de naissances, des données qui sont également présentes dans les Rapports annuels soumis au gouvernement. Toujours au Service des archives, nous retrouvons trois boîtes d'archives historiques qui contiennent les documents « historiques », photos, correspondances et écrits sur l'institution et les documents commémoratifs produits au cours du XXe siècle. Il faut mentionner qu'il est probable que des documents pertinents soient toujours conservés dans les archives des propriétaires de l'institution à cette époque, les Sœurs de la Providence. L'accès de leurs archives nous a été refusé lorsque nous en avons fait la demande en 2004⁵.

Les Rapports annuels du surintendant médical au Gouvernement de la Province de Québec consignés jusqu'en 1934 et les Rapports annuels de la Division des Hôpitaux pour maladies mentales par le chef de la division de 1935 à 1952 se retrouvent dans les Documents de la session parlementaire. En plus de ces rapports, l'Annuaire statistique du Québec, les manuels d'enseignement et les publications médicales des psychiatres canadiens français constituent l'éventail des autres sources utilisées dans cette thèse. Alors que

⁴ Il est difficile de calculer le nombre total de patients décédés entre 1973 et 2009 puisque depuis 1962, avec la désinstitutionnalisation et la mise en place des cliniques externes et spécialisées, les parcours d'internement sont différents de la période antérieure.

⁵ L'épisode des « Enfants de Duplessis », dans lequel les Sœurs de la Providence étaient impliquées, a eu comme conséquence de fermer leurs archives, jusqu'à récemment du moins. Depuis environ un an, en effet, l'accès est désormais permis.

l'Annuaire statistique et les Rapports annuels rédigés par le surintendant médical de Saint-Jean-de-Dieu informent de la situation globale de l'hôpital à l'aide des statistiques sur les causes et les diagnostics, les articles et ouvrages médicaux des psychiatres renseignent sur les connaissances médicales dans le domaine des maladies mentales durant l'époque étudiée.

2.2.1. Les dossiers des patients/es.

Si, jusqu'au début du XXe siècle, les dossiers des patients se trouvent dans des cartables rouges, les dossiers consultés sont dans des chemises individuelles classées et numérotées selon la date d'admission. Ce système de classement archivistique, utilisé jusqu'en 1977, est appelé « série unité », ce qui signifie qu'à chaque admission, un nouveau numéro de dossier est créé et que les anciens dossiers intègrent le nouveau. Le classement archivistique en « série-unité » pose certains problèmes. Le dossier d'un patient n'est pas maintenu dans la chemise et au numéro de la première admission, comme c'est maintenant le cas. Il se retrouve plutôt dans celui de l'admission ultérieure. C'est pourquoi nous retrouvons dans notre échantillon des dossiers de personnes nouvellement admises mais aussi de personnes ayant un lourd passé asilaire. Il va sans dire que les dossiers de réadmissions sont souvent plus volumineux et riches que ceux des premières admissions. Il faut noter qu'il s'agit des réadmissions officielles et non des congés d'essai⁶. Aussi, la gestion des « archives historiques », volumineuses, a amené les responsables à microfilmer les dossiers qui ne contenaient que des renseignements sur les comportements et traitements des patients une fois admis⁷. Les dossiers contenant de la correspondance avec des tiers, soit des proches, le

⁶ Les congés d'essai sont pratiqués régulièrement depuis le début du XXe siècle. Il s'agit de congés autorisés d'une durée de trois mois, renouvelables, au cours desquels le patient retourne dans sa famille. Au terme de ce congé, la famille assume la prise en charge de l'individu si les conditions le permettent ou demande sa réadmission à l'asile.

⁷ L'appareil permettant la lecture des microfiches ne fut réparé qu'au printemps 2008. Ceci dit, cette contingence n'a pas remis en cause notre recherche. Les documents qui permettent de connaître

gouvernement ou une autre institution, de même que les rapports des assistantes sociales sont conservés en format papier.

Depuis la naissance des institutions pour aliénés, des lois obligent les demandeurs d'admission et ensuite le surintendant médical à remplir des formulaires selon des critères spécifiques et qui justifient l'internement. Ce système est mis en place pour s'assurer que les internements ne sont pas arbitraires, mais basés sur les raisons légales qui autorisent la prise en charge d'un individu dans une institution financée par l'État. Si dans les années 1920 à 1940, nous retrouvons systématiquement une fiche d'admission en carton sur laquelle figurent les notes prises lors de l'admission, cette fiche fait peu à peu place à des formulaires de format légal, appelés formulaires d'admission⁸.

Dans ces dossiers, nous retrouvons systématiquement une fiche d'internement qui mentionne, en plus des informations personnelles, la cause de l'internement et le diagnostic posé⁹. Dans certains dossiers, nous trouvons des documents très riches en informations, comme l'entrevue du patient avec les psychiatres durant la première semaine d'internement, la description des symptômes par des tiers (famille, proches, police, religieuses), des comportements justifiant l'internement, les observations des psychiatres sur l'état du patient à l'admission et les rapports des assistantes sociales sur la situation personnelle et familiale des patients. Ces dossiers ont permis de procéder à une analyse approfondie par échantillonnage qui permet de mieux comprendre les raisons et le processus d'internement.

Pour analyser adéquatement les dossiers de patients, il fallait tenir compte des différents acteurs cités et ayant commenté le cas. En spécifiant l'acteur en question, nous croyons pouvoir donner au lecteur une meilleure perspective sur la vision du comportement de la personne internée et, ce faisant, garder une distance critique par rapport aux

l'histoire du patient sont conservés dans les dossiers papier alors que le suivi et les traitements sont microfichés.

⁸ Voir annexe I.

⁹ Les trois types de fiche d'internement utilisées entre 1920 et 1952 sont en annexe I.

témoignages utilisés. Les discours des patients eux-mêmes sont à la fois riches et difficiles à rendre compte. Les transcriptions des entrevues et les lettres écrites par les patients ne sont pas toujours faciles à résumer : leurs propos sont parfois délirants ou imaginaires. Nous avons préféré les citer textuellement. Si leur voix est entendue, comme De la Cour et Reaume le mentionnent, et leur redonne dans l'histoire un rôle d'acteurs, leurs paroles sont parfois inintelligibles selon le sens commun du langage, ce qui est un bon révélateur, pour plusieurs psychiatres de l'époque, de leur folie et nécessite leur mise à l'écart¹⁰.

2.2.1.1. L'échantillon.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, devant le nombre élevé de dossiers durant la période 1920-1950, un choix méthodologique s'est rapidement avéré nécessaire. Mais comment constituer l'échantillon pour qu'il soit représentatif et parlant? Nous avons choisi de constituer un échantillon qualitatif par cas multiple institutionnel, basé sur un modèle sociétal, c'est-à-dire à partir d'un milieu, celui de l'Asile Saint-Jean-de-Dieu¹¹. Pour reprendre les mots de Pires, « [e]n règle générale, la typicité du cas est ici moins importante que ses qualités intrinsèques (sa « richesse ») ou que les occasions qu'il offre pour éclairer certains aspects de la vie sociale »¹².

¹⁰ Lykke De la Cour et Geoffrey Reaume, « Patients Perspectives in Psychiatric Case Files » dans F. Iacovetta et W. Mitchinson, éd., *On the Case, Explorations in Social History*, Toronto, University of Toronto Press, 1998, pp. 242-265. Tout au long de la thèse, nous situerons l'origine des discours et la façon dont ils ont été notés et conservés. C'est-à-dire que si, lors de l'entrevue semi-dirigée entre le psychiatre et le patient, le procès-verbal est fait par une sténographe, le patient ne peut que répondre aux questions, questions qui sont souvent riches en elles-mêmes.

¹¹ Alvaro Pires, « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique » dans Poupart et al. *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 1997, p. 117.

¹² *Ibid.*, p. 147.

La création de l'échantillon correspond d'abord aux années de recensements, c'est-à-dire 1921, 1931 et 1941, et permet une analyse croisée des statistiques sur la population du Québec, de Montréal et de Saint-Jean-de-Dieu. À cet échantillon aux dix ans, les années moyennes, soit 1926, 1936 et 1946, ont également été choisies. Le nombre total de dossiers pour ces six années s'élève à 5917. Tous les dossiers ont été dépouillés¹³. De ces dossiers, environ le quart ne contient que la fiche d'admission avec de la correspondance gouvernementale au sujet des pensions ou encore d'une possible déportation. Ces dossiers ne permettent pas de connaître les discours sur et par les patients, des données essentielles pour cette recherche. Ainsi, à partir du dépouillement systématique de près de 6000 dossiers papier, nous avons éliminé d'emblée les dossiers qui ne contenaient aucun document ou seulement la fiche d'identification, soit le trois quarts des dossiers¹⁴. C'est sur la base d'environ 1500 dossiers non microfilmés que l'échantillon a été constitué. Le tableau suivant présente le nombre de dossiers retenus aux différentes étapes d'échantillonnage en vue de constituer le corpus final ayant servi à l'analyse qualitative présentée dans les chapitres cinq à sept.

¹³ Une question s'est posée rapidement : devons-nous choisir les dossiers les plus volumineux, et donc parlants, sur l'ensemble de la période ou nous en tenons-nous à des limites matérielles bien définies, comme le dépouillement systématique de six années complètes, au risque d'y trouver moins d'informations? Nous avons choisi la deuxième option pour créer un échantillon aléatoire sur la « valeur » des dossiers. En effet, les dossiers volumineux sont ceux des personnes ayant séjourné à l'asile sur des périodes très longues, avec, si ce n'est au départ, le développement d'une chronicité. Nous voulions aussi tenter de toucher ceux qui y sont restés moins longtemps, épisodiquement ou une seule fois, et qui témoignent d'un type de parcours asilaire aussi important que ceux des « cas lourds ».

¹⁴ Les dossiers vides ne sont pas inexistant, ils ont été microfilmés. Le seul problème que cet échantillon pose est qu'à partir de 1941, les fiches d'admission sont beaucoup plus complètes et, si le patient n'a pas été réadmis, le dossier est microfilmé. Mentionnons que le matériel nécessaire à la lecture des microfilms n'a été réparé qu'au printemps 2008.

Tableau 2.1. : Étapes de formation de l'échantillon qualitatif

| | | Population admise aux années d'échantillon | Dossiers avec informations autres que la seule fiche d'admission | Échantillon de base | Échantillon qualitatif de base | Échantillon qualitatif final |
|-------------|---|--|--|---------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Total | H | - | | 249 | 148 | 39 |
| | F | - | | 249 | 120 | 46 |
| Grand total | | 5917 | Env. 1500 | 498 | 268 | 85 |

Des quelques 1500 dossiers restants, nous avons exclu les diagnostics explicitement « organiques », congénitaux ou neurologiques, comme l'imbécillité, l'idiotie (moins de 12 ans) et la démence sénile (plus de 70 ans). Ces cas sont de loin les plus nombreux. L'échantillon qualitatif à ce moment comprenait 498 dossiers, desquels les parties concernant les demandes d'internement ont été photocopiées. De ce nombre, les dossiers de paralysie générale (syphilis) et d'épilepsie ont été exclus : ces cas sont d'origine physiologique tout comme l'imbécillité, l'idiotie et la démence sénile. Les dossiers de transfert des autres institutions de la province de Québec, de l'Ontario et des États-Unis à Saint-Jean-de-Dieu ont également été exclus de l'échantillon¹⁵. Nous voulions un échantillon avec des données constantes et générées par des pratiques médicales communes.

Suite à ces discriminations, il n'en demeure pas moins que 268 dossiers cohérents constituent l'échantillon de base. Nous avons alors en main tous les dossiers qui contenaient des renseignements sur les causes d'internement. Ils sont parfois minces, avec un bref

¹⁵ Plusieurs transferts ont eu lieu entre les hôpitaux canadiens anglais et ceux de la côte Est des États-Unis. Pour garder une cohérence à l'analyse, ces dossiers ont été mis de côté car ils sont écrits par les psychiatres de l'institution d'admission et non ceux de Saint-Jean-de-Dieu. À propos des transferts : les lois fédérales et provinciales, mais aussi nord-américaines demandent la déportation des « étrangers ». Les « retours » au pays de Franco Canadiens sont basés sur ces lois car les frais de séjour sont payés par le gouvernement provincial et la municipalité de naissance de l'individu. Nous avons également mis de côté les dossiers des ex-soldats qui contenaient principalement de la correspondance avec le gouvernement fédéral sur la question des pensions. Les cas de tentatives de suicide sont intégrés aux catégories d'analyse, mais les dossiers spécifiquement étiquetés « suicide », mise en danger de sa personne, ont également été mis de côté s'ils n'indiquaient pas d'histoire personnelle antérieure à l'admission.

résumé de dossier, parfois forts étoffés lorsque le patient est resté de nombreuses années à l'hôpital. Ces derniers sont toutefois peu nombreux. Considérant que le but de cette étude est de mieux comprendre les causes d'internement en regard du contexte social et de la réaction sociale, nous avons retenu tous les dossiers qui contiennent les informations relatant, selon le classement utilisé à l'époque, les documents suivants : histoire personnelle, histoire familiale, causes d'internement, symptômes observés, entretien des médecins avec le patient et/ou enquête familiale de l'assistante sociale.

Les dossiers les plus riches sont ceux qui contiennent les rapports des assistantes sociales affectées à connaître la situation familiale et sociale du patient, dans le dessein d'un éventuel retour dans la communauté. Ces rapports sont plus ou moins longs, entre une à dix pages, et contiennent les témoignages des proches sur les causes d'internement ainsi que la perception que ceux-ci avaient de la personne malade. Aussi, les dossiers relatant un transfert de la prison vers l'asile contiennent des descriptions des comportements de la personne internée, comportements qui justifient à la fois son retrait hors du milieu carcéral et son transfert à l'asile.

Ainsi, en tenant compte des diverses limites externes, celles de l'hôpital, et internes, de nos questions de recherche, les dossiers de l'échantillon qualitatif final comprennent des documents renseignant sur les causes ayant justifié l'internement selon divers acteurs. Cet échantillon compte 85 dossiers qui nous permettent de répondre à nos questions de recherche. Consciente des limites d'un tel processus de sélection, soit les années d'échantillonnage et les dossiers retenus, nous ne prétendons pas faire état de conclusions « totales » sur les causes d'internement, mais nous croyons tout de même que les données recueillies offrent une fenêtre sur les raisons ayant participé à la mise à l'écart d'un individu durant la période étudiée. D'autant que, comme nous allons le voir, l'échantillon permet d'obtenir une saturation des données quant aux diagnostics posés et une récurrence des causes mentionnées pour la mise à l'écart des personnes souffrant d'« aliénation mentale ».

2.2.1.2. L'analyse des données.

L'analyse de notre corpus de 85 dossiers s'inspire de l'approche de la « théorisation ancrée » élaborée par Glasser et Strauss (1967) dans la foulée des règles d'analyse qualitative de l'école de Chicago¹⁶. Cette approche insiste « sur l'importance des perspectives des acteurs sociaux dans la définition de leur univers social, sans toutefois négliger le contexte, micro et macrosocial, dans lequel s'inscrivent leurs actions »¹⁷. Cette méthodologie se veut une conjugaison du pragmatisme américain et de la philosophie phénoménologique¹⁸. Le pragmatisme américain, qui sert également de base à notre cadre théorique, veut enraciner la théorie dans la réalité. Quant à la philosophie phénoménologique, elle fait abstraction de conceptions *a priori* sur le phénomène à l'étude pour laisser le sujet se révéler de lui-même. Les hypothèses sont alors construites au fur et à mesure que la recherche sur le terrain progresse. Selon Anne Laperrière, méthodologue québécoise spécialiste de la théorisation ancrée, cette démarche rejoint une « perspective épistémologique plus large, selon laquelle le monde social ne serait pas donné, comme le postule le positivisme, mais serait constamment *construit* par les acteurs sociaux »¹⁹.

Deux éléments essentiels caractérisent la théorisation ancrée et en font une méthodologie adéquate pour analyser les sources utilisées dans cette thèse. D'une part, cette théorie insiste sur l'importance donnée aux perspectives des acteurs sociaux dans la définition de leur univers social. D'autre part, elle ne sert pas à décrire un phénomène spécifique ou à vérifier une hypothèse *a priori*, mais à découvrir et cerner un sujet au fil de la lecture de toutes les sources disponibles. Cette manière de laisser le sujet se former au fil de

¹⁶ Anne Laperrière, « La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec des approches apparentées » dans *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupart et al. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 1997.

¹⁷ *Ibid.*, p. 312.

¹⁸ *Ibid.*, p. 311.

¹⁹ *Ibid.*, p. 311.

la recherche en tenant compte de toutes les données recueillies permet d'élaborer des catégories conceptuelles, première étape d'une analyse qualitative valide des sources²⁰.

Ainsi, et toujours selon Laperrière, les « groupes choisis [les patients internés sans causes « organiques » explicites] le sont en fonction de leur pertinence au regard de l'élaboration des catégories conceptuelles et de leurs relations, et non à des fins de représentativité des populations ou des situations à l'étude »²¹. Les catégories conceptuelles sont créées et constamment remaniées jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle donnée ne vienne invalider les concepts qui avaient émergé de l'analyse. C'est avec ces « données négatives », celles qui contredisent la catégorie, que la cohérence de la théorie prend forme.

Notre échantillon théorique a été constitué en fonction des questions de recherche qui se raffinent en cours de route. Il ne s'agit ni d'un échantillon probabiliste ni d'un échantillon par homogénéisation. Comme le rappelle Laperrière, l'échantillon théorique a deux visées. La première est la formulation et la vérification d'hypothèses et la deuxième l'étude des « variations dans les conditions, le contexte, les actions, les interactions ou les conséquences liés à un phénomène »²². Par la suite, l'échantillon est discriminant pour en arriver à vérifier les hypothèses et l'analyse des catégories analytiques. Bref, le chercheur construit et découpe mais s'assure que les catégories d'analyse émergent des données et soient confrontées au contexte empirique, pour construire une théorie validée par les faits.

Les 85 dossiers retenus décrivent des parcours d'internement propres à chaque cas. Les catégories conceptuelles sont construites non pas pour décrire ces parcours de vie, mais pour les cerner dans ce qu'ils représentent en regard d'un contexte plus vaste, qui est celui de l'internement en asile. Les documents présents dans les dossiers et les informations qu'ils contiennent sont des indicateurs des valeurs, des connaissances et des mœurs des acteurs de

²⁰ *Ibid.*, pp. 312-313.

²¹ *Ibid.*, p. 321.

²² *Ibid.*, p. 323.

l'époque. Selon Laperrière, la « théorisation ancrée ne vise pas d'abord à informer sur l'étendue d'un phénomène, mais bien sur sa dynamique »²³. C'est pourquoi cette méthodologie vise non seulement à faire ressortir les similitudes entre les différents cas présentés, mais aussi les contrastes pour mettre en lumière une théorie valide sur les raisons d'internement et la classification des personnes internées.

À la suite de l'analyse des sources primaires utilisées, et au principe dynamique d'aller-retour entre l'empirie et la théorie, les sources sont regroupées en différents profils ou portraits. Dans cette recherche, l'analyse est construite en s'appliquant autant à des données externes qu'internes. L'internement peut être demandé par ordonnance gouvernementale sur la base de la loi qui l'autorise pour certains types de comportements. Il peut aussi être fait par placement « volontaire » à la demande des proches des patients ou des patients eux-mêmes (données externes). Les demandes d'internement répondent aussi à une angoisse sociale ou une trop lourde charge économique et humaine. La peur ou la honte engendrée par les actes et paroles d'un tiers appellent à les protéger des autres ou à protéger les autres de lui (données internes). Ainsi, l'échantillon d'abord ouvert pour permettre des découvertes fortuites, s'affine et se réduit en même temps que se construisent des profils cohérents.

Alors que les causes des dossiers d'internement par ordonnance sont bien inscrites dans les dossiers grâce à un formulaire adapté, ce n'est pas toujours le cas dans les dossiers d'admission « volontaire », où la mention explicite de la cause n'est pas toujours indiquée. C'est à travers le résumé de dossier, l'histoire personnelle et familiale et l'entrevue avec les psychiatres que nous pouvons identifier une cause présumée. Les justifications des proches d'une personne violente ou scandaleuse trouvent écho chez les psychiatres qui corroborent par des diagnostics médicaux la nécessité de les interner. André Cellard souligne qu'au XVIIe siècle, en Nouvelle-France, la mise à l'écart des « fous et folles » ne s'adressait qu'aux personnes qui constituaient un danger pour les autres²⁴. C'est à partir du XVIIIe siècle que les raisons d'internement se feront plus diversifiées. Les données recueillies dans

²³ *Ibid.*, p. 324.

²⁴ André Cellard, *Histoire de la folie et société au Québec de 1600 à 1850*, Montréal, Boréal, 1989, p. 215.

les archives asilaires au XXe siècle prouvent qu'il y a, en effet, quatre raisons légales et quatre raisons médicales pour demander l'internement d'un tiers.

Ces données externes et internes s'imbriquent et répondent à une solution « officielle » face à la déviance publique et privée, qui n'angoisse pas que les proches mais aussi l'État. Au Québec, c'est la *Loi sur les Asiles d'aliénés* de 1909 qui régit les processus d'internement jusqu'en 1950. Les articles 4105, 4115 et 4131 sont particulièrement intéressants. L'article 4131 énumère les raisons qui justifient l'internement d'aliénés sous ordonnance.

4131 – [...] le recorder ou le magistrat de police [...] ou tout juge de paix, sur dénonciation attestée sous serment de deux contribuables établissant qu'une personne interdite ou non, compromet la sécurité, la décence, ou la tranquillité publique ou sa propre sécurité, [...] ordonne d'office suivant la formule G que tel malade soit placé dans un asile d'aliénés²⁵.

Le certificat médical reprend les idées de la loi avec les quatre questions suivantes :

- 1) Le ou la malade a-t-il ou a-t-elle des tendances à la violence?
- 2) Le ou la malade a-t-il ou a-t-elle des tendances anti-sociales?
- 3) Le ou la malade est-il ou est-elle une cause de scandale?
- 4) Le ou la malade a-t-il ou a-t-elle porté à se faire du mal? A-t-il ou a-t-elle essayé ou manifesté l'intention de se tuer, quand et de quelle manière?²⁶

Une précision s'impose ici. Avec la Loi de 1925 sur les aliénés dangereux, la Prison pour aliénés criminels, l'Hôpital de Bordeaux, est créée en 1926²⁷. Le psychiatre attitré tant pour les transferts à Saint-Jean-de-Dieu qu'à Bordeaux, et qui juge de l'état d'esprit des patients et de la gravité du cas, est le directeur de la Prison pour aliénés, le Dr. Plouffe. Les dossiers de transferts des prisons de la région de Montréal comprennent tous un formulaire de demande d'internement spécifiant la raison légale selon la Loi de 1909.

²⁵ S.R.Q. 1909, Vol.II, Chap. 4, « Lunatic Asylums ».

²⁶ Formule B – Certificat médical.

²⁷ S.R.Q., 1925, Chap.52, « Loi concernant l'établissement d'un asile pour les détenus aliénés ».

Notons que la loi de 1909 est une refonte de la *Loi sur les aliénés* de 1880, amendée en 1885. Ce sont les articles 4105 et 4115 de la loi de 1909 qui légifèrent sur les raisons d'internement « volontaire » durant la période étudiée. Cette loi stipule que,

(4105) Peuvent être admis dans les asiles d'aliénés, aux frais du gouvernement [...]

1.- Les aliénés qui n'ont pas par eux-mêmes, [...] les moyens de payer [...]²⁸.

2.- Les idiots ou imbéciles, lorsqu'ils sont dangereux, une cause de scandale, sujets à des attaques d'épilepsie, ou d'une difformité monstrueuse et sont incapables de payer leur entretien, leur séjour et leur traitement en tout ou en partie; [...]

(4115) [...] Le certificat médical [...] doit caractériser et énumérer les symptômes et les faits observés personnellement par le signataire et constituant la preuve de la folie.

[...] Étant donné qu'un individu est aliéné, son internement peut se justifier, soit comme mesure de thérapeutique, d'assistance ou de sécurité publique et privée et d'ordre public. À part la certitude que l'individu est aliéné, le surintendant médical devra trouver dans le certificat médical, une raison suffisante pour l'interner, à l'un de ces trois points de vue. Ce ne sont pas de vagues présomptions, ce sont des faits que le médecin devra apporter à l'appui de son opinion, lorsque les indications de l'internement ne se déduisent pas exclusivement de la forme particulière d'aliénation mentale dont souffre l'individu²⁹.

Ces comportements témoignent de la nécessité de la mise à l'écart et mettent en branle le processus de demande d'admission. Au sens de la loi, qui peut être interné? La loi est précise. Les aliénés peuvent être internés selon trois motifs : (1) pour les soigner (2) pour les aider, ou (3) par mesure de sécurité et d'ordre dans la cité comme à la maison. Dans le cas des idiots et des imbéciles, ils ne peuvent être internés que s'ils sont dangereux ou scandaleux, épileptiques ou « monstrueux ». Ces derniers étaient anciennement décrits comme les « fous du village », des simples d'esprit acceptés et pris en charge par la communauté mais, avec l'urbanisation, les pressions sociales et économiques permettent de demander l'internement des idiots et imbéciles non dangereux, mais jugés scandaleux. Or, la définition de ce qui est scandaleux n'est pas donnée par la loi et les comportements jugés tels répondent en fait à un critère de tolérance fondé sur les mœurs et les valeurs de l'époque. Les termes « dangereux » et surtout « scandaleux » sont très vagues, basés sur des valeurs morales et arbitraires. Même lorsqu'il est question de difformités monstrueuses ou d'attaques d'épilepsie, aucune description précise de ce qu'est une difformité ou une attaque n'est

²⁸ Si le placement n'est pas privé, la municipalité paye une partie des frais d'entretien tant pour les internements par ordonnance que volontaire.

²⁹ S.R.Q. 1909, Vol.II, Chap. 4, « Lunatic Asylums ».

donnée. Le jugement appartient au psychiatre, un homme qui vit et pense dans un contexte particulier.

Deux autres justifications d'internement sont mentionnées dans la loi : la thérapeutique et l'assistance. Or, comme nous le verrons, elles sont rarement évoquées pour demander l'internement³⁰. Les asiles, qui prennent d'ailleurs le nom d'hôpitaux dans les années 1920, deviennent non seulement des lieux d'enfermement de la population déviante, mais également des institutions de traitement. La notion d'assistance fait partie de la tradition asilaire qui, dans le cas de Saint-Jean-de-Dieu, remonte à Sœur Gamelin qui prenait soin des fous dans les années 1830-1840. Alors que la thérapeutique fait appel au concept de *cure*, l'assistance, elle, fait appel au concept de *care*. Les Sœurs ont d'ailleurs fondé leur École de nursing en 1912, professionnalisant ainsi l'assistance aux malades. Mais quoique l'on veuille guérir et prendre soin des malades mentaux, il demeure que les raisons invoquées pour interner un proche répondent d'abord à un besoin de gestion sociale de la déviance. La dangerosité, l'asocialité et l'immoralité signent l'internement de la majorité des patients à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu entre 1920 et 1950.

Mais sur quels critères peut-on juger de la folie d'un individu? Comme nous l'avons mis en exergue en introduction, le Dr. Tétreault, psychiatre à Saint-Jean-de-Dieu dans les années 1910-1920, apporte une réponse précise :

Il est très difficile d'établir des catégories d'aliénés dangereux. En fait, il n'est pas un aliéné qui ne peut être dangereux à un moment donné [...]. En l'absence de toute classification reconnue, [...] : « Un aliéné est dangereux ».

- 1- Pour lui-même, lorsqu'il est sérieusement exposé à attenter à ses jours ou à compromettre sa fortune, soit en se laissant exploiter par son entourage, soit en s'abandonnant lui-même à des projets extravagants.
- 2- Pour autrui, lorsqu'il y a lieu de craindre qu'il n'attente à la pudeur ou à la vie des personnes, qu'il n'incendie ou ne détruise les propriétés.
- 3- Pour la société, quand, par ses écrits, ses paroles ou par ses actes, il compromet l'ordre public ou augmente indûment les charges sociales dans les cas, par exemple, d'enfants procréés par des idiots laissés en liberté³¹.

³⁰ Les cas qui demandent l'assistance sont analysés aux chapitres 5 et 6.

³¹ Alcée Tétreault, *Cours des maladies mentales données à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, circa 1920, p. 61-63.

Nous avons parlé de l'arbitraire dans les cas de comportements jugés scandaleux, dangereux et les états de difformités et d'épilepsie. Par ce passage, le Dr. Tétréault nous donne matière à penser avec plus de précisions les comportements qui justifient l'internement d'un individu qui met en danger la société par « ses écrits, ses paroles ou par ses actes ». L'observation clinique et la médicalisation des comportements intègrent un sens large à la dangerosité. Non seulement un aliéné est dangereux lorsqu'il attente à ses jours ou à ceux d'autrui, mais aussi lorsqu'il écrit et tient des propos contraires à la bienséance, à la morale et aux valeurs chrétiennes de l'époque. Ne peut-on pas penser que, plus qu'un lieu de traitement médical, l'hôpital psychiatrique fût également, dans la première moitié du XXe siècle, un lieu de mise à l'écart des individus immoraux et contestataires de l'ordre établi?

C'est à partir de ces données, les raisons qui justifient l'internement, que l'analyse des dossiers des patients s'est d'abord structurée. En gardant en tête les raisons légales d'internement, nous avons ensuite repéré les discours des membres de la famille et de la communauté, de même que ceux des psychiatres et assistantes sociales pour voir s'ils répondent d'abord aux critères des lois sur les aliénés et comment ils les interprètent. S'ils jugent tous que la personne doit être internée, quels sont les comportements décrits comme étant dangereux, anti-sociaux ou scandaleux? Comme nous l'avons mentionné, l'interprétation de ces concepts peut être large. Il a fallu arrimer les comportements des personnes avec une raison valide et les classer selon des critères anti-sociaux au sens large. La question est alors de comprendre comment, à partir de critères qui définissent l'exclusion sociale, les psychiatres vont de nouveau classer les patients selon des notions médicales?

Les psychiatres de Saint-Jean-de-Dieu se réunissent hebdomadairement pour procéder à l'évaluation des nouveaux admis. Par une entrevue, une observation et les données rédigées par le personnel paramédical, ils diagnostiquent le malade et le classent dans une catégorie pathologique. Le nombre de ces psychiatres varie entre cinq à huit³². Ce sont le surintendant médical, l'assistant-surintendant, quelques internes et des psychiatres consultants. Le tableau

³² L'hagiographie des psychiatres franco-montréalais se retrouve en annexe II.

suisant illustre les diagnostics psychiatriques donnés aux patients admis de l'échantillon final³³. N'oublions pas que les cas « organiques » ont été exclus de l'échantillon. C'est pourquoi nous ne retrouvons pas les diagnostics d'idiotie, d'imbécillité, de paralysie générale, de sénilité et qu'un seul cas d'épilepsie est répertorié.

Tableau 2.2. : Diagnostics de l'échantillon qualitatif

| Diagnostics | Nombre femmes | Nombre hommes |
|------------------------------------|---------------|---------------|
| Débilité mentale | 5 | 5 |
| Manie | - | 2 |
| Mélancolie | 1 | - |
| Psychose maniaque dépressive | 3 | 1 |
| Démence précoce | 6 | 11 |
| Schizophrénie | 2 | 1 |
| Délire mystique | 1 | - |
| Folie alcoolique | - | 1 |
| Psychose épileptique | - | 1 |
| Psychose puerpérale | 1 | - |
| Folie des dégénérés | - | 2 |
| Paranoïa (toutes formes) | 9 | 6 |
| État psychotique aigu | - | 1 |
| Délire érotomaniaque | 1 | - |
| Psychasthénie | - | 1 |
| Troubles du comportement | 1 | - |
| État psychopatique constitutionnel | 2 | 3 |
| Psychopathie non délirante | 1 | - |
| Sans diagnostic | 10 | 5 |
| TOTAL | 46 | 39 |

Les personnes aliénées, dangereuses, anti-sociales et scandaleuses, ont été classifiées débiles, démentes, paranoïaques et psychopathes notamment. Nous verrons dans les chapitres d'analyse comment les psychiatres ont construit, par rapport aux connaissances occidentales sur les maladies mentales, ces diverses classifications diagnostiques et, surtout, comment ils ont interprété et défini ces maladies selon les comportements des personnes admises à Saint-Jean-de-Dieu entre 1920 et 1950.

³³ La liste de l'échantillon qualitatif est en annexe IV avec le prénom, l'âge, l'année de l'internement, le diagnostic et un résumé des comportements ayant justifiés l'internement.

Enfin, rappelons que l'utilisation de la théorisation ancrée dans cette recherche s'est avérée fort utile. Elle sert, en effet, à élaborer une théorie pertinente à partir de l'observation des sources et non à décrire de manière exhaustive tous les cas présents. Cette méthodologie a permis de construire des catégories conceptuelles pertinentes pour les fins de cette recherche. Partant des raisons invoquées pour justifier l'internement, nous avons cherché à comprendre comment les psychiatres de l'époque médicalisent les comportements déviants de malades non « organiques ». En effet, nous ne cherchons pas à décrire les milliers de parcours de personnes internées, mais bien à saisir les perceptions de ce qu'est la folie à cette époque et la construction des savoirs médicaux qui justifient la mise à l'écart, en asile, de certains individus.

2.2.3. Les écrits des psychiatres.

Puisque, à leur admission, les patients sont diagnostiqués par les psychiatres, il fallait aussi établir quelles sont les connaissances médicales en psychiatrie à cette époque. Les savoirs psychiatriques, depuis l'avènement de l'asile, sont le fait d'aliénistes, de psychiatres et de neurologues d'origine européenne et nord-américaine. Tant les théories de Morel, de De Clérambeault, de Kraepelin, de Meyer que celles de Freud trouvent écho chez les psychiatres et neuro-psychiatres d'ici durant la période de 1920 à 1950. Le choix d'étudier les écrits des médecins ayant travaillé à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu s'explique en grande partie par la nécessité de garder le sujet d'étude cohérent. Si nous étudions les raisons d'internement des patients de cette institution, il appert pertinent de se pencher également sur les écrits et pratiques de ceux qui ont signé les formulaires d'internement et posé un diagnostic. La classification des aliénés est possible grâce aux recherches tant sur les causes que sur les symptômes, ainsi que de l'adoption de conceptions médicales spécifiques sur la folie.

Les écrits des psychiatres franco-montréalais sont consignés dans quatre lieux de conservation de documents : la Bibliothèque des médecins de Saint-Jean-de-Dieu (aujourd'hui appelé Centre de documentation de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine), le Fonds du Dr. Chagnon aux Collections spéciales et livres rares de la Bibliothèque des sciences humaines de l'Université de Montréal, de même qu'à la Bibliothèque des sciences humaines et à la Bibliothèque de la santé de l'Université de Montréal. La richesse de la Bibliothèque des médecins de Saint-Jean-de-Dieu indique d'abord que les médecins étaient au courant des études en cours un peu partout en Amérique du Nord et en Europe à l'époque. Abonnés à diverses revues spécialisées et possédant les ouvrages les plus importants publiés depuis le début du XIXe siècle, ils ne sont pas ignorants des connaissances en cours. Plusieurs revues sont disponibles de même que quelques livres datant de 1920 mais surtout de 1945 à nos jours. Nous avons consulté *L'évolution psychiatrique* et *L'encéphale*, deux revues françaises, de même que le périodique américain *American Journal of Psychiatry*. Toutefois, la littérature produite par les psychiatres d'ici est volumineuse et l'analyse des chapitres quatre et cinq est faite à partir de la revue canadienne française, *L'Union médicale du Canada*, et de manuels et ouvrages médicaux divers, tous dans le champ de la psychiatrie.

Les ouvrages des psychiatres franco-montréalais, disponibles à la Bibliothèque des médecins de Saint-Jean-de-Dieu sont peu nombreux. En raison de rénovations importantes depuis près de trois ans et particulièrement du déménagement du Centre de documentation de l'hôpital, la majorité des « livres rares » datant de la période antérieure à 1945 n'est pas disponible. Nous avons malgré tout consulté les manuels de psychiatrie et de neuro-psychiatrie disponibles. Toutefois, le moteur de recherche de l'institution nous a permis de faire une liste des livres rares indexés au catalogue et de connaître les manuels présents à Saint-Jean-de-Dieu durant la première moitié du XXe siècle. Avec cette liste, nous nous sommes tournée vers l'Université de Montréal qui dispose de trois lieux où l'on retrouve les livres et revues de l'époque en psychiatrie. D'abord, aux Collections spéciales et livres rares de la Bibliothèque des sciences humaines, qui ont acquis le Fonds d'archives du Dr. Chagnon, psychiatre à Saint-Jean-de-Dieu au début du XXe siècle. Dans ce fonds, nous retrouvons quelque 2000 brochures et ouvrages traitant de médecine et de médecine mentale publiés au XIXe siècle jusqu'à 1960. Nous y avons puisé divers documents écrits par les

psychiatres européens et nord-américains, dont *La personnalité humaine* de Delmas et Boll (1922), le *Manuel de neuro-psychiatrie* de Langlois, Saucier et Amyot (1930), neuro-psychiatres montréalais, et les *Activités hospitalières des Sœurs de Charité de la Providence* (1937).

À la Bibliothèque de la santé de la même université, nous avons dépouillé systématiquement tous les numéros de la revue *L'Union médicale du Canada* de 1920 à 1950 pour trouver les articles écrits par les psychiatres et médecins de Saint-Jean-de-Dieu et plus largement de Montréal et du Québec. Ce périodique est central pour l'étude des savoirs à Saint-Jean-de-Dieu. C'est aussi dans cette bibliothèque que l'on retrouve le *Cours des maladies mentales* donné par le Dr. Tétreault à Saint-Jean-de-Dieu (circa 1920). Enfin, à la Bibliothèque des sciences humaines, nous avons consulté les mémoires en service social sur Saint-Jean-de-Dieu entre 1940 et 1955. Si trois d'entre eux nous informent sur les lobotomisés (1953), les anciens combattants (1948) et les alcooliques (1950), le mémoire utilisé dans cette recherche est celui de Sœur Louise de l'Assomption sur l'histoire de Saint-Jean-de-Dieu (1951).

2.2.4. Les sources manuscrites officielles.

Enfin, nous avons utilisé les sources officielles publiées par le gouvernement du Québec. Nous avons ainsi consulté les *Statuts du Québec* pour la période allant de 1909 à 1950 afin d'y retracer les lois et modifications de lois concernant les asiles d'aliénés de la Province de Québec. Nous avons ensuite dépouillé systématiquement tous les *Rapports des Inspecteurs aux Asiles et Prisons* et les *Rapports annuels des surintendants médicaux* dans les *Documents de la Session parlementaire de la Province de Québec*, section Hôpital Saint-Jean-de-Dieu pour les années 1920 à 1934.

Avec la création du ministère de la Santé en 1935 et du ministère de la Santé et du Bien-être social en 1944, les rapports annuels sur les hôpitaux pour aliénés du Québec sont plus courts et ne comprennent que des données quantitatives, non plus par le surintendant de chaque institution mais par un seul médecin, à titre de secrétaire général. Si les anciens surintendants faisaient auparavant une interprétation des mouvements d'entrée et de sortie, à partir de cette date, le corps de texte se résume à une brève introduction aux divers tableaux de la population psychiatisée et, souvent, les statistiques offertes concernent l'ensemble des institutions du Québec. C'est à partir de ces rapports annuels que les tableaux quantitatifs sur le nombre de patients selon les causes de leur internement par catégories diagnostiques ont pu être réalisés. Mettant en relief les changements nosographiques des psychiatres et surintendants de l'époque, il était essentiel de montrer les différentes classifications officielles utilisées et reproduites dans ces rapports.

De manière complémentaire, nous avons consulté *L'Annuaire statistique du Québec*, qui comprend les données quantitatives sur le nombre de patients admis et présents à Saint-Jean-de-Dieu. Ces données ont permis de tracer un graphique de l'augmentation de la population asilaire entre 1921 et 1951. Quelques éléments quantitatifs et visuels proviennent d'agences gouvernementales, comme les statistiques sur la population de Montréal et du Québec, disponibles sur le site de *Statistiques Québec*, et les cartes de l'Île de Montréal, sur le site des *Archives nationales du Québec*.

2.2.5. L'analyse des données.

C'est à l'aide de l'analyse documentaire que les écrits des psychiatres, tant dans les revues et manuels que dans les dossiers et rapports annuels, ont été analysés. Si nous présentons l'analyse documentaire ici, il nous faut mentionner que les écrits contenus dans les dossiers des patients, une fois mis en catégories conceptuelles, ont également été analysés à l'aide de la méthodologie d'analyse des documents écrits. Les tableaux statistiques annuels

de *L'Annuaire statistique du Québec* ont servi à démontrer l'augmentation croissante de la population asilaire, alors que les sources manuscrites officielles les plus riches sont les *Rapports annuels des surintendants médicaux* de Saint-Jean-de-Dieu, les rapports des docteurs Devlin et Noël, et les tableaux sur les causes présumées des maladies mentales des patients et leur classification par diagnostics. Si, à partir de 1934, ces rapports sont plus minces, ils permettent néanmoins de suivre l'évolution des changements diagnostiques au Québec. Les articles, cours et manuels écrits par les psychiatres montréalais ont permis de mettre en lumière les diverses écoles de pensée et opinions sur la situation des asiles d'aliénés et les recherches occidentales sur la folie.

Toutes les sources écrites ont été analysées et mises en récit selon les critères méthodologiques de l'analyse documentaire³⁴. Alors que les articles, ouvrages, cours et rapports écrits par les psychiatres sont publics et « officiels », les dossiers des patients doivent être analysés avec plus de circonspection. Il faut d'abord bien situer la voix de l'acteur en question et voir si ses propos sont bien retranscrits. Les documents relatant les entrevues d'admission et la correspondance sont notés en sténographie puis retranscrits par dactylo et mis au dossier. Les entrevues des assistantes sociales sont rédigées par elles et résument les conversations avec les proches. Les autres parties des dossiers, soit la fiche d'admission, l'histoire personnelle, familiale, les causes de l'internement et la description des symptômes observés, sont prises en note par les infirmières religieuses ou laïques, selon leurs propres observations, les commentaires des proches, de la police, du médecin de famille ou encore du psychiatre interne. Enfin, toute la correspondance est originale et signée de la main des auteurs.

Tant l'authenticité que la fiabilité des sources officielles et des dossiers médicaux sont vérifiées car l'origine de ces sources est connue. Si le vocabulaire médical peut être de prime abord difficile, les ouvrages de références en histoire de la psychiatrie et les explications des psychiatres de l'époque dans leurs manuels et articles nous ont été utiles pour bien

³⁴ André Cellard, « L'analyse documentaire » dans Poupart et al. *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 1997, pp. 251-271.

comprendre les divers termes. Aussi, plusieurs expressions des proches du patient, du patient lui-même et des psychiatres ont été citées textuellement pour en garder le caractère singulier.

L'analyse de ces écrits est aussi inductive que déductive. Alors que l'approche positiviste présentait les « faits » de manière descriptive, les écoles historiques de la deuxième moitié du XXe siècle fondent leur analyse sur l'« histoire problème » et interrogent les sources³⁵. Comme le précise Cellard,

C'est cet enchaînement de liens entre la problématique du chercheur et les diverses observations puisées dans sa documentation qui lui permet de formuler des explications plausibles et de dégager une interprétation cohérente, de procéder à une reconstruction d'un aspect quelconque d'une société donnée à tel ou tel moment³⁶.

Nous espérons avoir mis en évidence, tant par les choix d'extraits que par la mise en récit, un éventail de discours aussi large et riche que possible. La validité de l'analyse qualitative des sources n'est plus à faire. Plusieurs épistémologues ont largement traité de cette question depuis plusieurs décennies en abordant les notions de subjectivité et de mise en récit notamment et, force est de constater que, bien que l'histoire s'écrive au présent, elle nous permet néanmoins d'avoir un regard critique sur le passé et d'en avoir une meilleure compréhension.

2.3. Les limites.

Comme le rappelle avec justesse Laperrière, l'utilisation de la théorisation ancrée ne donne pas un produit fini puisque les comparaisons et les apports sont infinis³⁷. Les catégories construites et l'analyse effectuée dans cette recherche ont été faites selon des

³⁵ *Ibid.*, p. 260.

³⁶ *Ibid.*, p. 260.

³⁷ Anne Laperrière, « La théorisation ancrée », *op. cit.*, p. 325.

règles méthodologiques valables, et mettent en lumière des dynamiques sociales en regard de la folie à partir du matériel empirique que sont les dossiers des patients et les écrits des psychiatres durant une période donnée, 1920-1950. Ceci dit, les données utilisées ne sont pas « totalisantes », c'est-à-dire que l'analyse de tous les dossiers nous donnerait matière à voir d'autres profils d'internement surgir. En cela, tout un champ d'investigation historique est à poursuivre pour mieux comprendre les différentes variables, sur la longue durée et selon un lieu précis, qui ont justifié l'internement asilaire de milliers de personnes au Québec depuis près de deux siècles.

L'objet de cette thèse se concentre sur ce que le Dr. Tétrault appelle l'aliénation mentale. Ainsi, à défaut de connaître les causes physiologiques de certaines maladies, il faut alors se demander sur quelle base les psychiatres justifient médicalement l'internement d'individus aux comportements dits anti-sociaux et scandaleux. Ce choix constitue une limite. Prenant acte des causes connues à l'époque, la sélection des cas selon certains diagnostics laisse place à une absence, celle des enfants, des syphilitiques et des personnes âgées, qui quoique diagnostiqués pour arriération, paralysie, épilepsie ou sénilité, peuvent également avoir eu des comportements jugés anti-sociaux. Nous espérons que des recherches futures aborderont ces cas³⁸.

Enfin, notons que cette recherche ne s'insère pas dans le courant de l'histoire des professions et des institutions. Bien que faisant état de la formation des psychiatres montréalais et de l'histoire d'un asile, Saint-Jean-de-Dieu, cette thèse s'inscrit dans deux champs, l'histoire sociale et l'histoire des connaissances. Nous avons étudié d'une part les réactions sociales à l'égard de la déviance mentale en tenant compte des discours sur les comportements susceptibles d'être diagnostiqués comme de l'aliénation mentale par divers acteurs de l'époque. D'autre part, la construction des connaissances médicales sur la

³⁸ Le sujet de l'enfance a été traité récemment par Hubert Wallot dans son ouvrage sur le Mont-Providence (actuel Hôpital Rivière-des-Prairies) et la syphilis dans le mémoire de Jérôme Boivin sur la lutte contre les maladies vénériennes. Le sujet de la démence sénile et de l'épilepsie n'ont toujours pas fait l'objet de recherches au Québec. Hubert Wallot, *Peut-on guérir d'un passé asilaire? Survol de l'histoire socio-organisationnelle de l'hôpital Rivière des Prairies*, Montréal, MNH Publications, 2005; Jérôme Boivin, « État Protecteur – État Promoteur ». *La campagne antivénérienne dans le Québec de l'entre-deux-guerres*, Mémoire de maîtrise en histoire, Université Laval, 2008.

déviante mentale qui légitime le rôle du psychiatre et le met dans la position d'expert qui reconnaît et classifie les comportements déviants à l'aide d'une terminologie médicale.

Conclusion

Le travail de l'historien repose sur les sources qu'il peut consulter. Nous ne pouvons inventer de traces et, si plusieurs sources sont absentes, détruites ou introuvables, nous devons composer avec ces lacunes. Même si les silences du passé sont parfois éloquentes, l'analyse empirique d'un sujet est vite close sans la présence de documents parlants. Le sujet de la folie pourrait donc faire partie de ces champs difficiles à défricher. Mais, grâce à la collaboration de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine, nous avons eu accès à des sources d'une richesse plus que suffisante : les dossiers des patients internés à Saint-Jean-de-Dieu entre 1920 et 1950. Ces sources permettent de mettre en lumière non seulement les discours des psychiatres sur les patients, mais également ceux tenus par les proches et ceux des patients eux-mêmes. À l'aide de la théorisation ancrée et de l'analyse documentaire, nous avons analysé et conceptualisé les données présentes dans ces dossiers, de même que dans les sources publiques, médicales et gouvernementales. Sans contredit, la valeur historique des dossiers médicaux ouvre la voie à de nouvelles connaissances dans le champ de l'histoire de la psychiatrie au Québec pour la période de 1920 à 1950. Si cette thèse porte sur les causes et diagnostics d'internement dans une analyse qualitative et, en cela, se limite à certains documents et dossiers, nous souhaitons pouvoir fouiller ce fonds d'archives dans le futur. Les sujets à explorer à l'aide des méthodes d'analyse de cette thèse de même que d'autres méthodes sont nombreux et méritent d'être étudiés pour mieux comprendre un processus mal connu de notre passé, la mise à l'écart de certaines personnes jugées aliénées ou malades.

CHAPITRE 3

DE L'ASILE A L'HOPITAL SAINT-JEAN-DE-DIEU

Saint-Jean-de-Dieu, haut lieu de la folie, portait deux autres noms, complémentaires, Gamelin qui désignait la municipalité que l'asile formait à lui seul, et Longue-Pointe qui indiquait son emplacement sur l'île de Montréal, près du site de l'ancien parc Dominion, entre les raffineries nauséabondes et le village de Pointe-aux-Trembles.
Jacques Ferron¹

Entre 1920 et 1950, l'asile Saint-Jean-de-Dieu a accueilli des milliers de personnes. Déments, débiles, paralytiques, maniaques, psychopathes et paranoïaques y ont vécu quelque temps ou le reste de leurs jours. Avant de rendre compte de la gestion et du fonctionnement de cet asile durant la même période, ce chapitre en rappelle son histoire et examine les lois le concernant depuis son inauguration en 1873. Par ailleurs, l'histoire de cette institution est étroitement liée au contexte sociopolitique de l'époque. Il faut donc en tenir compte pour comprendre, notamment, à quels besoins elle a répondu entre 1920 et 1950. Cette période est aussi celle de la « modernisation » de Saint-Jean-de-Dieu. Affilié à l'Université de Montréal en 1928, l'asile compte de plus en plus de médecins et de techniques médicales de laboratoire. Tant la recherche sur les maladies mentales que les traitements prodigués s'apparentent de plus en plus à la médecine générale. Cette « modernisation » a lieu sous la surintendance de deux psychiatres, le Dr. Devlin de 1918 à 1931 et le Dr. Noël de 1932 à 1951.

¹ Jacques Ferron, *La conférence inachevée. Le pas de Gamelin et autres récits*. Montréal, VLB éditeur, 1987, p. 19.

3.1. Les asiles, lieux de convergence des exclus de la cité au XIXe et XXe siècles.

Le XIXe siècle est connu comme étant celui de la construction de vastes et véritables cités asilaires². Au Bas-Canada, l'asile naît en 1839 avec le *Montreal Lunatic Asylum* installé à la Prison au Pied-du-courant à Montréal. Il fermera ses portes en 1845. Déments, mélancoliques, imbéciles, furieux y ont été internés pendant ce court laps de temps. À la fermeture du *Montreal Lunatic Asylum*, ses patients sont transférés à l'Asile de Beauport dans la région de Québec, inauguré cette année-là. Celui-ci devient le premier asile permanent au Canada. Il est organisé selon le modèle de l'asile de Glasgow en Écosse³. C'est donc dans un contexte de forte immigration britannique – surtout irlandaise –, d'urbanisation croissante, de conflits socio-ethniques, de crise économique, celle des années 1830, d'une recrudescence de la misère et de l'indigence que les dirigeants politiques et experts du social commencent à vouloir encadrer les comportements déviants. La folie fait, en effet, de plus en plus honte et peur.

Durant la première moitié du XIXe siècle, grâce aux travaux des Français Pinel et Esquirol, les aliénistes canadiens diffusent et appliquent le traitement moral dans un lieu unique, l'asile⁴. Comme l'a bien démontré Cellard, la théorie morale de Philippe Pinel est une théorie psychologique aux sources humanistes de la période des Lumières qui s'élèvent contre la souffrance humaine⁵. Pinel, en libérant symboliquement les folles de leurs chaînes (1795), voulait en prendre soin et les guérir dans un environnement plus humain. William

² Sur les bases philosophiques de Philippe Pinel et William Tuke. Pour le Québec, voir André Cellard, *Histoire de la folie et société au Québec de 1600 à 1850*, Montréal, Boréal, 1991. Pour le Canada anglais et les États-Unis, voir Cheryl Krasnick-Warsh, *Moments of Unreason. The Practice of Canadian Psychiatry and the Homewood Retreat, 1883-1923*, Montreal et Kingston, McGill-Queens University Press, 1989 et Nancy Tomes, *A Generous Confidence. Thomas Story Kirkbride and the Art of Asylum-keeping, 1840-1883*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.

³ André Cellard, *Histoire de la folie, op. cit.*, p. 205.

⁴ Guy Grenier, *Les monstres, les fous et les autres : la folie criminelle au Québec*, Montréal, Éditions Trait d'union, 1999 et Peter Keating, *La science du mal : l'institution de la psychiatrie au Québec, 1800-1914*, Montréal, Boréal, 1993.

⁵ André Cellard, *Histoire de la folie, op. cit.*, p. 124.

Tuke (1792) en Angleterre et Benjamin Rush (1811) aux États-Unis proposent la même solution : isoler le malade dans un espace éclairé et régulé à l'extérieur de la ville⁶. Pourtant, à cette époque, celle des révolutions et du nouvel ordre bourgeois, le fou et la folle sont de plus en plus perçus comme des individus mettant en danger les autres membres de la société, tant par leur immoralité que par leur dangerosité. L'asile apparaît alors comme un lieu plus humain pour les fous ou comme un endroit de mise à l'écart, non plus seulement sur la base de leurs comportements, mais aussi pour des raisons médicales. On divise ainsi les criminels, judiciairisés, des fous, médicalisés.

C'est toujours pour cause de confusion, d'incohérence et d'irrationalité de la pensée, du discours ou des gestes que l'on caractérise le fou, et pour des raisons de danger public que l'on justifie son internement. S'il n'est pas dangereux, il est interné pour vagabondage, irrégion ou indécence lorsque la famille ne le peut plus. Les médecins utilisent de plus en plus un vocabulaire savant comme « dépression », « manie » et « delirium tremens ». Ces termes ont été créés dans la foulée des travaux sur la folie par Pinel, Tuke et Esquirol et leurs études sur la manie et la monomanie⁷.

L'asile St-Jean-de-Dieu, situé dans la partie est de l'Île de Montréal, ouvre ses portes en 1873 et le *Protestant Hospital for the Insane* à Verdun, en 1890. Notons également que l'année 1890 voit l'asile de Beauport prendre le nom d'asile St-Michel-Archange. Celui-ci est administré par les Sœurs de la Charité. Alors que saint Jean de Dieu représente le patron des malades pauvres et des aliénés, saint Michel Archange, lui, a chassé le démon en enfer. C'est au cours de la deuxième moitié du XIXe que l'on assiste à la construction des grands asiles dont la vocation est d'assister, de traiter et d'enfermer les aliénés de la province. Ainsi, ces derniers se retrouvent dans les trois asiles du Québec : celui de Saint-Michel-Archange à Québec qui répond aux besoins de la population de l'est de la province, celui de Saint-Jean-

⁶ Pinel n'a pas lui-même cassé les chaînes des fous. Voir à ce sujet : Dora B. Weiner *Comprendre et soigner : Philippe Pinel (1745-1826), La médecine de l'esprit*, Paris, Fayard, 1999.

⁷ André Cellard, *Histoire de la folie, op. cit.*

de-Dieu qui accueille les aliénés de l'ouest de la province et le *Protestant Hospital for the Insane* de Verdun qui dessert la population non catholique de la province⁸.

Sur le plan médical, on peut dire, qu'au cours de cette période l'avancement des connaissances sur l'aliénation mentale est assez rapide. Les travaux de Morel sur la dégénérescence héréditaire en sont un bel exemple. Guy Grenier et Peter Keating ont étudié cette théorie médicale et sa diffusion au Québec. Ces deux historiens s'entendent pour dire que la façon morélienne d'expliquer l'aliénation mentale a été en application dans les asiles québécois jusqu'aux années 1920. La théorie de la dégénérescence héréditaire, héritière de l'anthropologie, de l'histoire naturelle et de la médecine expérimentale, explique l'aliénation mentale par une déviation malade due à l'influence d'un mauvais milieu physique et d'une mauvaise éducation, une déviation qui se transmet aux générations suivantes⁹. Cette transmission de la maladie par l'hérédité est progressive et cumulative.

La théorie de Morel se base sur la notion biblique de « déviation du type primitif » ou, si l'on préfère, sur le péché originel. Ainsi, la dégénérescence s'opère en quatre phases : 1) dépravation morale; 2) manie; 3) arriération mentale; 4) stérilité et extinction de la lignée. Les causes premières sont alors les mauvaises conditions de vie (logement, nourriture), l'alcool, l'immoralité et l'hérédité dans les générations suivantes¹⁰. Alors que l'on peut prévenir la folie, cette théorie amène aussi une perception fataliste car la guérison à partir de la deuxième génération ne semble plus possible. La théorie de Morel sera d'ailleurs remise

⁸ Saint-Jean-de-Dieu accueille les comtés de Argenteuil, Beauharnois, Berthier, Brome, Bagot, Chambly, Chateauguay, Deux-Montagnes, Huntington, Iberville, Joliette, Jacques-Cartier, Labelle, L'Assomption, Laprairie, Laval, Maisonneuve, Missisquoi, Montcalm, Montréal, Napierville, Ottawa, Pontiac, Richelieu, Rouville, Saint-Jean, Shefford, Soulanges, Standstead, St. Hyacinthe, Terrebonne, Vaudreuil, Verchères, Westmount, Yamaska. Dans Alcée Tétreault, *Cours des maladies mentales données à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, circa 1920, p. 55. Il y recopie les lois sur les asiles en vigueur dans la Province de Québec.

⁹ Guy Grenier, *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentales au Québec entre 1885 et 1930*, Maîtrise en histoire, Université de Montréal, 1990, pp. 15-16.

¹⁰ Guy Grenier, *L'implantation et les applications de la doctrine*, op. cit. et Ian Dowbiggin, *La folie héréditaire ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIXe siècle*, (traduit par G. LeGaufey) Paris, E.P.E.L., 1993.

en question pour cette raison et aussi parce que les phases identifiées ne sont pas vérifiables empiriquement. Dans les faits, la folie frappe n'importe où, n'importe quand et n'importe qui et non seulement les descendants de dépravés. On a cependant associé cette théorie à l'anxiété grandissante créée par la peur des classes populaires urbaines. En France, le concept tend à disparaître vers 1890 pour être remplacé par une nouvelle représentation de la maladie mentale amenée par les neurologues, avec Charcot notamment¹¹. Or, au Québec, l'année 1890 marque plutôt la découverte des thèses de Morel, adaptées par son disciple, Magnan.

À la même époque, le système asilaire est critiqué car sa population regroupe un mélange d'incurables, de fous-criminels et de non-aliénés. En 1885, une loi gouvernementale place le contrôle de l'asile entre les mains des surintendants médicaux, médecins payés par l'État. L'administration reste entre les mains des Sœurs de la Providence à Saint-Jean-de-Dieu¹². Le Dr. Bourque, le surintendant médical à Saint-Jean-de-Dieu, adopte la doctrine de la dégénérescence de Magnan, avec qui il a étudié à Paris avant 1885. Cette doctrine établit des liens entre l'alcoolisme et la folie, la folie et la criminalité, et la folie et l'hérédité. Elle classe également les maladies en deux grands groupes : celles qui ont des causes organiques comme la folie des dégénérés et celles qui ont des causes fonctionnelles comme le délire chronique. Le fou doit désormais être perçu comme un être malade et sa folie est associée à un arrêt du développement du cerveau, à une lésion ou encore à l'hérédité. C'est à ce moment que l'enseignement des maladies mentales commence à l'Université Laval et à l'Université McGill¹³.

Au début du XXe siècle, une rupture s'opère par rapport à l'explication de l'aliénation avec l'arrivée de théoriciens et praticiens comme Freud en psychanalyse et de Janet en psychiatrie dynamique. Comme le souligne le psychanalyste Franz Alexander,

¹¹ Ian Dowbiggin, *La folie héréditaire*, *op. cit.*

¹² Guy Grenier, *L'implantation et les applications de la doctrine*, *op. cit.*, p. 50.

¹³ *Ibid.*, p. 59.

By offering a scientific framework for treating the mind, and a clinical terminology for conceptualizing mental disorders, psycho-analysis gave hope to the attempt to bring the mind back into medicine and to explore scientifically the causal mechanisms between mental and physical disorders¹⁴.

Ce qu'il faut désormais appeler la psychiatrie émerge de la médecine clinique et de la recherche des causes physiques, tant externes qu'internes, de la maladie mentale. Par ailleurs, depuis Bayle et sa découverte du rôle des lésions dans les cas de paralysie générale (1822), la neurologie connaît un essor fulgurant à la fin du XIXe siècle¹⁵. Les psychiatres délaissent les théories pinéliennes et moréliennes sur les causes psychologiques et dégénératives héréditaires et s'orientent vers une explication physiologique des maladies mentales en étudiant le cerveau. Les théories psychogéniques, toutefois, sont adoptées par certains pour expliquer l'origine des symptômes d'aliénation dans les cas où la neurologie ne trouve toujours pas de causes¹⁶. Dès lors, ces deux écoles s'entendront ou s'opposeront, selon les époques, sur les causes et les traitements des maladies mentales.

¹⁴ Franz Alexander (1936) cité dans Nissim Mizrahi, « From Causation to Correlation : The Story of Psychosomatic Medicine, 1939–1979 », *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 25, 2001, p. 324.

¹⁵ Bonnie Ellen Blustein, « « A Hollow Square of Psychological Science » : American Neurologists and Psychiatrists in Conflict », dans Andrew Scull, éd. *Madhouses, Mad-Doctors and Madmen, The Social History of Psychiatry in the Victorian Era*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, 1981, pp. 241-270.

¹⁶ Une étude plus approfondie reste à faire sur l'intégration des théories psychogéniques au Québec. L'école de la psychiatrie dynamique est diffusée par le Dr. Devlin. La résistance à la psychanalyse est forte au Québec jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. Elle sera intégrée plus particulièrement à l'Institut Albert-Prévost et à Saint-Jean-de-Bosco.

3.2. L'Asile Saint-Jean-de-Dieu de Longue-Pointe, Montréal, 1873-1918.

Si l'Asile d'aliénés St-Jean-de-Dieu ouvre ses portes en 1873 sous la gouverne des Sœurs de la Providence, l'assistance aux aliénés a commencé au milieu des années 1820 avec l'œuvre de Émilie Gamelin (1800-1851)¹⁷. C'est en 1844 qu'est officiellement fondée, sous la gouverne de Mgr Bourget, la communauté des Sœurs de la Charité de la Providence. Avec l'augmentation progressive du nombre de personnes hébergées dans les deux maisons d'assistance, Mère Gamelin se rend en 1850 à Baltimore aux États-Unis pour y visiter les asiles afin d'établir ce type d'établissement à Montréal¹⁸. En 1852, les Sœurs de la Providence reçoivent en donation une terre à Longue-Pointe, endroit où elles feront construire l'Asile Saint-Jean-de-Dieu en 1874-75 sur les plans du *Mount Hope Retreat* de Baltimore¹⁹. Le premier contrat entre les Sœurs de la Providence et le gouvernement du Québec est signé en 1873, suivent alors la construction et l'inauguration du premier asile, dit Hospice St-Jean-de-Dieu, en 1875, sous le directorat de Mère Thérèse-de-Jésus²⁰. À la fin de 1875, on compte déjà 408 patients et, six ans plus tard, leur nombre atteint 745²¹.

¹⁷ Bernard Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis H. Lafontaine. Évolution historique de l'Hôpital psychiatrique de Montréal*, Montréal, Méridien, 1989, pp.27-28 et 32. Courteau utilise comme sources l'écrit de Bellay de 1892, l'article des Drs. Noël et de Bellefeuille dans l'*Union médicale du Canada* de 1931, les rapports annuels des surintendants et des inspecteurs, l'album centenaire de l'institution de 1973 et le bref historique de Saint-Jean-de-Dieu de 1976. Nous avons en notre possession tous ces documents et les aspects présentés dans les prochaines pages ont été corroborés par les autres sources, notamment celles utilisées par Courteau.

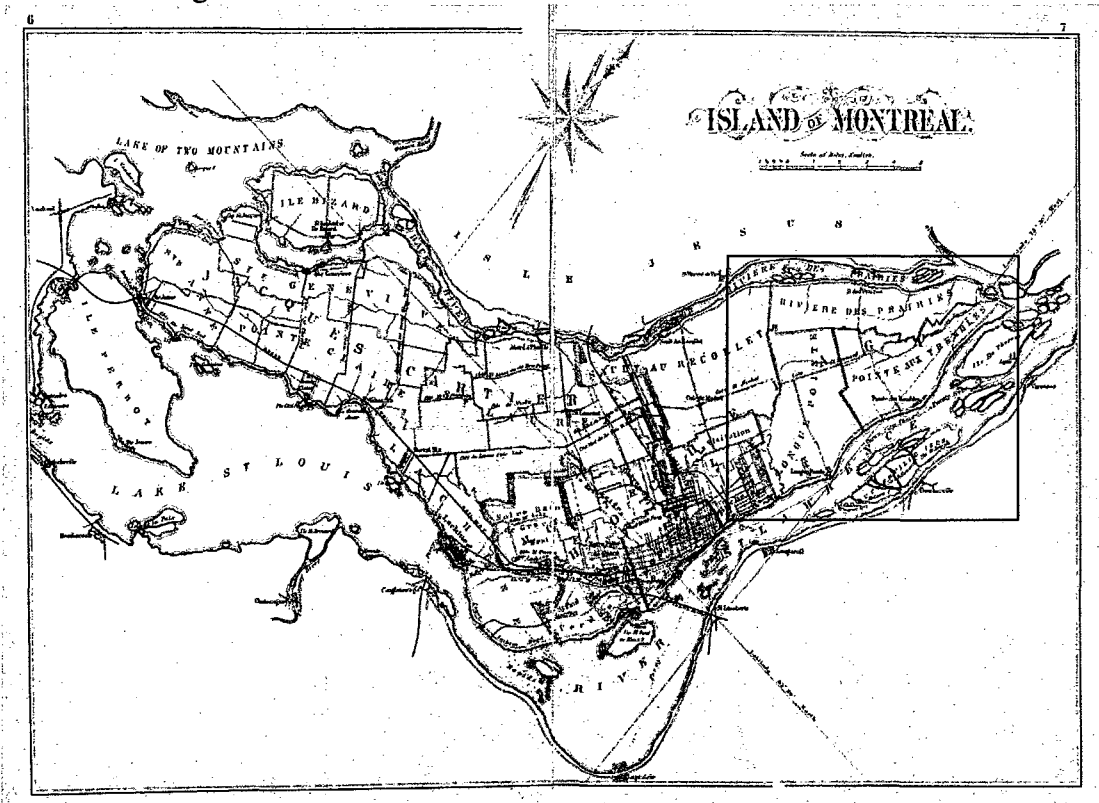
¹⁸ *Ibid.*, p. 34.

¹⁹ Omer Noël et Gaston de Bellefeuille, « L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *L'Union Médicale du Canada*, Tome LXI, No. 2, Février 1932, p. 243. Il faut noter qu'en 1868, le gouvernement met en place le « Bureau des Inspecteurs des Asiles et Prison » dans la Province de Québec.

²⁰ *Bref historique de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, 1976 [réed. 1991].

²¹ Bernard Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis H., op. cit.*, p. 47.

Carte 3.1. Longue Pointe sur l'Île de Montréal en 1879



Carte 3.2. Emplacement de l'Asile Saint-Jean-de-Dieu en 1879



L'organisation de l'asile est fortement critiquée en 1885 avec la Loi sur les asiles d'aliénés et la mise en place d'une Commission d'enquête en 1888²². À l'époque, tant les médecins-aliénistes que les Sœurs se tournent du côté des pays étrangers pour améliorer leur institution. Pour les médecins, il s'agit de se mettre au diapason des nouvelles connaissances. Les Sœurs de la Providence, quant à elles, espèrent améliorer la gestion de leur établissement et se mettre à jour par rapport aux soins prodigués aux malades. Sœur Thérèse-de-Jésus, Mère Supérieure de l'Ordre jusqu'en 1891, se rend elle-même en Europe et aux États-Unis en 1889 pour visiter les différentes installations asilaires. Elle revient avec de nouvelles idées qui seront implantées à l'Asile Saint-Jean-de-Dieu²³.

Toujours à la même époque, le Dr. Bourque de Saint-Jean-de-Dieu assiste au Congrès international de médecine mentale de 1889 à Paris. De retour à Montréal, Bourque refonde la classification des maladies mentales à la lumière des théories de Magnan, et ce, même si ces théories font l'objet de débats houleux entre les médecins européens²⁴. De fait, 1889 marque l'entrée et la diffusion de la théorie de la dégénérescence héréditaire au Canada français²⁵. Qui plus est, cette théorie s'allie bien avec les conceptions spontanées que se fait l'élite catholique canadienne-française de l'aliénation mentale. Sexualité trop ardente, intempérance et autres abus étaient depuis longtemps au nombre des causes de la dépravation morale. Cette théorie médicale enseigne maintenant, en effet, que l'immoralité est l'une des causes de la déviance mentale.

²² Bernard Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis H.*, op. cit., p. 53. La Commission d'enquête et la construction d'un asile protestant sont les conséquences de « l'Affaire Lyman » dans les années 1880. Sur ce sujet, voir Guy Grenier, *Les monstres, les fous et les autres*, op. cit.

²³ *Notes historiques de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, faisant suite à l'histoire du dit hôpital écrite en 1892, par Monsieur Bellay, et racontant les cinquante années de son existence, 12 pages, 1923.

²⁴ *Bref historique de l'Hôpital*, op. cit.

²⁵ Guy Grenier, *L'implantation et les applications de la doctrine*, op. cit.

Saint-Jean-de-Dieu brûle en 1890 et est reconstruit, en pierre cette fois-ci, en 1901. Avec douze grands pavillons, l'asile a maintenant une capacité de 3000 patients²⁶. En 1898, dans les installations temporaires on compte 1579 patients, et à l'ouverture, en 1901, des nouveaux locaux, 1844 patients y sont internés²⁷. La surintendance médicale passe aux mains du Dr. Villeneuve en 1900. Il restera en poste jusqu'à sa mort en 1918. À la fin du siècle, sept médecins travaillent à l'asile : les docteurs Bourque, Devlin, Tétreault, Chagnon, Villeneuve, Desgrobois et Hackett. Sur le plan médical, l'Asile St-Jean-de-Dieu harmonise sa classification avec les autres institutions du genre au Québec en plus d'adopter le système de *non-restreint*, de la thérapie par le travail et des congés d'essai²⁸. On tente alors de prévenir la folie chronique et incurable par la mise en place d'un système d'internement hâtif au lieu de simplement soulager la société de ses « fous ». Ceci dit, avec le souci d'être une spécialité médicale qui prévient et traite les troubles mentaux, l'internement des personnes présentant des symptômes mineurs a à la fois augmenté la population asilaire et élargi le bassin des comportements associés à l'aliénation mentale²⁹.

Devant l'augmentation des cas chroniques, des institutions pour les incurables sont construites au Québec³⁰. La loi de 1909, loi refondue de 1885, spécifie que seuls les « idiots ou imbéciles, lorsqu'ils sont dangereux, une cause de scandale, sujets à des attaques d'épilepsie, ou d'une difformité monstrueuse » peuvent y être admis³¹. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent avec la Loi de 1909, les autres patients doivent être internés avec un

²⁶ Bernard Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis H.*, *op. cit.*, p. 72.

²⁷ Omer Noel et Gaston de Bellefeuille, « L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *op. cit.*, p. 246.

²⁸ Bernard Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis H.*, *op. cit.*, p. 75.

²⁹ La prévention se fait à l'intérieur des murs de l'asile avec la politique d'internement hâtif. Ce système voit augmenter la population asilaire de manière importante et, le sous-financement des institutions du genre au Québec amène un problème de gestion économique. Voir André M. Paradis, « Le sous-financement gouvernemental et son impact sur le développement des asiles francophones au Québec (1845-1918) », *RHAF*, Vol. 50, No. 4, 1997, pp. 571-598. À partir des années 1920, le mouvement d'hygiène mentale tente de prévenir l'aliénation mentale à l'extérieur des murs de l'asile.

³⁰ Bernard Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis H.*, *op. cit.*, p. 81.

³¹ S.R.Q. 1909, Vol.II, Chap. 4, « Lunatic Asylums ».

certificat médical qui indique leur état mental, les particularités de leur maladie, les symptômes, la nécessité de les faire traiter dans un asile d'aliénés et de les y maintenir enfermés pour des raisons thérapeutiques, d'assistance ou de sécurité publique, ou privée, ou finalement dans le but de protéger l'ordre public³².

Partant de la définition de l'aliénation mentale telle que donnée par Tétreault, soit des personnes qui entrent en conflit avec la société et sont incapables à vivre en son sein, la question est alors de savoir où les psychiatres vont tracer la ligne entre les comportements jugés potentiellement dangereux, anti-sociaux et scandaleux dans une perspective d'internement hâtif. La volonté de prévenir, et, ultimement, de traiter les troubles graves par un internement « prophylactique » donne place à interprétation. En effet, comment définir, médicalement, la dangerosité, l'asocialité, le scandale et même les difformités monstrueuses? Par la médicalisation de la déviance sociale, les psychiatres mettent en place, peut-être à leur insu, un système d'internement qui sera fortement critiqué un demi siècle plus tard.

3.3. Le contexte socio-politique québécois durant la première moitié du XXe siècle.

Alors que la population du Québec double de 1881 à 1931 passant de 1 359 027 à 2 874 662, la province connaît une forte urbanisation durant la même période³³. Le taux d'urbanisation de la province de Québec passe de 36% en 1901 à 60% en 1931³⁴. Si la grande saignée vers les États-Unis sert de soupape à l'augmentation de la pression démographique durant un certain temps, l'exode rural alimente le phénomène d'urbanisation et de surpopulation des quartiers ouvriers. On estime, en effet, à 90 000 le nombre de personnes qui migrent de la campagne à la ville pour la seule décennie 1921-1931³⁵.

³² *Ibid.*

³³ Paul-André Linteau, René Durocher et Jean-Claude Robert, *Histoire du Québec contemporain, Tome 1, De la Confédération à la Crise (1867-1929)*, Montréal, Boréal, 1989, p. 26.

³⁴ Paul-André Linteau, *Histoire de Montréal depuis la Confédération*, Montréal, Boréal, 1992, p. 314.

³⁵ Bruno Ramirez, (avec coll. Yves Otis) *La ruée vers le Sud. Migrations du Canada vers les États-Unis 1840-1930*, Montréal, Boréal, 2003. (traduit de l'anglais par P. Lambert, Cornell UP, 2001)

Tableau 3.1. : Population du Québec et de la région de Montréal et taux d'urbanisation au Québec³⁶

| | 1921 | 1931 | 1941 | 1951 |
|--------------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|
| Québec | 2 360 510 | 2 874 662 | 3 331 882 | 4 055 681 |
| Ville de Montréal | 618 506* | 818 577 | 903 007* | 1 021 520* |
| Île de Montréal | 724 305 | 1 003 868 | 1 116 800 | 1 320 232 |
| Montréal et sa banlieue | 689 753 | — | — | — |
| Région métropolitaine de recensement | — | 1 023 158 | 1 139 921* | 1 395 400* |
| Taux d'urbanisation | 51,8% | 59,5% | 61,2% | 66,8% |

* Indique que le territoire s'est modifié depuis le recensement précédent.

De plus, l'immigration est élevée entre 1900 et 1914. La plupart de ces immigrants s'établissent dans la métropole. Ainsi, en 1931, 18% de la population montréalaise est née à l'étranger³⁷. Dans les années 1920, les Canadiens français forment environ 61% de la population de l'île de Montréal. Pour les catholiques plus spécifiquement, leur pourcentage sur l'Île de Montréal est de 63,1% en 1921, 63,2% en 1931, 65,6% en 1941 et 67,8% en 1951³⁸. Ces chiffres sur l'immigration, en général, et sur l'importance démographique des Canadiens français et des Catholiques, en particulier, méritent notre attention car la question du rapport entre les « races » et les maladies mentales fait partie des débats scientifiques dans le champ médical de l'époque. Morel, au XIXe siècle, affirmait que le « croisement des races » est l'une des causes de la dégénérescence. Avec la forte immigration qui caractérise le Canada au tournant du XXe siècle, il n'est pas étonnant que le gouvernement fédéral adopte, en 1907, une loi qui autorise la déportation d'immigrants qui, moins de deux ans après leur arrivée, commettent un crime moral, souffrent de dépravation morale ou sont jetés

³⁶ Dans Paul-André Linteau, René Durocher et Jean-Claude Robert, *Histoire du Québec contemporain, Tome 1, op. cit.*, p. 470 et 474 et *Tome 2, Le Québec depuis 1930*, Montréal, Boréal, 1989, p. 212, 277-281 (données vérifiées sur le site de Statistiques Québec) et Données des recensements du Canada. Tableau tiré de Linteau, *Histoire de Montréal, op. cit.*, p. 314.

³⁷ Paul-André Linteau, *Histoire de Montréal, op. cit.*, p. 315.

³⁸ *Ibid.*, p. 318 et p. 464.

en prison (crime), internés dans un asile (folie), ou pris en charge par une œuvre de charité (indigence)³⁹.

La guerre de 1914-18, l'épidémie de grippe espagnole de 1918-1919 et le ralentissement économique du début des années 1920 ont exercé des ponctions notables dans les sommes accordées par les gouvernements et les organismes privés aux plus démunis avec les conséquences sociales que l'on connaît. La fin de la guerre marque une hausse des infections syphilitiques et plusieurs soldats développent ce qu'on appelle aujourd'hui le choc post-traumatique⁴⁰. Ils se réfugient dans l'alcool et dérogent à leur rôle d'homme pourvoyeur, des comportements qui illustrent bien, selon plusieurs, leur perversion morale. Bien que le problème du « choc » de la guerre ne soit pas reconnu par le ministère fédéral de réintégration civile des soldats, qui associe l'alcool aux problèmes des ex-soldats, ces symptômes perçus comme une forme d'aliénation chez un groupe particulier ouvrent la voie à des recherches sur les émotions et sur la résistance aux blessures cérébrales et leurs conséquences.

La nomination du Dr. A.H. Desloges en 1918 comme directeur général des hôpitaux d'aliénés de la province de Québec entraîne une coordination, jusque-là inexistante, entre les hôpitaux. Le gouvernement, lui, a réglé la question des « étrangers non désirables » et des aliénés criminels. Pour les premiers, dès 1920, ainsi que la loi de l'immigration le permet depuis 1907, les asiles demandent leur déportation systématique. Les aliénés criminels, internés pour homicide, incendie, vol ou perversions sexuelles, sont quant à eux transférés à la prison de Bordeaux, construite en 1926⁴¹. En 1920, la lutte contre les maladies vénériennes est confiée au Dr. Desloges et on oblige dès lors les « filles publiques » à subir un examen médical, compte tenu qu'elles sont ciblées comme principal vecteur de contagion chez les militaires et les pères de famille.

³⁹ *Bref historique de l'Hôpital, op. cit.*

⁴⁰ À l'époque, les soldats reçoivent plusieurs étiquettes, de psychose hystérique à psychose traumatique, en passant par la démence précoce. Un article sur cette question sera publié sous peu.

⁴¹ Omer Noël et Gaston de Bellefeuille, « L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *op. cit.*, p. 249.

C'est dans ce contexte socio-politique, médical et moral que notre étude s'inscrit. La crise économique des années 1930 et la Seconde Guerre mondiale caractérisent la période du deuxième quart du XXe siècle. L'immigration diminue dans les années trente et disparaît pendant la guerre⁴². La natalité chute durant les années 1930, plusieurs personnes retardant leur projet de mariage ou d'enfants en raison des mauvaises conditions économiques⁴³. Pourtant, la population asilaire augmente sans cesse. Les raisons d'internement sont nombreuses et c'est sous la gouverne de deux surintendants médicaux que Saint-Jean-de-Dieu sera bientôt considéré comme un « dépotoir » d'aliénés.

3.4. La période du surintendant médical Devlin, 1918-1931.

Au décès du Dr. Villeneuve en 1918, c'est l'assistant surintendant médical, le Dr. Francis Eugène Devlin, qui assure l'intérim. Il y reste jusqu'en 1931. L'asile Saint-Jean-de-Dieu connaît plusieurs changements dans les années 1920. Le contrat des Sœurs de la Providence avec le gouvernement arrive à échéance et, dans une volonté de renouvellement, quelques-unes visitent des asiles aux États-Unis en 1921 pour prendre note des nouvelles technologies. La nécessité de conserver l'administration de l'asile pousse les Sœurs à se préoccuper de l'état des infrastructures et à être à jour par rapport aux techniques médicales⁴⁴. Le système d'hydrothérapie est mis en place en 1921 puis, l'année suivante, l'occupation thérapeutique a son département avec du personnel spécialisé⁴⁵. C'est aussi à ce

⁴² Irving Abella et Harold Troper, *None is Too Many : Canada and the Jews of Europe, 1933-1948*, Toronto, Lester & Orpen Dennys, 1982.

⁴³ Denise Baillargeon, *Ménagères au temps de la crise*. Montréal, Éditions du Remue-ménage, 1991.

⁴⁴ Bernard Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis H.*, *op. cit.*, p. 86.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 86.

moment que la première assistante sociale, Marie Migneault, est engagée à titre d'officier enquêteur. Dans une lettre au Dr. Desloges en février 1921, le Dr. Devlin souligne que tous les grands hôpitaux de ce continent ont des officiers enquêteurs ayant juridiction autant sur les aspects médicaux qu'économiques. Les documents produits par ces personnes permettent de connaître l'histoire du malade avant son internement, de recommander les congés d'essai, les réadmissions ou sorties définitives et enfin d'évaluer la situation financière de la famille du patient de manière à établir leur niveau de participation aux coûts des traitements⁴⁶.

Devlin met en place des assemblées hebdomadaires conjointes pour les médecins du gouvernement et ceux des Sœurs⁴⁷. Rappelons qu'en 1885, le gouvernement du Québec engageait le surintendant médical et son assistant et leur attribuait la charge de l'administration médicale tout comme celle des diagnostics. Les Sœurs, quant à elles, engageaient le médecin chef et ses assistants en charge des traitements⁴⁸. Cette rencontre hebdomadaire permet la collaboration des psychiatres pour mieux déterminer le diagnostic de nouveaux admis et de les classer, selon leur état physique et psychique, dans le département approprié à leur condition et leur maladie. L'examen du malade se fait en trois temps. Il s'agit d'abord de noter son attitude, sa démarche, sa tenue, son odeur, sa politesse s'il y a lieu, et ses expressions faciales. Ses infirmités physiques, blessures et autres malformations sont aussi inscrites dans son dossier⁴⁹.

Ensuite vient l'interrogatoire à proprement parler. Il faut signaler que nous retrouvons les comptes-rendus de ces interrogatoires dans la majorité des dossiers des patients retenus. Ils sont une source d'information qui permettent de connaître les intérêts des psychiatres tout autant que la vision que les patients ont de leur état. Avec cet interrogatoire les médecins

⁴⁶ Lettre du Dr. Devlin au Dr. Desloges, le 2 février 1921. Archives de l'Hôpital Louis-Hyppolite-Lafontaine (AHLHL).

⁴⁷ Bernard Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis H.*, *op. cit.*, p. 84.

⁴⁸ Omer Noël et Gaston de Bellefeuille, « L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *op. cit.*, p. 249.

⁴⁹ Alcée Tétreault, *Cours des maladies mentales données à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, circa 1920, p. 5.

cherchent à connaître le degré d'orientation et de perception de leur patient. Ils veulent aussi déterminer son affectivité, sa mémoire, son jugement, ses réactions et cherchent à savoir si le malade a des délires, des hallucinations ou des illusions. Enfin, l'examen se termine par une analyse des renseignements fournis par les personnes ayant demandé l'internement et ceux colligés par les Sœurs et les infirmières laïques sur la conduite du malade depuis son arrivée⁵⁰. Toutes ces données permettent aux psychiatres de diagnostiquer les patients selon la classification en usage, un amalgame de la nosographie de Magnan et des données neurologiques.

En 1923, pour 3019 patients (dont 200 privés), on compte 280 religieuses (dont 72 infirmières graduées), 58 gardes-malades séculières, 205 employés (gardiens compris), trois aumôniers et quatre psychiatres, près de dix médecins consultants, un chirurgien, un dentiste et un oto-rhino-laryngologiste⁵¹. La même année, l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu reçoit la reconnaissance officielle – « l'approbation » - de l'Association des hôpitaux catholiques du Canada et des États-Unis. En 1927, l'hôpital est désormais affilié à l'*American Psychiatric Association* (APA)⁵².

Entre-temps, plusieurs médecins canadiens-français, une cinquantaine en 1926, dont quelques neuro-psychiatres, poursuivent leur formation pratique de un à trois ans dans des hôpitaux généralement situés au Massachusetts ou en France. Deux parcours coexistent et si le Dr. Noël opte pour la formation française, son collègue, le Dr. Devlin, choisit le cursus américain. La proximité géographique et l'importante population canadienne-française sur la côte est des États-Unis sont des incitatifs pour des échanges entre les hôpitaux états-uniens et

⁵⁰ *Ibid.*, p. 6.

⁵¹ *Notes historiques de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, 1923, p. 12. Les psychiatres « permanents » au début des années 1920 sont le Dr. Devlin, Noël, Tétreault et de Bellefeuille. C'est à partir de 1928 que le nombre de neuro-psychiatres consultants augmente considérablement.

⁵² Anciennement l'Association médico-psychologique des États-Unis, AHLHL.

les médecins canadiens-français. Mais la psychiatrie française reste le modèle des psychiatres de Saint-Jean-de Dieu, du moins jusqu'en 1931-32⁵³.

Le contrat des Sœurs avec le gouvernement est reconduit en 1926. Certaines mesures s'imposent, notamment par rapport à la nouvelle orientation médicale. Pour les docteurs Noël et de Bellefeuille, un changement radical s'opère en 1926, alors que sont fusionnés les deux corps médicaux, celui en charge des diagnostics et des rapports annuels et celui en charge des traitements⁵⁴. En 1926, les relations entre les deux groupes sont cordiales, il faut néanmoins réformer l'organisation. C'est l'Université de Montréal qui est choisie comme tiers parti et qui assume la direction scientifique de l'hôpital et qui nomme les médecins. Désormais, le surintendant médical de l'institution « a le contrôle du service médical, de la classification des patients et du traitement qui doit leur être donné »⁵⁵.

Devant le « renouveau » de la science médicale, science positive, selon les médecins de l'époque, une réorganisation interne s'impose. Ainsi, en 1932, les docteurs Noël et de Bellefeuille, écrivent que la psychiatrie,

au lieu de rester cantonné à l'analyse de la pensée morbide et à la recherche du mobile psychologique, [...] basée sur l'étiologie de ces affections [...] se substitue au traitement du symptôme chaque fois que la chose est possible. [...] Outre l'interrogatoire et l'observation du sujet et de son comportement, le psychiatre doit utiliser toutes les techniques, tous les moyens d'investigation que le laboratoire moderne met à la disposition du médecin d'aujourd'hui⁵⁶.

Avec les conditions du nouveau contrat, les Sœurs font construire un nouveau pavillon, le Sanatorium Bourget, édifice administratif, d'analyse et de traitements médicaux. Dans un document des Sœurs de la Providence publié en 1937, elles rappellent que

⁵³ Dans les archives historiques, il est mentionné que les médecins à Saint-Jean-de-Dieu se tournent plus vers la France jusqu'en 1930, et l'analyse des périodiques et des documents des médecins le confirme. La formation outre-atlantique reprendra suite à la Seconde Guerre mondiale.

⁵⁴ Omer Noël et Gaston de Bellefeuille, « L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *op. cit.*, p. 249.

⁵⁵ S.R.Q. refondu de 1925 cité dans *Ibid.*, p.250.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 251.

[leur] Communauté, voulant se tenir à la hauteur de sa mission envers les pauvres malades aliénés, ne recula pas devant les sacrifices qu'exigeait la construction d'un pavillon moderne inauguré en 1928 sous le nom de SANATORIUM BOURGET. Cette majestueuse structure de pierre à cinq étages et à l'épreuve du feu, est destinée à l'administration; elle s'élève en avant des pavillons ouverts en 1901⁵⁷.

L'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, modernisé, est maintenant en mesure d'accueillir de nouveaux psychiatres et spécialistes de laboratoire. L'examen des nouveaux admis inclut maintenant l'examen d'urine, le test Wasserman de dépistage de la syphilis, et parfois la ponction lombaire et l'analyse des crachats⁵⁸. L'enseignement de la psychiatrie se fait désormais à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

3.4.1. L'affiliation avec la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1928.

En 1928 c'est, selon le recueil du centenaire de l'institution, l'« envol d'une nouvelle médecine »⁵⁹. Alors que la Faculté de médecine de l'Université de Montréal devient indépendante de l'Université Laval en 1919, des bourses sont offertes aux étudiants qui désirent compléter leurs études en France⁶⁰. La deuxième génération de neuro-psychiatres montréalais sera du lot, soit les docteurs Roma Amyot et Jean Saucier, héritiers de la formation médicale des docteurs Albert Prévost et Edgar Langlois.

⁵⁷ *Activités hospitalières des Sœurs de Charité de la Providence* (au Canada et en pays de mission), Montréal, Providence Maison-Mère, 1937, pp. 56-57.

⁵⁸ Omer Noël et Gaston de Bellefeuille, « *L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu* », *op. cit.*, p. 253.

⁵⁹ *Un héritage de courage et d'amour ou La petite histoire de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Longue Pointe, 1873-1973 : 100^e anniversaire*, Document commémoratif, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1973.

⁶⁰ Denis Goulet, *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1843-1993*, Montréal, VLB Éditeur, 1993, pp. 169-173.

Pour l'historien François Guérard, le phénomène le plus marquant de l'entre-deux-guerres est l'intervention croissante de l'État dans le domaine de la santé⁶¹. L'État investit dans la formation des médecins et dans la qualité des soins aux malades. Guy Grenier, quant à lui, rappelle qu'avant 1927 le titre de médecin spécialiste n'était pas officiellement reconnu au Canada. À partir de cette date, le Collège des médecins et des chirurgiens de la Province de Québec « rend obligatoire l'internat pour les étudiants de cinquième année de médecine »⁶². De jeunes internes francophones montréalais sont désormais formés à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. De plus, au cours des années 1930, tous les étudiants en médecine ont un stage de 30 heures en maladies mentales⁶³. Notant l'influence grandissante des États-Unis en médecine générale et psychiatrique, les médecins des années 1920-1930, francophiles, résistent d'abord à « la domination » des instituts et universités anglophones. C'est toutefois dans le domaine de la médecine préventive que l'influence de nos voisins du sud se fera le plus fortement sentir, notamment avec le mouvement d'hygiène mentale dirigé par le Dr. Desloges à partir de 1929⁶⁴.

L'année 1928 est marquée par l'ouverture des services de pharmacie avec herbage, tisane, barbituriques et bromures. C'est aussi la mise en place des « traitements de choc ». Deux religieuses de Saint-Jean-de-Dieu sont allées parfaire leurs connaissances à l'hôpital militaire de Sainte-Anne-de-Bellevue et implantent la malariathérapie de Von Jauregg dès 1929, et ce jusqu'en 1951, pour traiter les syphilitiques⁶⁵. L'insulinothérapie ou le coma insulinique de Sakel et la convulsivothérapie ou choc métrazolique de Von Meduna sont mises en pratique peu de temps après.

⁶¹ François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996, p. 45.

⁶² Guy Grenier, *100 ans de médecine francophone. Histoire de l'association des médecins de langue française du Canada*, Sainte-Foy, Éditions MultiMonde, 2002, p. 165.

⁶³ Denis Goulet, *Histoire de la Faculté de médecine*, op. cit., pp. 198-199.

⁶⁴ Guy Grenier, *Les monstres, les fous et les autres : la folie criminelle au Québec*, Montréal, Éditions Trait d'union, 1999, pp. 264-266.

⁶⁵ *Bref historique de Saint-Jean-de-Dieu*, op. cit.

En 1930, on retrouve 23 professionnels à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, une dizaine de médecins comprenant les psychiatres internes et les consultants et six spécialistes⁶⁶. Le Dr. Devlin est toujours surintendant médical, assisté du Dr. Noël. Le Dr. de Bellefeuille est toujours présent avec deux jeunes psychiatres à temps plein, les docteurs Loignon et Lahaise. Il y a aussi un corps de médecins consultants avec un chirurgien, un pathologiste, un oculiste, un oto-rhino-laryngologiste, un dermatologue et un syphiligraphe, un radiologiste, un dentiste, une assistante sociale et deux secrétaires pour 4165 patients⁶⁷.

Avec une augmentation de mille patients en dix ans, le besoin pour de nouveaux psychiatres se fait sentir. Les tentatives du Dr. Villeneuve dans les années 1900-1910 pour restreindre la population asilaire et inscrite dans la loi de 1909, ne portent pas fruit même si en 1932, les docteurs Noël et de Bellefeuille rappellent que Saint-Jean-de-Dieu ne peut recevoir certains types de malades comme les épileptiques non délirants et les « petits mentaux », c'est-à-dire les pithiatiques, les psychasthéniques, les neurasthéniques et les arriérés⁶⁸. Les malades admis à l'hôpital sont classés selon onze cas-types correspondant à autant de services : « cas aigus agités, calmes, mélancoliques, épileptiques, agités chroniques, déments, paralytiques, cas de médecine ou de chirurgie, enfants, adultes, malades sous observation »⁶⁹.

L'augmentation de la population asilaire va de pair avec l'augmentation de la population de l'île de Montréal qui augmente de 275 000 nouveaux habitants dans la décennie 1920. À partir de 1931, la population asilaire connaît une hausse qui dépasse

⁶⁶ Les psychiatres de Saint-Jean-de-Dieu sont les docteurs Devlin, Noël, de Bellefeuille, Lahaise, Loignon en plus des spécialistes, les docteurs Dufresne, Gagnier, Décarie, etc. S'ajoute des psychiatres consultants comme les docteurs Plouffe, Barbeau, Amyot, Saucier, Langlois, Prévost etc.

⁶⁷ Omer Noël et Gaston de Bellefeuille, « L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *op. cit.*, pp. 246-247.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 254. Les pithiatiques sont des « hystériques » qui simulent. Les psychasthéniques et les neurasthéniques sont des névrosés. Le traitement des névroses est une spécialité de l'Institut Albert-Prévost, mais cette institution est privée et plusieurs n'ont pas les ressources pour y être admis. Quant aux arriérés, il s'agit des cas chroniques d'idiotie et d'imbécillité.

⁶⁹ J.-Z. Thérien, aumonier de Saint-Jean-de-Dieu, « L'œuvre des aliénés », causerie donnée à la radio le 6 mars 1932.

largement le taux d'accroissement de la province. Le tableau ci-dessous illustre l'augmentation de la population totale de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu entre 1920 et 1951. Il est suivi de deux graphiques mettant en parallèle cette augmentation asilaire et celle de la population de l'Île de Montréal et de la Province de Québec. À noter que les graphiques, de par les années sélectionnées, ne montrent pas le plus haut taux de la population asilaire représenté par les années 1943 et 1944 avec 7 500 patients.

Tableau 3.2. : Population totale des patients à Saint-Jean-de-Dieu, 1920-1951

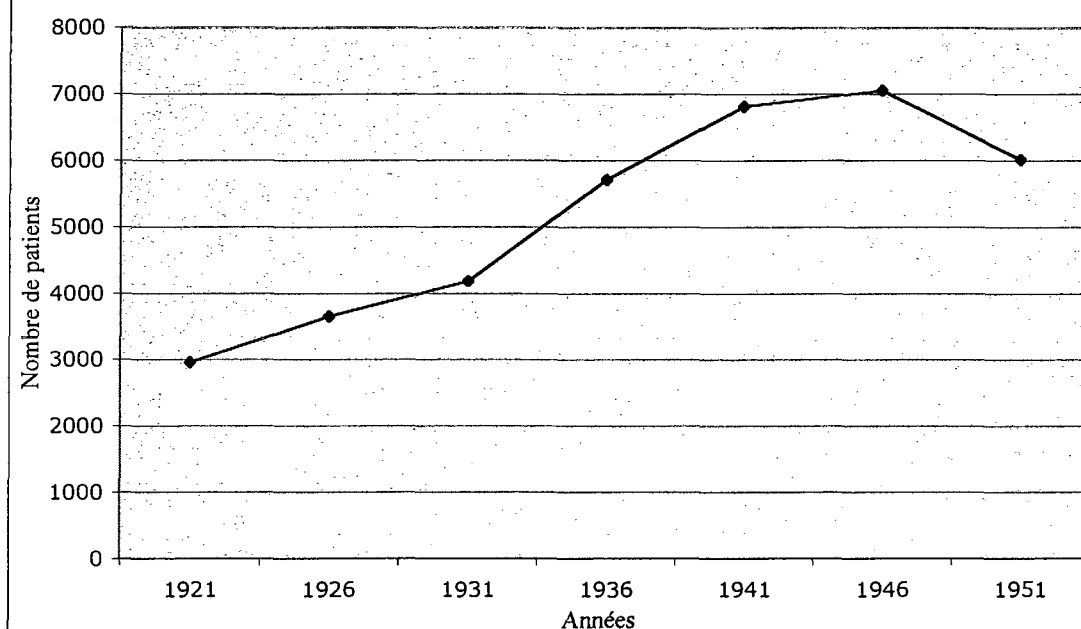
| Année | Population totale | Année | Population totale |
|--------------------|-------------------|-------|-------------------|
| 1920 | 2827 | 1936 | 5706 |
| 1921 | 2962 | 1937 | 6064 |
| 1922 | 3090 | 1938 | 6287 |
| 1923 | 3019 | 1939 | 6548 |
| 1924 | 3356 | 1940 | 6763 |
| 1925 | 3498 | 1941 | 6814 |
| 1926 | 3653 | 1942 | 6990 |
| 1927 | 3648 | 1943 | 7452 |
| 1928 | 3720 | 1944 | 7547 |
| 1929 | 3909 | 1945 | 7024 |
| 1930 | 4165 | 1946 | 7054 |
| 1931 ⁷⁰ | ----- | 1947 | 7072 |
| 1932 | 4192 | 1948 | 6888 |
| 1933 | 4440 | 1949 | 6986 |
| 1934 ⁷¹ | ----- | 1950 | ----- |
| 1935 | 5343 | 1951 | 6010 |

Sources : *Annuaire statistique du Québec*, 1921 à 1952.

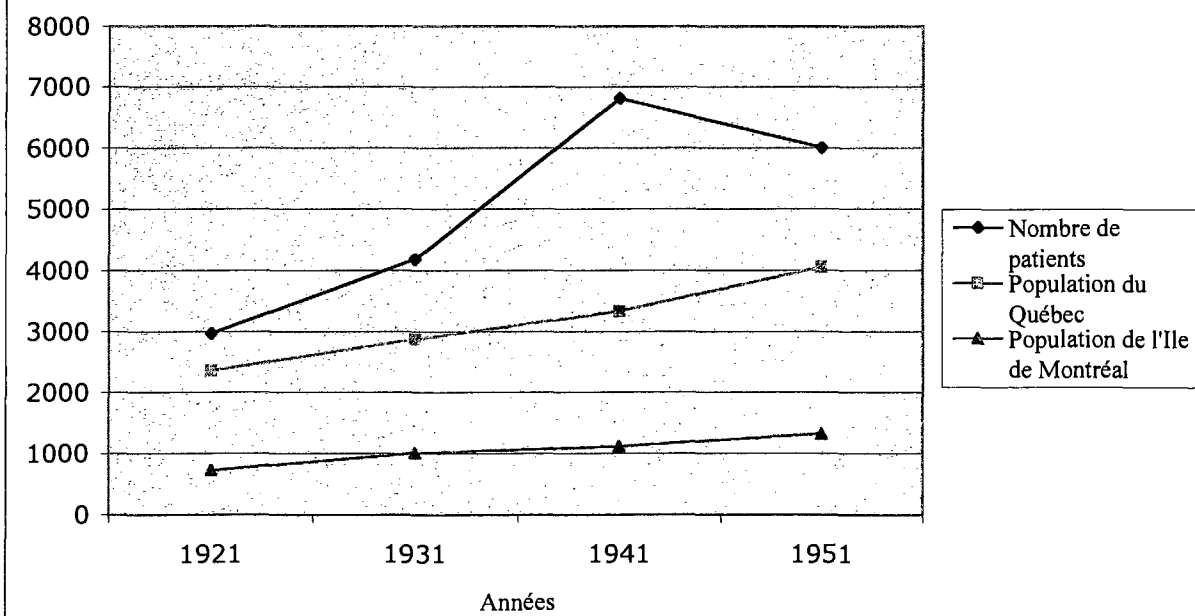
⁷⁰ L'annuaire pour l'année 1931, publié en 1933, est « disparu ».

⁷¹ Les données de l'année 1934 sont les mêmes que pour l'année 1935, les deux publiées en 1936-1937.

Graphique 3.1. Population asilaire, 1921-1951



Graphique 3.2. Comparaison de la population asilaire (en chiffre réel) et de la population de Montréal et du Québec (en milliers)



Nous venons de voir que, comparée à la population de Montréal et à celle du Québec, la population asilaire connaît une hausse plus importante. Ce n'est que suite à la Seconde Guerre mondiale que le nombre de patients diminue⁷². Toujours selon les docteurs Noël et de Bellefeuille, en date de 1932, cette augmentation importante est due

en grande partie aux conditions économiques actuelles : bien des familles dont les ressources financières ont diminué considérablement y songent à deux fois avant de se charger d'un patient qui, quoique guéri mentalement, a perdu durant son séjour à l'hôpital, la position qui le faisait vivre et sera, tout probablement, incapable d'ici à de longs mois, de subvenir à ses propres besoins; dans les circonstances, renvoyer chez lui un patient dont le psychisme est encore nécessairement fragile c'est le vouer presque fatalement à une rechute⁷³.

Pour Sœur Louise de l'Assomption, assistante sociale à Saint-Jean-de-Dieu dans l'après-guerre, les augmentations des années 1916-1917 et 1932 à 1934 sont

un véritable contre-coup des événements pénibles que nous traversons alors. Nous notons l'influence des causes déprimantes, comme les embarras financiers et les déceptions amères, causés par la vaine attente de la reprise des affaires normales. Un autre facteur a été la consommation des boissons alcooliques par les ouvriers surmenés des usines de munitions de guerre. À ces périodes, cette double action de l'alcool et du surmenage physique compte pour beaucoup dans l'accroissement de l'aliénation mentale⁷⁴.

Par ces passages, les auteurs prennent acte de l'influence des facteurs sociaux dans le développement de l'aliénation mentale. Les réformateurs de l'époque aussi. Si la Première Guerre mondiale et la crise économique du début des années 1920 appellent à une intervention de l'État dans la sphère sociale avec la création, notamment, de la Loi sur l'assistance publique, la Grande Crise des années 1930 et la création de la Commission Montpetit sur l'assurance sociale en 1930 mettent en place les bases des politiques sociales

⁷² La reconnaissance des troubles mentaux des vétérans par le gouvernement fédéral oblige le transfert immédiat des ex-soldats à Sainte-Anne-de-Bellevue. Un renforcement de la loi de 1909 agit aussi comme mesure dissuasive et l'arrivée des antibiotiques à la fin des années 1930 soulagent l'asile des cas de syphilis.

⁷³ Omer Noël et Gaston de Bellefeuille, « L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *op. cit.*, p. 247.

⁷⁴ Sœur Louise de l'Assomption, *L'Hôpital Saint Jean de Dieu : ses diverses activités, son service social*, Mémoire de maîtrise en Service Social, Université de Montréal, 1951, pp. 13-14.

québécoises⁷⁵. Dans ce contexte de difficultés économiques et sociales, on assiste à une augmentation de personnes dans le besoin. L'augmentation de la population asilaire entre 1930 à 1939 est de 4165 à 6548 patients. Devant cette hausse importante de la population asilaire, un autre problème apparaît : le manque de ressources et d'infrastructures pour les accueillir. Sur la lancée des réformes de 1926 et 1928, une volonté de changer l'institution, non plus en asile, mais en hôpital qui traite et guérit, naît au début des années 1930. La variable qui joue le plus dans ces désirs de changement est celle du fort taux de patients jugés incurables, qui atteint alors 50%⁷⁶.

Si la psychiatrie est désormais une science médicale qui traite et guérit comme ceux qui l'exercent le prétendent, elle se doit de résoudre le problème de l'encombrement. Deux moyens sont mis en place par les psychiatres et spécialistes. Le premier, la psychiatrie, devra s'orienter vers la neurologie avec une nouvelle nosographie. Le second, l'hygiène mentale, devra prévenir les maladies mentales. Comme le souligne Sœur Louise de l'Assomption dans son histoire de Saint-Jean-de-Dieu, si l'on fait le parallèle entre les fléaux sociaux, les facteurs psychologiques et les maladies mentales, l'aspect social des causes de la maladie mentale demeure attaché à la prophylaxie et non aux traitements à l'intérieur de l'Asile⁷⁷.

⁷⁵ Yves Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1988; Dennis Guest, *Histoire de la sécurité sociale au Canada*, (traduction de H. Juste), Montréal, Boréal, 1993 (1980).

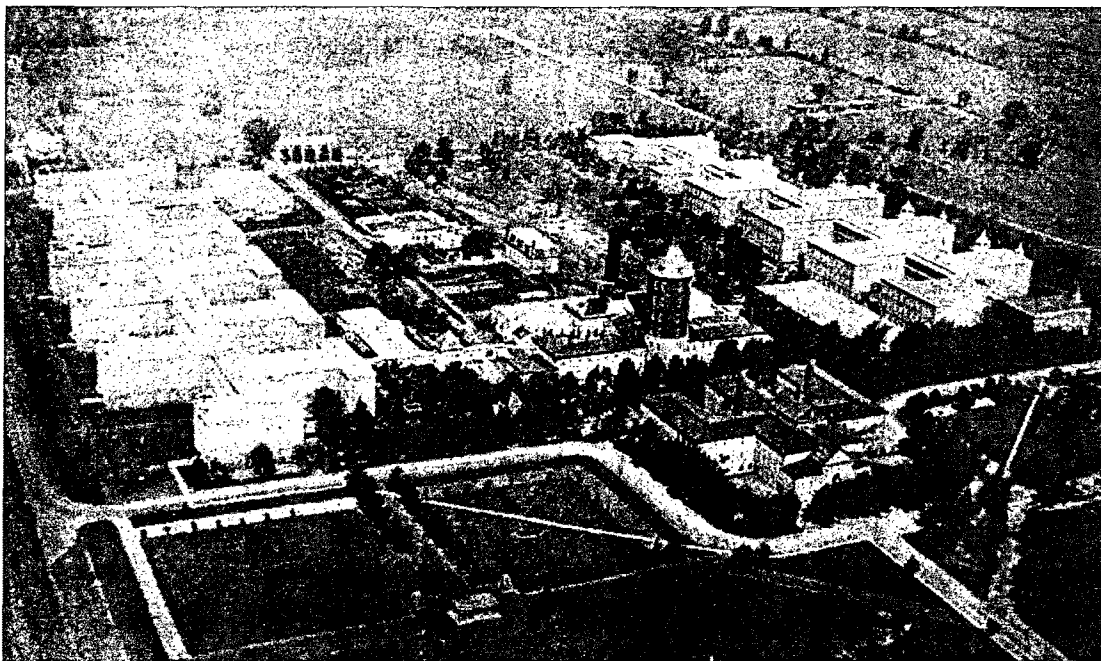
⁷⁶ Rapport annuel du Dr. Noël pour l'année 1931, *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec*, Année 1931-1932, p. 31.

⁷⁷ Sœur Louise de l'Assomption, *L'Hôpital Saint Jean de Dieu*, *op. cit.*, pp. 4-5.

3.5. La surintendance médicale du Dr. Noël, 1932-1952.

Après 43 ans de services, le Dr. Devlin prend sa retraite en 1931. L'assistant médical, le Dr. Omer Noël, à Saint-Jean-de-Dieu depuis 1908, devient alors le surintendant médical, et ce jusqu'en 1952. Le Dr. Rodolphe Richard accède, quant à lui, au poste d'assistant-surintendant. Membre de la Société médico-psychologique de Paris, le Dr. Noël est allé parfaire sa formation médicale à Paris en 1909 et en 1926. Sous sa direction, l'Hôpital connaît de grands changements. Une nouvelle classification médicale est adoptée, de nouveaux traitements sont mis en place et, entre 1934 et 1937, trois nouveaux pavillons sont construits portant à 6000 lits la capacité d'accueil de l'hôpital⁷⁸.

Photographie 3.1. Hôpital Saint-Jean-de-Dieu en 1934



Sources : Photographie de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu en 1934, *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec*, Année 1935, vol. 68, IV, p.106.

⁷⁸ Pierre Smith, « Les hôpitaux de Montréal et de Québec fondés avant ou vers 1872 », *L'Union médicale du Canada*, Bulletin AMLFC, Novembre 1946, p. 1331.

L'augmentation du nombre d'internements, malgré les congés d'essai et la loi de 1909 qui interdit l'admission des idiots et imbéciles non dangereux, force la construction de nouveaux pavillons. Bien que le Dr. Noël se plaigne du haut taux d'incurabilité des « déments sénils [sic], idiots ou imbéciles, chez qui une guérison est impossible mais qui diminue forcément le pourcentage de guérison par rapport à la population traitée », Saint-Jean-de-Dieu demeure l'endroit qui accueille aussi bien les cas chroniques que les « guérissables »⁷⁹.

Au cours de l'année 1931, dans le but d'avoir une classification uniforme pour des besoins statistiques, le directeur général des hôpitaux d'aliénés, le Dr. Desloges, demande aux surintendants médicaux d'adopter une nouvelle classification médicale, celle de l'association américaine de psychiatrie, tout en tentant de conserver les conceptions de l'école française⁸⁰. Cette classification a aussi pour but de connaître les régions dans la province d'où proviennent le plus d'aliénés pour ensuite développer des programmes d'hygiène mentale plus ciblés. Si les docteurs Langlois, Saucier et Amyot publient en 1930 un manuel de neuro-psychiatrie, la nouvelle classification adoptée, tout en prenant acte des explications de ces neuro-psychiatres formés en France, s'impose dans les autres hôpitaux nord-américains. Non seulement les psychiatres sont de plus en plus nombreux à suivre leur formation aux États-Unis, mais les Sœurs n'échappent pas non plus à cette tendance puisqu'elles se rendent à Boston en 1931 pour suivre des cours sur les soins particuliers que nécessitent les arriérés⁸¹. La nouvelle classification comprend les maladies de causes organiques comme la paralysie générale, l'épilepsie et la sénilité; les causes toxiques comme l'alcoolisme et les maladies dont les causes sont « inconnues » comme la psychonévrose, la maniaco-dépression, la démence précoce et la paranoïa. Enfin, elle divise les patients selon

⁷⁹ Omer Noël et Gaston de Bellefeuille, « L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *op. cit.*, p. 246.

⁸⁰ Rapport annuel du Dr. Noël pour l'année 1931, *Documents de la session parlementaire, op. cit.*, p. 30.

⁸¹ *Ibid.*, p. 32.

une grille qui comporte les arriérés mentaux, les malades sans psychoses et ceux qui montrent des troubles de comportement⁸².

L'examen des patients admis à Saint-Jean-de-Dieu se complexifie au cours de la décennie. À l'examen de l'aspect du malade, l'interrogatoire sur le fond mental, l'analyse de son comportement et l'histoire personnelle et familiale, s'ajoute un examen physique complet.

Il doit être complet, comme pour un cas de pathologie ordinaire, mais on doit rechercher surtout, les stigmates de dégénérescence, dont les principaux sont : la surdité, les malformations crâniennes, les difformités des oreilles et du maxillaire supérieur (palais ogival), les implantations dentaires défectueuses (dents de Hutchinson), enfin toutes les anomalies osseuses⁸³.

En 1933, le Dr. Noël note que le rôle de l'hôpital n'est pas la garde de personnes plus ou moins dangereuses mais le traitement et la guérison des malades. Il souligne alors les nombreux préjugés qui stigmatisent l'hôpital et les aliénés. Devant l'augmentation de la population, il suggère au ministre de la Santé la création d'hôpitaux spéciaux pour les alcooliques et les narcomanes qui sont trop différents des autres malades, car ils demandent une surveillance constante⁸⁴.

C'est avec perplexité que le Dr. Noël remarque, dans son rapport annuel de 1935, que les progrès de la médecine prolongent la vie des aliénés, une conséquence discutable au point de vue économique selon lui. Mais il souligne aussi l'augmentation du nombre de guérisons de malades mentaux. Selon nos calculs, alors que le Dr. Noël parle de 25% de plus de guérison, force est de constater que nos données penchent plutôt vers un maigre 2%⁸⁵. À sa

⁸² Rapport annuel du Ministère de la Santé et du Bien-être social pour l'année 1935, Division des Hôpitaux pour maladies mentales, Québec, Imprimeur de Sa Majesté le Roi (Reine), 1944, p. 131.

⁸³ Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*. La collection de la garde-malade, Montréal, Éditions Edouard Garand, 1930.

⁸⁴ Rapport annuel du Dr. Noël pour l'année 1932, *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec*, Année 1933, p. 110.

⁸⁵ 145 guérisons sur 2358 en 1910, 416 guérisons sur 5428 en 1934. Données provenant des Rapports annuels colligés dans les *Documents de la Session parlementaire*, années 1911 et 1935.

demande, le surintendant demande la nomination d'un nouveau médecin pour faire face à l'augmentation de la population asilaire. C'est le Dr. Jean Panet-Raymond qui est nommé. En 1937, il y a 22 médecins, 392 Religieuses, 41 gardes-malades, 188 gardiens, 149 infirmières, 246 employés, pour un total de 6064 patients dont 1189 en congé d'essai⁸⁶. Comme l'évaluent les Sœurs dans leur Bottin annuel, ces malades reçoivent des évaluations à la fine pointe des connaissances par

[u]n corps de médecins spécialisés, choisis par l'Université de Montréal qui compte parmi eux plusieurs de ses professeurs, s'occupe du traitement des maladies nerveuses et mentales. Tous les malades reçoivent à l'Hôpital un traitement scientifique approprié à leur état...⁸⁷

Pour faire le suivi des patients en congé et vérifier la situation économique des familles, Marie Migneault, l'assistante sociale en poste depuis 1921, se voit adjoindre une nouvelle collègue au début des années 1930, Annette Labonté. C'est en 1936 qu'un département de Service social est mis sur pied dans lequel oeuvre les assistantes sociales. Ce sont elles, qui désormais, colligent les informations sur l'histoire psycho-sociale des patients afin de trouver les causes qui ont amené le désordre mental⁸⁸. Sous forme de rapport, ces informations sont transmises aux psychiatres. On y trouve l'état de la situation économique, sociale et familiale du malade, ses relations de bonne entente ou de mésentente avec sa famille, par exemple⁸⁹.

Ceci dit, les assistantes sociales ne doivent pas intervenir sur le plan médical; elles sont plutôt des agentes de liaison entre la famille et le psychiatre. Pour Sœur Louise de l'Assomption, l'assistante sociale ne reprochera pas aux parents « certaines mœurs ayant pu prédisposer leurs enfants à la déchéance », mais les informera des principes de l'hygiène

⁸⁶ Comme pour les années précédentes, le nombre des médecins comprend les psychiatres suivants : les docteurs Noël, Richard, Loignon, Tellier et Lahaise, les spécialistes et les psychiatres consultants. Sur le nombre d'employés et de malades, voir *Activités hospitalières des Sœurs de Charité de la Providence* (au Canada et en pays de mission), Montréal, Providence Maison-Mère, 1937.

⁸⁷ *Ibid.*, pp. 48-49 (extrait provenant du Bottin médical de 1936)

⁸⁸ Sœur Louise de l'Assomption. *L'hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, *op. cit.*, p. 53.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 53.

mentale⁹⁰. Ce service, qui compte deux personnes à l'orée des années 1940, n'est plus en mesure de répondre adéquatement aux besoins des malades de plus en plus nombreux. Des réformes doivent avoir lieu.

L'abbé Paul Lachapelle, dans son ouvrage sur la psychiatrie pastorale en 1942, dresse un portrait de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu depuis 1930 et prend acte du problème de l'augmentation de la clientèle asilaire dans ces mots :

Il y a environ douze ans, il y avait en moyenne 15 malades par semaine qui entraient à Saint-Jean-de-Dieu; aujourd'hui, il y en a trente-cinq, soit une moyenne de cinq par jour. Il y a actuellement à Saint-Jean-de-Dieu 6,400 malades; il y a une douzaine d'années, il n'y en avait que 4,000. Et on agrandit sans cesse : quatre ailes nouvelles ont été construites depuis 1929. De plus, il faut bien se rendre compte que ces chiffres ne comprennent qu'une sorte de malades, car tous ne sont pas enfermés. Doivent être internés, les malades qui font des réactions anti-sociales c'est-à-dire qui sont dangereux pour la société, leur entourage, leur famille, ou encore s'il y a un danger pour eux-mêmes (danger de suicide pour les mélancoliques). [...] Ne parlons pas de l'immense foule de pervers et de paranoïaques que l'on n'arrive malheureusement à dépister que lorsqu'ils ont fait une crise ou causé des dégâts⁹¹.

L'année précédente, en 1941, un fonctionnaire de la santé publique, M. Gauthier, rappelle l'une des solutions au problème de surpopulation qu'il avait d'ailleurs déjà évoquée aux débuts des années 1930, soit l'établissement de cliniques externes dans les dispensaires de santé publique du Québec⁹².

L'hôpital pour aliénés formera ce qu'il est convenu d'appeler un service extérieur; un médecin neuro-psychiatre possédant une certaine expérience est choisi et ses fonctions consisteront d'abord à connaître les malades qui sont encore dans les services, mais dont l'amélioration ou la guérison laisse prévoir une sortie prochaine de l'hôpital. [...] [À la sortie du patient, le médecin se rendra régulièrement aux dispensaires proches de son lieu de vie, selon des rendez-vous donnés d'avance.] Le médecin se rendra compte de l'état du patient, de l'évolution de sa maladie, de sa réadaptation sociale, en somme de son utilité ou de sa nuisance à la société en général⁹³.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 54.

⁹¹ abbé Paul Lachapelle, *Psychiatrie pastorale*, Montréal, Éditions Beauchemin, 1942, pp. 18-19.

⁹² Il a présenté cette idée en 1931, et il la résume, plus officiellement, en 1941.

⁹³ C.A. Gauthier, « Un aspect négligé de l'hygiène mentale », *L'Union médicale du Canada*, août 1941, p. 851-852.

Il réclame un « réel » hôpital pour maladies mentales et non une simple garderie pour les êtres nuisibles ou dangereux pour eux-mêmes et la société⁹⁴. Si Gauthier et plus tard Sœur Louise de l'Assomption parlent de garderie, l'historiographie parle de dépotoir, une expression plus adéquate pour le terme de « déchets » sociaux employé par le Dr. Desloges.

Dans la foulée des critiques sur l'augmentation importante de la population asilaire, la Loi sur les aliénés de 1941 entend dissuader les proches d'un aliéné qui ne demande pas une admission institutionnelle en bonne et due forme. Cette loi incrimine

Quiconque, dans le but, ou de s'en débarrasser lui-même, ou d'en débarrasser un autre, ou de le faire interner dans un asile pour les aliénés ou les idiots, ou dans toute autre institution de bienfaisance subventionnée par la province, laisse ou dépose dans un endroit quelconque un aliéné, un idiot, un dément, un épileptique, un sourd-muet, un malade ou un infirme quelconque [...] est passible d'une amende, d'un emprisonnement de six mois dans la prison commune du district où l'infraction a été commise⁹⁵.

Avec la loi de 1941, plusieurs cas de démence sénile, d'arriération mentale, d'épilepsie simple ou d'alcoolisme sont refusés à Saint-Jean-de-Dieu, sauf si, comme la loi le stipule, ils sont dangereux ou scandaleux et nuisent à la tranquillité publique. Le travail des assistantes sociales qui cherchent à replacer les malades chroniques dans leur famille et les lois qui légifèrent en interdisant de « déposer » des aliénés dans un asile sans permission, sont des stratégies qui visent à diminuer la population asilaire, considérée alors comme trop nombreuse.

Devant cette situation, Sœur Louise de L'Assomption rappelle les buts de l'hôpital pour aliénés et propose, elle aussi, sa propre solution : le travail social. Écoutons-la.

L'importance capitale d'institutions dans le genre de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, au point de vue social, et en second lieu, en vue de bien convaincre par des faits et des chiffres qu'un hôpital spécialisé pour le traitement des maladies mentales n'est pas une simple garderie de débiles mentaux, encore moins un asile où sont détenus de

⁹⁴ *Ibid.*, p. 852.

⁹⁵ S.R.Q., 1941, Chap. 188, Article 17.

pauvres êtres dangereux pour la société, mais un hôpital, un hôpital bien spécialisé où l'on traite, où l'on guérit les maladies mentales. [...] Avec les besoins toujours grandissants, le contrôle social est devenu beaucoup plus difficile à maintenir du fait des agglomérations dans les villes. Dans ces temps d'inquiétude et de malaise, les troubles mentaux sont de plus en plus fréquents et nos hôpitaux spécialisés en maladies mentales ne peuvent suffire à recevoir ceux qui cherchent une cure. Pour arriver à résoudre un problème aussi complexe, le travail de service social est d'un précieux concours. Le travailleur social permet de contribuer à la réforme du milieu social et à l'amélioration des névroses et des psychoses par les enquêtes, les diagnostics sociaux posés⁹⁶.

En 1947, 54% des patients admis sont jugés incurables⁹⁷. Il existe une forte volonté de les retourner dans leur foyer familial ou dans un autre type d'institution pour les malades chroniques et inoffensifs. Il faut rappeler que depuis les années 1920, le gouvernement du Québec a créé de nouveaux types d'institutions, plus spécialisées, tels que l'hôpital de Bordeaux pour aliénés criminels fondé en 1926 puis, au cours des années 1930, l'école de réforme Saint-Jean-de-Bosco pour les délinquants, l'École Emmélie-Tavernier pour les jeunes déficients intellectuels, et l'asile Sainte-Anne à Baie Saint-Paul pour les cas chroniques. L'hôpital Saint-Jean-de-Dieu veut, quant à lui, garder et surtout traiter les malades mentaux adultes qui souffrent de troubles organiques ou psychologiques. Comme le rappelle l'historien François Guérard, la majorité du budget gouvernemental dans les années 1940 et 1950, est consacré principalement à la construction des hôpitaux et à la médecine curative plutôt que préventive⁹⁸.

Les progrès en médecine, avec la découverte des antibiotiques, et l'amélioration des conditions de vie après la Seconde Guerre mondiale, donnent un répit à la psychiatrie. Il est désormais possible de traiter les syphilitiques avec la pénicilline. Alors que les causes psychologiques sont bien étudiées aux États-Unis à partir 1940 comme nous le verrons plus loin et que les médecins canadiens-français optent pour une formation aux États-Unis, la majorité des psychiatres qui travaillent à l'intérieur de l'asile, se concentrent néanmoins sur

⁹⁶ Sœur Louise de l'Assomption. *L'hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, *op. cit.*, p. 2 et 56.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, *op. cit.*, p. 68.

les causes « physiques » des maladies mentales. Si les causes psychogéniques de ces maladies sont mal comprises et, mises à part la psychanalyse et la psychothérapie, peu de traitements sont efficaces, les causes organogéniques font l'objet de recherches intenses depuis la fin de la Grande Guerre avec le développement de la neurologie.

Après les traitements par la malaria et l'insuline pratiqués depuis 1929, on assiste à la mise en place de traitements de plus en plus intrusifs au cours des années 1940-1950 : les électrochocs de Cerletti et Bini et la lobotomie de Moniz⁹⁹. Les électrochocs sont utilisés pour traiter les déments et les agités. La lobotomie, s'inspirant des techniques de Freeman aux États-Unis, commence à être pratiquée en 1949 sous la supervision du Dr. Cabana pour traiter les déments précoces et les schizophrènes. Quoique ces traitements neuro-psychiatriques intrusifs se veulent une tentative de guérir les malades mentaux, l'analyse des données nous révèle qu'en s'intéressant aux maladies mentales de cause inconnue, ces traitements constituent plus un mode de gestion de la population asilaire qu'un traitement efficace des troubles. Les patients violents, délirants, anti-sociaux et hallucinés sont particulièrement ciblés par ce type de thérapie. Dans une étude de 1953 sur la réadaptation de 25 lobotomisés, on apprend que chez les cas dits « améliorés », les patients se montrent maintenant propres, sociables et actifs¹⁰⁰.

Alors que Saint-Jean-de-Dieu est reconnu comme un centre de recherche scientifique dans le traitement des maladies mentales, l'année 1949 donne lieu à l'ouverture de la clinique antituberculeuse et du laboratoire d'encéphalographie. En 1950 l'asile devient ainsi officiellement un hôpital, l'aliéné devient un malade mental et l'internement est une hospitalisation selon la nouvelle Loi des institutions pour malades mentaux. L'hôpital est le lieu où l'on traite les malades et non plus l'asile qui les garde. Cette loi stipule que

⁹⁹ La question des traitements a été présentée lors d'une conférence donnée à Rimouski en 2006. Comme ce n'est pas l'objet de cette thèse, nous mentionnons rapidement les traitements donnés aux patients. Une histoire des traitements psychiatriques au Québec reste à faire, afin de remettre en contexte l'usage de certaines thérapeutiques jugées aujourd'hui barbares.

¹⁰⁰ Yvon Gauvin, *Problème de réhabilitation sociale de malades mentaux*, Mémoire de diplôme en Service Social, Université de Montréal, 1953.

peut être admis dans un hôpital tout malade chez qui le désordre mental constitue l'élément prépondérant de son état pathologique.[...] Lorsqu'un médecin est d'avis qu'il est nécessaire, pour la protection de la vie d'un malade mental ou pour la sécurité, la décence ou la tranquillité publique, de le faire admettre dans un hôpital il peut obtenir de tout juge des sessions, magistrat de district, recorder ou juge de paix de la localité où se trouve le malade, une ordonnance de transport de ce dernier dans un hôpital¹⁰¹.

Si cette nouvelle loi a banni les « termes qui peuvent sembler humiliants ou même dénigrants pour les malades et leur famille » selon un document de Saint-Jean-de-Dieu, les causes d'internement demeurent sensiblement les mêmes¹⁰². Les termes de « dangerosité », de « monstruosité » ou « scandale », sont remplacés par des vocables euphémisés comme « sécurité », « décence » et « tranquillité publique ».

C'est au milieu du XXe siècle que la psychiatrie devient une spécialité médicale au sens où on l'entend aujourd'hui. Alors que le département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal accorde un statut privilégié à l'hygiène mentale, un changement de garde a lieu à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu¹⁰³. En 1952, le Dr. Gaston Loignon devient le nouveau surintendant médical de l'institution. Sous sa gouverne, Saint-Jean-de-Dieu est divisé en quatre unités selon les « entités cliniques » : (1) les psychoses organiques comme la démence sénile, la paralysie et l'épilepsie, (2) les psychoses fonctionnelles comme la maniaque-dépression, la schizophrénie et la paranoïa, (3) les névroses comme l'hystérie, la dépression, la neurasthénie et (4) les autres entités comme l'arriération mentale, la délinquance, l'alcoolisme¹⁰⁴. En 1954, le personnel se compose de 358 religieuses, 35 médecins et 4 internes. S'ajoutent les auxiliaires du personnel médical, soit 81 infirmières, 164 infirmiers ou gardiens, 184 gardiennes ou auxiliaires pour 518

¹⁰¹ S.R.Q. 1950, Chap.188, Articles 8 et 12, « Loi des institutions pour malades mentaux ».

¹⁰² Documents internes des Archives de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine.

¹⁰³ Denis Goulet, *Histoire de la Faculté de médecine, op. cit.*, p. 290.

¹⁰⁴ *Abrégé historique de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu*, 1954, p. 5.

pensionnaires privés et 5356 publics¹⁰⁵. On compte pas moins de 21 spécialités médicales dans ce qui est devenu l'un des grands hôpitaux du Québec.

Au même moment, soit en 1952, le premier *Diagnosis and Statistical Manual* (DSM-I) est publié par l'*American Psychiatric Association*. Le DSM-I, comme nous le verrons dans les chapitres 4 et 8, est, depuis, l'ouvrage de référence international en psychiatrie. Alliant les théories psychogéniques et organogéniques, ce manuel détaille une nosologie unifiée et adoptée par toutes les institutions psychiatriques depuis les années 1950. Il faut également souligner que cette période est désormais, grâce aux avancées de la psychopharmacologie, dont le populaire Largactyl, connue comme la troisième révolution psychiatrique.

Au moment où le Rapport Bédard de 1962 sonne le glas du vieux concept d'asile, l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu est devenu une institution médicale moderne en regard des critères de l'époque. Une période de désinstitutionnalisation massive commence alors. À ce propos, le Dr. Bordeleau, psychiatre à Saint-Jean-de-Dieu dans les années 1960, rappelle que c'est

la société qui demande qu'on enferme le malade mental sans se préoccuper continuellement de l'évolution de l'institution qu'elle a réclamée à cette fin. [...] Quoique l'hôpital psychiatrique représente pour la société une sorte de honteuse néo-formation et lui cause ainsi une profonde blessure narcissique, il est évident que nous sommes incapables de nous en passer et que nous devons l'utiliser dans les meilleures conditions possibles¹⁰⁶.

Avec la modernisation de la classification des maladies mentales, les nouveaux traitements pharmacologiques et les professions « psy » en plein essor, une nouvelle génération de psychiatres s'apprête à prendre en main l'institution qui appartient toujours

¹⁰⁵ Ces domaines sont : l'administration, la psychiatrie, la médecine, les rayons-X, les laboratoires de recherches, l'anesthésie, le laboratoire, l'électro-encéphalographie, la pharmacie, la cardiologie, la dermatologie, la phthisiologie, l'endocrinologie, la chirurgie générale, la gynécologie, l'orthopédie, l'urologie, la neurologie, la psychochirurgie, l'oto-rhino-laryngologie et la dentisterie. Dans *l'Abrégé historique de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, 1954, p. 4. Par auxiliaires du personnel médical, on entend les biologistes, psychologues, secrétaires, techniciens, archivistes, travailleurs sociaux et moniteurs. *Ibid.*, p. 6

¹⁰⁶ Jean-Marc Bordeleau, « Hôpital psychiatrique traditionnel et assistance psychiatrique moderne » *Laval Médical*, Vol. 41, No. 6, juin 1970, p. 751 et 753.

aux Sœurs de la Providence. Le processus de laïcisation des services sociaux bat son plein. Ce sera chose faite en 1974 lorsque le Dr. Lazure devient le directeur de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu rebaptisé pour la circonstance Louis-H.-Lafontaine.

Conclusion

En psychiatrie, les années 1920 à 1950 sont connues comme une renaissance des savoirs sur l'aliénation mentale. Si le XIXe siècle a été l'époque de la mise en place du système asilaire, l'entre-deux-guerres est celle de la transformation de l'asile en hôpital qui traite des malades mentaux. Parallèlement aux avancées de la psychanalyse et de la psychologie pratiquées dans presque tous les pays occidentaux, la médecine psychiatrique développe ses connaissances sur des bases organicistes à partir d'une volonté de comprendre le corps et surtout le système cérébral. Les psychiatres occidentaux se démarquent alors des disciplines encore jeunes que sont la psychologie et la sociologie en orientant leurs recherches sur le corps et la psychopharmacopée avec les stabilisants de l'humeur et les anti-psychotiques qui remplaceront la plupart des traitements de choc à l'exception, toutefois, des électrochocs. Aux traitements physiologiques « de choc » entre 1925 et 1955, s'ajoutent après la Seconde Guerre mondiale les neuroleptiques, la psychothérapie, ainsi que la thérapie d'occupation et de récréation¹⁰⁷.

Alors que l'institution psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu se modernise et remplit désormais toutes les conditions médicales nord-américaines, les psychiatres cherchent maintenant des solutions pour prévenir les maladies mentales et ainsi éviter l'augmentation croissante de la population asilaire. Alors qu'à la fin du XIXe siècle, les psychiatres prênaient un internement hâtif des personnes qui présentaient des comportements liés à l'aliénation mentale, ces spécialistes proposent des programmes de prévention des maladies

¹⁰⁷ *Abrégé historique de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu*, 1954, p. 5.

et de l'aliénation mentale. Comme nous le verrons dans le dernier chapitre, le mouvement d'hygiène mentale fondé par le Dr. Desloges à la fin des années 1920, joue un rôle plus grand dans cette spécialité médicale. Au lieu de rester au sein de leur institution à traiter les malades, les psychiatres proposent d'éduquer la population pour mieux prévenir l'augmentation de la population atteinte de maladies mentales.

Deux champs de spécialisation se mettent alors en place. Les neuro-psychiatres continuent d'étudier le cerveau et de chercher les causes des maladies mentales. Ils proposent aussi une diversité de traitements, plus ou moins efficaces, qui tentent de guérir, sinon de gérer, la population institutionnalisée. Comme l'historien Jack Pressman l'a bien dit, il s'agit de traitements de « dernier recours »¹⁰⁸. Mais les psychiatres vont également en amont et proposent une prophylaxie qui suggère fortement l'adoption de certains comportements dits adéquats. Ce faisant, ils entrent dans la sphère privée des foyers canadiens-français en incitant les citoyens à avoir des comportements « responsables » et en évitant, par exemple, les relations sexuelles hors mariage, l'abus de boissons alcoolisées et le laisser-aller dans l'éducation des enfants.

¹⁰⁸ Jack Pressman, *Last Resort, Psychosurgery and the Limits of Medicine*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, 1998.

CHAPITRE 4

LES CLASSIFICATIONS DES MALADIES MENTALES A SAINT-JEAN-DE-DIEU : INFLUENCES, INTERPRETATIONS ET GENRES

Pendant plusieurs siècles, les seuls services psychiatriques offerts au public consistaient en des hospices et des asiles où on plaçait les malades susceptibles d'être dangereux pour la société et pour eux-mêmes ou qui présentaient des comportements tellement anormaux qu'ils devenaient indésirables dans le monde.
Dr. Bordeleau, 1970¹

Dans ce chapitre, nous allons mettre en lumière les deux périodes de surintendance et de classification adoptée entre 1920 et 1950. Comme nous le montrerons, les années 1920 à 1932 sont dominées par la tradition française. Les années 1932 à 1950, quant à elles, donnent lieu à un rapprochement entre les médecins d'ici et ceux de la région de Baltimore-New York- Boston. La première classification de la période à l'étude est celle du Dr. Tétréault au début des années 1920. Dans son *Cours sur les maladies mentales*, donné à Saint-Jean-de-Dieu, il fait le pont entre la doctrine de la dégénérescence employée depuis les années 1885 et les nouvelles études en neuro-psychiatrie. En 1930, la psychiatrie a délaissé la doctrine de la dégénérescence telle que présentée dans le *Manuel de neuro-psychiatrie* écrit par les neuropsychiatres montréalais Langlois, Saucier et Amyot. Ce manuel est en quelque sorte l'apogée et, paradoxalement, le déclin de la tradition psychiatrique française. Formés en France, disciples de Clérambeault et A. Delmas, ces neuro-psychiatres adaptent l'ouvrage de ces derniers pour en faire un manuel utilisé à l'Université de Montréal.

Vient ensuite une seconde classification, nord-américaine, adoptée par le Dr. Desloges en 1932 tel que mentionné par le surintendant médical de Saint-Jean-de-Dieu, le Dr. Noël, dans son rapport de la même année. Employée à partir de ce moment dans les rapports annuels provinciaux et officiellement publiée par le gouvernement fédéral en 1942, cette

¹ Jean-Marc Bordeleau, « Hôpital psychiatrique traditionnel et assistance psychiatrique moderne », *Laval Médical*, Vol. 41, No. 6, Juin 1970, p. 751.

classification est importée des États-Unis. Les relations entre les Franco-canadiens et les Anglo-canadiens sont plus fortes avec le mouvement d'hygiène mentale qui vient de nos voisins du sud. Aussi, avec la remise en question de la doctrine de la dégénérescence héréditaire dans les années 1920, les causes des maladies mentales ne sont plus publiées à partir de 1932 dans les statistiques officielles des rapports annuels présentés au gouvernement provincial².

Ces deux classifications correspondent à deux directions médicales distinctes, mais n'en sont pas tributaires. Rappelons d'abord que, de 1918 à 1931, le Dr. Devlin est à la tête de l'administration médicale de Saint-Jean-de-Dieu, remplacé en 1932 par le Dr. Omer Noël. Le rôle du surintendant médical est non négligeable dans l'intégration des théories et pratiques psychiatriques, il prend les décisions et définit les orientations que doit suivre l'institution. Mais il ne faut pas voir la rupture de 1932 comme le reflet direct des positions doctrinales de chacun de ces deux surintendants. Bien que le Dr. Devlin ait été formé aux États-Unis et le Dr. Noël en France, c'est le Dr. Desloges, directeur des asiles de la province et entretenant des relations avec les hôpitaux du Massachusetts, qui unifie la classification en 1932 et demande son application³.

Parallèlement à l'étude des descriptions et de la classification des maladies mentales, nous allons mettre en lumière les causes (1920 à 1932) et les diagnostics des maladies mentales à Saint-Jean-de-Dieu (1920-1946)⁴. Il s'agira de voir, d'une part les influences et les courants de pensée qui motivent le choix et les explications des critères diagnostics,

² Dans les rapports des Documents de la session et dans l'Annuaire statistique du Québec. Sur la question de la doctrine de la dégénérescence, Grenier situe son application au Québec entre les années 1885 et 1918. Auparavant, lors de la création de l'asile en 1845, c'est la doctrine des monomanies (Pinel et Esquirol) qui prévalait, mise à mal en 1865 par la position organiciste. Voir Guy Grenier, *Les monstres, les fous et les autres : la folie criminelle au Québec*, Montréal, Éditions Trait d'union, 1999.

³ Dans le Rapport annuel du Dr. Omer Noël pour l'année 1931-1932, *Documents de la session, op. cit.*,

⁴ Il est difficile de suivre les années d'échantillon dans les Rapports annuels. Nous avons ainsi décidé de prendre l'année précédente à 1921, 1926, 1931, 1936, 1941 et 1946 lorsque ces dernières ne sont pas disponibles.

d'autre part, de voir leur utilisation effective dans la pratique quotidienne. Les causes et les diagnostics des patients ont été analysés en fonction du genre des patients. Si, comme nous le verrons, les raisons d'internement diffèrent selon le sexe, les diagnostics, eux, sont peu genrés. À l'exception de quelques catégories plus masculines comme les psychoses toxiques (alcoolisme) et la paralysie générale (syphilis), les diagnostics sont les mêmes peu importe le sexe des patients.

4.1. La direction du Dr. Devlin et la tradition française, 1918-1931.

L'évolution de la nosographie psychiatrique à Saint-Jean-de-Dieu et plus généralement des asiles du Québec commence en 1893 avec la classification des causes de décès (Classification Bertillon) de l'Institut international de la statistique de Paris. Durant la période allant de 1873 à 1920, il y a peu d'informations « officielles » sur le classement des maladies mentales. Ceci dit, alors que les aliénistes sont formés à l'Hôpital Ste-Anne à Paris, la classification adoptée à Saint-Jean-de-Dieu s'inspire fortement de Magnan, aliéniste français. On parle de cinq dénominations entre 1873 et 1897 : l'idiotie, la démence, la folie, la manie et la lypémanie. Cette dernière devient, au début du XXe siècle, la mélancolie⁵.

Les classements gagnent en complexité au début du XXe siècle et le rapport annuel de l'année 1920 comprend alors 16 catégories diagnostiques, qui seront abordées plus loin, elles-mêmes divisées en six groupes : la folie épileptique, la folie simple, la folie alcoolique, la folie paralytique, la démence sénile et organique et enfin les arrêts de développements⁶. Les causes attribuées à ces maladies sont nombreuses, mais l'hérédité en est la principale,

⁵ Marie-Claude Thifault, *L'enfermement asilaire des femmes au Québec : 1873-1921*, Thèse de doctorat en histoire, Université d'Ottawa, 2003, p. 133. Voir la classification abrégée.

⁶ Rapports annuels du Dr. Devlin pour l'année 1920, *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec*, Appendice XIV, 1921, pp. 4-13.

suivie de la vieillesse, de la fatigue et du surmenage intellectuel. Tel est l'état des classifications diagnostiques lorsque le Dr. Devlin devient surintendant médical.

Après un règne de vingt-quatre ans, le surintendant de Saint-Jean-de-Dieu, le Dr. Georges Villeneuve, meurt en 1918. L'assistant-surintendant, le Dr. Francis Eugene Devlin, lui succède jusqu'en 1931. Ce dernier est le quatrième surintendant médical de Saint-Jean-de-Dieu. Assistant-surintendant de 1887 à 1896 des docteurs Bourque puis Villeneuve, il part faire des études à New York en 1906 avec Adolf Meyer⁷. Au cours des années 1920, il est présent à toutes les réunions annuelles de l'*American Psychiatric Association* et il traduit un article de Pierre Janet, en 1922, pour l'*American Journal of Psychiatry*⁸. Sa présence aux réunions états-uniennes montrent qu'il est au faîte des recherches et des théories ayant cours chez nos voisins du Sud, particulièrement à la Johns Hopkins University de Baltimore, où son ancien professeur, Adolf Meyer, est doyen. Durant cette période, deux manuels sont écrits par des psychiatres montréalais. Le premier par le Dr. Tétreault, médecin en chef à Saint-Jean-de-Dieu et écrit au tournant des années 1920. Le deuxième par les neuro-psychiatres Langlois, Saucier et Amyot.

⁷ Le Dr. Devlin est anglophone et travaille dans un asile catholique. Il a fait ses études à l'Université Laval à Québec. Tout nous porte à croire qu'il vient de la communauté irlandaise de la ville de Québec. Le Dr. Barbeau parle non pas de Devlin comme successeur de la discipline, mais de Albert Prévost. Pourtant, nous croyons que le « chaînon manquant » pour bien comprendre la psychiatrie des années 1910-1920 est le Dr. Devlin. En effet, il a étudié avec Meyer à New York et traduit un texte de Janet en anglais pour l'*American Journal of Psychiatry*. Plus que les neurologues et psychiatres constitutionnalistes formés en France, le Dr. Devlin est à la fine pointe de la recherche américaine. Celle-ci deviendra rapidement, dès 1930, la référence en psychiatrie.

⁸ Sections du compte-rendu des réunions annuelles dans le *Journal of American Psychiatry*, 1920-1930.

4.1.1. L'enseignement du Dr. Tétrault, circa 1920.

Comme l'ont montré Cellard pour la période de 1608 à 1838 et Thifault pour celle allant de 1873 à 1921, la dénomination des troubles mentaux connaît plusieurs modifications à travers le temps. Aux XVIIe, XVIIIe siècles et au début du XIXe siècle, les aliénistes utilisent des termes reliés à l'esprit comme « furieux », « dément », « imbécile », « esprit aliéné » ou « mal St-Jean », pour nommer la démence et l'aliénation⁹. À la fin du XIXe siècle et au début du XXe, les catégories utilisées sont l'« idiotie », la « démence », la « folie », la « mélancolie » et la « manie »¹⁰. Selon les données transmises au gouvernement en 1922, les aliénés admis sont classés selon six groupes d'affection mentale : la folie épileptique, la folie simple, la folie alcoolique, la folie paralytique, la démence sénile et organique et les arrêts de développement¹¹.

Au cours de la période étudiée, une première classification est employée, soit celle du Dr. Alcée Tétrault, médecin chef à Saint-Jean-de-Dieu depuis 1910 et professeur de la clinique des maladies mentales. Au début des années 1920, dans son « Cours des maladies mentales » donné à Saint-Jean-de-Dieu, il passe en revue les savoirs de l'époque sur ces maladies¹². Il définit d'abord la psychiatrie comme l'étude des maladies mentales et comme « une branche de la neurologie qui étudie les troubles mentaux et les modifications organiques qui leur sont associées »¹³.

⁹ André Cellard, *Histoire de la folie et société au Québec de 1600 à 1850*, Montréal, Boréal, 1991, p. 35 et 93.

¹⁰ Marie-Claude Thifault, *L'enfermement asilaire des femmes*, *op. cit.*, p. 133.

¹¹ *Annuaire statistique de la Province de Québec*, Année 1922, p. 174.

¹² Alcée Tétrault, *Cours des maladies mentales donné à l'Hôpital St-Jean-Dieu*, 63 pages. Le document n'est pas daté. Guy Grenier le situe circa 1920. On sait qu'il fut pris en notes par un certain Garceau en 1927.

¹³ *Ibid.*, p. 1.

Ce cours propose une définition de l'aliénation mentale et des maladies mentales citées au début de la thèse. Pour Tétreault, la maladie mentale, ou folie, est « l'expression d'un processus pathologique actif ». L'aliénation mentale est plus large et s'applique à l'individu qui est « susceptible d'entrer en conflit avec la société et se trouve, par conséquent, inapte à vivre dans son sein »¹⁴. Comme on peut le voir, le Dr. Tétreault distingue la déviance mentale comme étant « anti-sociale » ou « pathologique ». On ne pourrait, en effet, trouver meilleure définition de la folie comme construction sociale. L'aliénation mentale est ici vue comme la résultante d'une réaction sociale à ce qui est considéré, à un moment donné, dans une société comme une déviance sociale qui mérite une étiquette particulière, celle d'aliéné, et une forme particulière d'intervention, l'internement.

En fait, le Dr. Tétreault prend acte de la situation problématique de la psychiatrie à cette époque. Se voulant une réelle spécialité médicale, la psychiatrie s'unit alors à la neurologie pour expliquer et traiter les maladies mentales à partir des lésions cérébrales. Mais certains types de « folie » résistent à l'explication organiciste : les aliénations au sens strict du mot, soit les individus étrangers à eux-mêmes et aux autres. Le psychiatre et le neuro-psychiatre, se veulent des spécialistes des maladies mentales – d'où l'intitulé du cours du Dr. Tétreault – plutôt qu'un aliéniste qui gère l'aliénation mentale résultant de comportements anti-sociaux. Pourtant la législation est claire : doivent être internés ceux qui ont des comportements dangereux, anti-sociaux ou scandaleux. Pris entre deux champs, le médical et le social, le psychiatre se positionne de plus en plus vers une psychiatrie qui veut traiter les maladies mentales. Il signe ainsi une rupture avec une certaine tradition d'enfermement asilaire dont la fonction était la gestion de la déviance mentale.

Avec les théories organicistes et la rapide légitimité acquise par la neurologie comme spécialité médicale à la fin du XIXe siècle, la folie, comme maladie du corps, est en plein essor, du moins à cette époque. Portée par les découvertes physiologiques et neurologiques, attribuables en grande partie à la Grande Guerre, la psychiatrie entretient de grands espoirs « scientifiques ». Mais la recherche se heurte rapidement aux limites d'une explication de la

¹⁴ *Ibid.*, p. 1.

folie par des causes organiques et lésionnelles. Au début des années 1930, la recherche ne porte d'ailleurs plus sur l'étiologie mais plutôt sur la sémiologie des troubles mentaux. Si les maladies mentales, dans le sens que Tétreault leur donne, comprend des entités pathologiques comme la paralysie et la sénilité, l'aliénation mentale prend d'autres noms, telle la psychose, la névrose, la psychasthénie, et surtout la psychopathie.

Comme nous l'avons souligné, c'est l'aliénation mentale qui nous intéresse ici. Elle souligne les comportements inacceptables socialement et signe la réclusion selon des critères médicaux. La classification étiquette scientifiquement des types de comportements dangereux, anti-sociaux et scandaleux. Comme nous le verrons dans les chapitres cinq, six et sept, ces comportements sont genrés. Le sexe social est associé à une forme de transgression, le scandale et l'immoralité pour les femmes, la dangerosité et l'asocialité pour les hommes. La question est alors de savoir comment les psychiatres, entre 1920 et 1950, ont pu classifier des comportements qui n'étaient déviants que par rapport à des valeurs et des mœurs genrées, en entités pathologiques.

4.1.2. Les causes des « maladies mentales » à Saint-Jean-de-Dieu, 1920-1930.

Au début des années 1920, le Dr. Tétreault affirme que les troubles mentaux sont produits par une série de « conditions fâcheuses qui préparent d'abord, puis par leur action simultanée, déterminent l'éclosion de la folie »¹⁵. Il divise les conditions pathogènes en deux catégories, les causes prédisposantes et les causes déterminantes. Par causes prédisposantes, il entend « la civilisation, les idées religieuses, les événements politiques, le climat, les saisons, la température, [...] l'âge, le sexe, l'état civil, les professions, l'hérédité, l'éducation, la congénitalité et la prédisposition acquise »¹⁶. Les causes déterminantes sont, quant à elles,

¹⁵ *Ibid.*, p. 1.

¹⁶ *Ibid.*, p. 2.

multiples : morales dans le sens pinélien (perte d'un être cher, revers de fortune, frayeurs vives), mécaniques (commotions cérébrales, compression du cerveau, interventions chirurgicales), pathologiques (affections des organes internes), dues à des infections aiguës et chroniques (syphilis et tuberculose), à des intoxications d'origine interne ou externe (alcool et narcotiques) et physiologiques (puberté, menstruation, grossesse, accouchement, lactation et ménopause)¹⁷.

Toujours selon le Dr. Tétréault, dans au moins 50% des cas, la maladie est transmise des parents aux enfants par l'hérédité et, dans un grand nombre de cas, elle est causée par des facteurs externes au moment de la conception ou de la grossesse, de manière congénitale¹⁸. Comme le souligne l'historien Guy Grenier, la doctrine de la dégénérescence héréditaire est encore vivante au tournant des années 1920 mais, fortement critiquée à cause de son fatalisme. Pour cette raison, elle perd de la crédibilité au profit des explications neurologiques de plus en plus évoquées pour rendre compte de la maladie. Remarquons que la congénitalité donne raison au courant d'hygiène mentale qui prend racine au Québec au même moment. Ce courant prescrit, par exemple, aux parents, surtout aux mères, des lignes de conduite à adopter lors de la conception, mais surtout lors de la grossesse. Pour le Dr. Tétréault :

Les affections mentales sont nécessairement liées à une altération anatomique. Dans beaucoup de cas, nous ne savons pas encore reconnaître les signes de cette altération. Parfois, il y a des signes de malformations (signes morphologiques) qui seraient en rapport avec le trouble mental. Enfin, il y a des altérations physiques constituant le fonds même du trouble et d'une grande importance pour le diagnostic, v.g. altérations du système nerveux, des fonctions organiques : [troubles déjà étudiés en Pathologie interne]. Nous ne mentionnerons que les principales malformations morphologiques traduisant les vices d'organisation communément désignés sous le nom de stigmates de dégénérescence [...] Toutefois, il est bon d'ajouter que ces stigmates ne paraissent pas avoir l'importance qu'on leur a attribuée. Cependant, il semble que l'accumulation de ces signes sur un individu soit fréquemment accompagnée de troubles mentaux. Ils constituent la manifestation physique de la dégénérescence¹⁹.

¹⁷ *Ibid.*, pp. 3-4.

¹⁸ *Ibid.*, p. 2.

¹⁹ *Ibid.*, pp. 22-23.

Ces stigmates peuvent être par exemple, un crâne oblique, un bec de lièvre, une asymétrie osseuse, du strabisme, un palais ogival, un seul testicule etc. Le psychiatre, dans sa pratique, est à l'affût des malformations morphologiques communément nommées « stigmates de dégénérescence »²⁰. Ces explications sur les « stigmates de dégénérescence » du Dr. Tétreault rappellent la théorie de la dégénérescence héréditaire du Dr. Morel.

Le Dr. Tétreault mentionne que l'examen psychique, fait à partir d'une entrevue avec le patient et par l'observation, doit être précédé d'un examen physique minutieux avant de poser un diagnostic. Il ne peut, en effet, ignorer les explications psychogéniques des « affections mentales ». Mais, dans son enseignement, Tétreault insiste sur le fait que « [l]es affections mentales sont nécessairement liées à une altération anatomique. Dans beaucoup de cas, nous ne savons pas encore reconnaître les signes de cette altération »²¹. On est pas loin des théories propres à l'anthropologie raciale et au darwinisme social en vogue dans certains pays à l'époque. Le Dr. Tétreault ajoute cependant que « ces stigmates ne paraissent pas avoir l'importance qu'on leur a attribuée. Cependant, il semble que l'accumulation de ces signes sur un individu soit fréquemment accompagnée de troubles mentaux. Ils constituent la manifestation physique de la dégénérescence »²². Tétreault, qui a été formé avant la Grande Guerre, n'a pas tout à fait abandonné certaines théories héréditaires et neurologiques enseignés dans les facultés de médecine au début du siècle.

En mars 1921, le Dr. Devlin reprend les explications de Tétreault dans son rapport annuel. Il note d'ailleurs que les causes héréditaires sont en augmentation. Il remarque aussi une plus forte présence des causes inconnues et dites « autres »²³. Si l'excès de boisson est une cause fréquente jusqu'en 1917, les inquiétudes et le surmenage deviennent des causes plus fréquentes durant la guerre, alors que les troubles domestiques sont à la hausse entre

²⁰ *Ibid.*, p. 23.

²¹ *Ibid.*, p. 22.

²² *Ibid.*, p. 23.

²³ Rapport annuel du Dr. Devlin pour l'année 1921, *Documents de la session, op. cit.*

1914 et 1918. Quant aux aliénés de naissance, toujours selon Devlin, ils diminuent graduellement. Les autres causes comme la vieillesse, l'épilepsie, la fièvre puerpérale et les embarras financiers demeurent stables. Le tableau 4.1. présente les causes des maladies mentales pour les années la 1920, 1926 et 1930 selon les données des rapports statistiques du Dr. Devlin. Notons que l'indication des causes probables des maladies mentales disparaissent des rapports annuels en 1932, peu après l'affiliation de Saint-Jean-de-Dieu à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Dès lors, les surintendants médicaux ne remplissent que les tableaux des diagnostics donnés aux patients.

Tableau 4.1. Les causes de la maladie des aliénés admis à Saint-Jean-de-Dieu en 1920, 1926 et 1930¹

| Causes de la maladie | 1920 ²⁴ | | | 1926 | 1930 |
|---|--------------------|------------|------------|------------|------------|
| | H | F | Total | | |
| Hérédité (et congénitalité) | 48 | 88 | 136 | 263 | 313 |
| Excès de boisson (drogues) | 11 | 0 | 11 | 50 | 42 |
| Inquiétudes, fatigues, surmenage intellectuel | 17 | 20 | 37 | 54 | 41 |
| Troubles domestiques, chagrin | 6 | 10 | 16 | 36 | 14 |
| Aliénés de naissance | - | - | - | - | - |
| Vieillesse | 28 | 32 | 60 | 88 | 106 |
| Épilepsie | 16 | 5 | 21 | 32 | 46 |
| Paralysie ²⁵ | | | | - | 2 |
| Fièvre puerpérale | 0 | 15 | 15 | 21 | 15 |
| Artério-sclérose | - | - | - | 48 | 13 |
| Urémie | - | - | - | 12 | - |
| Embarras financiers ²⁶ | 4 | 2 | 6 | - | - |
| Syphilis | 21 | 9 | 30 | 54 | 37 |
| Causes inconnues | - | - | - | 137 | 222 |
| Autres causes | 102 | 131 | 233 | 70 | 133 |
| Total | 253 | 312 | 569 | 865 | 984 |

Sources : *Annuaire statistique de la Province de Québec*, années 1922 à 1932.

²⁴ Les sexes sont indiqués pour l'année 1920 seulement.

²⁵ La paralysie, l'artério-sclérose et l'urémie apparaissent en 1926.

²⁶ À partir de 1926, les embarras financiers sont classés avec les « troubles domestiques, financiers et chagrin ».

Seul le rapport de l'année 1920 donne lieu à une classification selon les sexes des patients admis durant l'année, ce qui complique l'analyse genrée des causes de la maladie. Si l'on remarque que l'excès de boisson est strictement masculin et les fièvres puerpérales essentiellement féminines, l'épilepsie et la syphilis sont des causes plus souvent attribuées aux hommes admis tandis que la maladie mentale chez les femmes est plus souvent que chez les hommes une question d'hérédité. Le nombre peu élevé de troubles domestiques, chagrins et embarras financiers, ne nous permet pas d'affirmer qu'ils sont attachés à un sexe en particulier. Remarquons simplement qu'il y a plus de femmes perturbées en raison de troubles domestiques et plus d'hommes qui sombrent dans la folie à cause d'embarras financiers, ce qui ne surprend guère étant donné le rôle de femmes au foyer et celui de l'homme pourvoyeur, stéréotypes bien ancrés dans les mœurs de l'époque.

Selon le Dr. Tétréault, plus d'aliénés sont prédisposés que déterminés à développer une maladie mentale. En effet, le surmenage, l'âge et l'hérédité sont les trois causes principales d'internement. L'alcool et la syphilis, par exemple, sont des causes moins souvent rencontrées. La « civilisation » a, selon lui, une grande responsabilité avec les effets de la guerre et de la crise économique sur les individus. Le nombre élevé de causes inconnues, de l'ordre de 20% à 25%, soulève aussi des questions quant à l'étiologie des maladies mentales. Si très peu de causes sont « réellement » d'origine physiologique, la plupart étant reliées aux circonstances de la vie, les causes inconnues sont encore nombreuses. Devant cette quête vaine, les psychiatres délaissent les explications étiologiques et se tournent vers la sémiologie, la recherche clinique et les traitements.

Le concept d'hérédité comme cause principale des maladies mentales est mis à mal en raison de son aspect fortement fataliste. Comment guérir et donc légitimer l'institution médicale si la maladie mentale est une malformation génétique qui se transmet des parents aux enfants? L'explication héréditaire vient des théories de Morel, puis de celles de Mangan au XIXe siècle. Forts de nouvelles données neurologiques, les psychiatres se tournent désormais vers les lésions pour expliquer les maladies mentales, d'autant plus que ce type d'explication leur donne une légitimité plus grande puisqu'il est issu d'une branche prestigieuse de la médecine. Prenant désormais appui sur les connaissances développées par

une discipline jadis ennemie, la neurologie, la psychiatrie se donne des airs de discipline scientifique²⁷. Qui plus est, grâce aux recherches neurologiques sur les vétérans menées par les militaires depuis la Grande guerre, surtout aux États-Unis, les spécialistes sont désormais capables d'expliquer quelques-unes des « affections mentales » chères au Dr. Tétreault.

4.1.3. La classification des maladies mentales entre 1920 et 1932.

Dans les mots du Dr. Tétreault, « il est impossible d'édifier une classification rationnelle des maladies mentales »²⁸. Il y voit deux raisons. D'abord, l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie et l'évolution clinique sont des savoirs qui ne remplissent pas encore leurs promesses. Ensuite il n'y a pas, dans ces domaines, de consensus autour d'un paradigme et les recherches vont dans tous les sens²⁹. Comme on l'a déjà dit, avant de diagnostiquer une maladie, le Dr. Tétreault recommande l'examen complet du malade. Il faut noter l'attitude, la démarche, la tenue, la politesse, les expressions faciales et noter toutes les réponses ou les refus de répondre aux questions³⁰. Ensuite le diagnostic est rendu. Le médecin peut alors choisir parmi une gamme de troubles psychiques dans les affections mentales. Voici celle proposée par le Dr. Tétreault et utilisée par les médecins à Saint-Jean-de-Dieu entre 1920 et 1932.

²⁷ Bonnie Ellen Blustein, « « A Hollow Square of Psychological Science » : American Neurologists and Psychiatrists in Conflict », dans Andrew Scull, éd. *Madhouses, Mad-Doctors and Madmen, The Social History of Psychiatry in the Victorian Era*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, 1981, pp. 241-270.

²⁸ Alcée Tétreault, *Cours des maladies mentales*, op. cit., p. 23.

²⁹ *Ibid.*, p. 23.

³⁰ *Ibid.*, Partie sur l'examen du malade, pp. 5-6.

Tableau 4.2. : Classification des maladies mentales en fonction du trouble dominant selon le Dr. Tétréault, circa 1920.

| Catégories générales | Sous-catégories | Diagnostics |
|-----------------------------------|--|---|
| Psychoses | Troubles dominants de l'affectivité | Manie, mélancolie, psychoses périodiques [Kraepelin] ou folie maniaque dépressive |
| | Troubles dominants des perceptions | Psychose hallucinatoire aigue |
| | Troubles dominants de l'idéation | Confusion mentale et psychoses des infections et intoxication (alcool), délires non systématisés, délire systématisés [paranoïa chronique ou délire de Magnan], délires à base d'interprétations délirantes |
| | Troubles dominants de l'émotivité et de la volonté | Syndromes de dégénérescence (phobies, obsessions, impulsions) |
| | Troubles dominants de la conscience morale et du caractère | Folie morale, délire des persécutés persécuteurs |
| | Troubles dominants de la conscience | Troubles mentaux hystériques [Babinski] et épileptiques |
| États de faiblesse intellectuelle | Faiblesse congénitale | Débilité mentale, imbecillité et idiotie [Esquirol] |
| | | |
| Démences | Faiblesse intellectuelle acquise | Démence précoce, démence sénile, démence organique et paralysie générale |

Cette classification est divisée en trois catégories générales, les psychoses, les états de faiblesse intellectuelle et les démences. Pour Tétréault, les psychoses simples sont curables et sans lien avec des lésions cérébrales organiques. Elles sont également héréditaires ou idiopathiques. Les états de faiblesse intellectuelle, quant à eux, sont incurables. Ce sont des troubles congénitaux ou acquis, comme l'idiotie ou la débilité mentale, qui affectent l'ensemble des fonctions intellectuelles. Enfin, les démences sont dues à une déchéance progressive de l'ensemble des facultés cérébrales : les sentiments, l'intelligence et l'activité. Elles sont, elles aussi, incurables et elles ont un caractère acquis³¹. Les causes des démences

³¹ *Ibid.*, pp. 20 et 48.

seraient multiples, notamment l'intoxication, les infections, les troubles de circulation et les méningo-encéphalites, mais son étiologie n'est pas encore connue. Le Dr. Tétréault suggère le grand rôle de l'hérédité dans les cas de démences, de même que les intoxications internes et externes³².

Ces catégories générales sont regroupés en huit sous-catégories, six pour les psychoses et une, respectivement, pour les états de faiblesses intellectuelles et les démences. Les six sous-catégories ou troubles dominants des psychoses sont les suivantes : l'affectivité, les perceptions, l'idéation, l'émotivité et la volonté, la conscience morale et le caractère et, enfin, la conscience. La première, les troubles dominants de l'affectivité, comprend la manie, la mélancolie et la psychose périodique qui sont idiopathiques ou des symptômes d'une autre forme d'aliénation mentale. Il est pertinent de noter que tout comme le Dr. Villeneuve, Tétréault n'adopte pas les théories de Kraepelin sur la psychose périodique constitutionnelle et héréditaire, leur préférant plutôt celles de l'école française de tradition hippocratique³³. Alors que le Dr. Devlin adhère à l'interprétation de Kraepelin, le Dr. Villeneuve, tout comme le Dr. Tétréault tenait à conserver les diagnostics de manie et de mélancolie. Mais c'est le surintendant qui dans ce domaine a le dernier mot et les diagnostics de manie et de mélancolie disparaissent pendant la période 1926-1930³⁴.

Le Dr. Tétréault différencie par la suite les troubles des perceptions comme l'hallucination par exemple, des troubles de l'idéation, c'est-à-dire l'illusion et le délire. Selon lui, la psychose hallucinatoire survient chez des gens dont l'hérédité est chargée. Elle est cependant curable, tout comme la confusion mentale qui, elle, est toutefois, selon lui, d'origine infectieuse ou toxique. Ces deux « maladies » seraient favorisées par la sénilité, la puberté, l'artério-sclérose, le développement sexuel féminin (puberté, menstruations,

³² *Ibid.*, p. 51.

³³ *Ibid.*, pp. 26-29.

³⁴ Notes personnelles du Dr. Georges Villeneuve, surintendant de l'asile de 1894 à 1918, Archives de L'Hôpital Louis-H. Lafontaine (AHLHL).

grossesse, allaitement, ménopause), l'alcoolisme, et les chocs physiques et moraux³⁵. Le délire est toutefois différent et peut-être un trouble fonctionnel ou organique et la paranoïa semble avoir des causes héréditaires³⁶. Le délire de persécution – ou délire de Magnan – est manifeste chez des enfants méfiants et orgueilleux qui une fois adultes, doivent être internés. Le délire d'interprétation, enfin, porte à confusion car ces « malades » peuvent passer pour des originaux ou des anti-sociaux³⁷.

Pour Tétreault, les troubles de l'émotivité et de la volonté sont dus à la dégénérescence. Il met l'accent sur la tare qui engendre ces troubles et sur le caractère profondément anti-social de ceux qui en souffrent. Il écrit à ce sujet :

Par dégénérescence, il faut entendre la condition morbide d'un sujet dont les fonctions cérébrales sont notoirement marqués d'imperfections par suite de circonstances inhérentes à sa formation, d'où il résulte un état d'infériorité psychophysique, rendant l'individu plus apte aux troubles de l'esprit. [...] Ce sont de véritables frontières où vivent des individus intelligents, parfois brillants, mais incomplets et porteurs d'une tare qui se traduit par un défaut d'harmonie et de pondération entre les diverses facultés et les divers penchants. [...] Ces anormaux vivent au dehors de la vie de tous, à moins qu'ils viennent à être atteints d'un accès de folie ou d'une crise impulsive qui les conduise dans les asiles ou devant les tribunaux³⁸.

Les obsédés phobiques sont, selon lui, des « hésitants, des perplexes, des abouliques » et il faut chercher la cause de ces comportements dans une « lésion de la volonté »³⁹. Les troubles dominants de la conscience morale et du caractère chez les individus obligent les autorités médicales à les interner. La folie morale et le délire des persécutés/persécuteurs manifeste un manque d'équilibre tant intellectuel que moral. Voici comment Tétreault décrit la folie morale :

³⁵ Alcée Tétreault, *Cours des maladies mentales, op. cit.*, pp. 30-31.

³⁶ *Ibid.*, p. 13 et 36.

³⁷ *Ibid.*, pp. 38-40.

³⁸ *Ibid.*, p. 35.

³⁹ *Ibid.*, p. 15.

[Ils sont] Inaptes à la vie conjugale comme à la vie familiale, ils deviennent pour la plupart des délinquants. [...] C'est chez la femme plus fréquemment que chez l'homme qu'on rencontre la malignité mythomaniacale qui est la tendance perverse au mensonge, à la simulation, à l'héréto-accusation. [...] Le pervers est incorrigible. L'amendement du pervers est une illusion. Ce qu'il lui faut, c'est un établissement spécial intermédiaire à l'asile et à la prison⁴⁰.

Enfin, pour Tétréault, les troubles dominants de la conscience sont l'épilepsie et l'hystérie, deux maladies qu'il qualifie de nerveuses⁴¹.

Avec sa description de la nosologie, Tétréault explique les troubles mentaux par leurs origines lésionnelles, héréditaires ou idiopathiques. Il note que les comportements anti-sociaux sont des actes secondaires aux troubles. Les plus communs sont l'impolitesse, la malpropreté, les exhibitions obscènes, la scatophagie (démence), la violence, la destruction, la fureur (maniaque et épileptique), le refus de se nourrir, le suicide, l'auto-mutilation, l'homicide (délire de persécution), le vol et l'incendie (démence, imbécillité, épilepsie)⁴². Au début des années 1920, il est clair que les psychiatres sont conscients d'interner des individus sur la base de certains comportements moraux. Pour eux, cependant, ces comportements sont la manifestation d'une maladie diagnostiquée grâce à des théories médicales qui légitiment, en quelque sorte, le verdict d'exclusion. Bref, ces comportements dangereux, anti-sociaux et scandaleux sont des manifestations de la maladie mentale, héréditaire, congénitale et organique dans la majorité des cas. Si les causes de ces maladies sont inscrites dans le corps, les symptômes apparaissent, eux, lors de transgression des normes, normes qui diffèrent, on le verra, selon le groupe sexuel d'appartenance.

Sur la question des causes, deux psychoses peuvent être dues à des perturbations hormonales chez les femmes : la psychose hallucinatoire et la confusion mentale⁴³. Sur la

⁴⁰ *Ibid.*, p. 41.

⁴¹ *Ibid.*, p. 44 et pp. 51-52.

⁴² *Ibid.*, p. 21.

⁴³ *Ibid.*, pp. 30-31.

question des symptômes, les données des chapitres cinq, six et sept nous indiquent que l'impolitesse, la violence, la destruction, le refus de se nourrir sont observés chez les deux sexes. La malpropreté, les exhibitions obscènes et la fureur sont principalement observées chez les femmes tandis que les homicides et les vols sont en majorité des actes commis par les hommes. Pour mieux comprendre les diagnostics donnés aux patients dans notre étude de cas, voyons les diagnostics rendus par les médecins de Saint-Jean-de-Dieu pour les années 1920, 1926 et 1930 selon le sexe du patient.

Tableau 4.3. : Diagnostics à Saint-Jean-de-Dieu en 1920 selon le sexe du patient.⁴⁴

| Désignation de la maladie mentale | Hommes | Femmes | Total |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Manie | 102 | 128 | 230 |
| Mélancolie | 155 | 136 | 291 |
| Folie périodique | 6 | 2 | 8 |
| Folie systématisée | 291 | 309 | 600 |
| Confusion mentale | 47 | 50 | 97 |
| Démence précoce | 32 | 34 | 66 |
| Démence vésanique | 67 | 75 | 142 |
| Démence organique | 19 | 8 | 27 |
| Démence sénile | 41 | 40 | 81 |
| Paralyse générale | 25 | 10 | 35 |
| Folie névrosique – épilepsie | 111 | 94 | 205 |
| Folie névrosique – autres névroses | 4 | 7 | 11 |
| Folie toxique – alcool | 65 | 11 | 76 |
| Folie toxique – autres toxiques | 6 | 2 | 8 |
| Syphilis cérébrale | 4 | 0 | 4 |
| Arriération – avec/sans épilepsie | 434 | 283 | 717 |
| Sous observation | 4 | 1 | 5 |
| Total | 1413 | 1190 | 2603 |

⁴⁴ Patients présents le 31 décembre 1920.

Tableau 4.4. : Diagnostics à Saint-Jean-de-Dieu en 1926 et 1930 selon le sexe du patient⁴⁵

| Désignation de la maladie mentale | H | F | 1926 | H | F | 1930 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Confusion mentale | 53 | 67 | 120 | 53 | 72 | 125 |
| Psychoses toxiques | 94 | 35 | 129 | 107 | 49 | 158 |
| Dysendocrinies | 0 | 3 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| Psychopathies syphilitiques | 62 | 19 | 81 | 87 | 28 | 115 |
| Démences organiques | 45 | 40 | 85 | 48 | 33 | 81 |
| Démences art. scléroses | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Démences séniles | 45 | 57 | 107 | 60 | 65 | 125 |
| Psychoses au cours des affections aiguës | 1 | 6 | 7 | 8 | 13 | 21 |
| Psychoses périodiques | 256 | 240 | 496 | 242 | 255 | 497 |
| Arrêts de développement | 545 | 379 | 924 | 498 | 404 | 902 |
| Etat psych. constitutionnels | 123 | 119 | 242 | 120 | 145 | 265 |
| Psychoses syst. chroniques | 152 | 157 | 309 | 141 | 201 | 342 |
| Démences précoces | 355 | 293 | 648 | 346 | 309 | 655 |
| Psychoses épileptiques | 125 | 99 | 224 | 139 | 84 | 223 |
| Schizophrénies | - | - | - | 15 | 12 | 27 |
| Psychoses hystériques | 9 | 9 | 18 | 10 | 9 | 19 |
| Psychoses émotionnelles | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 |
| Psychoses traumatiques | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| Non aliénés et sous observ. | 20 | 2 | 22 | 28 | 11 | 39 |
| Total | 1894 | 1528 | 3422 | 1906 | 1695 | 3601 |

En reprenant les diagnostics selon la classification en trois champs du Dr. Tétrault (psychoses, états de faiblesse intellectuelle et démences) on voit que les diagnostics de psychoses et d'états de faiblesse intellectuelle sont en baisse et les démences en hausse.

Tableau 4.5. : Pourcentage de patients internés selon les trois catégories générales.

| Catégories générales | 1920 | 1926 | 1930 |
|-----------------------------------|------|------|------|
| Psychoses | 55% | 45% | 43% |
| États de faiblesse intellectuelle | 28% | 27% | 23% |
| Démences | 14% | 27% | 26% |

⁴⁵ Patients présents le 31 décembre 1926; Patients présents le 1^{er} janvier 1930. Il n'y a pas de données détaillées pour l'année 1931. Voir *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec*, années 1930-1931.

Si, comme le Dr. Tétréault le mentionne, les psychoses sont dues à des troubles de l'affectivité, de la perception, de l'idéation, de la volonté, etc., que les états de faiblesse intellectuelle sont congénitaux et que les démences sont acquises, les maladies mentales acquises connaissent une hausse importante dans les années 1920 passant de 14% en 1920 à 26% en 1930. L'intérêt de ces tableaux reste cependant de pouvoir identifier les diagnostics selon le sexe.

4.1.4. Diagnostics différenciés selon le genre.

D'abord précisons que la question de la surreprésentation des femmes à l'asile, qui a été abondamment traitée par de nombreuses historiennes⁴⁶, n'est pas corroborée par nos données. La situation inverse est même observable. En 1920, les hommes représentent 54% des patients, en 1926, 55% et en 1930, 53%⁴⁷. Récemment, Mary Okin, comme Showalter avant elle, a observé une surreprésentation féminine de l'ordre de 52% par rapport à 48% chez les hommes au tournant du XXe siècle à l'Asile St-Michel-Archange. Seule Marie-Claude Thifault a soutenu que cette idée d'enfermement massif des femmes était un mythe, du moins à Saint-Jean-de-Dieu, durant cette même période. Nos données révèlent qu'entre les années 1920 et 1950, la population asilaire selon le sexe a été marquée par une légère surreprésentation masculine dans l'asile montréalais⁴⁸.

⁴⁶ Voir notamment Elaine Showalter, *The Female Malady, Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, Londres, Virago, 1985; Phyllis Chesler, *Women and Madness*, New York, Avon Books, 1972; Mary Glennon Okin, « *Madwomen* » in *Quebec : An Analysis of the Recurring Themes in the Reasons for Women's Committal to Beauport, 1894-1940*, thèse de doctorat en histoire, University of Maine, 2008.

⁴⁷ Selon les données de Statistiques Canada, la proportion de femmes canadiennes en 1921 et en 1931 est de 50,7% et 50,3%. <http://www.statcan.gc.ca/>

⁴⁸ La surreprésentation de femmes est rapportée dans les études statistiques des années 1960-70. Il est difficile de comparer les données pré et post-1962, année de la réforme psychiatrique.

La différenciation genrée n'est donc pas quantitative, mais qualitative. Les comportements associés aux troubles mentaux font état d'une transgression de normes liée aux sexes. Notre analyse le montrera, les diagnostics sont répartis différemment selon le sexe. Les discours des psychiatres et autres spécialistes sont là pour le prouver : il est question de cas cliniques typiquement féminins, non seulement rattachés à leur rôle social, mais aussi rattachés à leurs organes génitaux. La question des savoirs sur le sexe et la sexualité des femmes par des hommes médecins a d'ailleurs fort bien été traitée par Lunbeck, Mitchinson et Groneman notamment⁴⁹. Le seul diagnostic strictement féminin, qui apparaît dans la classification de 1926, est la dysendocrinie. Les occurrences sont toutefois rares puisque trois cas sont répertoriés en 1926 et quatre en 1930.

Précisons d'abord que la surreprésentation quantitative des hommes ne permet pas de voir au premier coup d'œil la proportionnalité des différences. En 1920, plus d'hommes que de femmes sont internés pour arriération mentale, folie toxique (alcool) et paralysie générale (syphilis). L'alcool et la syphilis sont de loin les deux causes ayant une surreprésentation d'hommes, avec cinq fois plus d'hommes pour l'alcool et trois fois plus d'hommes pour la syphilis. Ce tableau montre le taux de ces types de diagnostics par rapport à l'ensemble de la population selon le sexe.

Tableau 4.6. : Comparaison de trois types de diagnostics selon le sexe.

| | 1920 | | 1926 | | 1930 | |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Arriération | 30,7% | 23,7% | 28,8% | 24,8% | 26,1% | 23,8% |
| Toxique(alcool) | 5% | 1% | 5% | 2,3% | 5,6% | 2,9% |
| Syphilis | 2% | 0,8% | 3,3% | 1,2% | 4,6% | 1,7% |

⁴⁹ Elizabeth Lunbeck, *The Psychiatric Persuasion, Knowledge, Gender, and Power in Modern America*, Princeton, Princeton University Press, 1994; Wendy Mitchinson, *The Nature of their Body, Women and their Doctors in Victorian Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1991 ; Carol Groneman, *Nymphomania, A History*, New York, W.W. Norton & Company, 2000.

Pour les années 1926 et 1930, les mêmes observations conservent leur validité et il y a plus d'hommes diagnostiqués avec une psychose toxique, la syphilis et un arrêt de développement. Encore une fois, la syphilis et l'alcool sont, plus que pour l'arriération, les causes que l'on retrouve principalement chez les hommes. Notons cependant que les hommes diagnostiqués arriérés diminuent de près de 5% alors que chez les femmes, le taux demeure sensiblement le même durant cette décennie. Aussi, alors que les diagnostics de psychose toxique reste stable chez les hommes, ils passent de 1% à 2,9% de 1920 à 1930. La paralysie générale, causée par une infection à la syphilis, double tant chez les hommes que chez les femmes.

Toutefois, en considérant le nombre plus élevé d'hommes internés, certains diagnostics montrent une légère surreprésentation de femmes. En 1920, c'est le cas pour la manie, la folie systématisée et la démence vésanique tandis qu'en 1926, la confusion mentale et la démence sénile sont des diagnostics avant tout féminins. En 1930, les femmes reçoivent toujours plus de diagnostics de confusion mentale et elles sont aussi plus marquées par la psychose périodique, les états psychopathiques constitutionnels et la psychose systématisée chronique. Les légères surreprésentations chez les hommes sont dans les catégories de démence précoce et d'épilepsie. Selon les sous-catégories du Dr. Tétreault, les femmes ont, plus que les hommes, des troubles dominants de l'affectivité et de l'idéation. Les hommes ont, plus généralement, des troubles associés à la conscience ou de faiblesse congénitale ou intellectuelle acquise.

Ces données permettent de voir que le classement des patients et des patientes n'est pas aussi genré que l'historiographie féministe le dépeint. Si la dysendocrinie est liée au seul sexe féminin, les autres diagnostics ne sont pas « féminins ». Chez les hommes toutefois, la paralysie générale due à la syphilis et la folie toxique due à l'alcool sont plus nombreuses. De même, les partenaires sexuelles plus nombreuses et l'alcoolisme sont plus souvent associés au genre masculin. Notons aussi une augmentation des démences précoces chez les hommes en 1926 et en 1930 par rapport à 1920. Enfin, les hommes arriérés sont plus souvent internés que les femmes arriérées. Ce dernier point corrobore l'analyse de cas des trois derniers chapitres dans laquelle nous observons une plus grande prise en charge des femmes

idiotes et imbéciles que des hommes par leur famille parce qu'elles contribuent à l'économie domestique et qu'elles sont moins violentes.

4.1.5. Apogée et déclin de l'influence française: le *Manuel de neuro-psychiatrie* de 1930.

Pour l'historien Guy Grenier, la décennie 1920 est celle de la neuro-psychiatrie⁵⁰. Le *Manuel de neuro-psychiatrie* de 1930 marque l'apogée de la tradition française neurologique en même temps que son déclin, puisque deux ans plus tard, c'est sur la base des savoirs anglo-américains qu'une nouvelle classification est adoptée⁵¹. Ce manuel, écrit par trois neuro-psychiatres du Sanatorium Prévost et de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, fait date par sa précision et son utilité pour les étudiants en médecine. Alors que pour Tétréault les trop nombreuses divergences doctrinales lui interdisaient de n'en retenir qu'une, les auteurs du manuel de 1930 précisent que « [l]a psychiatrie plus que la neurologie est une science où il est impossible de progresser si l'on ne s'entend parfaitement sur les termes employés, et si les mécanismes psychologiques ne sont expliqués avec quelque ampleur »⁵². L'influence directe de ce manuel provient d'un ouvrage français, *La personnalité humaine*, publié en 1922 par Delmas, médecin des Asiles de Paris, et Boll, docteur en philosophie⁵³. Le *Manuel de neuro-psychiatrie* est une fusion des savoirs en neurologie et en « psychologie ».

⁵⁰ Guy Grenier, *Les monstres, les fous et les autres*, *op. cit.*, pp. 259-262.

⁵¹ Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*, La collection de la garde-malade, publiée sous la direction du Dr. Roméo Boucher, professeur agrégé à l'UdM, Montréal, Éditions Edouard Garand, 1930.

⁵² Alcée Tétréault, *Cours des maladies mentales*, *op. cit.*, p. 23; Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*, *op. cit.*, p. 6.

⁵³ La psychiatrie telle qu'enseignée à Paris en 1919. Delmas est l'auteur de la partie « Nosographie » du manuel français *La pratique psychiatrique, à l'usage des étudiants et des praticiens*.

L'ouvrage, divisé en trois parties, traite de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux et des pathologies nerveuses dans ces deux premiers chapitres. La partie sur les pathologies mentales nous intéresse plus particulièrement. Reprenant les explications de Delmas et Boll, les psychopathologies sont soit innées, soit dues à un déterminisme psychologique et acquis. Mais, contrairement à la doctrine de la dégénérescence, ce déterminisme n'est pas fataliste. L'éducation représente le remède par excellence et, dans les cas « irrécupérables », il convient de protéger la société en mettant les malades à l'écart. Le mouvement d'hygiène mentale, établi officiellement en 1928 sous la direction du Dr. Desloges, et l'éducation comme solution aux maladies « acquises » s'imposent comme moyens efficaces de prévention des maladies mentales.

À l'instar de Tétreault, les trois neuro-psychiatres recommandent de faire avant tout un examen physique minutieux du malade pour écarter les possibles causes organiques. Cet examen physique doit :

être complet, comme pour un cas de pathologie ordinaire, mais on doit rechercher surtout, les stigmates de dégénérescence, dont les principaux sont : la surdité, les malformations crâniennes, les difformités des oreilles et du maxillaire supérieur, (palais ogival), les implantations dentaires défectueuses, (dents de Hutchinson), enfin toutes les anomalies osseuses⁵⁴.

L'examen mental requiert le plus de soin et comporte deux étapes. Le médecin doit d'abord évaluer l'aspect du malade en portant attention au faciès, à sa mobilité, et à sa propreté. Il doit ensuite l'interroger. Lors de l'entrevue, qui se fait une fois par semaine à Saint-Jean-de-Dieu en présence de cinq à sept médecins, on interroge le patient sur huit aspects différents. Ils évaluent :

- 1) La qualité du fonds mental (l'attention, la mémoire, l'association des idées, le jugement).
- 2) L'affectivité (degré de bonté et de sociabilité du sujet, surtout dans ses rapports avec sa famille et ses proches).
- 3) Le degré d'imagination (inventer et construire des images intellectuelles).
- 4) L'émotivité (faculté de réagir aux quatre émotions : joie, peine, colère et frayeur; réactions d'attaque ou de défense).

⁵⁴ Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*, op. cit., p. 121.

- 5) Les idées délirantes (convictions évidemment fausses, excepté pour le sujet lui-même : de persécution, de grandeur, de jalousie, d'auto-accusation (suicide), de mysticisme, d'érotisme, etc.).
- 6) Les illusions (fausses perceptions).
- 7) Les hallucinations (perceptions sans objet, surtout l'ouïe et la vue).
- 8) Le comportement (l'ensemble des manifestations extérieures du malade, sa conduite)⁵⁵.

Enfin, les assistantes sociales et le médecin en charge de l'admission examinent les antécédents héréditaires et personnels du patient. Ces trois étapes servent à classer les nouveaux patients dans l'une de deux grandes catégories, les psychopathies lésionnelles (point A du tableau 4.7.) et les psychopathies constitutionnelles (point B du tableau 4.7.).

Tableau 4.7. : Classification des pathologies mentales en 1930.

| | | |
|----------------------|------------|--|
| A | | Psychopathies lésionnelles |
| | a | Psychopathies organiques |
| | I | Les arrêts de développements. (dégénérés) |
| | II | Les épilepsies (dans la partie pathologie nerveuse) |
| | III | La paralysie générale |
| | IV | La démence sénile |
| | V | La démence précoce |
| | VI | Le délire hallucinatoire chronique |
| | b | Psychopathies toxi-infectieuses |
| | I | La neurasthénie |
| | II | La confusion mentale |
| B | | Psychoses constitutionnelles |
| | I | La paranoïa |
| | II | La psychose perverse |
| | III | La mythomanie; l'hystérie-pithiatisme |
| | IV | La cyclothymie |
| | V | La psychose hyperémotive |
| Annexe I | | Les toxicomanies |
| A | | La morphinomanie |
| B | | La cocaïnomanie |
| C | | La dipsomanie |
| D | | L'alcoolisme chronique |
| Complications | | Le Delirium Tremens et la psychose polynévritique de Korsakoff |
| Annexe II | | La Psychasthénie |

⁵⁵ *Ibid.*, p. 121.

Cette partie du *Manuel de neuro-psychiatrie* donne un bon aperçu des connaissances psychiatriques des médecins franco-catholiques en 1930. La description des troubles mentaux est presque essentiellement symptomatique. Langlois, Saucier et Amyot fondent leur classification des maladies mentales sur la présence ou l'absence de lésions visibles, les psychopathies lésionnelles (acquises) et les psychoses constitutionnelles (innées). Voyons maintenant plus en détail les explications des diverses catégories de pathologies mentales.

La partie A sur les psychopathies lésionnelles, organiques ou toxi-infectieuses, comprend huit types. Comme nous avons exclu d'entrée de jeu les dossiers des patients idiots, imbeciles, épileptiques, séniles et syphilitiques, nous ne détaillerons pas quatre catégories du manuel : les arrêts de développement, les épilepsies, la paralysie générale et la démence sénile. Il est plus pertinent, pour cette thèse, de comprendre comment ces neuro-psychiatres justifient que la démence précoce et le délire hallucinatoire chronique soient des psychopathologies organiques, et la neurasthénie tout comme la confusion mentale, des psychopathies toxi-infectieuses.

Pour Langlois, Saucier et Amyot, la démence précoce est chronique et progressive. Elle est également caractérisée par un « l'affaiblissement intellectuel, de l'indifférence affective, et un ensemble de réactions psycho-motrices évoluant sous le signe de la discordance »⁵⁶. Les causes de cette maladie sont inconnues et l'explication la plus vraisemblable voudrait qu'elle soit précédée par une maladie toxi-infectieuse comme l'infection puerpérale, chez la femme, qui « fragiliserait la future malade ». Mais pour garder toute la cohérence de cette catégorie lésionnelle, les auteurs notent qu'il y a une présence de très fines lésions, visibles au microscope, chez des sujets à lourde hérédité psychopathique⁵⁷. Se basant sur la définition que Bleuler donne de la schizophrénie qui, pour lui, est d'origine

⁵⁶ *Ibid.*, p. 136.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 136.

psychogénique, les auteurs rappellent que les symptômes sont les mêmes, seule l'étiologie diffère⁵⁸.

Tout comme la démence précoce, le délire hallucinatoire chronique est une psychopathologie lésionnelle organique pour ces neuro-psychiatres. Leur « maître » (l'expression est d'eux) de Clérambeault, a décelé, en effet, des cicatrices ou des séquelles tardives et subtiles de lésions infectieuses, toxiques, sclérosantes ou traumatiques⁵⁹. Ce dernier, psychiatre français de l'École constitutionnelle, isole le délire hallucinatoire chronique de la paranoïa et explique le délire, d'origine histologique, sous le nom d'érotomanie⁶⁰. Langlois, Saucier et Amyot intègrent dans leur classification le délire hallucinatoire chronique en adoptant les thèses de Clérambeault.

La neurasthénie et la confusion mentale ne sont pas héréditaires. Elles s'expliquent plutôt par des origines toxi-infectieuses. Les causes toxiques principales sont la fatigue, le surmenage, l'épuisement, les mauvaises conditions sociales et les fortes émotions⁶¹. Les causes secondaires sont les maladies infectieuses comme la grippe, les intoxications, le régime alimentaire défectueux (surtout chez les arthritiques), les traumatismes cérébro-spinaux et les insuffisances viscérales chroniques⁶². Nous pouvons résumer leurs propos en disant que les causes de ces deux psychopathologies sont principalement dues à de mauvaises conditions sociales qui affectent le corps physique⁶³.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 139. Le terme schizophrénie est employé dès les années 1910 aux États-Unis. Il est introduit par le Dr. Meyer à la John Hopkins University.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 140.

⁶⁰ Gaëtan Gatian de Clérambeault, *L'érotomanie*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1993. (textes originaux publiés entre 1910 et 1925)

⁶¹ *Ibid.*, p. 145 et 149.

⁶² *Ibid.*, p. 145 et 149.

⁶³ Notons que le diagnostic de neurasthénie n'apparaît pas dans les données sur les patients admis à Saint-Jean-de-Dieu. Les symptômes de la neurasthénie sont toutefois similaires à ceux de la mélancolie : perte d'appétit, perte d'énergie, diminution de l'intellect, insomnie, diminution de la libido. Les auteurs notent que cette maladie n'est pas imaginaire parce que les symptômes psychiques disparaissent avec les symptômes physiques. *Ibid.*.p. 146.

À l'instar du Dr. Tétreault, les Drs. Langlois, Saucier et Amyot incluent la psychose dans les maladies mentales. Reste à savoir ce qu'est l'aliénation mentale. Si les troubles mentaux sont lésionnels ou constitutionnels, et donc des maladies mentales, les symptômes des psychoses sont souvent associés à des comportements anti-sociaux. Les psychoses constitutionnelles, soit la paranoïa, la psychose perverse, la mythomanie/hystérie-pythiatisme, la cyclothymie et la psychose hyperémotive, proviennent de la personnalité innée du malade, et non acquise. Les Drs. Langlois, Saucier et Amyot définissent ainsi la constitution psychopathique et la psychose :

La constitution psychopathique est la déviation innée d'une des cinq dispositions affectives-actives dans le sens augmentation ou dans le sens diminution. Ce n'est pas une psychose mais en quelque sorte un TERRAIN propice au développement de la psychose correspondante. [...] La psychose est une maladie mentale non accompagnée de lésions cérébrales décelables. On appellera donc PSYCHOSE CONSTITUTIONNELLE, toute psychose qui se développera chez un individu porteur d'une constitution psychopathique⁶⁴.

La constitution psychopathique comprend cinq dispositions affectives-actives (l'avidité, la bonté, l'activité, la sociabilité et l'émotivité) et trois aptitudes intellectuelles (l'imagination, la mémoire et le jugement)⁶⁵. Voici le tableau illustrant les constitutions psychopathiques innées et les psychoses associées à partir des dispositions affectives-actives.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 125.

⁶⁵ *Ibid.*, pp. 123-124.

Tableau 4.8. : Dispositions et constitutions psychopathiques selon les psychoses constitutionnelles⁶⁶

| Dispositions affectives actives | Constitutions psychopathiques | Déviations | Psychoses constitutionnelles |
|--|--------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Avidité Cupides (+) Désintéressés (-) | Constitution paranoïaque | (+) | Paranoïa |
| Bonté Bons (+) Méchants (-) | Constitution perverse | (-) | Psychose perverse (folie morale) |
| Sociabilité Menteurs (+) Cyniques (-) | Constitution mythomane | (+) | Mythomanie : hystérie-pithiatisme |
| Activité Excités (+) Déprimés (-) | Constitution cyclothymique | (+), (-) | Cyclothymie : manie et mélancolie |
| Émotivité Hyperémotifs (+) Impassibles (-) | Constitution hyperémotive | (+) | Psychose hyperémotive |

Auparavant diagnostiquée sous les vocables de folie systématisée, ou délire de Magnan (1920), ou encore de psychose systématisée chronique (1926-1930), la paranoïa apparaît comme une entité à part entière. Voici la définition qu'en donnent les Drs. Langlois, Saucier et Amyot :

Depuis Kraepelin (1899), sous ce titre on range deux délires systématisés chroniques, non hallucinatoires et qui n'évoluent pas vers l'affaiblissement intellectuel ou démence. Ces deux délires, selon la conception classique (depuis Sérieux et Capgras 1909), apparaissent chez les malades qui présentent un terrain constitutionnel psychopathique (état mental constitutionnellement anormal, mais sans constituer la psychose), la constitution paranoïaque⁶⁷.

Pour ces neuro-psychiatres, les deux types de délire associés à la paranoïa, le délire d'interprétation et le délire de revendication, apparaissent habituellement vers l'âge de 30 ans, « à l'époque où la lutte pour l'existence occasionne le plus de soucis et de

⁶⁶ *Ibid.*, p. 125.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 151.

déceptions »⁶⁸. La paranoïa n'est donc pas héréditaire puisqu'elle débute souvent à la suite d'un choc émotionnel ou moral.

Le délire d'interprétation, souvent de persécution, est caractérisé par de l'orgueil excessif, de la méfiance et un manque d'auto-critique. C'est un délire à prendre au sérieux selon les neurologues, car il peut mener à des actes de violence grave envers autrui⁶⁹. Le délire de revendication, aussi illustré par l'orgueil excessif et la méfiance, est manifeste chez les personnes hyperémotives et passionnelles ayant une atrophie du sens moral⁷⁰. Les malades revendicateurs sont soit égocentriques dont les idées obsédantes peuvent mener au meurtre sans remords, ou bien altruistes, comme les inventeurs, les réformateurs, les mystiques, c'est-à-dire les idéalistes passionnés qui recherchent l'absolu. Ces derniers ne sont pas dangereux, bien que les réformateurs de l'État social peuvent devenir des justiciers et pratiquer le magnicide⁷¹.

La psychose perverse, ou folie morale, est intéressante. Conséquence de l'hérédité morbide (syphilis, alcoolisme, maladies et infections lors de la grossesse et de l'accouchement), elle découle de « l'atrophie d'une des dispositions affectives – innées – de l'homme, la bonté, [...] caractérisée par une inclination aux actes délictueux et antisociaux récidivants »⁷². Cette catégorie, reconnue en France, n'est pas incluse dans la première classification unifiée aux États-Unis au cours des années 1910⁷³. Si les auteurs du manuel, influencés par les théories françaises, discutent de la psychose perverse, les patients internés à Saint-Jean-de-Dieu ne recevront pas ce diagnostic spécifique. Ils seront plutôt identifiés sous l'appellation générale des catégories A et B, soit un arrêt de développement ou la

⁶⁸ *Ibid.*, p. 152.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 156.

⁷⁰ Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*, *op. cit.*, p. 157.

⁷¹ *Ibid.*, p. 159.

⁷² Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*, *op. cit.*, p. 161.

⁷³ Gerald Grob, « Origins of DSM-I : A Study in Appearance and Reality », *American Journal of Psychiatry*, Vol. 148, No. 4, Avril 1991, p. 421-431.

psychopathie constitutionnelle. Notons que les psychiatres de Saint-Jean-de-Dieu ont associé la perversité et l'amoralité à un manque de développement des facultés intellectuelles. Pour cette raison, les patients, mais surtout les patientes, hypersexuels ou déviants sexuels, sont diagnostiqués comme des débiles mentaux. Après la Seconde Guerre mondiale, les comportements pervers sont de plus en plus associés aux hommes désignés alors comme des psychopathes sexuels : les homosexuels, les masturbateurs et, plus tard encore, les pédophiles⁷⁴.

L'association entre la perversité et la débilité mentale est soulignée par les Drs. Langlois, Saucier et Amyot. Ils admettent qu'il n'y a pas toujours de lésions décelables pour expliquer la cause de la psychose perverse qui serait due à un arrêt de développement intellectuel, associant ainsi le comportement scandaleux aux lésions organiques. La débilité mentale est associée, quant à elle, à la perversité puisqu'il faut, apparemment, une intelligence moindre pour transgresser indûment les valeurs morales. Si la personne a une grande intelligence, son comportement s'explique, toujours selon eux, par une encéphalopathie infectieuse ou toxique ou encore à un traumatisme crânien⁷⁵. Un passage du Manuel de neuro-psychiatrie est éloquent sur la question du sens moral chez l'être humain..

L'humain a de façon innée le sens moral, de ne pas nuire à autrui. Les pervers présentent une atrophie de cette tendance innée, soit une perversion. L'atrophie les conduit au mépris systématique des règles de l'éthique sociale. La perversion les pousse au mal, pour jouir directement de cette souffrance. Mépris des devoirs de la vie sociale dans la satisfaction de leur instincts primitifs de conservation et de reproduction hypertrophiés, incompréhension des notions de bien et de mal et de la responsabilité, leur méchanceté. [...] Les imbéciles et les débiles sont habituellement des amoraux. Ceux qui sont intelligents sont de véritables plaies sociales, souvent mythomanes, avec des perversions sexuelles comme l'homosexualité. La prostitution féminine, l'absence de sentiments familiaux chez le père, la mère et les enfants, la paresse, la cupidité, l'avarice ou la prodigalité, la toxicomanie sont quelques-unes des principales conséquences⁷⁶.

⁷⁴ Notre échantillon ne permet pas de rendre compte de la « psychopathie sexuelle ». Sur la psychiatisation de la sexualité masculine, l'homosexualité et la pédophilie principalement, et sa criminalisation avec la Loi canadienne sur les psychopathes sexuels criminels de 1948, voir Elise Chenier, *Strangers in Our Midst, Sexual Deviancy in Postwar Ontario*, Toronto, University of Toronto Press, 2008.

⁷⁵ Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*, op. cit., p. 162.

⁷⁶ *Ibid.*, pp. 162-164.

Par cet extrait, les neurologues prennent acte du caractère inné et organique des pervers, ce qui leur fait dire qu'ils sont « inéducables, incorrigibles et insociables ». La solution?

La société doit s'efforcer, en présence de ces amoraux dangereux, de les retirer de son sein pour un temps prolongé, sinon perpétuel. La séquestration dans des établissements spéciaux, des asiles de sûreté, non pas à une fin de sanction, mais dans un but de protection de la collectivité, est le moyen le plus efficace en vue de cette retraite⁷⁷.

Ce n'était pourtant pas l'avis précis de Delmas et Boll, pour qui les psychopathies, bien qu'innées et permanentes, en appelaient à une solution pour éviter le fatalisme de telles conceptions. Au caractère inné, psychostatique, se joint la personnalité acquise, psychodynamique, qui elle peut être modifiée par une éducation adéquate. Ce faisant, ils appuient le mouvement d'hygiène mentale présent à l'époque. Le psychisme ne doit être considéré que comme un tout, aussi complexe soit-il. Prenant acte des écrits monistes de Spinoza et de Leibniz sur l'illusion du libre-arbitre, Delmas et Boll écrivent :

Comme l'avait vu Spinoza, notre sentiment du libre arbitre se ramène à « l'ignorance où nous sommes des causes qui déterminent nos actes, jointe à la conscience que nous avons de ces actions elle-mêmes »; Leibniz écrit de son côté : « Nos actions dépendent de deux sortes de raisons : les unes sont les motifs conscients par rapport auxquels nous nous déterminons; les autres sont les dispositions inconscientes de notre caractère, qui nous poussent à l'action. En agissant, nous ignorons celles-ci, de là vient l'illusion d'une indépendance que nous n'avons pas⁷⁸.

Le rôle du psychiatre est alors de chercher les causes et les raisons des actes inconscients pour les ramener à la conscience. Alors que les neuro-psychiatres dénie la psychanalyse, l'influence de cette dernière les amène tout de même à intégrer la notion d'inconscient avec la psychiatrie dynamique telle que développée par Pierre Janet⁷⁹.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 165.

⁷⁸ François Achille Delmas et Marcel Boll, *La personnalité humaine, son analyse*, Paris, Flammarion, 1922, p. 250.

⁷⁹ Sur Pierre Janet, voir Henri Ellenberger, *À la découverte de l'inconscient*, *op. cit.* et l'annexe III de cette thèse.

Si de 1926 à 1930, l'hystérie et la psychose émotionnelle sont des catégories de diagnostics utilisées à Saint-Jean-de-Dieu, en 1936, seule la cyclothymie a un diagnostic bien à elle. Son appellation est alors la psychose maniaque dépressive. Mais qu'est-ce que la mythomanie, la cyclothymie et la psychose hyperémotive selon les Drs. Langlois, Saucier et Amyot? Associant la mythomanie à l'hystérie, c'est-à-dire la mythomanie des actes – ou simulation –, ils mentionnent que la « grande hystérie » de Charcot n'existe pratiquement plus, au profit du pithiatisme de Babinski. Ainsi, quoique la catégorie ait changé de nom, ils jugent que plus de femmes sont touchées par cette déviation innée associée à la sociabilité⁸⁰.

Si la cyclothymie est associée à l'activité, la déviation innée, elle, l'est à l'émotivité. Cette dernière est définie comme une psychose hyperémotive ou émotionnelle, caractérisée par la crainte, la frayeur, l'angoisse et l'isolement. Sur ces deux psychoses constitutionnelles, les auteurs admettent que les causes et les mécanismes échappent encore aux spécialistes. La cyclothymie, aussi nommée psychose maniaco-dépressive, et la psychose hyperémotive, tout comme la démence précoce d'ailleurs, sont diagnostiquées à partir des comportements observés. L'agitation prouve la manie, la tristesse, la mélancolie. Ainsi, devant le manque de données pour justifier médicalement ces psychopathologies, les neuro-psychiatres insistent sur la nécessité de l'internement. Si certains patients maniaques peuvent être portés à la violence, les épisodes dépressifs peuvent mettre en danger le patient lui-même avec des gestes d'automutilation et menés au suicide⁸¹. La psychose hyperémotive, elle, peut devenir un problème lorsque le malade ne peut plus accomplir ses tâches ordinaires adéquatement⁸².

Deux annexes complètent cette classification de 1930 : les toxicomanies et la psychasthénie. Les toxicomanies apparaissent dans les tableaux de Saint-Jean-de-Dieu avec des diagnostics comme l'alcoolisme et autres psychoses toxiques exogènes. Elles sont

⁸⁰ Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*, op. cit., p. 166.

⁸¹ *Ibid.*, p. 170-173.

⁸² *Ibid.*, p. 175.

décrites par les docteurs comme une attirance morbide vers les poisons. Trois cas de figure sont liés à ce comportement. Les substances toxiques peuvent être consommées à la suite d'un chagrin ou d'une douleur. Dans ce cas, elles sont utilisées par ceux qui en souffrent comme analgésique. On peut consommer également par imitation, ou par snobisme. Finalement, certaines habitudes professionnelles peuvent mener à un abus de substances toxiques, comme l'alcool⁸³.

Enfin, la psychasthénie, telle que nommée par Pierre Janet, se rapproche de la psychose hyperémotive, mais son origine est psychogénique et non constitutionnelle⁸⁴. Alors que les Drs. Langlois, Saucier et Amyot enseignent que plusieurs des maladies mentales sont sans causes, à l'exception de la psychasthénie, ils ne mentionnent jamais une possible origine psychique des troubles mentaux. Les découvertes de la neurologie influencent de plus en plus les psychiatres. Cette spécialité connaît d'ailleurs un vif succès à Montréal dans les années 1930, avec notamment l'arrivée du Dr. Penfield, un éminent neurologue. L'influence des théories psychogéniques, constatée aux États-Unis, se fera sentir de ce côté ci de la frontière après la Seconde Guerre mondiale grâce, notamment, à la publication du DSM-I de l'*American Psychiatric Association*.

À Saint-Jean-de-Dieu, comme on l'a vu, un changement administratif important survient en 1931-1932. Le Dr. Devlin, surintendant, prend sa retraite et c'est le Dr. Noël qui le remplace dans cette fonction. Au même moment, une première classification nord-américaine homogène, formulée par l'*American Psychiatric Association*, entre en vigueur dans toutes les institutions psychiatriques canadiennes. L'administration des services de santé des divers paliers gouvernementaux, principaux pourvoyeurs des institutions pour aliénés, veut des données quantitatives unifiées des malades mentaux. Il faut noter également que le mouvement d'hygiène mentale canadien en prônant les mesures prophylactiques, souhaite obtenir des données sur les régions où il y a de plus grandes proportions d'aliénés.

⁸³ *Ibid.*, p. 177.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 185.

Sur la base des connaissances qui reconnaissent que le milieu familial et social a une incidence sur le développement des maladies mentales, les experts du champ psychiatrique manifestent de l'intérêt pour la santé publique et les réformes sociales. Même si la majorité des psychopathologies sont expliquées par des tares congénitales et des lésions, les spécialistes ne minimisent pas l'influence des facteurs sociaux pour expliquer les psychopathologies acquises. Dès lors, pour contrer la misère engendrée par la crise économique qui affecte la santé physique et mentale de plusieurs Canadiens et Québécois, des réformes sociales spécifiques sont exigées. Les pensions aux vétérans, les pensions aux mères nécessiteuses et les allocations familles participent de ce mouvement. En assurant un revenu minimum décent aux familles, les réformateurs espèrent prévenir l'aliénation mentale, ou du moins décharger les institutions du poids de leur nombre et, à terme, retourner les malades non dangereux, non anti-sociaux et non scandaleux, dans leur famille et dans leur communauté⁸⁵. Prévenir l'aliénation mentale, éduquer les parents et les enfants, désengorger les asiles, concentrer les efforts sur le traitement des « réelles » maladies mentales, telles sont les mesures revendiquées par les psychiatres au tournant des années 1930.

4.2. Les savoirs du nouveau monde, la période sous la direction du Dr. Noël, 1932-1952.

Le Dr. Omer Noël, surintendant de 1932 à 1952, fait son cours classique à Nicolet et ses études de médecine à l'Université Laval à Montréal. Il est diplômé en médecine en 1908. Il commence sa pratique comme interne à Saint-Jean-de-Dieu et deux ans plus tard, il va se perfectionner en France. De retour au pays, il obtient le poste d'assistant du surintendant Devlin en 1919. En 1927-1928, il retourne faire un stage de perfectionnement en France. Il devient surintendant médical de Saint-Jean-de-Dieu en 1932. Il est également professeur

⁸⁵ Sur la question de l'État-providence et des politiques sociales, voir Dominique Marshall, *Aux origines sociales de l'État-providence : famille québécoise, obligation scolaire et allocations familiales, 1940-1955*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998 et Marie-Josée Fleury et Guy Grenier, « Historique et enjeux du système de santé mentale québécois », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Vol.10, No.1, 2004, pp. 21-38.

agrégé de la clinique des maladies mentales à l'Université de Montréal depuis 1928. Membre de l'*American Psychiatric Association* et de la *Société Médico-psychologique* de Paris, il adopte les thèses constitutionnalistes en vogue à l'époque⁸⁶.

Malgré son attachement aux théories françaises, le Dr. Noël note dans son Rapport annuel pour l'année 1931 que, désormais, la classification des maladies mentales de l'*American Psychiatric Association* sera appliquée dans les hôpitaux de la province. Ce changement se fait cependant en conservant, autant que possible, les acquis de l'école française⁸⁷. C'est aussi à partir de cette époque que les tableaux de statistiques annuelles cessent de faire état des causes des maladies pour ne présenter que les diagnostics. Pour le Dr. Noël,

Il nous faut féliciter le directeur général des hôpitaux d'aliénés [le Dr. Desloges] d'avoir pris cette heureuse initiative qui sera d'une utilité primordiale au point de vue démographique. En effet, acceptant tous les mêmes diagnostics, nous serons en mesure d'établir quelles sont les parties de la province qui fournissent particulièrement telle classe d'aliénés. C'est alors que l'hygiène et la prophylaxie mentale pourront découvrir les causes, les combattre, et déraciner le mal. Il est incontestable qu'au point de vue scientifique, une telle statistique est susceptible de fournir des données très précieuses⁸⁸.

Ce n'est pas sans rappeler ce que Ian Hacking dit sur les mesures de classification. Cet impératif d'unification des données pour mieux comprendre les variables sociales amène les changements de classification au Québec comme ailleurs. Avec le mouvement d'hygiène mentale issu des États-Unis et les débats au sein de l'*American Psychiatric Association* sur la nécessité d'avoir une classification unifiée, l'éducation et la cohérence des données, s'imposent au Québec comme des mesures urgentes pour contrer les maladies⁸⁹.

⁸⁶ « Omer Noël » dans *Biographies canadiennes françaises*, sous la direction de Raphaël Ouimet, Montréal, 1937, p. 85.

⁸⁷ Rapport annuel du Dr. Omer Noël pour l'année 1931-1932, *Documents de la session*, *op. cit.*, p. 30.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 30.

⁸⁹ Classification nationale mise en application aux États-Unis, officiellement, en 1934, dans Gérald Grob, « Origins of DSM-I », *op. cit.*

Un nouvel acteur fait son entrée sur la scène québécoise en 1936 avec la création du Ministère de la Santé et du Bien-être social au Québec. Chargé de l'hygiène et de la santé publique, ce ministère comprend une division des Hôpitaux pour maladies mentales. Le premier rapport, en 1944, fait état des données sur ces maladies de 1935 à 1940. C'est désormais le Dr. L.-R. Vézina, chef de la division des hôpitaux pour malades mentaux, qui se charge de transmettre au sous-ministre de la santé les données et statistiques des institutions psychiatriques de la province. Avec l'unification des données sur les hôpitaux pour malades mentaux de la province disparaissent les rapports des surintendants médicaux de chaque institution. Les données porteront désormais sur l'ensemble des institutions⁹⁰. Depuis 1919, avec la création du Ministère national de la Santé du gouvernement canadien, la santé publique et la prévention des maladies sont à l'avant plan des stratégies gouvernementales pour assurer la santé ou pour diminuer les coûts de l'hospitalisation.

4.2.1. La classification nord-américaine de 1932.

C'est à la demande du Dr. Desloges que les institutions pour aliénés intègrent une nouvelle nosologie en 1932. La période qui va de 1932 à 1944 montre que la classification est adoptée selon les Rapports annuels de 1935 à 1941 qui ne seront publiés qu'en 1944. De la même manière, la classification unifiée de 1932 est publiée officiellement en 1942 par le gouvernement fédéral. La publication officielle de cette classification est un condensé des désordres mentaux qui provient de l'*American Psychiatric Association*, adoptée également dans la Classification internationale de mortalité et morbidité (CIM), version V de Bertillon (1893), publiée en 1938. En 1948, la nouvelle Organisation mondiale de la Santé (OMS) publie la CIM VI qui sera adoptée dans la majorité des pays du monde et servira à établir des données internationales sur les maladies et décès⁹¹. Ce système restera valide et sera employé à travers le pays jusqu'en 1952, date de publication du premier DSM.

⁹⁰ 1^{er} Rapport Annuel du Ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1935 à 1941, Division des hôpitaux pour maladies mentales, Québec, 1944.

⁹¹ Site de Statistique Canada, <http://www.statcan.gc.ca/>, et 1^{er} Rapport annuel, *op. cit.*, 1944.

Le 1^{er} Rapport annuel du Ministère de la santé fait état des données des années 1935 à 1941 et montre les catégories de cette nouvelle classification nationale. Pour cela, il a fallu que, dès 1932, les surintendants médicaux des hôpitaux pour aliénés établissent leurs statistiques d'admission à l'aide des nouvelles dénominations des maladies mentales. À l'exception de la démence précoce (la schizophrénie est y intégrée), de la paranoïa et des troubles essentiels du comportement, toutes les catégories font état de psychoses ou de psychopathies.

Tableau 4.9. : Classification condensée des désordres mentaux⁹²

| Numéros | Appellations |
|---------|--|
| 01 | Psychoses au cours de méningo-encéphalite syphilitique (paralysie générale) |
| 02 | Psychoses au cours d'autres formes de syphilis du système nerveux central. |
| 03 | Psychoses au cours d'une encéphalite épidémique |
| 04 | Psychoses au cours d'autres maladies infectieuses |
| 05 | Psychopathies alcooliques |
| 06 | Psychoses toxiques exogènes |
| 07 | Psychoses traumatiques |
| 08 | Psychopathies au cours de l'artério-sclérose cérébrale |
| 09 | Psychoses au cours d'autres affections circulatoires |
| 10 | Psychoses avec crises convulsives (épilepsie) |
| 11 | Psychopathies séniles |
| 12 | Psychoses d'involution |
| 13 | Psychoses avec autres maladies somatiques |
| 14 | Psychoses dues à un néoplasme |
| 15 | Psychopathies accompagnant d'autres affections organiques du système nerveux |
| 16 | Psychonévroses |
| 17 | Psychoses maniaques dépressives |
| 18 | Démence précoce (schizophrénie) |
| 19 | Paranoïa et états paranoïaques |
| 20 | Psychoses chez psychopathes constitutionnels |
| 21 | Psychoses chez arriérés mentaux |
| 22 | Psychopathies non diagnostiquées |
| 23 | Sans psychose |
| 24 | Troubles essentiels du comportement |

⁹² Bureau fédéral de la Statistique, *Manuel sur la Classification et la définition des désordres mentaux*, 1942. Pour les détails, voir annexe V.

4.2.2. Les diagnostics entre 1936 et 1946.

Les données sur les statistiques de 1936, 1941 et 1946 proviennent des Rapports annuels du Dr. Vézina présentés au Dr. Jean Grégoire, alors sous-ministre de la Santé. Les trois rapports publiés entre 1944 et 1947 comprennent les diagnostics des années 1935 à 1946⁹³. Notons que, pour l'année 1936, les données renvoient à tous les patients des institutions du Québec et que celles de 1941 et 1946 représentent les malades admis seulement, contrairement à 1936, basées sur les patients présents à chaque fin d'année⁹⁴. La réorganisation administrative et l'adoption d'une nouvelle classification expliquent cette différence entre les deux tableaux. Les tableaux 4.10 et 4.11. montrent que la nouvelle classification est divisée en cinq types de maladie. Les diagnostics peuvent alors être (1) de nature clairement organiques, toxiques, infectieuses et neurologiques (16 pathologies), ou encore (2) avec ou sans étiologie connue (5 pathologies), (3) les arriérés mentaux, (4) les patients sans diagnostics, et (5) les troubles essentiels du comportement. Au Québec, à la fin de 1936, on compte 19% de patients avec des maladies de causes « organiques », 65% sans causes connues, 16% d'arriérés mentaux, 0,7% de patients non diagnostiqués et 0% de troubles de comportement.

⁹³ 2^e Rapport Annuel du Ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1941, 1942 et 1943, Division des hôpitaux pour maladies mentales, Québec, 1945; 3^e Rapport Annuel de la Division des hôpitaux psychiatriques au Ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1944, 1945 et 1946, Division des hôpitaux pour maladies mentales, Québec, 1947, p. 258.

⁹⁴ Les données spécifiques de Saint-Jean-de-Dieu sont publiées dans le Rapport de l'année 1943 seulement.

Tableau 4.10. : Diagnostics des malades INSCRITS au 31 décembre 1936 dans TOUS les hôpitaux pour maladies mentales de la province, 1936⁹⁵

| Diagnostic des malades | Hommes | Femmes | Nombre (présent le 31/12/1936) |
|---|--------|--------|--------------------------------|
| Paralyse générale | 290 | 98 | 378 |
| Autres formes de syphilis | 40 | 10 | 50 |
| Encéphalite épidémique | 0 | 0 | 0 |
| Autres maladies infectieuses | 0 | 0 | 0 |
| Alcooliques | 130 | 18 | 148 |
| Toxiques exogènes | 16 | 6 | 22 |
| Traumatiques | 14 | 4 | 18 |
| Artérioscléroses cérébrales | 60 | 33 | 93 |
| Autres affections circulatoires | 0 | 0 | 0 |
| Epileptiques | 254 | 212 | 466 |
| Séniles | 119 | 147 | 266 |
| Involution | 26 | 38 | 64 |
| Autres maladies somatiques | 141 | 246 | 387 |
| Dues à néoplasme | 0 | 0 | 0 |
| Avec tumeur cérébrale | 1 | 0 | 1 |
| Autres affections organiques du système nerveux | 89 | 95 | 184 |
| Psychonévrose | 66 | 102 | 168 |
| Maniaques dépressives | 431 | 436 | 867 |
| Démence précoce | 1278 | 1155 | 2433 |
| Paranoïa et états paranoïaques | 364 | 553 | 917 |
| Psychopathies constitutionnelles | 1484 | 1119 | 2603 |
| Arriérés mentaux | 818 | 868 | 1686 |
| Non diagnostiqués | 42 | 30 | 72 |
| Sans psychoses | 0 | 0 | 0 |
| Troubles essentiels du comportement | 0 | 0 | 0 |
| Total | 5673 | 5150 | 10823 |

La comparaison des données est difficile entre le tableau de 1936 et celui de 1941 et 1946 en raison des différences évoquées plus haut. On peut noter cependant que la catégorie des psychopathies constitutionnelles englobe 24% des patients en 1936, seulement 1,1% en 1941 et 2% en 1946. Les groupes les plus importants numériquement en 1936 sont la démence précoce, les psychopathies constitutionnelles et les arriérés mentaux. En 1941 et 1946, ce sont les psychoses maniaques dépressives et les sans psychoses, suivis de la démence précoce et de la psychopathie sénile.

⁹⁵ 1^{er} Rapport Annuel du Ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1935 à 1941, Division des hôpitaux pour maladies mentales, Québec, 1944.

Tableau 4.11. : Diagnostics de la population ADMISE dans TOUTES les institutions du Québec en 1941 et en 1946.

| | | | 1941 | | | 1946 | |
|---|-------------|------------|---------------------------|--|-------------|-------------|---------------------------|
| Diagnostic des premières admissions (classification condensée) | H | F | Total⁹⁶ | | H | F | Total⁹⁷ |
| 01 – Psychoses au cours de méningo-encéphalite syphilitique (paralysie générale) | 91 | 30 | 121 | | 93 | 21 | 114 |
| 02 – Psychoses au cours d'autres formes de syphilis du système nerveux central | 9 | 1 | 10 | | 6 | 1 | 7 |
| 03 – Psychoses - d'une encéphalite épidémique | 1 | 0 | 1 | | 1 | 1 | 2 |
| 04 – Psychoses - d'autres maladies infectieuses | 7 | 17 | 24 | | 16 | 7 | 23 |
| 05 – Psychopathies alcooliques | 27 | 7 | 34 | | 33 | 8 | 41 |
| 06 – Psychoses toxiques exogènes | 2 | 2 | 4 | | 8 | 1 | 9 |
| 07 – Psychoses traumatiques | 13 | 3 | 16 | | 10 | 1 | 11 |
| 08 – Psychopathies - de l'artériosclérose cérébrale | 57 | 23 | 80 | | 79 | 46 | 125 |
| 09 – Psychoses au cours d'autres affections circulatoires | 4 | 7 | 11 | | 13 | 15 | 28 |
| 10 – Psychoses avec crises convulsives (épilepsies) | 44 | 22 | 66 | | 25 | 15 | 40 |
| 11 – Psychopathies séniles | 58 | 90 | 148 | | 136 | 122 | 258 |
| 12 – Psychoses d'involution | 10 | 22 | 32 | | 23 | 35 | 58 |
| 13 – Psychoses avec autres maladies somatiques | 39 | 89 | 128 | | 27 | 54 | 81 |
| 14 – Psychoses dues à un néoplasme | 0 | 3 | 3 | | 2 | 4 | 7 |
| 15 – Psychopathies accompagnant d'autres affections organiques du système nerveux | 16 | 10 | 26 | | 21 | 20 | 41 |
| 16 – Psychonévroses | 25 | 28 | 53 | | 35 | 80 | 115 |
| 17 – Psychoses maniaques dépressives | 130 | 148 | 278 | | 181 | 272 | 453 |
| 18 – Démence précoce (schizophrénie) | 144 | 96 | 240 | | 131 | 133 | 264 |
| 19 – Paranoïa et états paranoïaques | 30 | 55 | 85 | | 36 | 80 | 116 |
| 20 – Psychoses chez psychopathes constitutionnels | 11 | 10 | 21 | | 15 | 2 | 17 |
| 21 – Psychoses chez arriérés mentaux | 40 | 27 | 67 | | 55 | 47 | 102 |
| 22 – Psychopathies non diagnostiquées | 4 | 2 | 6 | | 21 | 27 | 48 |
| 23 – Sans psychose | 238 | 146 | 384 | | 277 | 181 | 458 |
| 24 – Troubles essentiels du comportement | 5 | 2 | 7 | | 7 | 15 | 22 |
| Total | 1005 | 840 | 1845 | | 1251 | 1189 | 2440 |

⁹⁶ Patients présents le 31 décembre 1941.⁹⁷ Patients présents le 31 décembre 1946.

Ce tableau permet de constater que les épileptiques, les syphilitiques et les psychotiques avec une autre maladie somatique sont moins nombreux en 1946 qu'en 1941. Ce phénomène s'explique par l'arrivée des antibiotiques dans le traitement des syphilitiques et par la politique nouvelle de prise en charge familiale des épileptiques non dangereux. L'absence de détails sur les maladies somatiques nous empêche de rendre compte de la diminution ou de l'augmentation des occurrences. Ainsi, on ne peut que constater l'augmentation des cas de six autres catégories. Les psychopathies séniles, les psychonévroses, les psychoses maniaques dépressives, les psychopathies non diagnostiquées, les sans psychoses et les troubles essentiels du comportement. Mis à part les séniles, les autres catégories font appel à la psychogenèse des maladies mentales ou à un comportement déviant, mais sans signes de délire ou d'hallucinations.

4.2.3. Diagnostics différenciés selon le genre.

Quoique la situation n'ait rien de spécifique à Saint-Jean-de-Dieu, le nombre d'hommes est encore plus élevé que celui des femmes en 1936, 1941 et 1946⁹⁸. Ainsi, en 1936, il y a 52,4% d'hommes et 47,6% de femmes inscrites, en 1941, 54,5% d'hommes et 45,5% de femmes et en 1946, 51,3% d'hommes et 48,7% de femmes admises⁹⁹. Comme pour les années 1920, entre 1936 et 1946, les diagnostics les plus fréquents chez les hommes sont la paralysie générale/syphilis, l'alcoolisme et les psychoses toxiques. Notons aussi l'apparition des psychoses traumatiques liées à la guerre et des psychopathies constitutionnelles liées au comportement antisocial. Les patients diagnostiqués sans psychoses sont également plus nombreux chez les hommes, avec 30% plus d'occurrences

⁹⁸ Les données de Saint-Jean-de-Dieu pour l'année 1943 comptent 3189 hommes et 2969 femmes présents au 31 décembre 1943.

⁹⁹ Pour l'année de recensement 1941, et sur le territoire canadien, la proportion de femmes est de 50,8%.

que chez les femmes. Chez ces dernières, l'année 1936 marque l'apparition de diagnostics avec une représentation féminine plus élevée, les maladies somatiques, la psychonévrose et la paranoïa. En 1941, ces catégories sont toujours plus élevées chez les femmes et les psychoses maniaques dépressives s'ajoutent à la liste des diagnostics avec une forte présence féminine.

4.3. L'entrée dans la modernité : la loi de 1950.

De 1934 à 1944, surintendants médicaux et responsables gouvernementaux sont peu diserts sur les maladies mentales. Il faut se tourner vers *l'Union médicale du Canada* pour glaner l'information qui permet de combler cette lacune. À partir de 1944, les rapports annuels recommencent à être publiés et, bien qu'ils soient moins détaillés que les précédents, ils contiennent des informations sur l'état des institutions pour malades mentaux ainsi que sur les volontés de changement du monde médical. Ainsi, le Dr. Vézina nous informe, en 1945, que la loi des asiles de 1909 « aurait besoin d'être complètement refondue pour pouvoir mieux s'adapter aux données modernes de la psychiatrie »¹⁰⁰. Deux ans plus tard, il précise qu'un plan d'action devrait être implanté pour perfectionner les hôpitaux, notamment pour mettre sur pied un service social et un centre de recherche scientifique¹⁰¹. Il souligne aussi le problème de l'encombrement et la nécessaire construction de l'Institut médico-pédagogique à Rivière-des-Prairies¹⁰². En 1948, il interroge le sous-ministre : « Comme question de fait, pourquoi faut-il attendre que l'individu donne des manifestations évidentes

¹⁰⁰ 2^e Rapport Annuel du Ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1941, 1942 et 1943, Division des hôpitaux psychiatriques au Ministère de la Santé et du Bien-être social, Québec, 1945, p. 174.

¹⁰¹ 3^e Rapport Annuel du Ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1944, 1945 et 1946, Division des hôpitaux psychiatriques au Ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1944, 1945 et 1946, Division des hôpitaux pour maladies mentales, Québec, 1947, p. 258.

¹⁰² *Ibid.*

de comportement antisocial pour mettre en opération un organisme qui tente de prévenir ces mêmes manifestations? »¹⁰³. Il réitère sa demande pour une loi plus moderne et un programme de santé mentale bien établi et plus structuré.

Ses demandes finissent par porter fruit au début de l'année 1950 alors que, la Loi des institutions pour malades mentaux entre en vigueur. Comme nous l'avons vu au chapitre trois, cette loi, semblable à celle de 1909, comporte cependant moins de jugements de valeur. Les termes « asile », « aliéné », « débiles » et « idiots » sont désormais bannis de la nouvelle terminologie médicale. En 1950 on parle d'institution, de désordre mental, d'arriération mentale, de psychoses, de névroses et de schizophrénie. Les motifs pour interner un individu ne sont plus la dangerosité, les comportements anti-sociaux et scandaleux comme en 1909, mais se traduisent désormais ainsi : « pour la protection de la vie d'un malade mental ou pour la sécurité, la décence ou la tranquillité publique »¹⁰⁴.

Une vaste recherche demeure à faire pour la période allant de 1950 à 1960. L'année 1952 marque la fin de la période du surintendant Noël, c'est aussi celle de la publication du premier *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) fait par l'*American Psychiatric Association* (APA). Cette année-là, les diagnostics se classent en trois grandes catégories, les psychoses (15 types), les psychonévroses et les sans psychoses (5 types)¹⁰⁵. En 1953, 5924 patients sont internés à Saint-Jean-de-Dieu : 4082 sont psychotiques, 1839 sont non psychotiques et trois sont en attente d'un diagnostic. Ceci dit, il est important de noter qu'entre 1936 et 1946, la frontière entre le normal et l'anormal n'est pas bien définie. Il existe deux tendances principales d'explication des causes des maladies mentales. Elles sont tantôt organogéniques, tantôt psychogéniques. On peut y ajouter les facteurs environnementaux, qui, avec l'École de Chicago et le développement de la sociologie, jouent

¹⁰³ 4^e Rapport Annuel du Ministère de la Santé et du Bien-être social pour l'année 1947, Division des hôpitaux psychiatriques, Québec, 1948.

¹⁰⁴ S.R.Q. 1950, Chap.188, Art. 8 et 12, « Loi des institutions pour malades mentaux ».

¹⁰⁵ 9^e Rapport Annuel du Ministère de la Santé et du Bien-être social pour l'année 1952, Division des hôpitaux psychiatriques, Québec, 1953.

un rôle de plus en plus important dans l'explication des troubles mentaux¹⁰⁶. Toutefois, il a fallu du temps aux psychiatres pour se détacher de la métaphysique, souvent associée au spiritualisme pour se rapprocher de la psychologie, cette science du comportement, de l'*insight*, de l'expérience, des tests mentaux, de la clinique, de la psychanalyse et de la phénoménologie. Est-ce redevable à Meyer et sa théorie uniciste? Voici ce que les psychiatres états-uniens Henderson et Gillepsie en disent :

La maladie mentale concerne un être individuel. Ses symptômes n'ont guère de sens en dehors du contexte où ils se présentent. Ce contexte comprend non seulement l'ensemble de l'état actuel, physique et mental, mais aussi la personnalité du patient et son histoire depuis sa naissance¹⁰⁷.

Le Dr. Bordeleau, surintendant médical à Saint-Jean-de-Dieu en 1970, y va, lui, de sa perception des années d'après-guerre.

Depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, soit depuis 1945, nous assistons toutefois à des changements beaucoup plus profonds des modes d'assistance psychiatrique et c'est à juste titre que nous pouvons parler de révolution puisque les changements suggérés influencent profondément les concepts fondamentaux et les structures idéologiques des groupes humains engagés dans le domaine des soins aux malades mentaux¹⁰⁸.

Un tableau d'ensemble des institutions et des services psychiatriques et d'hygiène mentale, présent à partir de l'année 1955 dans le Rapport au sous-ministre de la santé, nous indique qu'on compte 15 institutions psychiatriques, 28 services psychiatriques dans les

¹⁰⁶ Voir Jean-Michel Chapoulie, *La tradition sociologique de Chicago, 1892-1961*, Paris, Seuil, 2001. En particulier le Chapitre 1, « Le premier développement de la sociologie à l'Université de Chicago (1892-1914) ». Chapoulie souligne que la fondation de l'Université de Chicago doit être comprise comme une part du mouvement chrétien de réformes sociales (*Social Gospel*). Suite à la Grande Guerre, les sociologues se détachent des mouvements confessionnels et tendent à faire des recherches dénuées d'un certain *a priori* moral et politique. La ville de Chicago connaît des « problèmes sociaux » et les sujets d'études de l'École de Chicago n'en sont pas sourds. Les recherches portent sur l'immigration, les groupes ethniques, l'américanisation, les colons (Settlers), la délinquance, les ouvriers, les vagabonds (Hobos).

¹⁰⁷ Henderson et Gillepsie, *Manuel de psychiatrie*, préface à la 1^{ère} édition (1927), 1955, p. xi-xii.

¹⁰⁸ Jean-Marc Bordeleau, « Hôpital psychiatrique traditionnel et assistance psychiatrique moderne », *Laval Médical*, Vol. 41, No. 6, Juin 1970, pp. 751-760.

hôpitaux généraux et 9 services d'hygiène mentale dans la province¹⁰⁹. Il faut souligner la différenciation entre les diverses institutions psychiatriques. Ainsi Saint-Jean-de-Dieu est une institution de traitement actif à l'instar de St-Michel-Archange, Verdun (non-catholique), Bordeaux, Ste-Anne de Bellevue (militaires) et Albert-Prévost (névroses). L'Hôtel-Dieu du Sacré Cœur à Québec et le foyer Dieppe à St-Hilaire reçoivent les épileptiques, la Société de réhabilitation de Sherbrooke les déficients mentaux et enfin St-Julien à St-Ferdinand, Ste-Anne à Baie Saint-Paul, St-Benoît et Mont-Providence à Montréal sont dédiés aux malades chroniques¹¹⁰.

Ce classement exprime une opération ministérielle en cours, à savoir la division entre les malades « guérissables », les « déficients éducatifs » et les « chroniques ». Les institutions pour les personnes âgées chroniques, en construction à la fin des années 1950, comme l'hôpital St-Charles à Joliette et l'hôpital des Laurentides à l'Annonciation, ouvrent leurs portes en 1959-61, au moment où Saint-Jean-de-Dieu retourne ces cas depuis longtemps institutionnalisés dans leur foyer familial ou dans des structures communautaires.

Conclusion

Les changements structuraux, administratifs et médicaux des années 1930-1940 ne permettent pas d'analyser le facteur de genre dans les différents diagnostics sur les troubles mentaux. En gommant dans leurs rapports les différences sexuées de même que l'origine sociale et ethnique, les surintendants médicaux interdisent à l'historien cette analyse. On peut toutefois se tourner vers les écrits des psychiatres et des représentants de la santé publique

¹⁰⁹ 12^e Rapport Annuel du Ministère de la Santé et du Bien-être social pour l'année 1955, Division des hôpitaux psychiatriques, Québec, 1956.

¹¹⁰ 12^e Rapport Annuel, *op. cit.*, Tableau 10 et 11.

pour comprendre comment les idées, les valeurs influencent le type de mesures adoptées. L'éducation joue un rôle clé. D'abord au sein de la famille, lieu par excellence pour inculquer des principes d'hygiène qui feront des enfants de futurs citoyens sains. L'école prend ensuite la relève. Finalement, de nouveaux intervenants dans le domaine du social investissent le champ de la prévention des maladies mentales.

Alors que la psychiatrie des années 1920 est axée sur les explications organiques avec pour base les théories françaises du XIXe siècle et les neuro-psychiatres, à partir de la deuxième moitié des années 1930, les explications des maladies mentales intègrent le social avec l'influence du mouvement d'hygiène mentale. L'après-guerre voit les psychiatres théoriser les facteurs environnementaux des troubles psychologiques. En effet, la guerre a permis de mieux comprendre les effets du stress sur l'individu. Si dans des conditions « saines », l'être humain ne développe pas de troubles mentaux, une fois placé dans une situation inhabituelle comme la guerre, il devient fou.

Enfin, l'analyse des données quantitatives ne révèle pas de différence de genre très importante. Si les recherches portant sur les diagnostics du XIXe siècle révèlent un lien entre l'aliénation mentale et les organes génitaux des femmes, la période de 1920 à 1950 insiste sur le rôle social des femmes en tant que bonnes mères et épouses. Le mouvement d'hygiène mentale y participe. Des diagnostics ont de plus fortes incidences féminines et sont liés à des causes organiques inconnues, c'est-à-dire la psychonévrose, la maniaco-dépression et la paranoïa. Chez les hommes, des causes principalement associées à la masculinité existent : l'alcool et la syphilis. Ces causes renvoient à une vision stéréotypée du genre masculin, « buveur et jouisseur », et perdurent encore dans les années 1940.

CHAPITRE 5

LES FEMMES

Quand les femmes sont folles, elles le sont plus que les hommes
Dr. Dufresne, 1933¹

Ce chapitre s'intéresse aux femmes hypersexuelles, violentes, indécentes, excentriques et déprimées. Notre échantillon est composé de vingt-cinq femmes de 13 à 54 ans qui, entre 1926 et 1946, ont été internées à Saint-Jean-de-Dieu pour démence, débilité, psychose ou, paranoïa. Plusieurs d'entre elles ont d'abord été arrêtées par la police, emprisonnées puis transférées à Saint-Jean-de-Dieu. Elles vagabondaient et se prostituaient. D'autres ont été internées à la demande de leur famille, mari ou parents, pour les protéger ou les mettre à l'écart. Certaines étaient violentes envers leurs proches, insultaient les gens, avaient des idées fixes, étaient athées ou aimaient trop les garçons.

Les deux premières parties de ce chapitre se penchent sur les femmes hypersexuelles, ou celles qui troublent la paix publique. C'est que le code criminel canadien de 1892 comprend, en effet, de nombreux articles qui permettent l'arrestation de personnes ayant des comportements jugés déviants comme le vagabondage et la prostitution. Comme l'ont démontré Mariana Valverde puis André Cellard et Gérald Pelletier, les articles de loi font souvent écho aux valeurs des classes bien-pensantes représentées au sein des organisations féministes, réformistes et hygiénistes². Bianca Lavoie s'est penchée sur l'évolution du code

¹ Eugène Dufresne, « Corps étrangers chez les aliénés », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXII, No. 10, Octobre 1933, pp. 1016-1017.

² Mariana Valverde, *The Age of Light, Soap and Water. Moral Reform in English Canada, 1885-1925*, Toronto, McClelland and Stewart, 1991; André Cellard et Gérald Pelletier, « La construction de l'ordre pénal au Canada, 1892-1927 : approches méthodologiques et acteurs sociaux », *Déviance et Société*, Vol. 23, No. 4, Décembre 1999, pp. 367-393.

criminel canadien en regardant l'obscénité, la prostitution, la séduction, l'âge du consentement sexuel et l'immoralité entre 1892 et 1927³. Les articles de loi qu'elle a étudiés nous éclairent sur le rôle joué par les groupes de pression dans la construction sociale des délits criminels de nature morale. Ian Hacking, quant à lui, rappelle que la population carcérale comporte surtout des individus « qui ne ressentent aucune responsabilité sociale ou morale »⁴. Cette population se caractérise donc moins par une faiblesse du niveau intellectuel que par une incapacité sociale. Ainsi, les personnes accusées de ces « crimes », sont d'abord arrêtées par la police, et internées par la suite, sur l'avis du Dr. Plouffe, directeur de l'Hôpital de Bordeaux et psychiatre des prisons de la région de Montréal, sans autre forme de procès. Le diagnostic que reçoivent les femmes n'est pas toujours inscrit dans les dossiers, nul besoin, en effet, de critères médicaux. Les témoignages des proches et des Religieuses de la Prison de Montréal suffisent alors à corroborer les observations faites par le Dr. Plouffe. Sur ordonnance du gouvernement, elles sont transférés, selon la gravité du cas et leurs confessions religieuses, à l'Hôpital pour aliénés criminels de Bordeaux (hommes seulement), à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu ou au *Protestant Hospital for Insanes* à Verdun.

L'internement peut également passer par d'autres voies que celle du judiciaire. Des cas des deux premières parties et les deux dernières parties en font état. Le placement « volontaire » des personnes, orchestré par leurs proches, est aussi un processus d'enfermement des femmes hypersexuelles, indécentes, excentriques et peureuses. À l'opposé de l'idéal féminin, ces dernières doivent être tenues à l'écart de la société qui ne peut souffrir de voir leurs comportements perturber l'ordre social. Prenant appui sur une littérature imposante, nous sommes en mesure de dire que les comportements jugés hors normes ne sont pas nécessairement les mêmes quand il s'agit des hommes ou des femmes. Alors que les hommes sont plus souvent arrêtés parce qu'ils menacent la sécurité d'autrui, les femmes, elles, le sont pour des raisons de moralité publique. Les lois sur le vagabondage, par

³ Bianca Lavoie, *Moralité et acteurs sociaux : la construction de l'ordre pénal au Canada, 1892-1927*, Mémoire de maîtrise en criminologie, Université d'Ottawa, 1997.

⁴ Ian Hacking, *Philosophie et histoire des concepts scientifiques. Cours donnés au Collège de France, 2000-2006*, http://www.college-de-france.fr/default/EN/all/historique/ian_hacking.htm, p. 548.

exemple, visent à protéger le public des *hobos*, c'est-à-dire ces hommes dont on craint qu'ils commettent des actes violents et gratuits. Chez les femmes par contre, ce délit, qui suscite toujours de l'étonnement dans la population en général, a pour but, de les protéger de la jungle de la rue.

Andrée Lévesque et Danielle Lacasse font figures de pionnières dans les recherches sur la prostitution à Montréal. Lévesque a montré, à l'aide de l'Enquête Coderre de 1924-1925, que, malgré un discours officiel répressif, la prostitution y est tolérée pendant l'entre-deux-guerres⁵. Lacasse, quant à elle, a étudié la prostitution à Montréal entre 1945 et 1970⁶. En insistant sur l'Enquête Caron de 1950-1954, elle constate que la prostitution est un phénomène complexe qui se transforme au gré de l'évolution de la société montréalaise⁷. Plus récemment, Michaela Freund a étudié la prostitution à Vancouver durant la Seconde Guerre mondiale⁸. Elle s'est intéressée à la définition légale de la prostitution et aux impacts de l'évolution de cette définition dans la lutte contre les maladies vénériennes. Préoccupés par les maladies, les réformateurs et hygiénistes ont été naturellement interpellés par l'activité sexuelle « incontrôlée » des femmes, les prostituées comme les femmes « faciles ». Ces préoccupations amènent un renforcement de la législation sur les maladies vénériennes. Les premières victimes de ces mesures de santé publique sont celles qui fréquentent régulièrement les bars que l'on considère comme des femmes aux mœurs légères. La pression légale et sociale de l'époque fait en sorte que les femmes respectables sont celles qui entretiennent une relation hétérosexuelle monogame⁹.

⁵ Andrée Lévesque, *La norme et les déviantes, Des femmes au Québec pendant l'entre-deux-guerres*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 1989, p. 160.

⁶ Danielle Lacasse, *La prostitution féminine à Montréal, 1945-1970*, Montréal, Boréal, 1994, p. 39.

⁷ *Ibid.*, p. 177.

⁸ Michaela Freund, « The Politics of Naming : Constructing Prostitutes and Regulating Women in Vancouver, 1939-1945 » dans J. McLaren, R. Menzies et D. E. Chunn, *Regulating Lives, Historical Essays on the State, Society, the Individual, and the Law*, Vancouver, UBC Press, 2002, pp. 231-258.

⁹ *Ibid.*, pp. 250-254.

Dans notre échantillonnage, quatre des six jeunes femmes arrêtées pour « prostitution » vivaient avec leur famille (nous ne connaissons pas la situation des deux autres). D'abord un premier fait à signaler : alors que les prostituées sont arrêtées et passent par un processus judiciaire, les cas que nous présentons ne sont pas soumis à un processus de preuves¹⁰. Ces femmes ont, en effet, simplement été internées de manière arbitraire. La morale judéo-chrétienne, avec ses valeurs, impose les normes de la sexualité qui fait partie de l'ordre symbolique comme le dirait Bourdieu. Le processus d'internement des prostituées et des femmes à « sexualité ouverte », nous éclaire sur la morale sexuelle de l'époque, surtout quand ces jeunes femmes n'éprouvent ni honte ni regret à se prostituer. Le verdict est sans appel : elles sont des débiles mentales. L'hypersexualité, l'indécence et la débilité mentale forment un triumvirat indissociable pour les psychiatres et les élites de l'époque. Le rejet du sens moral commun chez ces jeunes femmes est le signe d'une déficience intellectuelle qui les ramène à leurs instincts primaires.

Alors que les garçons ayant des comportements « sexualisés » sont internés pour protéger la société, dans le cas des filles « sexuelles », c'est, au contraire, la société qui doit les protéger. Elizabeth Lunbeck, Joan Sangster et Carol Groneman ont abordé le rapport entre l'hypersexualité des femmes et la débilité mentale¹¹. Ces historiennes avancent que si la sexualité des jeunes filles et des femmes « sexuelles » est perçue comme une forme de trouble mental dont les causes sont autant biologiques que psychologiques, c'est que l'on juge que leur place est dans leur famille et qu'un traitement dans un asile ou un hôpital est la seule chance de les voir réintégrer leur milieu familial. Alors que Sangster a abordé la question de la prostitution et des jeunes filles criminalisées entre 1920 et 1960 en Ontario, Lunbeck et Groneman se sont intéressées à l'hypersexualité et à la nymphomanie. Groneman

¹⁰ Danielle Lacasse, *La prostitution féminine*, op. cit., pp. 136-137. Dans 90% des cas étudiés par Lacasse, les femmes plaidaient non coupable.

¹¹ Elizabeth Lunbeck, *The Psychiatric Persuasion, Knowledge, Gender, and Power in Modern America*, Princeton, Princeton University Press, 1994; « 'A New Generation of Women' : Progressive Psychiatrists and the Hypersexual Female », *Feminist Studies*, Vol. 13, No. 3, 1987, pp. 513-543; Joan Sangster, *Regulating Girls and Women. Sexuality, Family, and the Law in Ontario, 1920-1960*, Don Mills (ON), Oxford University Press, 2001; et Carol Groneman, *Nymphomania, A History*, New York, W.W. Norton & Company, 2000.

montre comment les psychiatres, les experts de la sexualité – qui deviendront les sexologues – et juristes aux États-Unis ont systématiquement, pendant 150 ans, fait des nymphomanes des personnes moins rationnelles et des malades mentales. Pour sa part, Lunbeck a proposé une analyse des prostituées et des jeunes délinquantes dans laquelle elle les assimile aux définitions données sur les psychopathes. Sangster a noté, elle, que les diagnostics donnés aux prostituées et femmes « sexuelles » vont de la débilité mentale à la frigidité due au stress psychique dans l'après-guerre¹².

Tamara Myers s'est penchée dans sa thèse sur les jeunes filles ayant comparu devant la Cour juvénile de Montréal entre 1869 et 1945. Dans la foulée de la Loi de la Protection de la jeunesse de 1912, plusieurs théories sociales et psychologiques émergent pour expliquer la délinquance juvénile¹³. Le terme protection renvoie aux discours paternalistes sur les jeunes filles égarées que nous allons analysés dans ce chapitre. Parce qu'elles n'ont pas des facultés intellectuelles et un sens moral assez développés pour pouvoir se protéger elles-mêmes, il faut que d'autres personnes se chargent de leur défense. Les psychiatres répondront à l'appel. Tamara Myers rappelle que, au cours de cette période, plusieurs experts ont défini les adolescences « normales » selon le genre, l'ethnie et la classe¹⁴. Les comportements sociaux ont donc été normalisés. Myers et Lunbeck mentionnent également qu'avec l'apparition des tests d'intelligence au début du XXe siècle, les psychiatres ont taxé de *feble-mindedness* non seulement les comportements immoraux, mais aussi tout comportement anti-social et indésirable chez les pauvres et les immigrants récents¹⁵. Le discours eugéniste est là pour nous le rappeler.

¹² Elizabeth Lunbeck, *The Psychiatric Persuasion*, op. cit., p. ; Carol Groneman, *Nymphomania*, op. cit., *A History*, p., Joan Sangster, *Regulating Girls and Women*, op. cit., p. 129.

¹³ Tamara Myers, *Caught, Montreal's Modern Girl and the Law, 1969-1945*. Toronto, University of Toronto Press, 2006, p. 59.

¹⁴ *Ibid.*, p. 75.

¹⁵ *Ibid.*, p.76 et Elizabeth Lunbeck citée dans Myers, op.cit., p. 63.

Alors que Tamara Myers s'est intéressée aux jeunes délinquantes, Marie-Aimée Cliche s'est penchée sur les actes criminels perpétrés par des femmes, notamment les infanticides et la maltraitance des enfants¹⁶. La criminologue Sylvie Frigon a, quant à elle, étudié le maricide au Canada¹⁷. Si les femmes violentes ont été des sujets d'études de la part des historiens ou des criminologues, on trouve peu d'études historiques sur la médicalisation de ces femmes. Seule Marie-Claude Thifault a abordé les cas de mères violentes et de filles agressives internées parce qu'elles mettent en danger les membres de leur famille¹⁸.

Si les femmes « déviantes », les prostituées, délinquantes, filles-mères et meurtrières sont des sujets connus tant en histoire du Québec que du Canada, le mysticisme, le vagabondage et la violence domestique le sont beaucoup moins. Nous nous attarderons, ici, aux études plus spécifiques sur les comportements déviants des femmes, sur les lois qui les régissent et sur la psychiatrie. Ainsi, Marie-Claude Thifault a abordé des cas de délires mystiques dans sa thèse sur Saint-Jean-de-Dieu¹⁹. Mary Glennon Okin, elle, a souligné la fréquence de ce type de comportements dans son étude sur Saint-Michel-Archange²⁰. Bien sûr, on ne saurait écarter l'influence de l'Église catholique au Québec dans l'analyse des cas de déviations des femmes. Toutefois, il ne faudrait pas croire que les formes les plus fréquentes de déviance mentale chez les Canadiennes françaises relèvent du mysticisme et de la maternité comme le maintient Mary Glennon Okin²¹. L'analyse des dossiers de Saint-Jean-

¹⁶ Marie-Aimée Cliche, *Maltraiter ou punir? La violence envers les enfants dans les familles québécoises, 1850-1969*, Montréal, Boréal, 2007 ; « L'infanticide dans la région de Québec (1660-1969) », *RHAF*, Vol. 44, No.1, 1990, pp. 31-59.

¹⁷ Sylvie Frigon, *Homicide conjugal au féminin : d'hier à aujourd'hui*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 2003, 157 pages.

¹⁸ Marie-Claude Thifault, *L'enfermement asilaire des femmes au Québec : 1873-1921*, Thèse de doctorat en histoire, Université d'Ottawa, 2003, pp. 158-164.

¹⁹ *Ibid.*, p. 165.

²⁰ Mary Glennon Okin, « Madwomen » in *Quebec : An Analysis of the Recurring Themes in the Reasons for Women's Committal to Beauport, 1894-1940*, thèse de doctorat en histoire, University of Maine, 2008.

²¹ L'historiographie féministe a insisté sur l'histoire des filles-mères. Si quelques-unes d'entre elles se retrouvent à Saint-Jean-de-Dieu et y accouchent, ce n'est pas cette cause précise qui précipite leur internement. Une recherche ultérieure pourra traiter de cette question à partir du *Registre des*

de-Dieu démontre des parcours plus hétérogènes. Si, tout comme elle, nous pensons que la transgression des rôles féminins par certaines femmes peut être considérée comme une forme d'aliénation mentale, cette transgression est polymorphe et ne s'exprime pas seulement par la religion et la maternité, mais aussi par la sexualité, l'alcool, les mots vulgaires, la violence et la jalousie excessive.

5.1. Une cause de scandale : la prostitution.

Les six jeunes femmes « prostituées » de notre échantillon sont arrêtées par la police pour vagabondage et/ou prostitution. D'abord emprisonnées à la Prison des femmes de Montréal, elles sont ensuite transférées à Saint-Jean-de-Dieu sur les recommandations du Dr. Plouffe, directeur de l'Hôpital de Bordeaux et psychiatre des prisons de la région de Montréal. Évelyne est une psychopathe constitutionnelle, Téma a la syphilis, Roseline, Nathalie, Rénata et Marise ont un arrêt de leurs facultés intellectuelles. Alors que la psychopathie constitutionnelle et la syphilis constituent des diagnostics psychiatriques, les quatre dernières ne reçoivent pas de diagnostics officiels selon la nosologie de l'époque. L'arrêt des facultés intellectuelles peut être vu comme une appellation relativement générique pour décrire des personnes qui ne réalisent pas qu'elles sont en conflit avec les normes sociales. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les diagnostics associés à cette appellation sont ceux qui font état d'un arrêt de développement intellectuel : l'idiotie, l'imbécillité et la débilité mentale. Les causes pour justifier leurs internements ne font pas appel à la dangerosité, puisque les relations sexuelles ne sont pas dangereuses en soi, sauf

naissances de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, disponible aux AHLHL, dans lequel toutes les naissances ayant eu lieu sur le territoire de Gamelin y sont répertoriées, avec le nom de la mère, du père s'il y a lieu et de la personne ou institution qui a pris en charge l'enfant.

dans le cas de Téa qui a la syphilis²². Toutefois, elles doivent être mises à l'écart car elles ont des tendances anti-sociales et sont une cause de scandale.

De prime abord, leur jeune âge frappe. Évelyne a 19 ans lorsqu'elle est internée en 1931, mais son dossier comporte une première fiche d'admission datée de 1923. Elle avait alors 11 ans²³. Les cinq autres ont entre 13 ans et 22 ans pour un âge moyen de 18 ans. Comme nous le verrons, la plupart d'entre elles sont toujours rattachées à leurs familles et leurs comportements, jugés scandaleux et immoraux suscitent la gêne et la honte chez leurs proches. Certaines vivent seules ou encore viennent d'un milieu inadéquat selon les standards sociaux de l'époque. Il ne faut pas oublier que les théories hygiénistes et environnementales sont en plein essor à l'époque. Notons que les demandes d'internement d'Evelyne et de Roseline sont faites par leurs parents. Ne sachant plus quoi faire avec des jeunes filles « indécentes », à défaut de l'école de réforme, les parents font appel aux forces de l'ordre²⁴. Comme elles n'ont pas commis d'actes criminels avec preuves, mais qu'elles ont des comportements qui ne peuvent être acceptés selon leurs familles et le personnel de la prison, la solution est sans appel : l'asile. Cette solution s'impose d'autant plus qu'elles ne manifestent aucun signe de remord ni de volonté de « réadaptation » sociale. Téa et Rénata sont internées par leur famille élargie. Ces cas donnent à penser que l'internement est également dû au fait que les parents et la famille ne peuvent pas, ou ne veulent pas, en prendre soin. Nathalie et Marise, elles, sont sans foyer.

Evelyne, selon ses parents, fuguait et désertait la maison dès l'âge de dix ans. « C'était une véritable impulsion à laquelle elle ne pouvait résister » dit sa mère²⁵. Elle cause le

²² Diagnostics de syphilis et tentatives de suicide. Si nous gardons le cas de Téa c'est qu'il est parlant à propos de la situation familiale jugée « malsaine ». Aussi, dans son dossier, il est plus question des comportements anti-sociaux qu'elle manifeste que des symptômes associés à la syphilis, qui ne sont pas notés. Cette situation est atypique puisque les autres cas de syphilis sont identifiés rapidement et notés laconiquement « langue qui tremble, regard hagard, etc. ».

²³ Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (AHLHL), Dossier 22955, Formule B, 1931.

²⁴ Voir Tamara Myers, *op. cit.*, au sujet des jeunes filles à l'École de réforme.

²⁵ AHLHL, Dossier 22955, Formule B, 1931.

scandale, par ses paroles et sa tenue devant ses petits frères et sœurs, affirment ses parents. Si ces derniers ne donnent aucun exemple des paroles tenues par Évelyne ni une description de ses tenues inappropriées, on peut penser que ces comportements renvoient à de l'impulsion. À défaut du terme freudien de pulsion sexuelle, les psychiatres préfèrent parler d'un manque de contrôle de la volonté.

Le Dr. Plouffe prend acte de la bonne éducation prodiguée par la mère, éducation qui n'a cependant pas d'effets sur Évelyne.

Ses impulsions aux fugues n'ont jamais disparu ni les bons conseils ni les réprimandes d'une bonne mère n'ont d'influence. Elle fait à propos de rien des colères noires et ne se gêne pas de blasphémer, de tenir des conversations obscènes, de se présenter dans une tenue absolument inconvenable devant ses petits frères et petites sœurs. Elle ne semble pas réaliser la gravité de sa conduite. Toute son activité psychique semble dominée par ses instincts sexuels au point que non seulement elle est prostituée mais elle raconte sans gêne inouïe devant ses oncles et ses parents ses scènes de débauche²⁶.

Après un entretien avec la jeune fille, le Dr. Plouffe remarque qu'elle se plaint beaucoup de la sévérité de sa mère. Il a alors ce commentaire :

[Évelyne] ne réalise pas l'absurdité de sa conduite, de ses paroles devant les enfants. Son jugement défectueux et son manque de raisonnement l'empêchent de comprendre que sa mère ne peut pas être sa complice de prostitution et de vol en ne la réprimandant jamais. Ni un séjour de 5 ans à l'asile ni des condamnations répétées à la prison n'ont eu aucune influence dans sa conduite. Toute sa conversation me démontre qu'elle n'a aucun sentiment de conduite immorale²⁷.

Selon le Dr. Plouffe le trouble mental d'Évelyne se manifeste « surtout par des troubles du caractère et par de la perversion instinctive »²⁸. Pour les parents comme pour le médecin, les comportements scandaleux et la conduite immorale d'Évelyne montrent à l'évidence qu'elle est complètement dénuée de jugement. D'autant que le « traitement » répressif n'a aucun effet sur elle.

²⁶ AHLHL, Dossier 22955, Formule B, 1931.

²⁷ AHLHL, Dossier 22955, Formule B, 1931.

²⁸ AHLHL, Dossier 22955, Formule B, 1931.

Roseline est arrêtée à la demande des parents pour cause de scandale car elle se plaît à faire des gestes indécents devant sa petite sœur. Ses parents rapportent que Roseline « [s]e laisse entraîner facilement à commettre des actes indécents; ne réalise pas sa conduite. Parle avec indifférence de ses rapports sexuels avec un vieillard »²⁹. Dans le cas de Roseline, on ne retrouve pas de descriptions détaillées de son comportement hormis qu'elle raconte sans gêne ses rapports sexuels, mais, comme si ça allait de soi. Selon le Dr. Plouffe, elle a un « arrêt de développement de ses facultés intellectuelles » de nature congénitale, causé par l'épilepsie³⁰. Il observe une « prononciation défectueuse. [...] Plusieurs de ses réponses sont non seulement incohérentes mais aussi stupides »³¹.

Même scénario pour Rénata, dont les proches, ne sachant plus quoi faire avec sa conduite scandaleuse, s'en remettent aux autorités. Dans son dossier, le psychiatre décrit son comportement selon les informations fournies par sa tante :

Elle déserte la maison, s'expose aux dangers de la rue durant ses fugues épileptiques. Très suggestible, elle se laisse entraîner par les premiers venus, surtout à cause de ses tendances sexuelles. Refuse d'obéir aux conseils de sa tante et recherche la promiscuité dans la rue³².

Rénata est arrêtée en raison de ses tendances anti-sociales : le vagabondage³³. Dans son rapport, le psychiatre note que Rénata donne des

Réponses absolument puériles. Manifeste devant moi des tendances sexuelles. Ne réalise pas l'absurdité de ses propos et de ses actes. Ne comprend pas les conséquences de ses tendances à la prostitution. Je recommande son internement afin de la protéger contre les dangers physiques et moraux auxquels elle est exposée à cause de sa débilité intellectuelle³⁴.

²⁹ AHLHL, Dossier 33971, Formule B, 1941.

³⁰ AHLHL, Dossier 33971, Formule B, 1941.

³¹ AHLHL, Dossier 33971, Formule B, 1941.

³² AHLHL, Dossier 33573, Formule B, 1941.

³³ AHLHL, Dossier 33573, Formule B, 1941.

³⁴ AHLHL, Dossier 33573, Formule B, 1941.

La dernière phrase du Dr. Plouffe laisse bien entendre qu'il faut la protéger de sa débilité qui devient dangereuse pour elle-même. L'asile est alors, comme le souligne le Dr. Ferron dans l'une de ses notes, un lieu non pas de traitement, mais de protection, d'asile³⁵. Si les comportements de Rénata ne sont pas acceptés par la société, que faire d'autre que de la mettre à l'écart?

Dans les cas que nous venons de voir, il est important de remarquer que les parents réagissent au fait que leurs filles sont de mauvais modèles pour les autres enfants. Ce n'est pas le cas de Téa. Au contraire, son dossier présente plutôt sa famille comme une cause de sa déviance. Si les théories héréditaires ont perdu de la force, les causes environnementales ont la faveur des psychiatres qui s'en remettent à elles pour expliquer les comportements « inadéquats » des jeunes privés de modèle parental exemplaire.

Téa, en plus d'errer et de se prostituer, a aussi tenté de se suicider. Elle explique ses tentatives de suicide par le fait qu'elle se sent malade et que, selon elle, on refuse de la traiter. « Elle se plaint constamment de souffrir de toutes les maladies inimaginables et dont on ne trouve aucun signe clinique. C'est pour cela qu'elle a tenté de se suicider »³⁶. Le Dr. Plouffe résume l'entrevue en rappelant qu'elle est bien traitée puisqu'elle a reçu des « piqûres », ce à quoi Téa répond : « ces piqûres me font tomber comme morte et ensuite, j'ai l'impression de ressusciter. Ça me brasse dans tout le corps et surtout dans les intestins »³⁷.

³⁵ Cité dans André Cellard et Marie-Claude Thifault, *Une toupie sur la tête, Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Boréal, 2007, p. 287.

³⁶ AHLHL, Dossier 22954, Formule B, 1931.

³⁷ AHLHL, Dossier 22954, Formule B, 1931.

Comme les autres, elle est arrêtée pour vagabondage. À la prison des femmes, les religieuses notent qu'elle a des comportements pour le moins déraisonnables.

Elle rit seule aux éclats. [...] c'est un véritable délire hypocondriaque. Elle a tenté deux fois de se suicider sans pouvoir donner de raisons logiques. Dès l'âge de 15 ans, elle versait dans la prostitution. Ses troubles du caractère la rendent inadaptable et incapable de prendre soin d'elle-même³⁸.

Transférée à Saint-Jean-de-Dieu en 1931, l'assistante sociale de l'institution note que les parents sont séparés depuis 11 ans et que le père a disparu depuis un an. Qui plus est, Téa a six frères et sœurs dont les deux plus jeunes sont respectivement à l'École de réforme Saint-Jean-de-Bosco et à l'orphelinat. Selon sa mère, Téa apprenait facilement à l'école, a eu des emplois comme domestique, mais n'y restait jamais. De plus, l'assistante sociale écrit dans son rapport :

Elle a été très tranquille jusqu'à 12 ans, subitement, elle a changé de manière d'être. [...] [Téa] a toujours fait des extravagances, des sottises au sujet de sa santé, la mère dit n'être pas surprise de la voir à S.-Jean-de-Dieu. [...] Elle a toujours eu un caractère seul, elle aime le monde et ne l'aime pas, ne se fait pas d'amies, ni d'amis sérieux non plus. Elle n'aime personne [...] ³⁹.

Téa vient d'un milieu « inadéquat » et le psychiatre associe ses comportements à une tare héréditaire, malgré le diagnostic de syphilis. Le Dr. Plouffe note, en effet, que les causes de l'aliénation mentale de la patiente sont probablement dues à de l'hérédité. Sans s'appuyer directement sur la théorie de Morel, le Dr. Plouffe n'en conclut pas moins que c'est l'hérédité de Téa qui explique les multiples comportements hors normes.

Le cas de Téa est intéressant à plusieurs égards. Comme nous venons de le dire, elle reçoit un diagnostic de syphilis alors que rien dans son dossier ne parle de symptômes clairs à ce propos. Les raisons officielles de son internement sont pourtant claires : elle est un danger pour la société et cause le scandale par son comportement anti-social⁴⁰. Son cas illustre bien tout ce qui peut justifier l'internement d'une jeune fille qui s'adonne à la

³⁸ AHLHL, Dossier 22954, Formule B, 1931.

³⁹ AHLHL, Dossier 22954, Rapport de l'assistante sociale, 1932.

⁴⁰ AHLHL, Dossier 22954, Formule B, 1931.

prostitution pendant l'entre-deux-guerres. Le Dr. Plouffe croit que c'est son pauvre jugement et son manque de raisonnement qui empêchent Téra de réaliser qu'elle se conduit de manière insensée. « Elle est incapable de soutenir une conversation même sur des choses élémentaires »⁴¹. Toujours selon lui, elle présente un léger degré de débilité qui ne nécessite pas cependant qu'elle soit internée dans un hôpital d'aliénés⁴².

Mais comme sa mère ne veut pas qu'elle retourne à la maison, Téra restera à Saint-Jean-de-Dieu jusqu'en 1964. En somme, les parents de ces jeunes femmes, par leur témoignage, réagissent à une sexualité explicitement ouverte et publique de leurs filles. La pudeur, qui est la norme à l'époque, est complètement absente chez ces jeunes femmes. Les parents ne savent plus comment réagir devant une sexualité aussi affichée.

Nathalie est arrêtée une première fois en 1935 à l'âge de 12 ans pour prostitution et vagabondage. Elle est de nouveau arrêtée en 1941 pour prostitution, conduite et récits scandaleux et absurdes⁴³. « Sans parents [son père est à Saint-Jean-de-Dieu], elle fût placée dans diverses institutions d'où elle s'évada pour se livrer à la prostitution. Son grand plaisir est de faire le récit de ses exploits sexuels »⁴⁴. À l'entrevue avec le Dr. Plouffe, Nathalie lui « raconte sans honte tout ce qu'elle fait avec hommes et garçons qu'elle recherche. »⁴⁵ Le Dr. Plouffe considère que Nathalie, âgée de 18 ans, est une imbécile et qu'il est nécessaire de l'interner⁴⁶. Elle a un « manque de développement de ses facultés intellectuelles » de nature congénitale⁴⁷.

⁴¹ AHLHL, Dossier 22954, Formule B, 1931.

⁴² AHLHL, Dossier 22954, Rapport de l'assistante sociale, 1932.

⁴³ AHLHL, Dossier 33587, Formule B, 1941.

⁴⁴ AHLHL, Dossier 33587, Formule B, 1941.

⁴⁵ AHLHL, Dossier 33587, Formule B, 1941.

⁴⁶ AHLHL, Dossier 33587, Formule B, 1941.

⁴⁷ AHLHL, Dossier 33587, Formule B, 1941.

Je constate, écrit-il, qu'elle ne sait ni lire ni écrire. Elle se contente de dire « Je n'ai pas de talents » et elle ajoute « Moé j'ai besoin de voir des p'tits gars... J'sus assez vieille pour ça. [...] Tout le temps de mon examen, ne porte aucune attention à ce que je lui demande excepté aux questions de sexualité... Débilité mentale, qui touche à l'imbécillité⁴⁸.

Le cas de Marise est semblable. Arrêtée pour prostitution par la police, elle n'a aucune honte à raconter ses rapports sexuels⁴⁹. La prostitution et une sexualité débridée sont perçues par les spécialistes de l'époque comme des comportements anti-sociaux. En effet, le scandale de Marise et de Nathalie est de ne pas se comporter en accord avec la morale de l'époque, soit de trouver un homme avec lequel elle se marieront, auront des relations sexuelles et qui leur donnera des enfants. Marise, tout comme Nathalie, est considérée comme imbécile par le Dr. Plouffe puisqu'elle ne peut répondre aux plus simples questions de mathématiques ou nommer les jours et les mois de l'année.

Elle est incapable de réaliser la nature et la gravité des actes qu'elle commet. Surtout incapable d'apprécier les conséquences de sa prostitution. Me raconte ses rapports sexuels avec des hommes, sans honte et sans regret⁵⁰.

Le Dr. Plouffe en arrive donc à la conclusion que l'arrêt du développement de leurs facultés intellectuelles est à l'origine de leur absence de sens moral et de leur incapacité à s'adapter aux normes de la société. Comment en effet expliquer qu'elles ne ressentent pas de honte devant leur sexualité non réfrénée si ce n'est qu'elles sont débiles? Les psychiatres Langlois, Saucier et Amyot affirmaient d'ailleurs que la prostitution féminine est l'une des conséquences de l'atrophie du sens moral au profit des instincts primitifs⁵¹.

⁴⁸ AHLHL, Dossier 33587, Formule B, 1941.

⁴⁹ AHLHL, Dossier 33495, Formule B, 1941.

⁵⁰ AHLHL, Dossier 33495, Formule B, 1941.

⁵¹ Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*, op. cit., 1930, p. 162.

5.2. Les protéger d'elles-mêmes : les jeunes femmes hypersexuelles.

Marianne, 18 ans, Jennie et Maggie, 23 ans, ont en commun de « trop aimer les garçons ». Tout comme les prostituées, elles sont considérées comme « débiles » par les proches et les médecins et leur internement est justifié par le fait que des hommes sans scrupule pourraient facilement abuser d'elles. Marianne est internée en 1936⁵². Elle est issue d'une famille de 12 enfants qui reçoit l'aide de la Commission du Secours direct, le père n'ayant pas d'emploi⁵³. D'après l'enquête de l'assistante sociale, sa mère raconte qu'il n'y a rien eu d'anormal durant sa grossesse et que par après sa fille a connu une enfance tout à fait normale. Marianne a contracté la grippe espagnole et la fièvre typhoïde. On lui a diagnostiqué des glandes tuberculeuses et a eu ses premières menstruations à 16 ans. Selon sa mère, elle a les comportements d'une enfant de 8 ans. Elle ne réussit pas bien à l'école car elle n'a pas de mémoire, mais elle a bon caractère et est docile. Elle n'est pas perverse et peut aider aux travaux du ménage si elle est surveillée⁵⁴.

Toutefois les parents sont inquiets car Marianne sort souvent seule. Ils la conduisent donc à l'hôpital Western en avril 1936 et demande son placement dans une institution qui la protégerait⁵⁵. Elle sort peu de temps après mais est rapidement réinternée, cette fois à Saint-Jean-de-Dieu. Elle n'y reste pas longtemps et, en 1939, une nouvelle enquête est effectuée car, selon la mère, Marianne n'a pas changé ses comportements⁵⁶. Qui plus est,

dès qu'un garçon entre chez elle, elle devient nerveuse et ne cherche qu'à se tenir près de lui et à lui faire de belles façons. [...] Comme il est impossible de la tenir enfermée, Mme [...] est inquiète de la voir sortir; il serait très facile pour un homme d'abuser d'elle⁵⁷.

⁵² AHLHL, Dossier 27423. La fiche d'admission n'était pas au dossier, le diagnostic n'est pas connu.

⁵³ AHLHL, Dossier 27423, Rapport de l'assistante sociale, 1936.

⁵⁴ AHLHL, Dossier 27423, Rapport de l'assistante sociale, 1936.

⁵⁵ AHLHL, Dossier 27423, Rapport de l'assistante sociale, 1936.

⁵⁶ AHLHL, Dossier 27423, Rapport de l'assistante sociale, 1939.

⁵⁷ AHLHL, Dossier 27423, Rapport de l'assistante sociale, 1939.

La suite de cette histoire ne figure pas au dossier si bien que nous ne savons pas si Marianne fût réinternée ou non. Il est clair cependant que les deux internements qu'elle a vécus ont été ordonnés pour la protéger et ce, sans diagnostic.

Jennie a été placée dans une famille qui compte douze personnes habitant un cinq pièces. Selon sa « protectrice », « Jennie aime trop les garçons pour qu'il soit prudent de la garder plus longtemps, car elle ne perd pas une occasion de se frôler près des deux grands fils de Mme. [...] (18 et 19 ans). Celle-ci les surveille de près mais d'autres hommes peuvent en abuser »⁵⁸. Selon cette femme, l'internement de Jennie est nécessaire pour son propre intérêt, d'autant que le père de Jennie vit en concubinage avec « une femme des plus grossières », toujours selon sa protectrice. Cette femme ne peut avoir qu'une mauvaise influence sur la jeune fille⁵⁹. Elle estime également qu'il serait dangereux de placer Jennie dans une famille à Montréal où « les occasions de sortir sont plus fréquentes et les hommes peu scrupuleux plus nombreux »⁶⁰. Jennie sera ainsi internée en 1941, à l'âge de 23 ans, pour cause de débilité mentale⁶¹.

Comme Jennie, Maggie, qui a 23 ans, en plus d'être un peu niaise, recherche trop la proximité des hommes. C'est la femme de son père qui demande à ce qu'elle soit internée. Sa belle-mère aurait aimé la garder plus longtemps mais elle sortait beaucoup, recherchait les garçons dans les parcs, entrait tard dans la nuit et lui donnait de sérieuses inquiétudes⁶². Maggie est internée en 1936 mais sortira à quelques reprises. En 1942, alors qu'elle est employée comme servante, elle se dit fatiguée, de mauvaise humeur et demande son retour à l'hôpital⁶³. À dix ans, Maggie a subi une fracture du crâne, ce qui pourrait expliquer, selon

⁵⁸ AHLHL, Dossier 33278, Rapport de l'assistante sociale, 1941.

⁵⁹ AHLHL, Dossier 33278, Rapport de l'assistante sociale, 1941.

⁶⁰ AHLHL, Dossier 33278, Rapport de l'assistante sociale, 1941.

⁶¹ AHLHL, Dossier 33278, Fiche d'admission, 1941.

⁶² AHLHL, Dossier 27519, Rapport de l'assistante sociale, 1937.

⁶³ AHLHL, Dossier 27519, Rapport de l'assistante sociale, 1941.

ses proches, ses comportements étranges car, en plus de recherche la proximité des hommes, elle déchire son linge et a des tendances à l'auto-destruction⁶⁴. Dès son arrivée à Saint-Jean-de-Dieu, elle s'enferme dans un mutisme complet. Le cas de Maggie fait voir plusieurs symptômes qui rendent difficile l'établissement d'un diagnostic : idées de suicide, sexualité, fatigue, mutisme. C'est pourquoi, après son réinternement en 1942, elle ne reçoit aucun diagnostic précis. Il faut attendre 1952 avant que le verdict tombe : schizophrénie indifférenciée, diagnostic souvent prononcé pour les cas que l'on ne réussit pas à classer d'emblée dans une catégorie précise de troubles mentaux⁶⁵.

« Sans honte » et « sans regret » sont les expressions qui reviennent constamment dans les cas de ces jeunes femmes arrêtées pour prostitution ou identifiées comme hypersexuelles et internées à Saint-Jean-de-Dieu. Alors que les sources ne permettent pas de connaître précisément les raisons de leur internement, nous croyons pouvoir affirmer que les experts, tout comme les proches de ces jeunes filles, ont tout simplement accolé l'étiquette de débilité mentale à des comportements qui ne répondaient pas aux normes de la morale de l'époque. Ne pouvant imaginer qu'un individu puisse transgresser la morale chrétienne, ils ont vu en ces jeunes filles des idiots et des imbéciles.

5.3. Elles troublent la paix publique et privée.

Certaines femmes, par leurs comportements, compromettent en effet, l'intégrité physique de leur entourage. La question est alors de savoir quels sont ces comportements qui, d'abord criminalisés, sont ensuite jugés relevant de l'aliénation mentale et justifient l'internement. Dans le Code criminel canadien de 1892, la section III qui regroupe les crimes

⁶⁴ AHLHL, Dossier 27519, Dossier d'internement, Histoire personnelle, 1936.

⁶⁵ AHLHL, Dossier 27519, Dossier d'internement, 1936.

contre la religion; les atteintes aux mœurs; les actes de nuisances et le vagabondage est celle qui connaît la plus forte augmentation des inculpations dans le premier quart du XXe siècle⁶⁶. Or, ces femmes qui les commettent sont dans la plupart des cas transférées, après leur arrestation, à l'hôpital pour aliénés. Il est intéressant d'identifier les comportements qui ont mené à ces arrestations et qui ont justifié la prise en charge de ces femmes par les autorités médicales. Rappelons que la Prison des femmes de Montréal reçoit les femmes arrêtées pour avoir troublées la paix publique. Le Dr. Plouffe, médecin en chef des prisons de Montréal, interroge les prisonnières pour évaluer leur état mental. Cinq cas de femmes arrêtées pour vagabondage sont analysés dans la première partie de cette section. Selon lui, elles sont toutes aliénées et doivent être transférées à Saint-Jean-de-Dieu.

Les cas de femmes violentes, vagabondes et qui crient des insultes ne passent pas toutes par la Prison des femmes. Certaines sont internées à la demande de la famille car elles sont dérangeantes et une source de honte. En effet, les raisons invoquées par les proches montrent bien que les comportements indécents, le manque de contrôle de soi et la grossièreté ne peuvent être aucunement tolérés. Dans notre échantillon, nous avons répertorié huit démentes, paranoïaques et érotomanes qui illustrent bien le type de comportements chez les femmes que les proches ne souffrent pas de garder au foyer. Nous verrons dans cette section les comportements rapportés au sujet de ces femmes dites violentes, agressives et surtout anti-sociales. C'est en effet sur le critère légal d'actes anti-sociaux que sept d'entre elles furent d'abord arrêtées pour vagabondage et ensuite transférées à Saint-Jean-de-Dieu. Les trois dernières sont admises à la demande de la famille car elles frappent leurs proches, insultent les gens et sortent la nuit.

⁶⁶ André Cellard et Gérald Pelletier, « *La construction de l'ordre pénal* », *op. cit.*, p. 377.

5.3.1. Les vagabondes : la violence et le mysticisme.

Si les premiers cas d'internement présentés dans ce chapitre avaient rapport avec la prostitution, d'autres cas ont conduit des femmes en institution en raison de tendances anti-sociales comme le vagabondage et la violence envers autrui. Les dossiers que nous avons consultés sur ces cas sont plutôt minces par rapport à ceux des femmes arrêtées pour prostitution. Nous avons cependant pu cueillir quelques bribes d'information qui nous éclairent sur les causes de leur internement. En général, comme nous le verrons plus loin, on leur reproche de troubler la paix publique et d'afficher des comportements jugés dangereux pour autrui.

Selon les premières observations recueillies lors de son arrivée à la prison, Gaëlle, 28 ans, est dans un état d'agitation et tient des discours incohérents. Ses tendances anti-sociales se manifestent, chez elle, par le vagabondage et la flânerie⁶⁷. On la garde en cellule en raison de son agitation, « de ses tendances à déchirer sa literie, sa grande malpropreté, de ses tendances à crier et à chanter. »⁶⁸ Arrêtée pour avoir troublé la paix publique dans les rues de Montréal, elle souffre, selon le Dr. Plouffe, d'agitation motrice et de surexcitation psychique⁶⁹.

[Elle] se glorifie d'être la maîtresse d'un Écossais, dédaigne les Canadiens-français mais elle parle peu l'anglais. [...] Se dit enceinte et est toute glorieuse à la pensée qu'elle porte un enfant à la tête rouge. Pendant mon examen, elle se tient à genoux sur un buffet et évite tout mouvement pour ne pas déranger cet enfant qui va naître⁷⁰.

Carole, 37 ans, est, elle aussi, accusée de vagabondage. Elle raconte au Dr. Plouffe que « depuis 20 ans, on la persécute partout. [...] Elle a décidé de se faire justice elle-même.

⁶⁷ AHLHL, Dossier 27914, Formule B, 1936.

⁶⁸ AHLHL, Dossier 27914, Formule B, 1936.

⁶⁹ AHLHL, Dossier 27914, Formule B, 1936.

⁷⁰ AHLHL, Dossier 27914, Formule B, 1936.

[Pour le Dr. Plouffe] elle est extrêmement dangereuse »⁷¹. Elle paraît être plus âgée selon les Religieuses. Voici comment le Dr. Plouffe justifie son internement :

La malade doit être gardée continuellement au cachot à cause de ses actes [mot illisible] de violence. Quel est votre nom? Elle répond en me criant et en me traitant de bâtard, d'enfant de chienne et de cock-sucker. La religieuse me rapporte qu'elle grimpe dans les grillages de la fenêtre, parle seule, tient un langage absolument obscène. [...] Elle est très violente, refuse de répondre à toute question et lance tout ce qui lui tombe sous la main. D'après son attitude, elle semble répondre à des voix⁷².

Deux causes justifient son internement : la tendance à la violence puisqu'elle lance des objets et la tendance anti-sociale à cause du vagabondage. Elle est alors internée pour délire systématisée chronique.

Nancy, 16 ans, élève de l'école de réforme, est arrêtée en raison de tendances à la violence et de comportements anti-sociaux⁷³. Ses symptômes, qui consistent en des troubles de comportements se traduisant par des crises de violence et des impulsions incontrôlables, durent depuis sept ans. Elle a été appréhendée sur la rue à 3 heures du matin plus ou moins consciente de son état⁷⁴. Selon le Dr. Plouffe, Nancy « n'a jamais fait de convulsions mais son comportement et ses troubles du caractère et ses fugues me donnent une forte présomption qu'elle souffre d'épilepsie (équivalents) »⁷⁵. Elle a menacé les religieuses et quelques compagnes de prison. « Elle est toujours prête à frapper. [...] Vagabondage et fugues »⁷⁶. Elle reçoit un diagnostic de débilité mentale.

Internée en 1931, elle décède cinq ans plus tard. Le surintendant de Saint-Jean-de-Dieu nous informe des causes de son décès :

⁷¹ AHLHL, Dossier 22953, Formule B, 1931.

⁷² AHLHL, Dossier 22953, Formule B, 1931.

⁷³ AHLHL, Dossier 22800, Formule B, 1931.

⁷⁴ AHLHL, Dossier 22800, Formule B, 1931.

⁷⁵ AHLHL, Dossier 22800, Formule B, 1931.

⁷⁶ AHLHL, Dossier 22800, Formule B, 1931.

Cette malade avait depuis longtemps l'habitude d'avaler différents objets : cuillers, aiguilles, lames de rasoir, etc. qui nécessitait en plusieurs circonstances, une gastrotomie afin de retirer ces objets de son estomac. 8 jours avant son décès, nous dûmes lui faire subir la même opération, et consécutivement, elle s'introduisit divers objets dans la plaie abdominale, ce qui amena une infection avec péritonite, alors, nous pouvons donner comme nature de la plaie abdominale : gastrotomie⁷⁷.

Le cas de Nancy suggère, à l'instar de plusieurs autres, une volonté de ressentir de la douleur (manifestations aujourd'hui bien connues d'automutilation). Comme nous le verrons dans le chapitre huit, plusieurs patients avalent ou insèrent des objets dans leur corps durant leur internement. Les psychiatres de Saint-Jean-de-Dieu ont d'ailleurs publié des articles sur le sujet, notamment sur le cas de Nancy.

Mathilde, célibataire, a tendance à être violente. Elle cherche à frapper, a des comportements anti-sociaux et s'adonne au vagabondage. De plus, elle ne se gêne pas pour y aller de propos jugés obscènes par son entourage et qui causent scandale⁷⁸. Les religieuses de la prison notent que Mathilde « était aliénée à son arrivée à la prison. Par une grande agitation motrice et une excitation psychique »⁷⁹. Pour le psychiatre, son trouble mental est manifeste car elle a des « tendances à déchirer et à briser. Se tient continuellement nue. Chante, crie des heures entières. Tient des propos incohérents. Très malpropre et lance sur le mur de sa cellule, le contenu de ses plats, au lieu de manger »⁸⁰. Elle reçoit un diagnostic de psychose maniaque dépressive. Le Dr. Plouffe écrit à ce sujet :

Je la trouve toute nue dans sa cellule et très malpropre. Elle me dit que j'ai tué ses parents. Ne savez-vous pas que c'est la fin du monde, je serai reine demain, reine de Montréal, reine Mathilde parce que Paris est endue [sic] en ville, morte hier je suis ressuscitée aujourd'hui – depuis ce temps-là je suis dans le purgatoire. Ils m'ont

⁷⁷ AHLHL, Dossier 22800, Lettre du surintendant de Saint-Jean-de-Dieu au statisticien du service provincial d'hygiène, 1936. Dans *L'Union médicale du Canada*, le Dr. Dufresne écrit un article sur le sujet des chirurgies chez les aliénés. Le cas de Nancy (pseudo) est central puisque le Dr. Dufresne a souvent dû retirer des objets de son estomac. On retrouve dans l'article des radiographies de son estomac et une description des interventions effectuées durant la durée de son internement.

⁷⁸ AHLHL, Dossier 27662, Formule B, 1936.

⁷⁹ AHLHL, Dossier 27662, Formule B, 1936.

⁸⁰ AHLHL, Dossier 27662, Formule B, 1936.

arrêtée pour la fin du monde. Le pape c'est mon père. Elle continue durant tout mon examen à parler ainsi avec loquacité et incohérence⁸¹.

Tout comme Mathilde, Agathe est arrêtée pour ses tendances anti-sociales manifestées par du vagabondage.

Elle raconte aux religieuses que des gens lui parlent continuellement de la guerre, que ces voix l'appellent pour l'amener en Angleterre. Il faut la garder isolée à cause de ses tendances constantes à désertir. Depuis son arrivée à la prison, il y a 8 jours, elle a refusé complètement de se laver. [...] Elle entend des voix qui l'insultent et lui disent toutes sortes de noms grossiers⁸².

Elle confie aussi au Dr. Plouffe que tout le monde est fâché contre elle. « D'après les voix qu'elle entend, elle comprend qu'on veut la forcer à avoir des enfants. [...] Me fait un long récit au sujet de ses frères qui la poursuivent partout avec des intentions de la violer »⁸³. Son long récit dans lequel elle affirme que des voix lui demandent d'avoir des enfants est une conséquence, selon le Dr. Plouffe, que son jugement est affaibli⁸⁴.

Comme on a pu le voir, le délit de « vagabondage » sert bien souvent de motif pour mettre à l'écart des femmes dont les comportements anti-sociaux sont associés à la « folie ». Comme elles n'ont pas commis de crimes graves, et compte tenu de leurs discours décousus et irrationnels, elles sont transférées à l'asile en tant que débiles ou délirantes. Les femmes qui errent dans les rues, en plus de déranger l'ordre social, sont craintes par des propos et des gestes étranges et vulgaires qui sont parfois jugés violents.

⁸¹ AHLHL, Dossier 27662, Formule B, 1936.

⁸² AHLHL, Dossier 33714, Formule B, 1941.

⁸³ AHLHL, Dossier 33714, Formule B, 1941.

⁸⁴ AHLHL, Dossier 33714, Formule B, 1941.

5.3.2. Les indécentes, les grossières et les agressives.

Les prostituées et les vagabondes ne sont pas les seules femmes à être emprisonnées puis internées. L'indécence et l'érotisme de Rolande et Danielle nous en donnent des exemples éloquentes. Ces quatre femmes sont arrêtées pour leurs comportements scandaleux et anti-sociaux puis transférées à Saint-Jean-de-Dieu. Lucie, Laurence et Mia, elles, sont internées après que leur famille ait demandé leur placement en raison de leurs manières grossières et agressives qu'elles ne peuvent aucunement tolérer ni d'ailleurs gérer. Les sorties nocturnes de ces filles et les insultes qu'elles professent aux passants jettent la honte sur leur famille qui associe rapidement ces comportements à de l'aliénation mentale. Ces cinq femmes sont internées pour vagabondage entre 1931 et 1941, durant la crise et la Seconde Guerre mondiale, sauf Mia qui le sera un peu plus tôt, soit en 1926.

Le cas de Rolande est plutôt intéressant. Comme on l'a vu souvent, l'Église joue toujours un rôle important dans l'univers asilaire. En tant qu'instance majeure d'endoctrinement religieux, elle impose, en effet, des normes strictes en matière de sexualités qui, si elles sont transgressées par les femmes, risquent souvent de les conduire à l'asile. Rolande, imprégnée comme tant d'autres des sermons et paroles d'Évangiles, s'en inspire pour légitimer des comportements pourtant jugés indécents par une société qui baigne dans le catholicisme. Pour elle, « ce n'est pas nécessaire de cacher le corps car il n'est pas sale, c'est l'âme qui est sale »⁸⁵. Voilà une explication qui, tout en s'opposant aux préceptes religieux qui prônent l'élévation de l'esprit par le détachement du corps des plaisirs matériels, se fonde sur des paroles que ne renieraient pas les Pères de l'Église⁸⁶.

Les comportements de Rolande, on s'en doute, ne sont pas plus acceptés. Arrêtée dans une ville en Abitibi, la jeune célibataire de 24 ans est vue par le Dr. Dion⁸⁷. Ce dernier

⁸⁵ AHLHL, Dossier 33307, Formule B, 1941.

⁸⁶ Isabelle Perreault, *Le plaisir sous surveillance, analyse des discours catholiques sur la sexualité conjugale et féminine dans les manuels de sexualité maritale au Québec, 1930-1960*, Maîtrise en histoire, UQAM, 2003.

⁸⁷ AHLHL, Dossier 33307, Formule B, 1941.

résume bien les comportements et paroles de Rolande résolument inspirés par la religion catholique ambiante. « Il n'y a pas moyen d'avoir des réponses aux questions posées. Elle ne veut pas garder d'habit sur elle. Elle se dit vierge; elle vient de la terre et veut retourner à la terre »⁸⁸. Transférée à Montréal, Rolande est examinée par le Dr. Plouffe qui constate qu'elle remplit les trois conditions d'internement stipulées par la loi : tendances à la violence (elle s'arrache les cheveux); tendances anti-sociales (elle déchire ses habits); scandale (elle veut rester nue).

Danielle, 20 ans, a elle aussi des propos mystico-religieux. À son arrivée à la prison des femmes de Montréal, elle était « agitée, faisait toutes sortes de grimaces et tenait des propos incohérents »⁸⁹. Des propos qui, comme on peut le constater dans ce rapport, imitent ceux des grandes mystiques de l'histoire de l'Église.

À la prison, la malade crie, chante, (chante très bien), a déchiré son linge, prend des poses extasiées [sic], se met le doigt sur la bouche signifiant par là de ne pas parler et dit qu'elle entend la voix de l'Éternel. [...] Dit que Dieu lui parle, qu'Il lui a confié une mission spéciale, qu'Il lui ordonne de vivre dans le désert pour enseigner l'Évangile à ceux qui ne la connaissent pas⁹⁰.

À ces propos et gestes inspirés par les enseignements de l'Église, Danielle en ajoute d'autres qui, eux, font plutôt références au désir amoureux. Elle raconte ainsi qu'elle entretient une passion amoureuse avec un caporal délaissé par sa femme.

J'allais vers lui avec mes lèvres toujours prêtes à donner un bon mot, mon cœur compatissant, mes bras ouverts et mes seins bien ardents... Puis elle devient muette, en plein état catatonique, gardant les positions que je donne à ses bras et à sa tête... Avez-vous eu de grosses peines? Trois grosses peines : d'abord quand ma mère est morte par injustice; quand j'ai dansé pour la 1^{ère} fois avec celui que j'aimais; pour mon honneur et mon innocence, une peine d'amour...⁹¹

⁸⁸ AHLHL, Dossier 33307, Formule B, 1941.

⁸⁹ AHLHL, Dossier 33560, Formule B, 1941.

⁹⁰ AHLHL, Dossier 33560, Formule B, 1941.

⁹¹ AHLHL, Dossier 33560, Formule B, 1941.

Mysticisme et érotisme font donc bon ménage chez cette jeune femmes internée en 1941. Aucune cause ni aucun diagnostic ne figurent à son dossier. Sa catatonie révèle bien au psychiatre un signe connu de maladie mentale, mais son dossier reste muet sur les justifications médicales à son internement.

Lucie, 40 ans, veut plutôt se suicider car les gens sont tout bonnement malhonnêtes⁹². Bien sûr, ce n'est pas sur ce seul comportement qu'elle se retrouvera sur le chemin de l'asile. Lucie fugue, crie des sottises et importune tout le monde avec ses histoires de pureté⁹³. Sa famille rapporte aussi qu'elle frappe ses frères pour un rien, dit que les religieuses sont toutes des malfaisantes et menace de se jeter par la fenêtre si le monde lui veut du mal⁹⁴. Autre signe de folie aux yeux de sa famille, elle perd souvent connaissance, surtout à l'église.

Pour les psychiatres de l'époque, les troubles de Lucie sont causés par le « scrupule » et une céphalalgie qui dure depuis deux ans. Quant à sa folie religieuse, on présume qu'elle a pour origine son désir de devenir religieuse qui ne s'est pas réalisé⁹⁵. À son examen d'admission, les psychiatres lui demandent si elle entend des insultes, des paroles plus ou moins polies, des mots sales. Elle répond :

Oui, je pourrais expliquer la chose. [...] Ça fait 5 ans que ça a commencé, mais « putain » depuis trois ans. Je savais pas ce que ça voulait dire, j'ai cherché dans le dictionnaire. Si on le disait, c'était certainement pas vrai. On pouvait le dire à d'autres mais... ça venait de l'intérieur de la maison⁹⁶.

Les doutes persistent sur les causes de l'aliénation de Lucie. Scrupules, céphalalgie et choix de carrière avorté pourraient, selon eux, expliquer son agressivité et ses désirs de destruction personnelle. Elle reçoit finalement un diagnostic de paranoïa⁹⁷.

⁹² AHLHL, Dossier 27732, Histoire personnelle, 1936.

⁹³ AHLHL, Dossier 27732, Extrait du dossier médical, 1936.

⁹⁴ AHLHL, Dossier 27732, Extrait du dossier médical, 1936.

⁹⁵ AHLHL, Dossier 27732, Extrait du dossier médical, 1936.

⁹⁶ AHLHL, Dossier 27732, Assemblée des médecins, 1936.

⁹⁷ AHLHL, Dossier 27732, Fiche d'admission, 1936.

Laurence, 41 ans, qui vit avec sa mère, la menace et la bat. Cette dernière demande son internement, en 1946, après que ses comportements anti-sociaux assez graves aient entraîné leur expulsion de la maison de chambre où elles logeaient⁹⁸. Internée, elle est, toujours selon sa mère, dangereuse pour les autres mais surtout pour elle, car sa fille menace constamment de la battre. Se croyant persécutée et épiée par tous, Laurence ne veut plus sortir qu'à la noirceur⁹⁹. À son admission à Saint-Jean-de-Dieu, on remarque qu'elle est coléreuse, délirante et hallucinée puis apathique ou négativiste. Selon le psychiatre, sa thymie est plutôt dépressive et elle fait montre d'un « complexe d'infériorité : pour ne pas dire qu'elle était servante, s'abstient de rencontrer les gens. Ne veut sortir qu'à la noirceur »¹⁰⁰. Si Laurence reçoit un diagnostic de délire érotomane, c'est qu'elle croit qu'elle est mariée et qu'elle a deux enfants¹⁰¹. D'après elle, « son mari » l'a embrouillée en changeant son nom¹⁰². Si elle est internée parce qu'elle cause du souci à sa mère en la menaçant et en sortant la nuit, son diagnostic, lui, est basé sur son incapacité à percevoir la réalité puisqu'elle s'obstine à se croire mariée et mère de deux enfants.

Mia en est à son deuxième internement en 1926. Cinq ans plus tôt, elle avait été internée pour troubles de caractère, réactions anti-sociales et affaiblissement intellectuelle. Lors de son deuxième internement, elle a « évolué » vers la démence précoce, caractérisée par des manières puériles, de l'incohérence, des hallucinations auditives, des soliloques et de l'inactivité¹⁰³. Si, selon ses parents, Mia est débile, c'est parce qu'elle a un caractère difficile et est agressive. Elle se fâche pour un rien, insulte les étrangers, maltraite sa mère, fait scandale par des propos contraires qui heurtent la morale et insulte les voisins. De plus, elle

⁹⁸ AHLHL, Dossier 38742, Rapport de l'assistante sociale, 1949.

⁹⁹ AHLHL, Dossier 38742, Certificat médical, 1946.

¹⁰⁰ AHLHL, Dossier 38742, Certificat médical, 1946.

¹⁰¹ AHLHL, Dossier 38742, Certificat médical, 1946.

¹⁰² AHLHL, Dossier 38742, Extrait du dossier, 1946.

¹⁰³ AHLHL, Dossier 18683, Fiche d'admission et Résumé de dossier, évolution mentale, 1926.

peut être un danger pour les enfants¹⁰⁴. Voilà le portrait de Mia que dressent ses parents pour exiger son internement. Ils mentionnent aussi qu'elle est orgueilleuse car elle se croit plus instruite, mieux habillée que les autres. Bref, elle entretient un complexe de supériorité¹⁰⁵. Elle ne reste pas longtemps internée, mais retourne en institution pour les mêmes raisons qu'en 1926. Elle recevra alors un diagnostic de démence.

Mentionnons que les dix femmes que nous venons de présenter sont pour la plupart célibataires. Elles ont manifesté, par leurs paroles et leurs actes, des propos et des attitudes étranges. Elles constituent un poids pour leurs proches, suscitent la honte et font peur. L'incohérence des propos de certaines d'entre elles permet à la famille de les considérer comme des malades mentales. Un jugement entériné par les psychiatres de l'époque. Leurs comportements agressifs les mènent à une exclusion du foyer familial puis de la société. Alors que les spécialistes qualifient leurs comportements d'antisociaux et de scandaleux, bien peu d'éléments au dossier permettent de comprendre quelles en sont les causes. Elles sont donc internées sur la simple base qu'elles manifestent des symptômes dérangeants.

5.4. L'excentricité et la transgression de genre.

L'étrangeté des comportements appelle la folie. La transgression de genre et l'excentricité sont des sujets encore trop peu traités en histoire¹⁰⁶. Carroll Smith-Rosenberg, dans son célèbre article de 1972 sur l'hystérie des femmes à la fin du XIXe siècle en France, émet l'hypothèse que ces dernières se sont libérées des contraintes sociales trop rigides en

¹⁰⁴ AHLHL, Dossier 18683, Résumé de dossier, dossier d'internement, 1926.

¹⁰⁵ AHLHL, Dossier 18683, Formule B et C, 1921.

¹⁰⁶ Notons toutefois les études de plus en plus nombreuses depuis 15 ans sur les comportements transgenres et la question du *gender passing*.

simulant des gestes érotiques¹⁰⁷. Rappelons que les cas que nous avons présentés dans ce chapitre ne font voir aucun diagnostic d'hystérie, tout simplement parce que ce diagnostic n'est plus à la mode dans les années 1930-1940. Ces femmes ont été internées après que les psychiatres aient prononcé un verdict qui en faisait des délirantes, des débiles ou des inadaptables. Ce dernier terme, assez récent, en psychiatrie, sert de diagnostic depuis la nouvelle classification nord-américaine qui s'impose dans les années 1930. Plus précisément, il s'agit de « Troubles du comportement – Inadaptabilité ». L'inadaptabilité aux mœurs et aux valeurs est évoquée dans les dossiers de Béatrice, Beth, Alia et Isabelle. Certaines d'entre elles sont athées, d'autres font des rêves à caractère sexuel, pensent à contre-courant de la société ou sont porteuse d'un message divin.

Beth a 41 ans, est mariée et défie les codes genrés. Elle est arrêtée en 1941...

à cause de sa persistance à pénétrer dans la Salle de réunion des prêtres en retraite au Grand Séminaire. Elle se disait porteuse d'un message de Dieu que Lui-même lui avait transmis. Cette mission divine ne pouvait pas et ne peut pas être donnée à d'autres qu'aux prêtres réunis en retraite, elle a interrompu le célébrant durant un office religieux¹⁰⁸.

Internée, elle reçoit un diagnostic de délire mystique qu'elle manifeste, note-t-on, depuis assez longtemps¹⁰⁹. Le Dr. Plouffe mentionne qu'elle lui a

fait un long exposé de ses inspirations, de ses missions divines, des ordres formels qu'elle reçoit par la voix même de Dieu. Un jour Dieu lui a dit : « C'est bien moi qui te parle, ne crains rien; c'est même, je suis ici ». Dieu lui a donné la science infuse et elle m'explique le mystère de la transsubstantiation¹¹⁰.

Isabelle, une servante de 35 ans, est internée en 1931 après que son frère ait entamé le processus de mise à l'écart en raison de ses comportements anormaux. C'est la propriétaire de la chambre où loge Isabelle qui a averti son frère qu'elle était malade. Selon sa logeuse,

¹⁰⁷ Carroll Smith-Rosenberg, « The Hysterical Woman, Sex Roles and Role Conflict in Nineteenth-Century America », *Social Research*, Vol. 39, No. 4, 1972, pp. 652-678.

¹⁰⁸ AHLHL, Dossier 33163, Formule B, 1941.

¹⁰⁹ AHLHL, Dossier 33163, Formule B, 1941.

¹¹⁰ AHLHL, Dossier 33163, Formule B, 1941.

elle se lavait 5 ou 6 fois par jour, se coiffait et se décoiffait constamment, elle se regardait et s'admirait dans un miroir sur la rue ou dans 3 miroirs à la fois dans sa chambre. Elle mangeait beaucoup de pain et de gâteaux et des peanuts. Elle disait avoir 20 ans et n'était pas menstruée¹¹¹.

Pendant la crise économique des années 1930, il n'y a rien d'étonnant à ce que la logeuse considère excentrique de se laver si souvent et de ne manger que des gâteries. Son frère, cependant, rapporte des comportements qui relèvent de la maladie mentale telle que décrite par les experts. Sa sœur lui aurait dit, un jour, que les cadres tombaient, que les vitres se brisaient, que son peigne prenait en feu et qu'elle ne pouvait plus dormir tranquille¹¹².

Après l'examen mental d'Isabelle, on note au dossier qu'elle a des idées délirantes de persécution, qu'elle se plaint d'être poursuivie dans la rue par des individus qui lui font des propositions malhonnêtes. Les gens sur la rue l'insultent, les hommes, dit-elle, exposent leurs organes génitaux devant elle. Elle accuse son frère qui demeure loin, de venir la troubler la nuit. Elle dit que des gens viennent se coucher auprès d'elle et qu'ils veulent introduire une « verge dans [s]es fondements » et dans sa bouche¹¹³. Elle parle aussi de juifs autrichiens, de juifs romains, de femmes irlandaises, qu'elle qualifie de truies, qui demeurent dans une soue à cochons et qui lui font manger des saletés. Enfin, elle parle des Canadiens hypocrites qui devraient la faire vivre¹¹⁴. Les propos d'Isabelle, remis dans leur contexte, font bien sûr écho aux difficultés économiques et à l'ethnophobie qui caractérisent cette période. Ils n'en demeurent pas moins troublants. Peut-être est-elle consciente de passer pour une folle car, lors de l'entrevue d'admission avec les médecins, elle nie tous les faits rapportés plus haut et ne comprend pas pourquoi elle est là. Lorsque les médecins lui demandent si elle n'a pas montré son « cul », c'est leur mot, elle répond, « Vous parlez comme si vous vouliez me

¹¹¹ AHLHL, Dossier 22522, Rapport de l'assistante sociale, 1931.

¹¹² AHLHL, Dossier 22522, Rapport de l'assistante sociale, 1931.

¹¹³ AHLHL, Dossier 22522, Examen mental, faits rapportés par les proches, 1931.

¹¹⁴ AHLHL, Dossier 22522, Examen mental à l'admission, 1931.

faire passer pour aliénée... »¹¹⁵. D'abord sous observation, elle demeure à l'asile et recevra le diagnostic de schizophrénie dix ans plus tard¹¹⁶.

Bien qu'Alia, une célibataire de 48 ans, soit internée en 1946 parce que sa famille considère qu'elle est dangereuse pour elle-même et pour autrui, c'est son indifférence religieuse, selon eux, qui cause problème. Elle manifeste son aversion pour la religion qu'elle ne pratique plus car elle n'a pas obtenu les faveurs qu'elle demandait¹¹⁷. Ses comportements, rapportés par sa famille, ont débuté par des excès de propreté et de travail à la maison. Elle s'enferme dans la maison à double tour et cache tout. De plus, elle adore l'argent¹¹⁸. Elle se croit persécutée par ses voisins et manifeste de la jalousie envers son frère, sa belle-sœur et sa mère. Selon eux, elle est agitée et anxieuse quand on la réprimande. En somme, aux dires de sa famille, elle est dépressive, apathique, maussade et entêtée. Preuve de sa dangerosité, qui pourrait être héréditaire, ils n'oublient pas de mentionner que deux de ses cousins germains se sont suicidés¹¹⁹. Lors de son entrevue avec les médecins, Alia ne répond pas, pleure et sort précipitamment¹²⁰. Elle reçoit un diagnostic de débilité mentale¹²¹.

En 1946, Béatrice, 30 ans, a déjà fait sept tentatives de suicide. Elle a tenté de s'empoisonner au gaz chez sa tante, puis, à deux reprises, elle s'est tranchée les poignets. Elle a ensuite, par trois fois, voulu se jeter dans la Rivière-des-Prairies. Enfin elle s'est jetée devant une voiture. Errant dans la ville, elle est arrêtée et conduite à Saint-Jean-de-Dieu. Son histoire particulière illustre les contraintes sociales qu'une jeune femme a à faire face dans

¹¹⁵ AHLHL, Dossier 22522, Assemblée des médecins, 1931.

¹¹⁶ AHLHL, Dossier 22522, Fiche d'admission, 1931.

¹¹⁷ AHLHL, Dossier 38116, Certificat mental, 1946.

¹¹⁸ AHLHL, Dossier 38116, Certificat mental, 1946.

¹¹⁹ AHLHL, Dossier 38116, Certificat mental, 1946.

¹²⁰ AHLHL, Dossier 38116, Assemblée des médecins, 1946.

¹²¹ AHLHL, Dossier 38116, Résumé de dossier, 1946.

les années 1940. C'est grâce à son père qu'il nous est possible de retracer son histoire de vie et de voir pourquoi, selon lui, elle en est arrivée à vouloir mourir. Dans une longue lettre intitulée « Mémoires sur l'état mental de Mlle [Béatrice] » adressée au médecin traitant, il raconte la vie de sa fille¹²². On y apprend qu'elle a toujours eu un caractère très difficile, qu'elle est tenace et solitaire. À 10 ans, elle rêvait de devenir médecin et à 15 ans elle est première de classe. L'année suivante, elle se dit athée et cesse toute pratique religieuse à 20 ans. Son irréligion a de l'importance puisqu'il s'appuie sur ce fait pour démontrer au médecin que sa fille a toujours été marginale et étrange. Il écrit qu'elle « a toujours essayé d'approfondir les mystères de la religion. Se froisse quand on ose lui tenir tête. Déclare que les religions ne sont qu'un mythe. Nie l'existence de Dieu »¹²³.

À 24 ans, Béatrice quitte Montréal pour Washington dans le but d'apprendre l'anglais afin de pouvoir, à son retour, s'inscrire à la Faculté de médecine de l'Université McGill. Elle y est admise en 1944. En janvier 1945, elle rencontre « l'homme de sa vie », vétéran de retour au pays. Elle avoue à ses parents avoir eu des relations intimes avec lui. Il est vite question de mariage, mais son amoureux n'a pas d'argent ni d'emploi et repousse l'idée. Il veut qu'elle abandonne ses études. C'est à ce moment que ses crises commencent. Elle rompt sa relation avec l'homme qu'elle aime, quitte l'université puisqu'elle ne peut se réinscrire. Les politiques de réinsertion des anciens combattants leur assurent la gratuité scolaire et les universités canadiennes connaissent une augmentation importante de leur clientèle. Il semblerait que ce soit ces circonstances particulières qui ont joué contre la réadmission de Béatrice. De plus, elle apprend que son ancien ami a fait des démarches pour l'empêcher de se réinscrire.

En octobre 1945, Béatrice fait une dépression nerveuse et doit se reposer¹²⁴. Les mois qui suivent donnent lieu à plusieurs histoires de ruptures et de reprises avec son ami. Elle veut se marier car elle croit que le mariage pourrait laver la souillure due à sa sexualité hors

¹²² AHLHL, Dossier 38409, Mémoires sur l'état mental de Mlle [...] par son père, 1946.

¹²³ AHLHL, Dossier 38409, Mémoires sur l'état mental de Mlle [...] par son père, 1946.

¹²⁴ AHLHL, Dossier 38409, Mémoires sur l'état mental de Mlle [...] par son père, 1946.

mariage et lui apporter la paix, sinon le bonheur¹²⁵. Selon son père, elle garde toujours « l'idée fixe de se marier et de devenir médecin ». Béatrice est écartelée entre ses deux rêves. Internée, elle reçoit le diagnostic de troubles de comportement, et d'être inadaptable dans la société¹²⁶. L'histoire de Béatrice nous amène à penser que l'internement de certaines femmes pendant la période étudiée n'est pas toujours dû à des troubles mentaux. Béatrice n'a rien d'une névrosée, d'une idiote ou d'une schizophrène. Elle est éduquée, intelligente, parle plusieurs langues, des caractéristiques qui ne sont pas si rares chez les femmes bourgeoises de l'époque. Sa marginalité vient plutôt qu'elle se déclare athée et qu'elle désire mener de front carrière et vie amoureuse. Pas de quoi la considérer comme folle et la condamner à l'internement. Or, comme d'autres jeunes femmes de l'époque, elle sera internée et donc exclue d'une société qui la considère, au fond, trop atypique.

Ces quatre cas de femmes nous aident à mieux comprendre comment la psychiatrie au Québec, entre 1920 et 1950, a servi à légitimer l'internement des femmes qui avaient comme seul handicap de ne pas épouser les normes et les valeurs de la société franco-catholique. En effet, chacune à leur manière ont eu des comportements inadéquats vis-à-vis leurs proches ou en porte-à-faux avec ce que l'on attendait d'elles. Le désir de faire leur vie comme elles l'entendaient, avec ou sans Dieu, sans tenir compte non plus des stéréotypes sexuels, sont autant de preuves pour ceux qui les côtoient comme pour les psychiatres qu'elles ont une maladie de l'esprit. Comme le laisse entendre le Dr. Tétreault ce sont des aliénées puisqu'elles entrent en conflit avec certaines valeurs et souffrent donc soit de mysticisme, de débilité, de schizophrénie ou de troubles du comportement, autant de diagnostics utilisés par les psychiatres de cette époque.

¹²⁵ AHLHL, Dossier 38409, Mémoires sur l'état mental de Mlle [...] par son père, 1946.

¹²⁶ AHLHL, Dossier 38409, Mémoires sur l'état mental de Mlle [...] par son père, 1946.

5.5. Les demandes d'asile, en quête de sécurité.

Mélissa et Bébel ont demandé à être internée. Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, l'auto-exclusion n'est pas exclusive aux femmes, des hommes ont également demandé à aller se « faire réparer » à Saint-Jean-de-Dieu. Dans notre échantillon, ces cas, quoique peu nombreux, permettent de revoir les théories sur l'enfermement coercitif depuis les années 1960. L'historiographie en effet, dans une perspective de contrôle social, a longtemps vu la psychiatrie comme une instance de régulation dont le pouvoir pouvait avoir des répercussions importantes sur la vie des gens. Sur les cas des demandes volontaires d'internement, l'historiographie est relativement silencieuse¹²⁷. Comment expliquer que certaines personnes aient, malgré le stigmatisme de la folie et des cités asilaires, demandé à être exclues, d'elle-même, de la société? Les cas de Mélissa et Bébel peuvent nous aider à répondre à cette question. Ces deux femmes entre les murs d'une institution pour fous ne sont pas sans ressentir les mêmes impressions de sécurité que l'écrivain américain William Styron le confesse dans son autobiographie. Interné, il écrit dans son récit *Darkness Visible* :

Ce refuge, bien que loin d'être un lieu plaisant, est une solution. [...] L'hôpital m'apporta le salut, et plutôt paradoxalement ce fut dans ce lieu austère aux portes verrouillées et blindées et aux mornes couloirs peints en vert que je trouvai le repos, l'apaisement de la tempête déchaînée dans mon cerveau¹²⁸.

Mélissa et Bébel ne sont pas loin de penser comme Styron. Elles veulent la paix et la tranquillité. Elles ont peur de la « société » et, bien que la population internée n'est pas composée que de gens sans histoire, elles s'y sentent plus en sécurité qu'en liberté dans la société moderne. Internée en 1926, Mélissa, âgée de 41 ans et célibataire, n'en est pas à sa première visite à Saint-Jean-de-Dieu. Déjà, en 1920, elle y avait séjourné. Mélissa se sent persécutée par tout le monde, connaît des pertes de mémoire, est sujette à entretenir des

¹²⁷ Mentionnons l'étude de André Cellard et Marie-Claude Thifault, *Une toupie sur la tête, Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Boréal, 2007. Leur conclusion fait état de ces demandes volontaires d'internement. Certains individus, en effet, ont préféré se mettre à l'écart à l'asile plutôt que de subir la pression sociale qui les enfermait ou les ostracisait.

¹²⁸ William Styron, *Face aux ténèbres, chronique d'une folie*, Paris, Gallimard, 1990, pp. 103-104.

« idées religieuses » et affirme que le prêtre qui la confessait devrait être pendu¹²⁹. Comme elle a voulu se jeter du haut d'une fenêtre, elle est internée. De son aveu, elle veut rester à Saint-Jean-de-Dieu car elle est inquiète, fatiguée et qu'elle a la « folie »¹³⁰. Cette célibataire sans enfants raconte aussi avoir empoisonné ses enfants. Elle entend des voix qui lui disent qu'« il faut qu'elle meure »¹³¹. Les médecins lui demandent si elle est mariée. Elle répond non, mais quand ils lui demandent pourquoi elle ne s'est pas mariée, elle s'enferme dans le silence¹³². Les hallucinations auditives, encore plus que le sentiment de persécution lui valent le diagnostic de démence précoce¹³³.

Bébel est internée à l'âge de 54 ans. Elle s'est mariée très jeune quand elle avait 13 ans et demi. Elle se retrouve veuve à 18 ans alors qu'elle attend son cinquième enfant. Trois sont déjà morts en bas âge. Remariée en 1928 à un homme qui était, dit-elle, un buveur et un jouisseur, elle divorce en 1932. Elle reste quatre ans chez son fils et sa femme. C'est alors que ses troubles commencent. « Elle craint qu'on veuille la tuer, prie à haute voix pendant des heures, a peur de se faire saisir par des hommes fantômes qui la poursuivent continuellement. [...] On la traite de courailleuse, on la suit partout, on lui crache au visage, on veut l'interner pour toucher son argent »¹³⁴ C'est elle qui demande à son fils de l'hospitaliser à Saint-Jean-de-Dieu en 1936 : « c'est moi qui ai demandé à mon fils de venir ici pour avoir une chambre tranquille »¹³⁵. Sortie en 1942, elle revient d'elle-même car tout le monde ne cesse de la poursuivre¹³⁶. Elle reçoit un diagnostic de paranoïa hallucinatoire¹³⁷. L'assistante sociale a

¹²⁹ AHLHL, Dossier 18898, Antécédents personnels, 1926.

¹³⁰ AHLHL, Dossier 18898, Assemblée des médecins, 1926.

¹³¹ AHLHL, Dossier 18898, Fiche d'admission, 1926.

¹³² AHLHL, Dossier 18898, Assemblée des médecins, 1926.

¹³³ AHLHL, Dossier 18898, Fiche d'admission, 1926.

¹³⁴ AHLHL, Dossier 33784, Histoire antérieure, 1941.

¹³⁵ AHLHL, Dossier 33784, Entrevue d'admission, 1941.

¹³⁶ AHLHL, Dossier 33784, Notes au dossier, 1942.

¹³⁷ AHLHL, Dossier 33784, Fiche d'admission, 1942.

fait une enquête sur les causes du retour volontaire de Bébel. Elle s'est rendue chez son fils et sa belle-fille. Elle a appris que cette dernière est enceinte et doit se reposer, ce qu'elle ne peut faire avec sa belle-mère à la maison qui prie des heures durant à haute voix¹³⁸.

Dans son dossier, le psychiatre inscrit qu'elle a un caractère craintif et des idées de grandeur¹³⁹. En effet, peu de temps après son internement, elle proclame être Lady Henry, Duchesse de Northwood et princesse McGregor¹⁴⁰. Elle dit posséder des châteaux en France, des puits de pétrole en Algérie, des mines de charbons à Vancouver et des mines d'or en Égypte; elle vaut un milliard et tout le monde veut lui emprunter de l'argent¹⁴¹. À la fin de sa période d'internement, dans les années 1960, l'infirmière responsable de son dossier écrit « Aime la vie et accepte sa condition. [...] C'est une malade avec laquelle il m'a plu de travailler »¹⁴².

Conclusion

Comme nous le verrons dans les prochains chapitres, les femmes sont, plus que les hommes, internées pour des raisons d'immoralité liée à leur corps. D'une part, il faut protéger la société des femmes qui, par leurs comportements donnent de mauvais exemples et d'autre part, il faut protéger ces femmes de ceux qui pourraient en abuser. Dans les deux cas, ces femmes sont, à défaut d'un diagnostic établi, considérées comme des malades de

¹³⁸ AHLHL, Dossier 33784, Enquête l'assistante sociale, 1942.

¹³⁹ AHLHL, Dossier 33784, Histoire personnelle, 1942.

¹⁴⁰ AHLHL, Dossier 33784, Notes au dossier, 1946.

¹⁴¹ AHLHL, Dossier 33784, Notes au dossier, 1953.

¹⁴² AHLHL, Dossier 33784, Notes au dossier, 1963.

l'esprit, leurs facultés intellectuelles étant affaiblies, ce qui les empêche d'intégrer et de comprendre les normes sociales associées à leur sexe et de les transgresser. Sans avoir reçu le diagnostic de « psychose perverse », ces femmes n'en demeurent pas moins « perverses » aux yeux des psychiatres de l'époque puisque, comme se plaisent à le dire les Drs. Langlois, Saucier et Amyot, « l'humain a de façon innée le sens moral »¹⁴³. Une atrophie du sens moral les conduit, toujours selon eux, à n'avoir aucune éthique sociale. Nous l'avons vu, les prostituées sont internées parce qu'elle n'ont aucune honte et aucun regret à afficher leur sexualité hors normes. En ce sens, elles sont doublement aliénées aux yeux des experts. D'abord parce qu'elles ne sont pas en mesure de comprendre qu'il existe des tabous et des limites qu'il ne faut pas transgresser quand on vit en société. Ensuite, parce qu'elles laissent leurs « instincts primaires » dominer leur conscience.

Alors que les prostituées et les jeunes femmes hypersexuelles sont internées parce qu'elles causent scandale, les vagabondes, elles, le sont pour leurs comportements antisociaux. Or, elles ne prennent pas le chemin de l'asile en raison de leurs « crimes », mais parce que les psychiatres leurs découvrent des troubles mentaux comme la débilité et la psychose. Par ailleurs, il est important de mentionner que les femmes, hypersexuelles et vagabondes sont, plus que les autres femmes internées, les plus susceptibles de ne pas recevoir un diagnostic. Rappelons que pour le Dr. Tétrault, l'aliénation mentale peut être définie comme l'incapacité pour un individu de s'adapter aux mœurs et aux normes de la société. Il en découle que l'asile ne sert pas seulement à traiter les malades, mais également de lieu de réclusion pour ceux qui, de part leurs comportements, troublent l'ordre public ou menacent l'équilibre social de la société.

Ce chapitre fait aussi état de femmes qui ont été internées soit parce qu'elles devenaient une charge économique pour leurs familles, soit parce qu'elles faisaient honte et peur à la famille et à la communauté. Nous avons relevé les raisons avancées pour demander l'internement d'un membre de la famille ou d'un proche. Celles-ci indiquent que la folie n'est pas une maladie comme une autre, que l'on pourrait définir par des critères

¹⁴³ Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*, Montréal, Éditions Edouard Garand, 1930, p. 162 à 164.

essentiellement médicaux. Le sens commun associe à la folie une foule de comportements jugés hors normes, comme la violence, l'agressivité, les délires, l'irréligiosité, la jalousie, les tentatives de suicide et les sentiments de persécution. Si la violence et l'agressivité ne sont pas exclusivement du ressort de la justice mais aussi de la médecine, une étude plus approfondie du transfert des personnes arrêtées vers l'asile reste à faire pour bien comprendre la ligne de partage entre le judiciaire et le médical. Le suicide a fait son entrée dans le champ médical au XIXe siècle. Les suicidaires sont désormais des malades mentaux plutôt que des personnes hantées par des démons ou des éclopés de l'âme.

Les discours décousus, les pensées inintelligibles, et les comportements excentriques et étranges n'échappent pas au regard de la psychiatrie. Il en faut bien peu pour que celles qui osent défier les règles de la bienséance, de la morale chrétienne ou du sens commun reçoivent les diagnostics de débiles ou de démente, délirantes ou inadaptables socialement. Cette dernière catégorie, plus récente dans les classifications médicales, montrent bien comment d'une vision fataliste des maladies mentales, la psychiatrie passe à une explication socio-biologique des troubles mentaux.

Ainsi, les femmes internées à Saint-Jean-de-Dieu entre 1926 et 1946 parce qu'elles étaient considérées comme dangereuse pour elle ou pour les autres, parce qu'elles étaient une cause de scandale ou pour avoir manifesté des comportements anti-sociaux sont diagnostiquées débiles mentales, maniaco-dépressives, paranoïaques, érotomaniaques, psychopathes ou encore affligées de troubles de comportements. Rappelons que les causes « organiques » connues ont été éliminées au départ, soit la déficience de naissance, la syphilis, l'épilepsie et la sénilité. Parmi les cas que nous avons présentés dans ce chapitre, nous retrouvons des femmes vagabondes, violentes et excentriques. Elles tiennent des propos et ont des comportements qui choquent, dérangent, font peur ou provoquent la honte.

Ce chapitre fait état de femmes internées surtout entre 1931 et 1941. En effet, seules Mia et Mélissa sont internées dans les années 1920. Souvenons-nous qu'en 1930, la population asilaire passe le cap des 4 000 patients et que le plus grand nombre de patients à Saint-Jean-de-Dieu date de 1943-1944 avec 7 500 patients. En 1946, la population est

redescendue à 7 000 et, dès lors, elle continuera de décroître. On commence des réformes pour pouvoir diminuer le nombre de patients; les spécialistes se questionnent sur l'efficacité de l'internement dans les hôpitaux psychiatriques, institution que certains qualifient de dépotoir ou de prison psychiatrique.

CHAPITRE 6

LES HOMMES

Si l'on additionnait toutes les douleurs de la barbe chez l'homme,
le total surpasserait celles de l'enfantement chez la femme...
Byron, cité par le Dr. Barbeau¹

Ce chapitre traite des hommes internés à Saint-Jean-de-Dieu entre 1921 et 1946. À l'instar des femmes, les cas d'hommes transférés à l'asile n'échappent pas aux stéréotypes. Violents et agressifs, on en a peur et on les craint. Hormis les études en histoire militaire sur la « névrose traumatique » des ex-soldats et sur l'hystérie masculine, peu d'historiens de la psychiatrie se sont penchés sur la folie des hommes². En comparaison, il y a un nombre élevé de recherches sur les femmes et la folie. Elizabeth Lunbeck fait figure de pionnière avec son étude sur le *Psychopathic Hospital* de Boston dans les années 1910. À travers l'étude des militaires, des boy-scouts, des psychopathes et des alcooliques, elle aborde la question de la folie dans une perspective de genre et fait remarquer avec pertinence que,

Manhood was rarely conceptualized – as was womanhood – as a discrete phenomenon. Rather, a man's class, ethnicity, and race defined him in the public eyes; his gender was rendered invisible by reason of its naturalness. In common parlance, and in social fact man's relation to the generic Man was synecdochic, while woman's was at best qualified, at worst nonexistent³.

¹ Cité par Antonio Barbeau, « La place d'une technique eugénique en biologie humaine. La stérilisation des inaptes », *L'Union médicale du Canada*, Vol. LXIII, No.8, Août 1934, p. 848.

² Desmond Morton et Glenn Wright, *Winning the Second Battle : Canadian Veterans and the Return to Civilian Life, 1915-1930*, Toronto : University of Toronto Press, 1987 ; Terry Copp et Bill McAndrew, *Battle Exhaustion, Soldiers and Psychiatrists in the Canadian Army, 1939-1945*. Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1990; Mark Micale, *Approaching Hysteria, Disease and Its Interpretations*, Princeton, Princeton University Press, 1995; Elaine Showalter, *Hystories, Hysterical Epidemics and Modern Media*, New York, Columbia University Press, 1997.

³ Elizabeth Lunbeck, *The Psychiatric Persuasion, Knowledge, Gender, and Power in Modern America*, Princeton, Princeton University Press, 1994, p. 229.

Sur la « folie criminelle » des hommes, Christopher Dummit, Angus McLaren et Elise Chenier ont, chacun à leur manière, analysé les discours psychiatriques sur les hommes⁴. Au Québec, Guy Grenier a étudié la folie criminelle de la fin du XVIIIe siècle jusqu'aux années 1930⁵. Même si Grenier n'a pas adopté une perspective de genre, la dernière partie de son ouvrage montre en quoi les discours des neuro-psychiatres influencent la médecine légale dans quelques affaires judiciaires célèbres au Québec. Alors que la population carcérale est majoritairement masculine, les psychiatres en médecine légale ont tenté de médicaliser les comportements déviants masculins. De criminels, certains comportements sont devenus des manifestations de désordre neurologique ou mental.

Christopher Dummit nous donne matière à penser le genre masculin sur les bases de la force, du contrôle et du risque⁶. Jetant son regard sur les années d'après-guerre, il s'est notamment intéressé aux hommes criminalisés entre 1945 et 1960 à Vancouver et aux discours tenus sur ceux qui « perdent la tête ». Angus McLaren s'est également intéressé à la déviance masculine⁷. En fait, ces historiens, retracent la construction de la masculinité en analysant la déviance qui façonne les contours de la norme, comme Andrée Lévesque et plusieurs autres historiennes des femmes l'ont fait depuis les années 1980. McLaren étudie des types de déviants à travers, d'une part, les discours légaux sur les *fools*, *cads*, *gentlemen*, *murderers*, et, d'autre part, les discours médicaux sur les *weaklings*, *sadists*, *exhibitionists*, *transvestites*. Elise Chenier, elle, s'est penchée sur la déviance sexuelle dans l'après-guerre et a analysé la manière dont le système judiciaire ontarien traite les crimes sexuels. Avec la Loi canadienne de 1948 sur les psychopathes sexuels, ces derniers deviennent des « victimes

⁴ Angus McLaren, *The Trials of Masculinity. Policing Sexual Boundaries, 1870-1930*, Chicago, University of Chicago Press, 1997; Elise Chenier, *Strangers in our Midst, Sexual Deviancy in Postwar Ontario*, Toronto, University of Toronto Press, 2008.

⁵ Guy Grenier, *Les monstres, les fous et les autres : la folie criminelle au Québec*, Montréal, Éditions Trait d'union, 1999.

⁶ Christopher Dummit, *The Manly Modern, Masculinity in Postwar Canada*. Vancouver, University of British Columbia Press, 2007.

⁷ Angus McLaren, *The Trials of Masculinity*, *op. cit.*

pathologiques d'une malformation mentale » qu'il faut traiter médicalement plutôt que de les emprisonner⁸.

Fait à souligner, dans les dossiers médicaux des hommes, nous retrouvons l'acte légal d'accusation avec les articles de loi cités, ce qui n'est pas le cas dans les dossiers des femmes. Un processus de judiciarisation a été effectué plus souvent pour les hommes et corrobore la médicalisation de la déviance criminelle, plus présente chez la gent masculine. Mais, bien que l'on ne retrouve pas de détails sur l'accusation et les justifications de la « folie criminelle », ces documents indiquent que les hommes sont surtout internés en raison de leurs comportements violents, tandis que les femmes le sont, elles, pour leurs comportements scandaleux. Si les deux sexes sont internés pour les raisons de tendances à la violence et anti-sociales, les propos des proches sur ces types de comportements rappellent la dangerosité jugée plus grande des hommes que des femmes. On ne s'étonnera pas dès lors que le Dr. Plouffe parle de protéger les femmes d'elles-mêmes, alors que, pour les hommes, il évoque plutôt la nécessité de protéger la société. Bref, si la violence des femmes s'exprime principalement par des gestes ou des paroles indécentes, les hommes sont internés en raison du danger qu'ils représentent.

Comme dans le cas des femmes, ces hommes sont internés de façon arbitraire, sans jugement, sur le seul avis du psychiatre. La médecine légale a ceci de particulier que la réclusion se fait sur la base de l'expertise des psychiatres, les comportements déviants étant les conséquences d'un esprit dérangé. Nous verrons comment, durant l'entre-deux-guerres, les spécialistes expliquent la violence et l'agressivité sur la base des savoirs psychiatriques, et de fait justifient l'internement de ces hommes à l'asile. La dangerosité de leurs comportements, la violence envers leur famille, leurs comportements anti-sociaux qui menacent l'ordre public justifient l'internement des hommes dont le cas est analysé dans ce chapitre. Comme nous le verrons, les dossiers de ces patients n'expliquent que rarement les causes de l'aliénation ou de la maladie mentale. Ils révèlent plutôt que se sont surtout les comportements agressifs et les paroles hargneuses de ces hommes qui, en suscitant la peur et

⁸ Elise Chenier, *Strangers in our Midst*, op. cit., p. 4 et 10.

la honte chez leurs proches, les ont étiquetés comme des aliénés. Tributaires des valeurs de leur époque, la violence, les jurons, la masturbation, l'orgueil, l'alcoolisme, le refus de travailler – notamment – deviennent des signes de folie identifiables. Ils révèlent, en effet, ce que sont les rôles sociaux masculins prescrits à une époque précise et les sanctions qui menacent ceux qui ne s'y conforment pas. Poids très souvent trop lourd, matériellement, humainement et socialement, plusieurs personnes ne correspondent pas aux rôles que l'on attend d'eux et se retrouvent derrière les portes closes de l'asile.

6.1. La violence envers autrui : les tentatives de meurtres et les assauts.

À partir de 1926, la Prison pour aliénés de Bordeaux ouvre ses portes et les aliénés dangereux internés à Saint-Jean-de-Dieu y sont transférés. Les transferts à Bordeaux ne sont pas fréquents car le nombre de lits est relativement restreint comparativement aux grandes cités asilaires⁹. Les aliénés agités, mais qui ne mettent pas les autres en danger, demeurent à Saint-Jean-de-Dieu alors que les aliénés jugés très dangereux, qui mettent la vie des autres en danger, sont dirigés vers Bordeaux. Avec l'ouverture de Bordeaux, on ne trouve plus de patients à Saint-Jean-de-Dieu qui ont été internés pour des tentatives de meurtre. Seuls les patients internés pour des assauts, des tentatives de viol ou des menaces de morts s'y trouvent encore.

Les quatre cas de patients que nous allons voir ici ont été criminalisés avant d'être médicalisés en 1921 et 1926. Carl, 36 ans, est interné en 1921. Il est considéré comme un aliéné dangereux et a plusieurs fois été admis à Saint-Jean-de-Dieu depuis 1902¹⁰. Il boit à l'excès depuis vingt ans. En 1916 il fût accusé d'avoir « commis un assault [sic] et batterie »

⁹ Une étude des transferts entre l'Hôpital de Bordeaux et Saint-Jean-de-Dieu est à faire.

¹⁰ AHLHL, Dossier 15078, Formule H. Annexe du certificat médical, 1916.

sur une femme et de l'avoir sauvagement battue¹¹. En 1908, on lui diagnostique une aliénation due à une « hérédité de dégénérescence alcoolique ». Huit ans plus tard, une autre cause assez près de la première, « hérédité alcoolique et alcoolisme personnel » est prononcée. Puis en 1921, on en vient à classer son aliénation dans la catégorie des causes « inconnues »¹².

Lors de son internement de 1916, Carl, selon les médecins qui l'observent, « présente un état permanent de débilité mentale d'origine congénitale et fait plusieurs attaques de folie aiguë à l'occasion d'excès d'alcool. »¹³ On se rappellera que la question de l'hérédité joue alors un rôle important dans l'explication des maladies mentales. Ainsi, dans tous les formulaires, on doit retracer tous les cas de folie et autres troubles nerveux dans la famille du patient. Dans le cas de Carl, on apprend ainsi que son père buvait beaucoup. Les symptômes de sa folie sont alors imputés à l'excitation et aux idées de persécution qui l'ont conduit à professer des menaces de mort. L'alcool est également en cause.

Pour le Dr. Devlin, Carl

est dangereux pour lui-même et pour la société¹⁴. [... Son] champ intellectuel [est] très limité, [et son] raisonnement très défectueux. Réactions excessives à la moindre provocation traduisant l'absence complète de contrôle sur lui-même. [...] Il est très violent – s'emporte à la moindre provocation. [...]. Il n'est pas violent envers lui-même, mais il brise des meubles¹⁵.

Carl, selon le Dr. Devlin, a, en effet, une absence complète de contrôle sur lui-même¹⁶. Ceci rappelle l'étude de Dummit sur les préceptes de la masculinité. Les hommes sont jugés « masculins » selon, notamment, l'aptitude à pouvoir se contrôler d'émotions intenses. À son

¹¹ AHLHL, Dossier 15078, Lettre du surintendant au Secrétaire de la province, 1921.

¹² AHLHL, Dossier 15078, Formule H. Annexe du certificat médical, 1916.

¹³ AHLHL, Dossier 15078, Formule H. Annexe du certificat médical, 1916.

¹⁴ AHLHL, Dossier 15078, Lettre du surintendant au Secrétaire de la province, 1921.

¹⁵ AHLHL, Dossier 15078, Formule H. Annexe du certificat médical, 1916.

¹⁶ AHLHL, Dossier 15078, Formule H. Annexe du certificat médical, 1916.

admission en 1921, Carl montre une « excitation maniaque, [il est] provocant, taquineux, [il] blasphème et a des idées de persécution »¹⁷. Cet homme, qui se promène de l'asile à la prison, est considéré comme un malade et comme un criminel. À Saint-Jean-de-Dieu, les Sœurs ne veulent toutefois pas admettre ce patient « violent ». En 1923, la Sœur supérieure Marguerite d'Écosse explique son refus au surintendant Devlin en ces termes :

il nous est impossible de le retenir à l'asile. Aucune contrainte n'est suffisante : aucuns gardiens ne veulent exposer leur vie dans une lutte de force avec lui. Nos murs, nos barreaux de fer, etc., ne sont pas à l'épreuve de cet homme. [...] Nos murs, suffisants pour tous les autres malades, sont insuffisants pour celui-ci. [...] Il nous a toujours été absolument impossible de le garder à l'hôpital, malgré tous les moyens que nous avons employés, même les plus sévères. Sa présence à l'hôpital constitue un danger grave pour nos employés et pour les autres personnes internées, et vous connaissez comme nous l'impossibilité où nous sommes de le recevoir et de le retenir à l'hôpital. [...] Nous sommes, Monsieur le Surintendant, en face d'un cas absolument exceptionnel, et nous vous prions de croire que nous ne mettons aucune mauvaise volonté. Comme vous le savez, nous avons toujours accueilli les malades qui nous ont été envoyés; nous leur donnons toute l'attention et tout le souci requis [...]»¹⁸.

Le surintendant demande alors au Secrétaire de la Province quelle décision doit-on prendre par rapport à ce malade. Il n'y a pas plus d'informations à son dossier. Ce cas illustre bien comment la nécessité d'une prison pour aliénés dangereux a commencé à s'imposer au cours des années 1920. Lorsque la Prison de Bordeaux sera construite, les cas comme celui de Carl ne seront plus une charge pour le personnel religieux.

Tout comme Carl, Alex et Peter n'en sont pas à leurs premiers démêlés avec la justice. Ils sont admis à Saint-Jean-de-Dieu en 1921, tous deux pour démence précoce. Alex arrive du Pénitencier St-Vincent-de-Paul où il a purgé dix ans pour une tentative de meurtre¹⁹. On en sait un peu plus sur son cas grâce au surintendant Devlin qui répond au Dr. Desloges. Ce dernier demande des renseignements sur le patient dans le but d'un renvoi dans son pays de

¹⁷ AHLHL, Dossier 15078, Formule H. Annexe du certificat médical, 1916.

¹⁸ AHLHL, Dossier 15078, Lettre de la supérieure au surintendant, 1923.

¹⁹ AHLHL, Dossier 15255, Fiche d'internement, 1921.

« cet indésirable » d'origine étrangère²⁰. Pour le Dr. Devlin, Alex, sans même qu'il soit provoqué, devient très violent. Il précise :

comme mû par une impulsion, il frappe son entourage sans distinction de personne. Son état de démence est tel qu'il ne pourra pas vivre en liberté; après sa sortie, il sera certainement repris par la police, s'il se dirige vers un lieu habité. D'un autre côté, si son instinct le conduit dans la solitude, il sera à coup sûr victime du froid et de la misère.²¹

Le Dr. Devlin insiste sur la dangerosité du malade pour la société et pour lui-même. Même si sa déportation est demandée, dans les faits, il reste à l'asile car il ne peut pas ni vivre en liberté, ni voyager sur un transatlantique²².

Peter, 57 ans, a été interné pour « folie » en 1905, puis, en 1915 il a « essayé de tuer [x], sa femme, en lui coupant le gorge [sic]. »²³ Il sort en 1918, mais ses voisins ne sont pas convaincus de sa réhabilitation et affirment qu'il manifeste encore des signes d'aliénation mentale. Selon le chef de police de sa ville,

Il parle seul une grande partie de la nuit, il parle de sa femme, de son père, il parle tellement à haute voix, qu'il est parfois entendu jusqu'à 10 arpents. Comme vous le voyez il dort très peu et comme il vit seul dans sa maison, il ne doit [sic] pas manger d'une manière régulière, souvent il se plaint du mal de tête. Les voisins en sont un peu effrayés, mais il n' « ose pas porter plainte parce qu'ils sont sous l'impression que s'il savait que quelqu'un ferait certaine démarche pour le faire réinterné de nouveau, qu'il puisse se venger, soit en s'attaquant à leur personne ou à quelqu'un de leurs familles ou bien à leur propriété, car depuis quelques jours le ton de sa voix

²⁰ Le gouvernement fédéral adopte, en 1907, une loi qui autorise la déportation d'immigrants qui, moins de deux ans après leur arrivée, commettent un crime moral, souffrent de dépravation morale ou sont jetés en prison (crime), internés dans un asile (folie), ou pris en charge par une œuvre de charité (indigence).

²¹ AHLHL, Dossier 15255, Lettre du surintendant médical de Saint-Jean-de-Dieu au Dr. Desloges, 1921.

²² AHLHL, Dossier 15255, Lettre du surintendant médical de Saint-Jean-de-Dieu au Dr. Desloges, 1921.

²³ AHLHL, Dossier 15340, Lettre du chef de police de [...] au directeur de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, 1919.

paraît plus menaçante que d'habitude. [...] son réinternement serait une protection d'abord pour lui-même et aussi pour le public.²⁴

Apparemment, la demande n'est pas entendue puisque en février 1921, une lettre du shérif du district est de nouveau adressée au médecin en chef de Saint-Jean-de-Dieu. Le shérif écrit :

le malade vit très misérablement dans un taudis, [...]. Tout le monde a peur de lui et pour bonne cause parce qu'on a pas oublié que dans un moment de folie il a voulu assassiner sa femme en lui coupant la gorge avec un rasoir [...]. Cet être là est très dangereux. On ne doit pas le laisser circuler plus longtemps dans la société. Son internement s'impose [...]²⁵.

Quelques mois plus tard, la demande est entendue. Peter est réinterné²⁶.

Luis est un alcoolique de 45 ans²⁷. Détenu à la Prison de Bordeaux pour avoir frappé un compagnon avec un couteau, il est transféré en 1926 à Saint-Jean-de-Dieu avec un diagnostic de démence précoce²⁸. Le Dr. Plouffe, psychiatre en charge de la Prison, mentionne que le détenu souffre d'aliénation mentale, « caractérisée par des idées de persécution, des hallucinations de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité en générale. Je le considère aliéné et dangereux pour lui-même et pour la société et je recommande son transfert dans un hôpital d'aliénés. »²⁹ Malgré sa dangerosité, Luis sort de Saint-Jean-de-Dieu en 1927³⁰.

²⁴ AHLHL, Dossier 15340, Lettre du chef de police de [...] au directeur de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, 1919.

²⁵ AHLHL, Dossier 15340, Lettre du shérif de district au médecin en chef de Saint-Jean-de-Dieu, 1921.

²⁶ AHLHL, Dossier 15340, Fiche d'internement, 1921.

²⁷ AHLHL, Dossier 18493, Formule H, 1926.

²⁸ AHLHL, Dossier 18493, Fiche d'internement, 1926.

²⁹ AHLHL, Dossier 18493, Lettre du médecin aliéniste expert au magistrat de police, 1926.

³⁰ AHLHL, Dossier 18493, Fiche d'internement, 1926.

En somme, Carl est un débile tandis que Alex, Peter et Luis ont reçu des diagnostics de démence précoce. Comme nous le verrons dans le chapitre huit, le rapport entre la criminalité et la démence précoce sera étudié quelques années plus tard par le Dr. Barbeau. Une question demeure toutefois en suspend : qu'est-ce que la démence? En effet, l'étude de tous nos cas, autant chez les femmes que chez les hommes, nous porte à croire que les frontières sont pour le moins floues entre ce qui est considéré comme des comportements anti-sociaux ou criminels et ce qui est perçu comme des symptômes de démence. Pour le Dr. Tétreault, la démence est le résultat d'une faiblesse intellectuelle acquise et incurable³¹. Pour les docteurs Langlois, Saucier et Amyot, la démence est caractérisée par un affaiblissement intellectuel, de l'indifférence affective et un ensemble de réactions psycho-motrices discordantes³². Pour tous, son origine est probablement héréditaire ou lésionnelle.

L'ouverture de la Prison pour aliénés criminels de Bordeaux en 1926 permet cependant au surintendant de Saint-Jean-de-Dieu de demander le transfert dans ce nouvel établissement des cas jugés les plus dangereux. À partir de cette date, les cas de dangerosité criminelle chez des individus identifiés comme aliénés ne sont plus présents à Saint-Jean-de-Dieu. Comme nous le verrons plus loin, restent les comportements à caractère sexuel, le vagabondage, l'alcoolisme, la masturbation, la paranoïa, la fatigue, – notamment – sont des causes qui justifient une demande d'internement à l'asile.

³¹ Alcée Tétreault, *Cours des maladies mentales données à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, circa 1920, p. 20 et 48.

³² Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*. Montréal, Éditions Edouard Garand, 1930, p. 136.

6.2. Contrer un potentiel danger de violence : les débiles et les paranoïaques.

Les comportements violents ne sont pas tous répertoriés dans le Code criminel et ils n'entraînent pas tous une réclusion en milieu carcéral régulier ou à la Prison de Bordeaux dans un environnement médicalisé. Les psychiatres jugent du degré de dangerosité. Certains individus, diagnostiqués comme débiles, déments, psychotiques ou paranoïaques, sont internés à Saint-Jean-de-Dieu pour comportements violents ou pour avoir proféré des menaces de mort. Des cas présentés dans cette partie, seul Jonathan est admis avant l'ouverture de l'Hôpital de Bordeaux. Les autres cas témoignent des personnes avec des actes de dangerosité qui sont toujours présents à Saint-Jean-de-Dieu après 1926.

En 1921, Jonathan, 28 ans, arrive à Saint-Jean-de-Dieu. Il est calme et fait voir aux psychiatres des attitudes qui sont celles d'un débile³³. Sa mère présente son garçon ainsi :

He has never been very bright, but I noticed it more a year and a half ago. [...] He started to get suspicious of the neighbors. Said they were talking about him, that they would not look at him. [...] He knows it himself that he is not right. He puts camphor on his head, also cold water. He has not worked for 6 months.³⁴

Jonathan répond à toutes les questions des médecins. On lui demande, par exemple, s'il éprouve de la difficulté à apprendre et à travailler à l'école. Il répond que non. Puis viennent les questions qui ont un rapport avec sa paranoïa.

Question. [...] Did you have trouble with anybody?

Answer. No, but J.W. followed me all the time.

Q. Who is he?

A. The leader of the union.[...]

Q. Does he try to annoy you by telephone or electricity?

A. We have no telephone in the house.

Q. Did you feel electricity passing through you?

A. Yes.

Q. Any body else persecuted you?

A. No.

Q. What is the cause of that?

A. That man goes around the places, takes the money from the people.

Q. Would he kill you?

³³ AHLHL, Dossier 15019, Fiche d'internement, 1921.

³⁴ AHLHL, Dossier 15019, Entrevue avec la mère du patient, 1921.

A. Yes. [...]

Q. Is he bothering you here?

A. If he got here, he'll get all the money out you and he would take all the people from here : he'd take them to Drummond building kill them and throw them in the sewer.³⁵

Jonathan se sent persécuté et, selon les psychiatres, ces symptômes peuvent consuire à des gestes violents, potentiellement dangereux pour son entourage, comme dans le cas de Carlo ou Antibe que nous avons vus précédemment. Son internement est ainsi « hâtif, en vue de protéger les autres de ses idées fixes ». Il reçoit un diagnostic de folie des dégénérés. Selon les psychiatres, sa folie a été précipitée par la grippe espagnole de 1918.

Étienne, en 1936, est, selon les psychiatres, un débile mental. Âgé de 45 ans, il est colérique et agressif. Il est aussi paraplégique depuis 6 ans. À l'exception des crises qu'il fait depuis deux ans, aucune histoire antérieure à l'internement n'est au dossier. Lors de son entrevue avec les médecins, ses réponses sont toujours les mêmes : « je sais pas » ou « non ». Quand on lui demande s'il a déjà vu le Bon Dieu, il répond : « Non, jamais, mais j'aimerais ça le voir! »³⁶. Interné, il fait des « colère[s], déchire les habits d'un infirmier qui faisait son lit. Veut frapper tout le monde dit qu'on l'embête et veut qu'on lui « fiche la paix. »³⁷ Son dossier fait état de sa grande nervosité, de ses colères, de sa non coopération et qu'il « menace de l'œil et du geste. [...] Air de très grand débile. »³⁸

La même année, Loïc, un veuf de 45 ans, est interné à la demande de ses sœurs car il fait des colères, s'obstine sur tout, est insomniaque, rudoie et menace son fils qui a 15 ans, s'enferme des jours entiers dans la maison, est incohérent et mauvais³⁹. Loïc est également épileptique depuis 1917, après qu'il ait fait une chute en travaillant sur un chantier de

³⁵ AHLHL, Dossier 15019, Entrevue avec le patient, 1921.

³⁶ AHLHL, Dossier 27415, Assemblée des médecins, 1936.

³⁷ AHLHL, Dossier 27415, Dossier d'internement, 1936.

³⁸ AHLHL, Dossier 27415, Dossier d'internement, 1936.

³⁹ AHLHL, Dossier 27228, Dossier d'internement, 1936.

construction. Selon ses sœurs, il n'a jamais été interné en vingt ans malgré ses crises d'épilepsie. Un an après son internement, soit en 1937, l'assistante sociale fait son enquête auprès de la famille de Loïc. Cette dernière raconte qu'il fait des crises, dort profondément une heure et, qu'à son réveil, il n'a pas conscience des actes qu'il a posés jusqu'à ce qu'il ait dormi de nouveau. Pour l'assistante sociale, ces périodes d'amnésie inquiètent la famille car il semble lucide, peut parler, manger, se promener dans la ville mais il ne se rappelle rien lorsqu'il revient à lui. Selon ses sœurs, ceci lui a valu plusieurs embarras sans en mentionner la nature⁴⁰. Il est interné pour psychose épileptique.

Raynald, 35 ans, se croit supérieur à tout le monde. Ses idées « délirantes » ont commencé sept ans auparavant en 1929. Bien scolarisé selon les psychiatres, il travaille à une invention très importante qu'il doit faire breveter. Le problème c'est qu'il se plaint constamment que les voisins veulent lui voler ses idées. À une occasion, il va jusqu'à s'en prendre à un de ses amis, brisant une vitre dans un moment de colère. Aux dires de sa famille, il est scrupuleux et scandalisé par la nudité et les toiles de nus. Sa famille, constatant qu'il devient plus irritable et moins attaché aux liens familiaux, craint un drame et, pour ses raisons, demande son internement⁴¹.

Il est conduit de force à Saint-Jean-de-Dieu en 1936. Depuis son internement, il fait de l'insomnie, abuse de cigarettes et de Coca-Cola (6 à 7 paquets de cigarettes et 7 à 12 bouteilles de coca chaque jour), tient des discours décousus sur l'Antéchrist ou se tait complètement⁴². Les médecins notent lors de l'assemblée hebdomadaire, que Raynald « n'a aucune sympathie pour nous médecins qui avons dit qu'il est fou ne réalisant pas ainsi le tort que nous faisons à un homme qui a un brillant avenir en disant des choses fausses. Haute idée de sa valeur intellectuelle, il a des idées géniales dans la tête ». Il reçoit un diagnostic de

⁴⁰ AHLHL, Dossier 27118, Entrevue de A. Labonté, assistante sociale, 1937.

⁴¹ AHLHL, Dossier 28056, Dossier d'internement, 1936.

⁴² AHLHL, Dossier 28056, Dossier d'internement, 1936.

démence précoce⁴³. Les individus persécutés sont pris au sérieux par les psychiatres car, selon leurs études cliniques, ils deviennent souvent des persécuteurs.

Andy et Joël, internés en 1941, ont eux aussi un fort sentiment de paranoïa. Andy, 51 ans et marié, a, depuis 6 mois, des idées de persécution. Il s'imagine que tous les gens lui sont hostiles, que toute la population québécoise lui en veut⁴⁴. Pour se soustraire à ces menaces, il a décidé de se rendre aux États-Unis. Il est cependant arrêté par les agents d'immigration juste avant son départ. Son sentiment d'être persécuté a un lien avec le mysticisme. Le Dr. Plouffe qui le voit écrit qu'il « prétend que le Clergé lui désire du mal, que tout le monde sur la rue rit de lui. [...] Il me raconte que Dieu lui est apparu, au moment où il allait se trancher les poignets; que Dieu lui parle souvent »⁴⁵. Andy prétend également « que les prêtres lui ont enlevé la vie; qu'on l'a conduit au sacerdoce sans lui dire. Très méfiant et interprétant faussement tout ce qui se passe, toujours avec tendances hostiles. Affaiblissement du jugement »⁴⁶. Son dossier ne comporte cependant aucun diagnostic.

Toujours en 1941, Joël, 38 ans, fait de l'insomnie depuis 3 mois. Il « voit des soldats, des policiers là où il n'y en a pas. Dit qu'il a des gaz dans la tête. Parle à tort et à travers. Périodes de mutisme »⁴⁷. Selon ses proches, il dérange le voisinage et a des idées délirantes :

He became noisy, awoke the neighbours at night, began talking that he has \$40 000 dollars. [...] He thinks he is persecutes by the police and detectives and when he hears some noise as the running of automobiles or street cars, he thinks that somebody is coming to take him away. Buzzes in the head⁴⁸.

Lors de l'entrevue avec les médecins, ces derniers lui demandent de nommer l'institution où il se trouve. Il répond : « A crazy hospital ». À la question suivante : « Are

⁴³ AHLHL, Dossier 28056, Dossier d'internement, assemblée des médecins, 1936.

⁴⁴ AHLHL, Dossier 33616, Formule B, 1941.

⁴⁵ AHLHL, Dossier 33616, Formule B, 1941.

⁴⁶ AHLHL, Dossier 33616, Formule B, 1941.

⁴⁷ AHLHL, Dossier 33931, Dossier d'internement, 1941.

⁴⁸ AHLHL, Dossier 33931, Extrait du dossier médical d'internement, 1941.

you crazy yourself? », Il répond « I don't know »⁴⁹. Persécuté par des idées de guerres et d'enquête, Joël est interné et reçoit le diagnostic de paranoïa.

Internés respectivement en 1941 et 1946, Antibe, 48 ans, et Carlo, 39 ans, sont des persécutés/persécuteurs. On se souviendra que le Dr. Tétreault reconnaissait la grande dangerosité des persécutés/persécuteurs dans son cours. Ce sont donc les réactions face à leurs « ennemis » qui précipitent leurs internements puisqu'ils sont considérés dangereux. Dans le cas de Carlo, il a essayé d'empoisonner plusieurs personnes. Antibe, quant à lui, est violent envers les gens dont il croit qu'ils veulent le tuer. Carlo est prêtre, ce qui ne l'empêche pas d'avoir des idées délirantes de persécution. Ainsi, « il disait que la cuisinière à la demande de l'Économe ou du Supérieur, mettait quelque chose dans sa nourriture et pour se venger, il a mis du tartrate d'antimoine et de potasse dans le sucrier et une quinzaine de personnes ont été très malades »⁵⁰. Le médecin qui demande l'internement de Carlo précise qu'il a une psychonévrose à type psychasthénique car il prépare lui-même ses repas et qu'il mange à des heures atypiques. De plus, il prépare aussi son vin de messe de peur d'être empoisonné⁵¹. Les médecins de Saint-Jean-de-Dieu, eux, considèrent que Carlo est paranoïaque car il est très « obstiné au point de tirer des conclusions absolument opposées aux idées émises parce qu'elles font mieux son affaire »⁵².

Antibe, lui, a, selon son père, des symptômes de troubles mentaux depuis six ans qui se seraient aggravés. Il accusait, entre autres, un individu de lui donner des médicaments contenant du poison, ce qui, à ses dires, le poussait à un amour exagéré des femmes. Son père lui aurait également donné des pommes empoisonnées⁵³. Mais Antibe dépasse les limites la semaine précédant son internement. Selon son père, « [he] became excited at night.

⁴⁹ AHLHL, Dossier 33931, Assemblée des médecins, 1941.

⁵⁰ AHLHL, Dossier 33941, Résumé de dossier, 1941.

⁵¹ AHLHL, Dossier 33941, Formule B, 1941.

⁵² AHLHL, Dossier 33941, Dossier d'internement, 1941.

⁵³ AHLHL, Dossier 38889, Lettre du surintendant médical de Saint-Jean-de-Dieu à des avocats, 1949.

Stated that he wanted to kill the father of a former girl friend. Tried to strike those with whom he comes in contact. Suffered from hallucinations of hearing »⁵⁴. Le père de sa petite amie s'avère être celui qui lui aurait justement donné des potions d'amour. Il avait, selon Antibé, l'intention de lui faire épouser sa fille et de se débarrasser de lui six mois plus tard. Ces délires et ces actes violents le conduisent à l'internement à Saint-Jean-de-Dieu avec un diagnostic de paranoïa – interprétatif⁵⁵. Il est toutefois transféré à Verdun, puisqu'il se dit protestant⁵⁶.

Ces huit hommes sont internés à la demande de leurs proches car ils frappent, menacent, crient et sacrent. Ces comportements ne sont toutefois pas criminalisés comme l'étaient les premiers cas analysés dans ce chapitre. Les assauts et les tentatives de meurtre sont d'abord des crimes. Les personnes qui les commettent sont ensuite psychiatisées puisqu'elles ne sont pas jugées saines d'esprit. Cette partie fait état d'hommes qui sont déjà perçus par leur famille et leur communauté comme étant aliénés mentalement. Leurs gestes violents sont souvent commis contre les membres de leur famille. Ces derniers ne portent pas plainte. Ils jugent plutôt que leur proche est malade et qu'il faut le guérir. Ainsi, plutôt que de punir les mauvais comportements, souvent agressifs, la famille demande la réclusion dans une institution ayant pour mission de traiter ce genre de troubles.

Les Drs. Langlois, Saucier et Amyot écrivaient que le délire de persécution est à prendre au sérieux. Si les cas des hommes paranoïaques que nous venons de voir ne constituent pas précisément des cas dangereux, leur internement est ordonné à titre préventif. Pour les psychiatres, les paranoïaques peuvent aller jusqu'au meurtre⁵⁷. De plus, leur attitude, leurs idées et leurs comportements dérangent. Leur manque de contrôle de soi et

⁵⁴ AHLHL, Dossier 38889, Lettre du surintendant médical de Saint-Jean-de-Dieu au *Verdun Protestant Hospital*, 1946.

⁵⁵ AHLHL, Dossier 38889, Demande d'admission, 1946.

⁵⁶ AHLHL, Dossier 38889, Lettre du surintendant médical de Saint-Jean-de-Dieu à des avocats, 1949.

⁵⁷ Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*, Montréal, Éditions Edouard Garand, 1930, p. 156.

leur « surmoi » attestent de leur folie. Dans les cas de persécutés/persécuteurs, la surveillance de ces individus qui, volontairement ou non mettent en danger la santé des autres, est constante et occasionne des inconvénients pour tous ceux qui vivent auprès d’eux. Enfin, notons que les justifications données par les proches font référence à la honte ressentie à l’égard des comportements de l’un des leurs. En plus de la violence physique, les sacres, les insultes et les propos incohérents constituent une forme de stigmat social, fortement réprouvée, dans certains milieux de la société. Les demandes d’internement s’avèrent alors, selon les proches, nécessaires. Les comportements déviants sont ensuite reconnus par les psychiatres comme des symptômes de maladies mentales.

6.3. La déviance sexuelle masculine : les assauts, la masturbation et la perversité.

Outre McLaren et Chenier cités précédemment, Lunbeck a également mis en lumière certains aspects de la sexualité « pathologique » des hommes, la masturbation et l’homosexualité notamment⁵⁸. Deux jeunes hommes, Rom et Gaétan, âgés respectivement de 16 ans et 15 ans, sont internés à Saint-Jean-de-Dieu en 1941 pour leur comportement antisocial, bien qu’il n’y ait pas de diagnostics dans leur dossier, ce qui est plus rare chez les hommes que chez les femmes. Pour Rom, le psychiatre observe « un manque de développement de ses facultés intellectuelles et morales » de nature héréditaire. Pour Gaétan, le verdict est semblable : « un manque de développement de ses facultés intellectuelles » lié, cette fois, à des causes congénitales⁵⁹. Ces deux jeunes garçons ne sont pas sans rappeler les cas de Téa, Roseline, Nathalie, Rénata et Marise, prostituées et hypersexuelles, qui, chez elles aussi, un retard de développement intellectuel a été observé. Le parallèle est encore plus frappant quand on constate que les comportements déviants de ces deux jeunes hommes sont

⁵⁸ Elizabeth Lunbeck, *The Psychiatric Persuasion*, *op. cit.*, pp. 236-245.

⁵⁹ AHLHL, Dossier 33819, Formule B, 1941 et Dossier 33613, Formule B, 1941.

de nature sexuelle. Rom a commis un assaut, à caractère sexuel, sur une jeune fille et Gaétan une tentative de viol sur une dame. Ce dernier

vole, chez-lui, vole partout et il a pénétré dans une maison et a tenté d'avoir des relations sexuelles de force avec une dame... Le gardien de la maison de détention me rapporte que cet enfant est complètement dépourvu de mémoire et de jugement. Il est la risée de tous les autres jeunes détenus⁶⁰.

Comme les jeunes femmes prostituées, ces deux garçons ne réalisent ni la gravité ni l'immoralité de leurs actes. Ils les racontent sans gêne et sans honte. Pour le psychiatre, à la grande débilité intellectuelle de Gaétan se joint, depuis quelque temps, « une perversion instinctive progressive. [...] ses instincts sexuels sont très développés. Me raconte son assaut sur une femme d'une façon tellement niaise qu'il ne réalise pas la nature et les conséquences de son acte. »⁶¹

Dans le cas de Rom, le Dr. Plouffe croit que puisqu'il se défend aussi mal des accusations portées contre lui, il aurait probablement commis des assauts beaucoup plus graves que celui qu'on lui reproche⁶². Le Dr. Plouffe le décrit d'ailleurs comme niais, puéril et pourvu d'un jugement affaibli⁶³. Preuve de plus de sa débilité, il

fait lui-même le récit de cet acte avec indifférence, sans honte et sans regret, il ignore le nom de cette enfant, ignore pourquoi il l'a frappé. Raconte qu'il l'a battue sans raison, dit qu'il était fâché mais ne sait pas pourquoi... il l'a frappée en pleine rue sans se soucier qu'il pouvait être vu... Il raconte même qu'elle était accompagnée de son frère.⁶⁴

La nécessité de l'interner n'en est que plus pressante.

Antoine, 18 ans, contrairement à Benjamin et Jean, se masturbe fréquemment, ce qui lui vaut d'être diagnostiqué comme un débile mental. Comme dans les cas de jeunes filles

⁶⁰ AHLHL, Dossier 33613, Formule B, 1941.

⁶¹ AHLHL, Dossier 33613, Formule B, 1941.

⁶² AHLHL, Dossier 33819, Formule B, 1941.

⁶³ AHLHL, Dossier 33819, Formule B, 1941.

⁶⁴ AHLHL, Dossier 33819, Formule B, 1941.

prostituées et hypersexuelles, les jeunes garçons qui ne ressentent aucune honte à avoir des comportements sexuels « déviants » sont jugés débiles. Comme ses compagnons se moquent de son comportement, Antoine devient violent et les menace. Nous ne savons pas qui demande son admission, mais son dossier indique que son internement est jugé nécessaire en raison de ses comportements avec les autres. Une fois admis à Saint-Jean-de-Dieu, il a des « hallucinations auditives ainsi que tactiles et il se croit persécuté »⁶⁵. Malgré ses hallucinations, aucun autre diagnostic que débile lui sera donné.

À 43 ans, Julien est plus âgé que Rom et Gaétan. Il reçoit un diagnostic de psychose psychopathique constitutionnelle pour un comportement sexuel déviant. Il vit dans la rue et est interné en 1946 pour un assaut sexuel sur un jeune homme⁶⁶. Lorsque les psychiatres lui demandent ce qu'il a fait, il répond stoïquement, « on commet des bêtises dans la vie, des petites et des grosses. La bonne bêtise, j'aurais dû prendre les traces de mon père. [...] Il était médecin. »⁶⁷ Julien n'est pas démuné culturellement comme plusieurs des cas que nous avons évoqués. Ancien notaire, il a perdu son droit de pratique après avoir été pris en faute pour des irrégularités professionnelles. Depuis, il vit de charité publique et dort dans les refuges. Il reçoit un diagnostic de « psychose chez psychopathe constitutionnel. »⁶⁸ À l'entrevue avec les médecins, lorsqu'ils cherchent à savoir s'il aime l'hôpital, il répond : « Heureux ailleurs ou ici. Depuis que je suis seul, je veux dire depuis que j'ai perdu mes parents, je m'adonne bien partout où je vais. »⁶⁹

Un « intérêt morbide » pour la sexualité est présent chez Benjamin qui, en 1926, aime à parler « des choses sexuelles, cherch[e] à observer sans cesse les femmes, même les animaux dans les champs. [...] Il aim[e] à se regarder nu, pren[d] plaisir à la vue de tout son corps,

⁶⁵ AHLHL, Dossier 22504, Histoire d'internement, 1931.

⁶⁶ AHLHL, Dossier 39657, Histoire personnelle, 1946.

⁶⁷ AHLHL, Dossier 39657, Assemblée des médecins, 1946.

⁶⁸ AHLHL, Dossier 39657, Fiche d'internement, 1946.

⁶⁹ AHLHL, Dossier 39657, Assemblée des médecins, 1946.

pas seulement ses organes génitaux »⁷⁰. Il ne refuse pas, comme Jean, de se masturber, mais en est plutôt empêché par une malformation génitale : il ne peut, en effet, avoir une érection. Il est un adiposo-génital, c'est-à-dire que ses organes sexuels externes ne sont pas développés⁷¹. Le psychiatre refuse toutefois de l'interner sur la simple base de son atrophie génitale et de son intérêt pour le sexe. Il demande à sa famille de justifier son internement. Elle évoque alors ses autres comportements : obsessions, scrupules, amour de lui-même. Les membres de sa famille révèlent également des comportements bizarres comme le fait qu'il a l'impression de ne pas être bien boutonné et qu'il croit que son chapeau est toujours mal placé sur sa tête⁷². Interné en 1926 à l'âge de 27 ans, Benjamin reçoit un diagnostic de démence précoce qui débouche sur une schizophrénie paranoïde en 1952⁷³.

En 1948, une loi fédérale criminalise plus que jamais les crimes à caractère sexuel. À partir de ce moment, les « psychopathes sexuels » passeront dans le champ de la psychiatrie légale⁷⁴. Mais, durant la période étudiée, Rom, Gaétan, Antoine et Julien sont pris en charge par Saint-Jean-de-Dieu. Si les cas précédents font référence à des hommes et des garçons qui, selon les spécialistes, n'ont ni honte ni regret à se masturber, à s'exhiber ou à tenter des contacts sexuels, Harold et Jean sont, au contraire, indignés et se veulent ascètes.

Dans la première moitié du XXe siècle les lois renforcent l'interdiction des comportements sexuels hors mariage et l'importance d'une éducation sexuelle adéquate se fait de plus en plus sentir aussi. Ainsi Jean, interné en 1946, avoue : « J'ai eu, disait-il [à sa mère], bien des chocs et des surprises; et bien des choses ne me seraient pas arrivées si j'avais été renseigné [des choses sexuelles] »⁷⁵. L'éducation sexuelle de l'époque repose

⁷⁰ AHLHL, Dossier 18712, Histoire sociale, dossier d'internement, 1926.

⁷¹ AHLHL, Dossier 18712, Histoire sociale, dossier d'internement, 1926. L'adiposo-génital est une dystrophie des organes génitaux et cause l'impuissance chez les hommes.

⁷² AHLHL, Dossier 18712, Histoire sociale, dossier d'internement, 1926.

⁷³ AHLHL, Dossier 18712, Histoire sociale, dossier d'internement, 1926.

⁷⁴ Elise Chenier, *Strangers in our Midst*, op. cit.

⁷⁵ AHLHL, Dossier 38913, Histoire sociale, 1946.

presque uniquement sur les interdits et reste muette sur tout le reste. Alfred Kinsey, entomologiste et sexologue, sera là pour le rappeler à la fin des années 1940.

Jean a 33 ans lorsqu'il est arrêté pour vagabondage en 1946. À son retour d'un voyage d'études en France, ses parents notent quelques changements dans son comportement : il est moins sociable, il ridiculise la religion et se croit supérieur à tout le monde. Les tests psychologiques révèlent une intelligence supérieure. Mais plus que tout, il reproche à sa mère de ne pas l'avoir instruit sur les relations intimes. Le psychiatre rapporte cette conversation qu'il a eue avec lui : « à l'âge de 23 ans, il me dit qu'il était innocent, qu'il ne voulait pas avoir d'éjaculation – s'attachait les pieds dans son lit, dans le but de ne pas se détourner dans son lit. « Je voulais être austère, me contrôler et développer ma conscience ». »⁷⁶.

Arrêté et emprisonné à la Prison de Hull puis transféré à Bordeaux, il se retrouve peu de temps après à Saint-Jean-de-Dieu⁷⁷. Lors de son examen d'admission, le psychiatre le décrit comme un

patient [qui] a accompli un retrait presque total de son émotivité engagée dans la réalité pour se confiner dans un autisme tout-à-fait puéril. Enfin, le contenu, pour ne pas dire l'unique contenu des réponses, révèle un intérêt morbide au sexe et à tout ce qui a trait à ce domaine; c'est le sujet qui semble être à la base de ses préoccupations bien que superficiellement il déclare ne pas aimer parler de telles choses.⁷⁸

Son voyage à l'étranger l'a marqué. Il revient athée et frustré de ne pas savoir ce qu'était la sexualité. Il devient, selon ses parents et le psychiatre qui l'examine, « dissocié » de la réalité ce qui lui vaut un diagnostic de schizophrénie paranoïde⁷⁹. Son vagabondage exprime aussi cette dissociation selon le psychiatre et suscite la crainte. Les symptômes

⁷⁶ AHLHL, Dossier 38913, Histoire psychiatrique, 1946.

⁷⁷ AHLHL, Dossier 38913, Fiche d'internement, 1946.

⁷⁸ AHLHL, Dossier 38913, Examens psychologiques, 1946.

⁷⁹ AHLHL, Dossier 38913, Fiche d'internement, 1946.

possibles de la schizophrénie peuvent provoquer, selon les psychiatres, des comportements anti-sociaux.

Interné en 1936, Harold, un veuf de 40 ans, raconte comment il en est arrivé là. J'ai « fait des folies avec des filles, je suppose que j'ai attrapé quelque chose qui m'a rendu malade »⁸⁰. Il croit avoir la syphilis et est fier de montrer ses microbes, qu'il tient dans sa main, à tout le monde⁸¹. Nous ignorons qui demande son internement. Son dossier révèle qu'il « veut mourir car il s'imagine qu'il a des vers dans le corps, qu'il a un cancer et il n'en revient pas, il est découragé »⁸². Son internement est rendu nécessaire en raison de ses délires hypocondriaques. Selon les psychiatres, il

cherche les microbes dans ses vêtements. Il les voit. Passe des vers intestinaux causés par des chancres internes. Ne veut plus manger; se laisse mourir car il doit toujours mourir dans la journée. Découragé, veut s'en aller chez les incurables, dit qu'il n'achalera pas longtemps sa famille. Ne dort plus. Amaigri.⁸³

Décrit à son admission comme un insomniaque qui se croit indigne et persécuté, Harold restera à Saint-Jean-de-Dieu pendant plus de 30 ans sur la base d'un diagnostic de psychasthénie⁸⁴. En 1968, il n'a toujours pas changé d'idée et croit toujours « avoir les intestins pourris parce qu'il aurait couché avec une femme il y a trente ans. [...] [II] s'accuse de plusieurs péchés et se dit le « Judas » de l'Église Catholique »⁸⁵.

Si certains comportements « sexuels » sont mal vus et justifient l'internement, ils n'attirent pas une attention particulière de la part des psychiatres. Les comportements violents, le vagabondage, les hallucinations et la volonté de mourir sont les symptômes qui justifient l'internement de ces hommes selon les spécialistes. Alors que, pour les jeunes filles

⁸⁰ AHLHL, Dossier 28152, Assemblée des médecins, 1936.

⁸¹ AHLHL, Dossier 28152, Dossier d'internement, 1936.

⁸² AHLHL, Dossier 28152, Histoire personnelle dossier d'internement, 1936.

⁸³ AHLHL, Dossier 28152, Dossier d'internement, 1936.

⁸⁴ AHLHL, Dossier 28152, Histoire personnelle dossier d'internement, 1936.

⁸⁵ AHLHL, Dossier 28152, Résumé de dossier, 1936.

hypersexuelles, le seul fait de parler de sexe ou d'agir justifiait derechef l'internement, pour les jeunes hommes, il en faut plus. Les femmes donnent de mauvais exemples et suscitent le scandale, les hommes, eux, lorsque leur sexualité n'est pas dangereuse pour autrui, ne sont pas automatiquement classés comme débiles ou pervers comme c'est le cas pour les femmes qui exposent leur sexualité.

6.4. La crainte des *tramps*, des *hobos* et des *bums*.

Avec *Mad Travellers*, Ian Hacking a contribué à mieux nous faire connaître la médicalisation des vagabonds bordelais aliénés au début des années 1880. Parlant non pas de construction sociale mais de niche écologique, l'ancien professeur au Collège de France s'est penché sur les cas de quelques jeunes itinérants sans papier qui gravitaient autour des pays européens. Les cas présentés dans notre étude sont différents de ceux de Hacking qui a étudié principalement la médicalisation de cas qui surviennent durant une « épidémie de fugues épileptiques ou hystériques ». Cependant, son analyse nous est utile puisqu'elle révèle comment les maladies mentales diffèrent selon les lieux et les époques, l'aliénation devenant ainsi une maladie en partie construite par le social⁸⁶.

Dans ces études de cas, Lunbeck, quant à elle, s'intéresse aux jeunes garçons qui vivent en bande et traînent dans les lieux publics. Pour les psychiatres du *Boston Psychopathic Hospital*, ces jeunes hommes ont une vie dissolue, fument, boivent, jouent à l'argent et deviennent délinquants. Ces comportements immatures feront d'eux, s'ils ne sont pas pris en charge par le corps médical, d'« éternels adolescents »⁸⁷. Pourtant, toujours selon les psychiatres de cette institution, si les adolescents demeurent dans le giron d'une « mère

⁸⁶ Ian Hacking, *Les fous voyageurs*, (traduit de l'anglais par F. Bouillot), Paris, Les empêcheurs de penser en rond / Le Seuil, 2002.

⁸⁷ Elizabeth Lunbeck, *The Psychiatric Persuasion*, *op. cit.*, p. 232.

poule », ils ne seront jamais des hommes indépendants. Aussi conseillent-ils à ces jeunes hommes de couper les ponts avec leur enfance et d'adopter le modèle de maturité masculine, celui de mari et père de famille.

François, William et Jacques suscitent la crainte non seulement chez leurs proches, mais aussi chez les étrangers. Ils boivent et courent les rues. François a 22 ans lorsqu'il est interné en 1921. Selon ses proches, ses crises d'épilepsie sont apparues en 1910. Pour le Dr. Plouffe qui le voit à son admission, il est atteint de la « folie des dégénérés pour cause d'hérédité »⁸⁸. Pour le médecin de sa ville d'origine qui conseille son internement, le patient « ne paraît pas intelligent, [...] a les allures d'un maniaque [...] et la manie de vagabonder à toutes heures du jour et de la nuit et dans ses actes en général il démontre qu'il est atteint d'aliénation mentale »⁸⁹.

Son dossier montre que François est différent des autres. Il prie et jeûne parfois pendant plusieurs jours. Il n'est pas dangereux envers lui-même et les autres, mais il peut briser ce qui lui tombe dans les mains. À son dossier, il est noté qu'il ne boit pas, même si ses concitoyens l'accusent de ce fait⁹⁰. Des comportements qui ne justifient pas le prolongement de son internement. Il est donc renvoyé dans sa communauté. Pourtant, dans une lettre de septembre 1922, des avocats de la ville où il demeure disent qu'« il menace déjà de compromettre la paix publique en réitérant les actes de folie qu'il avait l'habitude de faire avant son internement. [...] continue de faire un usage immodéré de bières et autres liqueurs enivrantes. »⁹¹ Épileptique et promeneur solitaire, François est, selon son frère et curateur, victime de fausses accusations qui « sont le résultat des préjugés et de la peur de certains citoyens »⁹².

⁸⁸ AHLHL, Dossier 15500, Fiche d'internement, 1921.

⁸⁹ AHLHL, Dossier 15500, Formule B, Certificat médical, 1921.

⁹⁰ AHLHL, Dossier 15500, Fiche d'internement, 1921.

⁹¹ AHLHL, Dossier 15500, Lettre des avocats de la Paroisse au surintendant médical de Saint-Jean-de-Dieu, 1921.

⁹² AHLHL, Dossier 15500, Lettre sous serment du frère du patient, 1921.

En 1941, William, âgé de 32 ans, est admis à Saint-Jean-de-Dieu. Sa famille affirme que, depuis trois ans, il est soupçonneux, a peur; se croit poursuivi et dit qu'on veut le tuer et, pour cette raison, ferme constamment toutes les portes de la maison⁹³. Sixième d'une famille de onze enfants, dont quatre ont souffert de maladies mentales, William a eu une enfance et une éducation normales⁹⁴. Sa famille le décrit comme : « orgueilleux, ambitieux, désirait devenir quelqu'un d'important, il était très poli, gêné et de caractère prompt, obstiné, parlait peu de lui-même [...] sportif »⁹⁵. Depuis l'apparition de ses symptômes, William fréquente des amis qui sont différents de lui, des « tough », avec qui il a pris l'habitude de boire. Il fréquentait aussi une jeune fille et devait se marier. Il l'a quittée un an avant son hospitalisation. Sa famille croit qu'il se rend compte qu'il est malade⁹⁶. À la fois poli et prompt, William inquiète sa famille en se tenant avec les « bums », lui qui, auparavant, était si poli. Il restera toute sa vie à l'hôpital, d'abord comme dément précoce, puis pour une schizophrénie paranoïde qu'on lui diagnostiquera plus tard⁹⁷.

Cinq ans plus tard, en 1946, Jacques, un jeune garçon de 13 ans, est admis à Saint-Jean-de-Dieu. Un diagnostic de constitution psychopathique et d'arriération mentale avec tendances anti-sociales est établi⁹⁸. Sa mère, veuve depuis 15 ans et mère de deux enfants, raconte que, comme « elle travaillait toute la journée, Jacques s'amusait avec une bande de jeunes garçons que le voisinage trouvait trop bruyants. Elle reçut le conseil de placer son fils qui fût conduit au Mont St-Antoine et transféré à Saint-Jean-de-Dieu »⁹⁹. À l'asile, il est indifférent et apathique. Selon les psychiatres, il ne se rend pas compte de la gravité de ses

⁹³ AHLHL, Dossier 33526, Dossier du service social, 1952.

⁹⁴ AHLHL, Dossier 33526, Dossier du service social, 1952.

⁹⁵ AHLHL, Dossier 33526, Dossier du service social, 1952.

⁹⁶ AHLHL, Dossier 33526, Dossier du service social, 1952.

⁹⁷ AHLHL, Dossier 33526, Fiche d'internement, 1941.

⁹⁸ AHLHL, Dossier 38890, Fiche d'internement, 1946.

⁹⁹ AHLHL, Dossier 38890, Enquête de A. Labonté, 1948.

méfaits. Il brise des vitres « pour le fun » et a commis deux vols par effraction¹⁰⁰. Il s'enfuit de Saint-Jean-de-Dieu quelques mois plus tard. L'année suivante, une assistante sociale rend visite à sa mère pour lui demander de convaincre son fils de retourner à l'hôpital et lui obtenir une libération officielle. Sa fugue, selon sa mère, s'explique par la mort de son jeune frère. Jacques s'est enfuit, dit-elle, que parce qu'il voulait assister à ses funérailles. Sa mère poursuit en disant, « [Jacques] est toute ma raison de vivre. Il travaille régulièrement et me donne son salaire en entier. Vous pouvez faire enquête, vous ne trouverez aucune plainte contre lui »¹⁰¹.

Que faire devant la pression de l'entourage qui conseille le placement? Les comportements de ces hommes sont relativement communs à l'époque. Ils boivent de l'alcool entre amis, ils errent seuls la nuit ou encore, jeunes hommes, ils font quelques « coups ». Toutefois, leurs comportements suscitent la peur dans leur entourage et demeurent la raison principale de leur mise à l'écart. Les manifestations « étranges » associées à la persécution, l'épilepsie ou le bris de propriété constituent les raisons qui justifient l'internement. Comme le mentionnait le frère de François, la volonté de mise à l'écart des gens différents est le résultat des préjugés et de la peur que ressentent ceux qui les entourent.

6.5. La fatigue et le chômage : une charge pour la famille.

La crise des années 1930 amène une misère économique qui se fait sentir dans les foyers, Il n'en faut pas toujours beaucoup pour que des personnes sans travail et à la remorque de leur famille soient dénoncées par elle comme fous, éliminant ainsi celui qui constitue un fardeau économique. Or, la loi spécifie que les idiots et les imbéciles ne peuvent

¹⁰⁰ AHLHL, Dossier 38890, Extrait du dossier d'internement, Dr. Barbeau, 1946.

¹⁰¹ AHLHL, Dossier 38890, Enquête de A. Labonté, 1948.

être admis que s'ils sont dangereux pour les autres. La Crise permet-elle d'éliminer cette condition? Si l'on en croit les propos de Sœur Louise de l'Assomption et les rapports du surintendant, on est en droit de se le demander. Elle remarque, en effet, que la Crise est une période qui fait voir une hausse de la population asilaire. La misère morale et économique explique en partie selon elle, (tout comme nos données d'ailleurs), une hausse des cas de maladies mentales, et que, par conséquent, la charge des idiots et des débiles s'avère un facteur non négligeable pour expliquer cette augmentation de la population asilaire. Si la plupart des historiens de la psychiatrie ont étudié les déviants mentaux – psychopathes, alcooliques, hystériques et pervers – peu d'entre eux ont interrogé la charge familiale que représente un jeune célibataire ou un « vieux garçon ». Certaines études méritent d'être citées. Marie-Claude Thifault et André Cellard abordent la question de cas d'individus, hommes ou femmes, qui sont des fardeaux pour la famille en raison des troubles mentaux dont ils sont affligés. pénibles¹⁰².

Joy Parr, dans son étude *The Gender of Breadwinners*, démontre que chez les hommes célibataires et mariés, de 1928 à 1933, le nombre d'heures de travail annuel chute de plus du deux tiers¹⁰³. Si les hommes célibataires étaient relativement autonomes économiquement avant la Crise et pouvaient trouver à se loger, ce n'est plus le cas dans les années 1930. Les déprimés, persécutés et paranoïaques démontrent à travers leurs témoignages que la situation socio-économique de l'époque les affectent. D'ailleurs, toujours selon Parr, les célibataires qui vivent dans leur famille doivent travailler proportionnellement au nombre de personnes sous le toit pour contribuer à l'économie familiale. Pourtant, en 1933, les revenus diminuent dramatiquement pour les familles de plus de trois enfants¹⁰⁴. Les contours du groupe comprenant ces sans emplois, qui deviennent une charge pour leur famille, peuvent être précisés.

¹⁰² André Cellard et Marie-Claude Thifault, *Une toupie sur la tête, op. cit.*, p. 228.

¹⁰³ Joy Parr, *The Gender of Breadwinners. Women, Men, and Change in Two Industrial Towns, 1880-1950*, Toronto, University of Toronto Press, 1990, p. 194.

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 197.

Certains hommes déprimés, mélancoliques et fatigués sont internés, non pas sur la base de leurs comportements, dangereux, anti-sociaux ou étranges, mais parce qu'ils ne remplissent pas les rôles sociaux que la société de l'époque leur attribue, ceux de pourvoyeur et de chef de famille. Au contraire, ils représentent une charge pour leurs proches qui souhaitent leur guérison rapide.

Haston est interné en 1926. Célibataire de 23 ans, il refuse de travailler depuis deux ans. Il fait des colères, néglige sa toilette, fait des excursions à travers la campagne et s'absente 2 ou 3 jours. Il lui arrive aussi de rester au lit des journées entières¹⁰⁵. Aux dires des médecins, « le malade semble diminuer graduellement au point de vue intellectuel. Très mauvais, blasphémateur »¹⁰⁶. À son admission, il révèle être conscient de son état. Lorsque les psychiatres lui demandent où il est et pourquoi il est là, il répond : « Parce que je n'allais pas assez bien. Ils ont trouvé que je faiblissais trop, ils m'ont envoyé ici. [ne sait pas qu'il est dans un hôpital d'aliénés] »¹⁰⁷. Une semaine plus tard, lors d'une deuxième entrevue, on lui pose de nouveau la question. Cette fois, il répond : « Parce que je suis un peu fatigué. [...] Je suis enserpenté ». Il dit cependant qu'il n'est pas bien à Saint-Jean-de-Dieu « parce qu'on a cherché à m'empoisonner il me mettait la main sur le ventre et ça faisait des courants d'air »¹⁰⁸. Haston reçoit un diagnostic de démence précoce¹⁰⁹.

Junior aussi est diagnostiqué dément précoce de forme paranoïde, en 1931¹¹⁰. Peu de temps avant son internement, il s'est évanoui à quatre reprises. Il dit que c'est Dieu qui lui fait perdre connaissance « pour faire pénitence, pour racheter le monde, [...], je suis le

¹⁰⁵ AHLHL, Dossier 18608, Dossier d'internement, 1926.

¹⁰⁶ AHLHL, Dossier 18608, Dossier d'internement, 1926.

¹⁰⁷ AHLHL, Dossier 18608, Entrevue d'admission, 1926.

¹⁰⁸ AHLHL, Dossier 18608, Entrevue 2^e semaine, 1926.

¹⁰⁹ AHLHL, Dossier 18608, Fiche d'admission, 1926.

¹¹⁰ AHLHL, Dossier 22732, Fiche d'internement, 1931.

dessein de la fin du monde, d'après toutes les personnes qui m'ont laissé douter »¹¹¹. Ces propos mystiques, souvent associés à la démence, permettent aux psychiatres de justifier son internement. Lorsqu'on lui demande pourquoi il est à l'hôpital, il répond :

Je suis faible, une tête malade, tient ma faiblesse. [...] j'ai la tête « maganée » par les pensées, c'est Dieu qui me tient de même. Il me faudrait des remèdes et je reviendrais tout de suite. [...] Je vois toutes sortes de personnes comme : travailler dans les champs, avec des machines, qui se font couper, dans les manufactures, j'ai peur que les gens se jettent dans les machines – c'est ce qui me tient faible¹¹².

Antony, Gaston et Carol sont internés en 1931 parce qu'il sont violents envers leur famille. Gaston, 27 ans, est « très mauvais chez lui » et frappe sa mère. Malgré la crise économique qui sévit, ses parents jugent anormal qu'il ne travaille pas depuis huit mois. Lors de son admission, les médecins lui demandent pourquoi il ne travaille pas : « Je ne suis pas malade, c'est seulement une faiblesse, j'ai perdu du sang, parce que j'ai donné par deux fois à mon frère, c'est réellement la cause »¹¹³. Si ses parents demandent son admission pour ses comportements agressifs, Gaston est interné officiellement pour démence précoce paranoïde parce qu'il connaît des périodes « d'interprétations délirantes ». En effet, il a dit qu'il entendait des voix et le son d'une horloge¹¹⁴.

Les raisons invoquées pour admettre Carol, 19 ans, à l'asile sont sensiblement les mêmes que celles de Gaston. Il est une charge pour sa mère, jure et se montre agressif. Sa mère le décrit ainsi :

Il a toujours été très nerveux et faible [...] Depuis 3 ans, il est d'un caractère difficile, mais il va plus mal depuis l'été 1930. Il est mauvais avec les enfants, il leur serre les bras, il raisonne toujours quand on lui parle, et n'écoute jamais. Il parle mal, prononce des mots sales, des sacres¹¹⁵.

¹¹¹ AHLHL, Dossier 22732, Entrevue des médecins, 1931.

¹¹² AHLHL, Dossier 22732, Entrevue des médecins, 1931.

¹¹³ AHLHL, Dossier 22819, Assemblée des médecins, 1931.

¹¹⁴ AHLHL, Dossier 22819, Fiche d'internement, 1931.

¹¹⁵ AHLHL, Dossier 22699, Enquête sociale de M. Mignault, 1931.

Elle raconte qu'il fréquente des gens peu recommandables. Après avoir demandé à la mère, sans succès, quels mots sales il employait, l'assistante sociale trouve pour le moins étrange que la réputation du jeune homme repose sur si peu. En ces termes, elle écrit : « comme c'est bénin ce qui a une si mauvaise réputation »¹¹⁶. Carol est néanmoins interné. Le surintendant de Saint-Jean-de-Dieu le décrit même comme « un débile mental, dont les réactions anti-sociales ont déterminé les parents à demander l'internement »¹¹⁷. Nous avons alors quelques informations sur ce que le surintendant Noël considère comme des comportements anti-sociaux qui reprennent la même définition que nous avons rapportée dans le chapitre précédent.

Antony, 25 ans, est également interné à la demande de ses parents car il frappe son frère et rudoie sa mère. La question sexuelle est amenée sur le tapis par les médecins. À l'entrevue d'admission en 1931, Antony dit qu'il est là car il fait « des crises, des rages de folie [...] pour l'amour d'une fille, je l'aimais, elle me refusait, j'ai essayé... » Les médecins lui demandent alors s'il « a essayé de la baiser ». Il répond « non, je voulais la marier... »¹¹⁸. Les psychiatres ne croient pas que c'est par amour qu'Antony est violent, mais plutôt parce qu'il a reçu un coup sur la tête l'année précédente. Selon les parents, c'est à la suite de ce coup que son comportement a changé. Il est alors devenu mauvais. Sa famille s'exprime ainsi, « Il passe une journée cacher dans le foin. [...] veut frapper son père, rudoyer sa mère, jette son petit frère par terre.[Il est] violent ». Il ne faut pas le contrarier, disent ses proches. De plus, « il reçoit des ordres de se mettre les bras en croix c'est un commandement dit-il »¹¹⁹. Antony est interné mais ne reçoit pas de diagnostic¹²⁰.

¹¹⁶ AHLHL, Dossier 22699, Enquête sociale de M. Mignault, 1931.

¹¹⁷ AHLHL, Dossier 22699, Lettre du surintendant au Dr. Mallette de l'Hôpital Ste-Anne, 1941.

¹¹⁸ AHLHL, Dossier 22316, Assemblée des médecins, 1931.

¹¹⁹ AHLHL, Dossier 22316, Histoire personnel, 1931.

¹²⁰ AHLHL, Dossier 22316, Dossier d'internement, 1931.

David, 26 ans, lui, arrive à Saint-Jean-de-Dieu en 1941, alors qu'il est dans une phase de délire mystique. Son médecin de famille, le Dr. Beauregard, présente ainsi son patient : « Il m'a dit de ne pas lui toucher qu'il était un saint, qu'il détestait les Juifs et qu'il ne voulait plus travailler pour les Juifs. Il fallait qu'il soit 40 jours sans manger et dormir. »¹²¹ Depuis huit jours, il ne dort pas, est inactif, mais n'arrête pas de parler¹²². À son internement, il prétend pouvoir faire des miracles et assure que c'est lui qui a fait arrêter la guerre. Il prend les médecins pour des anges. Il dit également qu'il a quitté la terre depuis deux jours pour consacrer son corps à Dieu. Il prétend qu'il a des « pitons automatiques » et déclare qu'il n'était pas fou. Par la suite, il devient plus calme et moins incohérent¹²³. Le diagnostic est sans appel : État psychotique aigu¹²⁴.

En 1941-1942, Ludovic est dans l'armée. Quatre ans plus tard, après un examen psychiatrique, il est démobilisé¹²⁵. Célibataire de 34 ans, il a tenté de s'enlever la vie en se frappant avec un marteau¹²⁶. Son expérience dans les forces canadiennes semble l'avoir marqué car il dit que l'armée va venir l'arrêter pour le fusiller et que les médecins veulent l'empoisonner avec des remèdes. Selon ses parents, il fait preuve d'une grande excitabilité, est loquace et entend des voix qui lui commandent de parler. Ensuite, il fait des crises de dépression avec des hallucinations visuelles où il affirmait qu'il allait mourir¹²⁷.

En 1946, les dossiers sont plus bavards sur l'histoire psychologique et comportementale des patients. Signe de l'intégration des connaissances de l'après-guerre sur les causes psychosociales, on y apprend que Ludovic a eu des signes névropathiques durant

¹²¹ AHLHL, Dossier 33721, Dossier d'internement, 1941.

¹²² AHLHL, Dossier 33721, Dossier d'internement, 1941.

¹²³ AHLHL, Dossier 33721, Évolution, 1941.

¹²⁴ AHLHL, Dossier 33721, Fiche d'admission, 1941.

¹²⁵ AHLHL, Dossier 38119, Résumé de dossier, 1946.

¹²⁶ AHLHL, Dossier 38119, Résumé de dossier, 1946.

¹²⁷ AHLHL, Dossier 38119, Résumé de dossier, 1946.

son enfance et qu'il a une intelligence en dessous de la moyenne. L'idée que le milieu a des incidences sur le développement des psychopathologies est plus admise. Selon ses proches, Ludovic boit régulièrement depuis sept à huit ans. Les fins de semaine, il pouvait boire de 8 à 9 bouteilles de bière par jour. On apprend aussi que sa vie sexuelle s'est limitée à quelques rares rapports avec les femmes et qu'ensuite sa libido a diminuée. Interné, il est diagnostiqué schizophrène de forme paranoïde¹²⁸.

Les déprimés sont internés d'abord car ils sont potentiellement dangereux pour eux-mêmes et ensuite parce qu'ils constituent une charge économique et émotionnelle pour leurs familles. Ceci dit, ces hommes, célibataires ou veufs, sont une charge et une honte pour leur famille, d'autant plus en ces temps de crise économique. La famille de Gaston, interné en 1931, ne comprend pas que leur fils refuse de travailler et d'aider ainsi à l'économie familiale durant une période difficile. Certains aliénés célibataires, sans être idiots, n'en sont pas moins un poids économique, un danger et une honte pour la famille. Leurs délires font écho au contexte de leur époque. La Crise et la guerre sont des vecteurs particulièrement forts de développement de comportements étranges. C'est d'ailleurs avec la Seconde Guerre mondiale, et la situation de stress intense qu'elle entraîne chez des millions d'hommes, que les connaissances en psychiatrie intègrent l'idée que la « folie » a un étroit rapport avec l'expérience vécue. Comme nous le verrons dans le chapitre huit, les experts parlent désormais plus de déviations du normal que d'anormalité pour certains cas de folie. Par ailleurs, les dossiers médicaux que nous avons consultés montrent que plusieurs patients représentent un poids économique et humain pour leurs familles et que cette situation a souvent contribué à leur exclusion du foyer familial et à leur internement à l'asile. Cette particularité chez les hommes de notre échantillon nous amène à penser que les femmes célibataires ont constitué une charge moins lourde pour leur famille puisqu'elles participaient à l'économie domestique alors que les hommes célibataires n'apportaient presque rien. L'intégration et l'application des normes de genre expliquent en partie cette situation.

¹²⁸ AHLHL, Dossier 38119, Fiche d'internement, 1946.

6.6. Les demandes d'asile, en quête de sécurité.

Tout comme les femmes, des hommes demandent aussi, de leur propre chef, à être internés. Les cas de Pascal, Aaron et Arthur démontrent, que malgré la mauvaise presse faite sur les asiles d'aliénés à l'époque – et encore aujourd'hui –, ils ont choisi d'y séjourner. Bien que l'enfermement à l'hôpital pour les « fous » soit un stigmata pour les patients qui en sortent, et qu'il est connu que si on y entre, il n'est pas sûr qu'on en sorte, certaines personnes sont assez conscientes pour demander d'être internées. Ces cas montrent ainsi que l'hôpital n'est pas qu'un lieu d'enfermement arbitraire et coercitif. Il peut aussi être vu comme un lieu sécurisant.

Âgé de 38 ans, Pascal est interné en avril 1921 pour folie des dégénérés de cause héréditaire. Pascal se dit fatigué mais a l'esprit clair. Il est conscient de sa « faiblesse » et veut un peu de repos. À l'entrevue d'admission, les psychiatres lui posent plusieurs questions.

Question. Avez-vous la tête bien fatiguée?

Réponse. Pas absolument, c'est les nerfs.

Q. ConteZ-nous ce qui vous arrive?

R. Je sais que j'avais besoin de repos, j'étais trop occupé de la tête.

Q. Qu'est ce que c'est que vous aviez dans la tête?

R. C'est de parvenir, mais faut pas y aller par quatre chemins pour agir, mais toujours penser sans agir ça arrive à rien.

Q. Quelles étaient ces pensées là? Faire de l'argent?

R. Oui¹²⁹.

Quelques mois plus tard, d'autres questions lui sont posées.

Q. Étiez-vous malade quand vous êtes venu ici?

R. Oui; j'étais plus ou moins enclin à la mélancolie, obsédé.

Q. Pourquoi?

R. Parce que je ne réussissais pas comme j'aurais voulu [...].

Q. Vous vous êtes évadé?

R. Oui, c'était le jour de ma fête et j'ai été faire un tour chez nous; mais je suis revenu de mon plein gré¹³⁰.

¹²⁹ AHLHL, Dossier 15193, Assemblée des médecins, 1921.

¹³⁰ AHLHL, Dossier 15193, Assemblée des médecins, 1921.

Quatre ans plus tard, une longue entrevue avec les psychiatres est réalisée dans le but de savoir, si oui ou non, Pascal peut quitter l'hôpital.

Question. [...] When you came here, you had a bit of worries?

Answer. Yes, a nervous breakdown; I overworked myself at night, trying to make both ends meet.

Q. How many children did you have?

A. Eight; two are dead since I am here [dont un assassiné] [...].

Q. The second time you went out in October, what happened then?

A. I had a breakdown; I had no feeling; I was thinking, thinking, thinking and I had a feeling of breakdown, I had no « stand », no push. [...]

Q. Alors, vous avez l'esprit tranquille?

A. Oui, je dis, « quand ils seront tannés de moi, ils m'enverront », mais quand un homme a été enfermé longtemps et qu'il se retrouve en liberté, c'est presque comme s'il était dans une ville étrangère...¹³¹

Pascal est fatigué, obsédé, déprimé mais lucide. Il souligne qu'il est revenu de son plein gré en 1921 après une évasion. Mais surtout, ce que nous montrent les propos de Pascal, ce sont les conséquences de l'institutionnalisation qui rend les hommes – et les femmes – étrangers à la vie dans la société civile, aliénés au vrai sens du terme. Il restera à l'asile, et avec le changement nosologique de 1932, il sera alors classé comme paranoïaque¹³².

En 1926, Aaron, un célibataire de 26 ans, est interné à Saint-Jean-de-Dieu¹³³. Selon lui, c'est un de ses amis qui l'a conduit là, à sa demande, pour faire « des réparages ». Depuis sa sortie de prison quelques temps auparavant pour, selon ses dires, avoir touché à la cuisse d'une petite fille qu'il promenait sur sa bicyclette, il avait l'impression que tout le monde lui jetait des mauvais sorts¹³⁴. Pour cette raison, il a voulu se jeter à l'eau mais a été retenu par sa sœur. En plus de cette tentative de suicide, il se « croit damné, prie des heures et des

¹³¹ AHLHL, Dossier 15193, Entretien d'admission, 1925.

¹³² AHLHL, Dossier 15193, Fiche d'internement, 1921.

¹³³ AHLHL, Dossier 18951, Fiche d'admission, 1926.

¹³⁴ AHLHL, Dossier 18951, Entrevue d'admission, 1926.

heures demandant à Dieu de venir le chercher; a manifesté l'intention de se noyer; voit des Anges et des Diables »¹³⁵.

À l'examen d'admission, en 1926, les médecins notent que le malade a l'air intelligent et pas trop anxieux mais il confesse tout. Il raconte qu'il buvait de la bière quelques fois, assez pour s'enivrer. Il se demande aussi s'il doit encore prier ou non. À l'assemblée des psychiatres, ces derniers lui demandent :

Question. Te 'crosses-tu' beaucoup.

Réponse. Plus maintenant.

Q. Qu'est-ce que tu entends faire?

R. J'aime mieux rester ici.

Q. Est-ce que tu as eu l'intention de t'ôter la vie?

R. Oui

Q. Sérieusement?

R. (Rit)¹³⁶.

Aaron est interné et reçoit le diagnostic de démence précoce.

Enfin, Arthur, 60 ans, est interné en 1936. À l'admission, sa famille raconte qu'il est malade depuis deux ans. Il fait de l'insomnie, il se sent persécuté, mange peu, parle seul mais pas aux autres, s'isole, se déshabille devant ses sœurs et est porté à leur faire des caresses¹³⁷. Selon ses sœurs, « il n'a pas peur de travailler mais ne se cherche pas d'ouvrage de crainte de prendre la place d'un autre; il n'est pas un « coupe-cou ». Les effets de la crise économique se font encore sentir et les propos d'Arthur témoignent de l'angoisse de voler un « job » à ceux qui en ont plus besoin que lui. Lors de l'entretien avec les médecins, il craint de dévoiler ses troubles mentaux, mais laisse voir ce qui le tracasse : le travail. « Il voudrait travailler, mais ne pas nuire à personne en prenant leur place au travail »¹³⁸.

¹³⁵ AHLHL, Dossier 18951, Causes d'internement, 1926.

¹³⁶ AHLHL, Dossier 18951, Entrevue 2^e semaine, 1926.

¹³⁷ AHLHL, Dossier 27554, Dossier d'internement, 1936.

¹³⁸ AHLHL, Dossier 27554, Dossier d'internement, 1936.

C'est Arthur lui-même qui a demandé à être placé à Saint-Jean-de-Dieu car il a souffert de dépression nerveuse l'année précédente. Il dit avoir la tête malade et voudrait connaître deux à trois ans de repos.

Question. Où êtes-vous?

Réponse. C'est supposé d'être un asile pour les fous.

Q. Est-ce que c'est votre place?

R. Je suis plus heureux que je l'étais avant, j'ai moins peur. Savoir que ça marcherait bien en dehors.

Q. Est-ce qu'on vous faisait des reproches?

R. Des fois, on me disait de me chercher de l'ouvrage [...].

Si Arthur est préoccupé par le travail et se sent plus en sécurité à l'asile, les psychiatres, eux, sont plutôt préoccupés par sa sexualité. Ils lui demandent : « vous vous êtes masturbé pas mal? ». Il répond : « Oui »¹³⁹. L'asile n'est pas un hospice pour les chômeurs mais une institution pour les personnes malades. Ce sont ses pratiques masturbatoires et les attouchements sur ses sœurs qui lui valent l'internement avec un diagnostic de constitution psychopathique¹⁴⁰.

Alors que l'internement de Pascal est justifié par une possible mise en danger de leur personne, Arthur et Aaron, eux, sont retenus sur la base de leurs comportements sexuels. Qui plus est, ces trois hommes demandent de leur propre chef à être admis à l'asile. Cette institution, le lieu des « fous », est décrite par les acteurs de l'époque et par quelques historiens comme un lieu de dernier recours. Selon eux, parce que les personnes troubles mentalement sont jugées et rejetées par la société, elles se sentent plus en sécurité à l'intérieur des murs de l'asile¹⁴¹. Tout comme certaines femmes évoquées dans le chapitre précédent, ces hommes permettent de voir l'envers du décor; les barreaux révèlent aussi que les patients internés sont protégés des pressions et préjugés sociaux qui peuvent être aussi, sinon plus, coercitifs que l'asile.

¹³⁹ AHLHL, Dossier 27554, Assemblée des médecins, 1936.

¹⁴⁰ AHLHL, Dossier 27554, Fiche d'internement, 1936.

¹⁴¹ André Cellard et Marie-Claude Thifault, *Une toupie sur la tête*, op. cit., pp. 295-296.

Conclusion

Les comportements rapportés par les personnes proches de ces hommes internés ont justifié leur mise à l'écart. La majorité des demandes d'internement, en effet, fait état de comportements violents et agressifs de la part de ces hommes, soit envers les autres ou soit contre eux-mêmes. Des comportements qui constituent des critères d'internement selon la Loi de 1909. D'autres comportements sont souvent évoqués en parallèle, comme des attitudes anti-sociales et scandaleuses. Les blasphèmes, les insultes, la foi excessive ou inexistante, la masturbation renforcent la justification de l'internement de ces hommes.

Les premiers cas présentés relèvent à la fois du criminel et du médical. Les tentatives de meurtre, de viol et les assauts sont jugés par le tribunal. Les manifestations de délires ou d'hallucinations sont, elles, traitées par la médecine. Devant l'augmentation des cas d'aliénés violents, les autorités donnent l'aval à la construction de l'aile de l'Hôpital pour aliénés de Bordeaux qui vient soulager Saint-Jean-de-Dieu de ses patients les plus dangereux. Ces derniers reçoivent des diagnostics de démence, de débilité et de psychose psychopathique. Ce sont des violents, des dangereux, des asociaux et, dans un souci de protéger la société, ils sont mis à l'écart de la société. Les vagabonds, les *bums* et les alcooliques en font partie. Notons aussi que les comportements de déviance sexuelle sont différents de ceux commis par les femmes. Pour les hommes, il s'agit de tendances anti-sociales alors que pour les femmes, ce sont surtout des comportements scandaleux.

Par ailleurs, plusieurs hommes ont été internés parce que, outre des comportements qui s'éloignent de la norme, ils représentent une charge trop grande pour leur famille ou la société. Célibataires ou mariés, ils ne participent pas à l'économie familiale. Ils ne travaillent pas car ils se sentent persécutés ou parce qu'ils sont trop fatigués. Les persécutés et les paranoïaques – ainsi que les dégénérés en 1921 – sont internés en raison du risque qu'ils représentent pour la sécurité publique. Leurs délires et leurs idées fixes, en plus de susciter la

crainte chez leurs proches, interpellent les psychiatres qui justifient notamment leur décision de les interner par un souci de sécurité et de maintien de l'ordre public.

Enfin, les hommes tourmentés et déprimés sont internés pour des raisons connexes à leur état. Les délires hypocondriaques, mystiques ou encore la nudité et la masturbation constituent des raisons valables pour leur mise à l'écart. En fait, si ces hommes n'ont ni tenté ni manifesté le désir de se détruire, la dépression à elle seule ne peut justifier l'admission à Saint-Jean-de-Dieu. Les états de fatigue ou de damnation conduisent certaines personnes à demander leur propre internement. Ces cas remettent en question l'idée d'une institution asilaire totalitaire. Il n'en demeure pas moins que, du point de vue de la société, ils révèlent aussi à quel point cette volonté n'est aucunement perçue comme une attitude raisonnable, mais au contraire comme un comportement « bizarre » de personnes dont le vœu est d'être enfermés chez les « fous ».

CHAPITRE 7

LE MARIAGE ET LA FAMILLE

[L'atrophie du sens moral signale] l'absence de sentiments familiaux chez le père, la mère et les enfants.
Drs. Langlois, Saucier et Amyot, 1930¹.

En 1911, Brigitte, 20 ans, craint, à raison, que ses parents ne divorcent. Ses craintes sont justifiées. Après la séparation, elle va vivre chez son père et sa belle-mère. Elle refuse d'aider sa belle-mère dans les tâches ménagères et s'enferme dans sa chambre de 14 à 16 heures par jour. Elle ne sort que pour aller à l'église². En 1931, à l'âge de 40 ans, elle en est à son troisième internement³. Dépressive et très dévote depuis 20 ans, elle n'a plus le goût de vivre et manifeste maintenant le « désir de se suicider »⁴. Si en 1911 le médecin de famille attribue sa maladie à des troubles menstruels liés à l'hystérie⁵, à Saint-Jean-de-Dieu elle est diagnostiquée mélancolique. Brigitte n'a jamais accepté le divorce de ses parents. Les mariages brisés ne sont pas légion à cette époque. Ce chapitre aborde la question du mariage et de la famille. C'est à partir des témoignages écrits des proches et du personnel de Saint-Jean-de-Dieu, qu'il est possible de retracer les cas des femmes, des maris ou des parents qui n'arrivent pas à jouer adéquatement le rôle social auquel on s'attend d'eux, comme les parents de Brigitte. Nous verrons que, dans le cas d'hommes, ils se retrouvent à l'asile pour avoir attenté à la vie de leurs enfants et de leurs femmes. Chez les femmes, leur dossier fait

¹ Edgar Langlois, Jean Saucier et Roma Amyot, *Manuel de Neuro-Psychiatrie*, Montréal, Éditions Edouard Garand, 1930, p. 164.

² AHLHL, Dossier 22926, Rapport de l'assistante sociale, années 1920.

³ AHLHL, Dossier 22926, Fiche d'admission, 1931.

⁴ AHLHL, Dossier 22926, Résumé de dossier, 1931.

⁵ AHLHL, Dossier 22926, Fiche d'admission, 1931.

voir que, pour la plupart, elles ne peuvent s'acquitter de la tâche d'élever leurs enfants ou de tenir maison. On peut également leur reprocher de saccager l'intérieur de leur maison ou de tenir des propos scandaleux.

Le mariage, les relations de couples et la famille constituent des thèmes de recherche riches et bien étudiés un peu partout en Occident depuis les années 1960⁶. Depuis quelques années, une littérature en histoire prend pour thème la famille et la psychologie au XXe siècle, sous l'angle de la « normalisation de la famille nucléaire ». Alors que Cynthia Comacchio s'est penchée sur le rôle de l'intervention médicale et étatique dans la formation d'un nouveau modèle de famille entre 1850 et 1940, Mona Gleason et Michael Gauvreau se sont intéressés à la psychologie, à la pédagogie et aux sciences sociales dans la conception de l'idéal de la famille nucléaire comme seul modèle légitime dans l'après-guerre⁷.

Andrée Lévesque rappelle dans son étude sur les femmes déviantes que la maternité est un enjeu important dans la vie des femmes au Québec durant l'entre-deux-guerres⁸. Mary Okin, plus récemment, soutient le même point⁹. En fait, la grande majorité des historiennes

⁶ Notamment Jean-Louis Flandrin, *Familles. Parenté, maison, sexualité dans l'ancienne société*, Paris, Seuil, 1984; Edward Shorter, *Naissance de la famille moderne, XVIIIe-XXe siècle*, Paris, Seuil, 1975; Joy Parr, éd. *Childhood and Family in Canadian History*, Toronto, McClelland and Stewart, 1982; Bettina Bradbury, éd. *Canadian Family History, Selected Readings*, Toronto, Copp Clark Pitman, 1992.

⁷ Cynthia R. Comacchio, *The Infinite Bonds of Family : Domesticity in Canada, 1850-1940*, Toronto, University of Toronto Press, 1999; Mona Gleason, *Normalizing the Ideal : Psychology, Schooling, and the Family in Postwar Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1999; Michael Gauvreau, « Conclusion : The Family as Pathology. Psychology, Social Science, and History Construct the Nuclear Family, 1945-1980 » dans Nancy Christie et Michael Gauvreau, éd. *Mapping the Margins. The Family and Social Discipline in Canada, 1700-1975*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2004. Aussi, Michael Gauvreau, *Les origines catholiques de la Révolution tranquille*, Montréal, Fides, 2008 (en anglais chez McGill-Queen's, 2005).

⁸ Dans la partie sur les normes de Andrée Lévesque, *La norme et les déviantes. Des femmes au Québec pendant l'entre-deux-guerres*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 1989; « Mères ou malades : Les Québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins », *RHAF*, Vol.38, No.1, 1984, pp. 23-37.

⁹ Mary Glennon Okin, « Madwomen » in *Quebec : An Analysis of the Recurring Themes in the Reasons for Women's Committal to Beauport, 1894-1940*, thèse de doctorat en histoire, University of Maine, 2008, pp. 288-292.

des femmes à avoir travaillé sur le Québec et le Canada souligne l'impératif d'être une épouse et une mère pour accéder au rang de bonne citoyenne canadienne. Denise Baillargeon et Joy Parr analysent les discours des maris et des femmes pour mieux cerner les rôles prescrits pour l'un et l'autre au sein du mariage durant l'entre-deux-guerres¹⁰. La femme au foyer et l'homme pourvoyeur en sont les seuls et uniques modèles. Si la réalité des familles canadiennes-françaises n'est pas toujours fidèle aux prescriptions normatives, certaines valeurs restent essentielles. Nous verrons dans ce chapitre des épouses, des maris, des mères et des pères, qui ont franchi la limite de l'acceptable.

7.1. Les familles dans la tourmente.

Les femmes violentes envers leurs maris et leurs enfants, indécentes, malpropres ou encore les femmes effrayées, dévotes ou suicidaires, représentent toutes des cas de femmes susceptibles d'être internées. Elles ont failli à la tâche, en étant ni bonne épouse ou ni bonne mère. Les hommes, quant à eux, lorsqu'ils refusent de travailler ou compromettent la sécurité de leurs proches deviennent *persona non grata* au sein du foyer. Cette section sera consacrée à présenter leur dossier pour essayer de tirer quelques conclusions sur les facteurs sociaux et médicaux qui précèdent à leur internement.

La maternité et le rôle des mères comptent parmi les sujets les plus étudiés depuis la vague des études féministes dans les années 1970. Yvonne Knibiehler est une pionnière sur la question de la maternité en France. Au Québec et au Canada, Katherine Arnup, Ruth Roach Pierson, Andrée Lévesque, et plus récemment, Denise Baillargeon et Cynthia

¹⁰ Denise Baillargeon, *Ménagères au temps de la crise*. Montréal, Éditions du Remue-ménage, 1991; Joy Parr, *The Gender of Breadwinners. Women, Men, and Change in Two Industrial Towns, 1880-1950*, Toronto, University of Toronto Press, 1990.

Comacchio se sont penchées, elles sur les représentations médicales de la maternité¹¹. Comacchio, en insistant sur le rôle de la médecine dans la définition de la « bonne mère », révèle que la médecine a su intégrer de nouveaux savoirs comme ceux provenant de la pédagogie et de la psychologie. L'éducation des enfants et la responsabilité des mères dans ce domaine sont des thèmes largement discutés au sein des experts de ces sciences sociales et humaines.

Vincent Duhaime, qui étudie le discours du mouvement familial et l'expérience des pères dans l'après-guerre, relève que les publications du mouvement familial reconceptualisent une vision du père qui protège le foyer familial des menaces de la modernité¹². On compte également plusieurs études sur le père de famille pourvoyeur. L'historiographie nous apprend que les hommes, autant que les femmes, construisent, s'approprient et perpétuent une certaine conception de l'identité masculine. Joy Parr, par exemple, met en relief les interactions entre les femmes et les hommes de deux villes ontariennes entre 1880 et 1950. Elle montre que ce sont les conceptions genrées qui façonnent les rôles dévolus aux hommes et aux femmes tant dans la sphère domestique que publique¹³. Récemment, Christopher Dummit, en étudiant la masculinité durant l'après-guerre au Canada, a rappelé ce que cela comportait d'avoir à assumer le rôle masculin tel que défini durant cette période d'entrée dans la « modernité ». En étudiant la masculinité à partir des discours de l'après-guerre, les concepts de contrôle, de rationalité, d'efficacité, de force et de risque forgent la conception de l'homme « normal ». Plusieurs hommes entrent en conflit avec cet idéal en adoptant de nombreux comportements opposés à ces attributs et, par

¹¹ Yvonne Knibiehler et Catherine Fouquet, *L'histoire des mères du moyen-âge à nos jours*, Paris, Editions Montalba, 1980; Katherine Arnup, Ruth Roach Pierson et Andrée Lévesque, *Delivering Motherhood. Maternal Ideologies and Practices in the 19th and 20th Centuries*, London, Routledge, 1990 ; Denise Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal, Éditions Remue-ménage, 2004; Cynthia Comacchio, *'Nations Are Built of Babies'. Saving Ontario's Mothers and Children, 1900-1940*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1993.

¹² Vincent Duhaime, « 'Les pères ont ici leur devoir' : le discours du mouvement familial québécois et la construction de la paternité dans l'après-guerre, 1945-1960 », *RHAF*, Vol. 57, No.4, 2004, pp. 535-566.

¹³ Joy Parr, *The Gender of Bredwinners*, *op. cit.*, pp. 229-246.

conséquent, jugés déviants. Pensons notamment aux vagabonds, aux meurtriers, aux déserteurs, aux « efféminés » qui sont exclus du giron socialement construit qu'est la masculinité « noble » ou, ce qui revient au même, le rôle masculin légitime. Dummit a montré aussi en quoi l'idéal normatif masculin crée une hiérarchie de ce qu'est la masculinité, une hiérarchie mise en évidence avec les variables de classe, d'ethnie et d'aptitudes physiques et intellectuelles¹⁴.

Parmi les comportements « masculins déviants » qui relèvent de la psychiatrie à l'époque, l'alcoolisme et la syphilis sont, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, associés plus souvent aux hommes qu'aux femmes. L'alcoolisme touche notamment les pères de famille tout comme les maris sans enfant. Frappés par cette habitude, ils ne peuvent, bien souvent, se conformer aux critères sociaux et moraux de base en vigueur à l'époque, dont le plus important pour eux est certes le rôle de protecteur et de pourvoyeur. Nous verrons que les discours des proches de ces patients font état régulièrement des conséquences de leurs abus d'alcool. La même situation a été remarquée ailleurs à la même époque. Ainsi, Patricia Prestwick et Stephen Patnode se sont intéressés à la médicalisation de l'alcoolisme en France et aux États-Unis. Prestwick a montré que l'alcoolisme était une catégorie déviante importante au tournant du XXe siècle en France. Les psychiatres ont voulu mieux définir l'alcoolisme dans ses différentes formes pour mieux médicaliser ses effets de manière à ne plus seulement gérer des ivrognes le temps d'une cure de désintoxication à l'asile¹⁵. Patnode, en s'intéressant à la médicalisation de l'ivresse aux États-Unis entre 1930 et 1950, a montré le rôle joué par les regroupements d'Alcooliques Anonymes (AA) qui privilégient l'explication causale physiologique de l'alcoolisme. En définissant l'alcoolisme comme une

¹⁴ Christopher Dummit, *The Manly Modern*, op. cit., pp. 151-161.

¹⁵ Patricia E. Prestwick, « Drinkers, Drunkards, and Degenerates : The Alcoholic Population of a Parisian Asylum, 1867-1914 », dans J. Blocker Jr. Et C. Krasnick Warsh, éd. *The Changing Face of Drink, Substance, Imagery, and Behaviour*, Les publications Histoire sociale, Ottawa, 1997, pp. 115-132.

maladie, ces ex-alcooliques revendiquent un idéal familial normatif pour faciliter leur réhabilitation¹⁶.

L'analyse des dossiers des hommes mariés et des pères de famille permet de cerner quels sont les comportements inacceptables dans la sphère privée. Les cas présentés dans ce chapitre mettent en lumière les raisons familiales et conjugales invoquées pour interner un père ou un mari considéré comme malade mental. On verra que la violence, l'alcoolisme ou la jalousie excessive sont souvent invoqués pour mettre à l'écart un proche. La jalousie n'est pas spécifique aux hommes. Plusieurs femmes jalouses frappent et profèrent des injures à leurs maris. Si l'agressivité envers les membres de la famille est moins souvent invoquée pour demander l'admission des femmes à l'asile, l'immoralité, la malpropreté et la négligence à l'égard des enfants apparaissent comme intolérables aux yeux du père de famille et l'amène quelquefois à demander l'internement de son épouse. Enfin, les derniers cas présentent des femmes célibataires qui se sont imaginées mères et épouses.

7.1.1. Les mauvaises mères : immorales et violentes.

Les patientes internées, épouses et mères de famille, n'ont pas adopté des comportements « standards » à propos de l'éducation de leurs enfants tels qu'ils sont établis selon les spécialistes. On leur reproche de laisser leurs enfants se salir et de blasphémer en leur présence. On leur reproche aussi de briser le mobilier de leur demeure. Si elles ne négligent pas leurs enfants, certaines femmes mariées sont tout de même jugées des mères indignes. Scandaleuses, immorales, violentes, mais surtout jalouses, elles sont alors internées à Saint-Jean-de-Dieu. La loi le permet, puisqu'elles défient la sécurité publique et parfois

¹⁶ Stephen Patnode, « 'Their Lack of Masculine Security and Aggression Was Obvious' : Gender and the Medicalization of Inebriety in the United States, 1930-1950 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, Vol. 24, No. 1, 2007, pp. 67-92.

même celle de leur ménage. La jalousie, lorsqu'elle est excessive, amène des femmes à être violentes envers leurs conjoints et leurs enfants. Les symptômes décrits pour l'internement dépassent la limite de l'acceptable pour la famille. Les propos de Hélène et Roberta témoignent de mésententes conjugales. Lorsque les psychiatres demandent à Hélène : « Aviez-vous du trouble chez vous avant de venir? », elle répond : « Pour dire que ça allait bien, ça allait pas bien »¹⁷. Roberta dit qu'elle se « disputait pour des affaires qui s'est passé entre nous deux [elle et son mari]. Naturellement, la femme est toujours plus chicanière que l'homme; lui, il se fâchait et il me donnait des coups de poing »¹⁸.

Elles sont plusieurs à frapper leur mari et leurs enfants, mais les comportements jugés immoraux comptent assurément parmi ceux qui les condamnent le plus. Dans le cas de Léonie, 45 ans, c'est le prêtre de la paroisse qui se charge de demander son admission à Saint-Jean-de-Dieu. Bien qu'il ne soit pas témoin de ce qui est reproché à cette femme, ce prêtre, autorité par excellence au sein de sa communauté, écrit au surintendant en 1931 :

On nous dit qu'elle est folle en ce moment et menace la famille. Elle veut tuer ses enfants. Ils doivent la surveiller continuellement. On m'a écrit me demandant d'arranger les affaires pour la faire placer. [...] Deux choses sont à remarquer. C'est une affaire qui presse. Voyez-y tout de suite. C'est une affaire bien délicate. N'en parlez pas à personne, même à votre famille. Ce sont des choses tristes et moins c'est connu, mieux c'est.¹⁹

Ce prêtre, tout en mettant l'accent sur l'urgence d'interner la mère de famille parce qu'elle est une source de danger, ne manque pas de souligner le tabou à l'égard de la folie. Comment interpréter différemment, en effet, cette directive de ne pas en parler, car voilà une affaire délicate. Le dossier nous apprend que Léonie a des comportements jugés violents et scandaleux depuis six ans. Elle est jalouse et violente envers son mari, frappe ses enfants et parle scandaleusement devant eux²⁰. Lors de son admission, les psychiatres constatent qu'elle est sujette à des hallucinations visuelles et auditives puisqu'elle voit des gens quand

¹⁷ AHLHL, Dossier 27257, Fiche d'admission, 1936.

¹⁸ AHLHL, Dossier 33808, Histoire personnelle, 1941.

¹⁹ AHLHL, Dossier 22451, Lettre d'un prêtre, 1931.

²⁰ AHLHL, Dossier 22451, Dossier d'internement, Examen mental, 1931.

personne n'est là. Elle reçoit initialement un diagnostic de psychose périodique qui sera, plus tard, changé en manie²¹.

Dans notre échantillonnage, la plus jeune des femmes mariées internées est Marguerite. Elle a 20 ans lors de son internement, en 1921, pour des crises de jalousie envers son mari qui durent depuis cinq ans. Selon ce dernier, elle a aussi commencé à faire « du mutisme, [à avoir] des hallucinations visuelles et des crises de violence et d'agitation durant lesquelles elle brûle et déchire du linge de sa maison, et même menace d'enlever la vie à son enfant »²². Ce dernier point justifie, selon les psychiatres, son internement. Bien qu'elle soit apathique et indifférente à son arrivée, elle reçoit le diagnostic de manie de nature héréditaire, manie fondée sur la description établie par son mari²³.

Laurence, 41 ans, est internée une première fois en 1918, puis une seconde en 1921. Elle se dit malheureuse et « veut vendre sa propriété et tenir ses enfants en toilette, faire la grande vie »²⁴. Mère de quatre enfants, son premier internement suit un accouchement. Sortie quelques temps après, elle « n'a [selon son mari] jamais recouvré sa raison depuis quoiqu'elle soit sortie ». Elle a peur de son mari et est violente envers lui. Elle prie constamment. Elle est réinternée en 1921²⁵, cette fois pour cause d'auto-intoxication avec un diagnostic de démence précoce²⁶.

C'est aussi en 1918 que les premiers symptômes de folie de Martha, 35 ans, font leur apparition, symptômes attribués à la grippe espagnole. Elle est internée huit ans plus tard à la demande du mari qui raconte que sa femme a vraiment commencé à faire « de la folie » en

²¹ AHLHL, Dossier 22451, Fiche d'admission, 1931.

²² AHLHL, Dossier 15558, Résumé de dossier, histoire sociale, 1921.

²³ AHLHL, Dossier 15558, Fiche d'admission, 1921.

²⁴ AHLHL, Dossier 15146, Formule C, 1921.

²⁵ AHLHL, Dossier 15146, Formule C, 1921.

²⁶ AHLHL, Dossier 15146, Fiche d'admission, 1921.

1921. Elle parlait toute seule et faisait des signes. Il espérait que tout reviendrait à la normale, ce ne fut pas le cas. Il demande l'internement de sa femme parce qu'elle « laissait les enfants se salir dans leur linge et ils restaient dans cette condition jusqu'à [son] arrivée et c'était l'agrément que j'avais après ma journée d'ouvrage »²⁷. Il ajoute qu'il a fait tout son possible pour la garder mais que c'était une « affaire impossible ».

Tenue au courant de l'internement de sa fille, la mère de Martha écrit peu de temps après au surintendant médical en lui disant :

My daughter never has been sick before of that sickness. Before we came to this country in Italy, I would say she was unmarried and she commenced to worry and she was saying that she heard a voice in her ears, and that was all. Then we came to this country and she married ten years after. Her husband has been cruel to her and that his everything.²⁸

Ne croyant pas à la version de la mère sur la cruauté du mari, le surintendant émet plutôt un diagnostic de démence précoce de type hébéphrénique, basé sur le fait qu'elle entend des voix et ne s'occupe de rien²⁹.

En 1931, Adrianna, 36 ans, doit être internée selon son mari. Elle fait de l'insomnie, refuse de manger, est anxieuse et agitée. Elle est aussi cleptomane et brise tout ce qui lui tombe sous la main³⁰. On ne sait pas plus sur le passé et les symptômes d'Adrianna. Le seul fait noté dans son dossier est que son internement suit un accouchement. À l'entrevue d'admission, elle manifeste un comportement mystique et outré.

Question. Est-ce que vous avez entendu des choses curieuses?

Réponse. J'ai entendu des choses dites par des hommes, je veux pas les dire, c'est défendu.

Q. Qui défend ça?

R. Dieu lui-même.

Q. Est-ce qu'il vous parle, le Bon Dieu?

²⁷ AHLHL, Dossier 18497, Lettre du mari, 1926.

²⁸ AHLHL, Dossier 18497, Lettre de sa mère, 1926.

²⁹ AHLHL, Dossier 18497, Fiche d'admission, 1926.

³⁰ AHLHL, Dossier 22823, Histoire psycho-sociale, 1931.

R. Oui.

Q. Qu'est-ce qu'il dit?

R. ...

Q. Le diable vous a-t-il parlé, lui?

R. Oui.

Q. Qu'est-ce qu'il vous a dit?

R. ...

[...] Q. Pourquoi le Bon Dieu vous parle-t-il, avez-vous une mission?

R. Oui, j'ai une mission à remplir.

Q. Qu'est-ce que c'est?

R. Le règne de Jésus-Christ sur la terre, en combattant les modes indécentes et immorales avec un scapulaire, les décolletés avec une médaille. [...] [La malade s'interrompt pour demander de bien prendre ces faits en note]³¹.

En 1931, Adrianna est diagnostiquée avec une psychose puerpérale, puis avec une psychose maniaque dépressive, forme maniaque et, en 1952, son diagnostic lui attribue une schizophrénie de forme paranoïde chronique³².

Dans les années 1920 et au début des années 1930, le mot paranoïa n'a pas encore fait son apparition dans le vocabulaire psychiatrique. Les cas de jalousie sont alors diagnostiqués comme des manies. À partir de 1936, Hélène, Fleure, Roberta, Angie et Héloïse reçoivent donc un diagnostic que les anciennes jalouses n'ont pu avoir, soit d'être catégorisées comme paranoïaques. À 44 ans, Hélène est mère de quinze enfants. Elle est internée pour surmenage en 1936³³. C'est son mari qui l'emmène à Saint-Jean-de-Dieu. Il souligne que sa femme en est à son deuxième « accès de folie ». Le premier, en 1925, a duré deux mois, et celui-ci est déjà à son quatrième mois. Voici comment il décrit le comportement de sa femme :

Elle accuse son mari d'infidélité; elle croit que la femme au-dessus d'elle lui ôte ses enfants, retire le loyer, qu'elle ne peut tolérer l'aînée de ses enfants, que les autres enfants sont contre elle, que la femme d'en haut voit tout ce qui se passe dans la maison et qu'elle frappe quand ce n'est pas à son goût. Elle a des illusions, que sa voisine ne veut pas qu'elle mange tel ou tel aliments et alors elle ne mange pas. Elle ne veut plus dire le chapelet en famille, à forcer sa fille aînée à quitter le foyer. Se prive souvent de manger, dort peu³⁴.

³¹ AHLHL, Dossier 22823, Assemblée des médecins, 1931.

³² AHLHL, Dossier 22823, Fiche d'admission, 1931.

³³ AHLHL, Dossier 27257, Fiche d'admission, 1936.

³⁴ AHLHL, Dossier 27257, Extrait du dossier médical, 1936.

Fait important à souligner, le mari dit également qu'elle s'enfuit sans dire où elle allait.

L'entrevue montre une femme consciente des problèmes au foyer.

Question. Vous aviez du trouble chez vous avant de venir?

Réponse. Pour dire que ça allait bien, ça allait pas bien.

Q. Depuis quand?

R. Près d'un an.

Q. Quelle est la cause?

R. Je ne sais pas, on dit toujours que je fais rien de bon.

Q. Combien d'enfants avez-vous?

R. 15 enfants.

Q. Qu'est-ce qu'elle disait [la voisine d'en haut]?

R. Elle disait que ça sentait pas bon dans ma maison. [...] Elle disait que ça sentait la pisser chez nous³⁵.

Les psychiatres notent au dossier qu'il y a « persistance du thème de la jalousie basée sur des interprétations délirantes », d'où le diagnostic de paranoïa interprétative³⁶. Ils soulignent bien qu'elle n'est ni menaçante, ni agitée, « [e]lle se croyait la Reine Hermine, elle aurait connu le Prince de Galles et aurait soigné la Famille Royale [...] »³⁷. Son délire « royal » lui vaut son admission à Saint-Jean-de-Dieu.

En 1935, Fleure, 32 ans, devient violente. Internée un an plus tard, elle se croit « persécutée par son mari et sa famille, frappe son mari, blasphème devant ses enfants, elle a voulu mettre le feu dans son lit »³⁸. Selon son mari, sur six enfants dans la famille de sa femme, il n'y en a que deux de bien. À propos de ses attaques contre son mari, elle décline sa responsabilité puisqu'elle croit que son mari ne l'aime plus. En 1935, son séjour à Saint-Jean-de-Dieu est bref. Elle y revient cependant en 1941³⁹. Toujours selon son mari :

³⁵ AHLHL, Dossier 27257, Assemblée des médecins, 1936.

³⁶ AHLHL, Dossier 27257, Fiche d'admission, 1936.

³⁷ AHLHL, Dossier 27257, Extrait du dossier médical, 1936.

³⁸ AHLHL, Dossier 28178, Dossier d'internement, 1936.

³⁹ AHLHL, Dossier 28178, Dossier d'internement, 1936.

j'ai constaté qu'elle était pas assez bien; elle s'occupait pas de son ouvrage, elle a battu un de ses enfants à propos de rien. Elle avait un bâton, je l'ai arrêtée tout de suite; à part de ça, en dernier de toute, un soir, au souper, elle s'est fâchée à propos de rien; j'ai pensé que c'était mieux de la ramener; à tout bout de champs, elle se mettait à parler toute seule. J'ai un enfant que mon garçon élève, il est venu à la maison un soir et elle voulait plus qu'il s'en aille, l'enfant avait peur, il voulait « pus » rentrer; elle me disait : « Tu vas aller le chercher, je veux le garder » et là, elle s'est mis à sacrer. J'ai pensé que c'était mieux qu'elle revienne [à Saint-Jean-de-Dieu]⁴⁰.

Elle reçoit un diagnostic de paranoïa en 1936 sur ses symptômes de persécution, diagnostic qui demeure en 1941⁴¹. Fleure est un mauvais exemple pour ses enfants, elle est violente et blasphématrice.

En 1941, Roberta et Angie sont internées comme paranoïaques. Âgée de 38 ans, Roberta est une mère de trois jeunes enfants et elle a, selon son mari, des « troubles de caractère »⁴². Depuis un an, selon les dires du mari, elle fait des crises nerveuses et elle est très jalouse. Elle a aussi mauvais caractère, veut battre son mari tout comme ses beaux-parents qui, selon elle, la persécutent⁴³. Toujours selon le mari, après ses crises, tout va bien, mais comme elles sont nombreuses, il n'a d'autres choix que d'entamer une procédure d'internement. Lors de son admission, le psychiatre lui demande de quoi elle souffre. Elle répond : « J'étais pas mal nerveuse. [...] On se disputait pour des affaires qui s'est passé entre nous deux. Naturellement, la femme est toujours plus chicanière que l'homme; lui, il se fâchait et il me donnait des coups de poing »⁴⁴. Roberta est catégorisée comme une persécutée/persécutrice, un cas lourd selon les spécialistes de l'époque puisque ces personnes peuvent être violentes.

⁴⁰ AHLHL, Dossier 28178, Dossier d'internement, 1936.

⁴¹ AHLHL, Dossier 28178, Dossier d'internement, 1936.

⁴² AHLHL, Dossier 33808, Histoire personnelle, 1941.

⁴³ AHLHL, Dossier 33808, Histoire personnelle, 1941.

⁴⁴ AHLHL, Dossier 33808, Assemblée des médecins, 1941.

Le dossier de Roberta, qui contient une correspondance volumineuse, nous permet d'en savoir un peu plus sur sa personne et sur son entourage. Son mari écrit plusieurs lettres au Dr. Noël pour demander des nouvelles de sa femme. Au cours de ces échanges épistolaires, le docteur l'interroge sur les causes probables de la maladie de sa femme. Son mari écrit que les symptômes sont apparus tout de suite après une opération de la « matrice et [d]es aux vert », il y a trois ans. « Qu'and il arive le temp de ses maladi elle pati beaucoup le sant lui remonte tout a la taite et elle a male a la taite et dan le vantre »⁴⁵. Cette opération est corroborée par la patiente elle-même. Loin d'y associer la cause biologique de son mal être, elle décrit l'anesthésie et les visions qu'elle a eues et qui depuis demeurent.

Son mari explique que les symptômes sont de plus en plus intenses et qu'elle croyait que les gens du village lui en voulaient. Ceci dit, il mentionne que le voisinage commérait car elle n'allait plus à la messe depuis un an. Tout comme pour Hélène qui ne dit plus son chapelet en famille, l'indifférence religieuse de Roberta crée la suspicion sur l'état de santé mentale de ces femmes. Internée en 1941, Roberta sort peu de temps après mais est réinternée un an et demi plus tard. Cette fois, c'est le ministre des Travaux publics qui recommande, via le sous-ministre de la Santé, de ne pas la laisser sortir⁴⁶. Il écrit : « C'est une folle dangereuse qui sème la terreur et le scandale autour d'elle, par des menaces et sa conduite »⁴⁷. Son mari aussi écrit au surintendant médical. Il ne peut plus la garder car elle « fait des misères » et menace de tuer, il ajoute « il me faut protéger mes enfants, et aussi leur donner le droit de vivre comme d'autres »⁴⁸. Roberta est alors réinternée. Dans ses lettres au Dr. Noël, elle mentionne que, bien qu'elle s'ennuie de ses enfants et déteste ses beaux-parents, ce qui lui cause le plus de soucis, est de ne pas être dans la salle de couture à

⁴⁵ AHLHL, Dossier 33808, Lettre du mari au Dr. Noël, 1945.

⁴⁶ Cette patiente fait partie d'une famille de notables connus. L'intervention du ministre des Travaux publics est due à cette situation.

⁴⁷ AHLHL, Dossier 33808, Lettre du ministre des Travaux publics au sous-ministre de la Santé et du Bien-être social, 1945.

⁴⁸ AHLHL, Dossier 33808, Lettre du mari au surintendant Noël, 1945.

faire son métier. Roberta restera à Saint-Jean-de-Dieu le reste de sa vie et son mari s'enquîrera de l'état de sa femme pendant plusieurs années.

S'intéresser de près au sort d'un membre de la famille interné n'est pas rare. Ainsi, la famille d'Angie montre « beaucoup de bonne volonté » à son égard. À 53 ans, elle représente un cas de « porte tournante ». Depuis quinze ans, elle a eu plusieurs « accès mentaux », c'est-à-dire des crises psychotiques selon les psychiatres, entrecoupés d'amélioration mais non de guérison. Son histoire commence en 1931, année au cours de laquelle elle éclatait de rire pour des « raisons qui n'amusaient personne », parlait toute seule et gesticulait comme s'il y avait quelqu'un, mangeait de la terre et trouvait ça bon, chassait les démons. Elle alla même jusqu'à conseiller à ses petites filles de 10 et 14 ans de se livrer à la prostitution. Elle déchirait ses vêtements, se mettait nue devant les enfants et était malpropre⁴⁹. Quoique la description faite par son mari montre un cas plutôt lourd, elle entre et sort plusieurs fois de l'asile. Agitée, incohérente, agressive, parfois violente et même démentielle⁵⁰, elle reçoit un diagnostic de paranoïa sur la base de la jalousie en 1941, même si aucune mention de comportements jaloux n'est présente au dossier⁵¹.

Les accusations d'infidélité constituent un aspect important des comportements jaloux. Elles s'accompagnent souvent, selon les maris, de violence envers eux et les enfants. C'est ce que montre le cas d'Héloïse qui, depuis 4 ans, est jalouse et frappe son mari. Déjà hospitalisée en 1942 pour dépression nerveuse et faiblesse, elle est internée de nouveau en 1946 à l'âge de 38 ans. Selon le témoignage de son mari, « Elle lui lance tout ce qui lui tombe sous la main, sous prétexte qu'il la trompe »⁵². Elle l'accuse de sortir, le menace, se barricade dans la maison avec lui, cherche les autres femmes que son mari aurait introduit dans la maison et est toujours fâchée et loquace. De plus, toujours selon son mari, elle maltraite ses deux enfants, les frappe et refuse de leur donner le nécessaire.

⁴⁹ AHLHL, Dossier 33416, Dossier d'internement, 1941.

⁵⁰ AHLHL, Dossier 33416, Évolution, 1941.

⁵¹ AHLHL, Dossier 33416, Fiche d'admission, 1941.

⁵² AHLHL, Dossier 38557, Histoire personnelle et extrait du dossier d'internement, 1946.

Après cette description, nul n'est surpris de retrouver à son dossier une indication précisant que son internement est nécessaire car ses comportements sont une cause de scandale. Rappelons-nous que l'indécence et la perturbation de l'ordre public justifient dans plusieurs cas l'internement. D'autant que, toujours selon son mari, Héloïse se promène nue devant les enfants, ne se lave pas depuis 4 ans, ne s'occupe pas de la maison et reste inactive⁵³. De manière générale, selon lui, sa femme n'est pas une épouse idéale. Les médecins diagnostiquent une paranoïa sur la base de ses comportements jaloux⁵⁴. Même si les causes de son internement reposent sur ses actes d'indécence et sur ses comportements violents envers ses enfants, ils ne semblent être que des effets secondaires d'un délire paranoïaque.

Les théories psychogéniques et environnementales font désormais partie de la psychiatrie et constituent des outils cognitifs reconnus pour expliquer les causes des maladies mentales. Si Lunbeck parlait, en paraphrasant Freud, de la psychopathologisation de la vie quotidienne dès les années 1910 à Boston, le courant ne se répand cependant en Amérique avec force qu'après la Deuxième Guerre mondiale. Comme on l'a vu dans les chapitres précédents, l'éducation des enfants devient la mesure par excellence de prévention des maladies mentales. À une époque où c'est à la mère qu'incombe cette responsabilité, on ne s'étonnera pas que les « mauvaises mères », incapables d'éduquer correctement leurs enfants, s'attirent l'opprobre de la société et que leurs comportements soient perçus par les psychiatres comme des signes d'aliénation mentale.

Les cas de Myriam et Régine, internées respectivement en 1936 et 1941, donnent à penser que, même si les savoirs psychologisants prennent force dans l'après-guerre, le mouvement d'hygiène mentale et le discours sur la famille idéale comme outil de prévention des maux sociaux sont déjà présents au cours des années 1930. Alors qu'Héloïse, dont il a été question plus haut, est internée directement à Saint-Jean-de-Dieu, Myriam, 27 ans, est

⁵³ AHLHL, Dossier 38557, Histoire personnelle et extrait du dossier d'internement, 1946.

⁵⁴ AHLHL, Dossier 38557, Fiche d'admission, 1946.

d'abord arrêtée « par la police pour avoir tenu sa maison dans un état de malpropreté repoussante et indescriptible, pour avoir négligé de donner à ses enfants les soins les plus élémentaires »⁵⁵. Régine, 35 ans, est accusée quant à elle de conduite immorale et de négligence à l'endroit de ses enfants⁵⁶. Ses comportements, peut-on lire dans son dossier, sont une cause de scandale et sa conduite est jugée « absolument vicieuse et immorale » pour ses enfants⁵⁷.

Elle tient sa maison dans un état de malpropreté inouïe. Pendant que son mari vit en concubinage avec une autre femme, elle même tient la même conduite avec le mari de cette concubine et quand elles accouchent elles s'entraident. Ne porte aucun soin à ses enfants et conséquemment avec un tel exemple sous les yeux, ceux-ci se conduisent de façon immorale⁵⁸.

Le Dr. Plouffe juge que Myriam est une psychopathe non délirante, un état qui est dû à un retard du développement de ses facultés intellectuelles de nature congénitale⁵⁹. Elle est internée sur la base de ses tendances anti-sociales. Même si la théorie de Morel n'a plus cours dans le champ de la psychiatrie, le Dr. Plouffe évoque néanmoins la présence de nombreux stigmates de dégénérescence dans le dossier de la patiente.

[Myriam] ne réalise pas sa conduite envers sa famille. Ne manifeste aucune émotion quand on lui parle de ses enfants. Le fait que ces derniers soient placés dans des institutions la rend plutôt joyeuse. Elle ne se rend pas compte que sa vie de concubinage avant son mariage était illégale et immorale. La seule chose, pour elle importante, était la satisfaction de ses appétits sexuels. Il est évident que, non seulement elle est dépourvue de toute éducation, mais aussi d'intelligence, de jugement et de sens moral⁶⁰.

Régine, tout comme Myriam, raconte sa vie au Dr. Plouffe sans honte et sans regret à l'instar des jeunes prostituées que nous avons décrites dans un chapitre antérieur. Elle est

⁵⁵ AHLHL, Dossier 27281, Formule B, 1936.

⁵⁶ AHLHL, Dossier 33414, Formule B, 1941.

⁵⁷ AHLHL, Dossier 33414, Formule B, 1941.

⁵⁸ AHLHL, Dossier 33414, Formule B, 1941.

⁵⁹ AHLHL, Dossier 27281, Formule B, 1936.

⁶⁰ AHLHL, Dossier 27281, Formule B, 1936.

arrêtée en 1941 pour cause de scandale et « ne semble pas se rendre compte de l'absurdité de sa conduite. [...] Dans son langage, dans ses remarques, dans son attitude elle manifeste tous les signes d'une débile mentale profondément perverse »⁶¹.

Psychopathes et débiles sont les deux termes psychiatriques qui reviennent constamment lorsqu'il est question d'immoralité et de sexualité « perverse ». Nous l'avons vu dans les cas des jeunes filles hypersexuelles et des jeunes hommes libidineux, ces femmes concubines et sexuelles sont aussi internées sur la base de critères moraux. Une sexualité « déviante » exprimée sans honte et sans regret est soit le signe d'un manque d'intelligence ou d'émotion. Force est de constater que la psychopathie, caractérisée par l'inadaptabilité sociale et le manque d'affect, est un diagnostic attribué à certaines femmes qui n'intègrent pas les valeurs et les standards moraux propres à leur sexe et à leur rôle de mère.

Yasmine, 34 ans, est diagnostiquée psychopathe en 1941⁶². Elle est internée à la demande de son mari parce qu'elle déchire ses vêtements et ceux de son mari et a brisé trois de ses montres. Elle a aussi mis ses enfants à la porte en plus de frapper les membres de son entourage⁶³. Son mari veut une annulation de mariage. Le prêtre de la paroisse prend parti pour ce dernier et écrit au surintendant pour expliquer que le mari « a enduré la vie commune pendant quinze ans à cause des deux enfants, qu'elle ignore »⁶⁴. Pour les psychiatres, la perte d'affect signalée par son mari à propos des enfants est révélateur d'une psychopathie. Mais, en plus des accusations d'entretenir une liaison avec sa sœur qu'elle adresse à son mari ce qui, après vérification, s'avère faux selon le psychiatre. Une fabulation qui confirmera le diagnostic de psychopathie⁶⁵. Toujours selon son mari, elle récrimine constamment, est jalouse et hypocondriaque.

⁶¹ AHLHL, Dossier 33414, Formule B, 1941.

⁶² AHLHL, Dossier 33320, Formule B, 1941.

⁶³ AHLHL, Dossier 33320, Formule B, 1941.

⁶⁴ AHLHL, Dossier 33320, Lettre d'un prêtre, 1946.

⁶⁵ AHLHL, Dossier 33320, Formule B, 1941.

Ses frères la font sortir sur bref d'habeas corpus un mois plus tard et la prennent en charge. Elle dit avoir été négligée par ses parents et que son mari est un bourreau⁶⁶. Nous n'en savons pas plus sur les relations familiales de Yasmine. Elle attribue son internement au fait que ses parents ont négligé son éducation et ne lui ont pas donné l'affection qu'elle aurait dû recevoir d'eux. C'est pourquoi les psychiatres s'intéressent un peu plus à son enfance. Ils découvrent alors que, dès son jeune âge, elle était « jongleuse » et avait un caractère difficile⁶⁷. Les symptômes, eux, révèlent qu'elle reproduit les mêmes comportements envers ses enfants. Les causes de la maladie ne sont plus d'origine héréditaire et physique, mais plutôt éducationnelle. Rappelons que le mouvement d'hygiène mentale a vulgarisé les connaissances sur l'influence néfaste d'une mauvaise éducation dans le développement des troubles mentaux.

Si certaines mères ont des comportements jugés immoraux ou encore négligent affectivement leurs maris et leurs enfants, d'autres sont mises au banc de la société pour avoir eu des comportements trop moraux. C'est le cas de Monica, 40 ans, une mère séparée de son mari qui se « dit inspirée par Dieu au point qu'elle ne s'occupe plus de ses enfants parce que sa mission est trop grande. « Je n'aurais jamais dû me marier et [être] souillée au contact d'un homme... » »⁶⁸. Contrairement à Myriam et Régine, elle est arrêtée et emprisonnée pour avoir troublé non pas l'ordre privé, mais l'ordre public. Son délire « religieux et militaire » est, selon les médecins, un signe manifeste de folie. Il témoigne, pourrions-nous ajouter, de la force qu'exerce la Seconde Guerre mondiale sur l'imaginaire des gens de l'époque. Un peu comme Jeanne d'Arc, Monica a la « conviction qu'elle doit gagner la guerre sous l'inspiration de Dieu »⁶⁹. Depuis environ trois ans, elle noircit des cahiers sur le sujet de la guerre.

⁶⁶ AHLHL, Dossier 33320, Formule B, 1941.

⁶⁷ AHLHL, Dossier 33320, Formule B, 1941.

⁶⁸ AHLHL, Dossier (5960), Formule B, 1941.

⁶⁹ AHLHL, Dossier (5960), Formule B, 1941.

Se transporte de Montréal à Ottawa et d'Ottawa à Québec se disant la Jeanne d'Arc moderne et insistant pour voir M. MacKenzie King, M. A. Godbout et tous les généraux de l'Armée afin de leur expliquer à tous ses plans pour gagner la guerre... Elle a des discours préparés qu'elle doit faire dans tous les grands centres de la province devant des foules immenses... [...] ⁷⁰.

À la Prison des femmes de Montréal, après son entretien avec la patiente, le Dr. Plouffe écrit que toute question éveille chez elle de véritables discours patriotiques. Selon lui, le délire de Monica serait dû à une ovariectomie subie quelques années plus tôt ⁷¹.

[Elle] se dit psychologue, philanthrope et philosophe. Raconte qu'elle apporte de la technique, de la stratégie, de la grande diplomatie pour diriger le cours de la guerre dont 18 États du sud de l'Europe et en vue de sauver le monde... [Pour] réussir dans sa mission, elle fait d'énormes sacrifices. Le premier, c'est de garder ses dents qui la font bien souffrir, le second de ne pas manger... Elle refuse de donner des explications[...], se réservant de les donner devant les généraux du Canada... ⁷²

Internée à Saint-Jean-de-Dieu, elle y restera toute sa vie.

Maniaques, paranoïaques, psychopathes, démentes et débiles, ainsi tombent les verdicts sur ces mères de famille internées à Saint-Jean-de-Dieu. Elles sont souvent jalouses ou frappent leur mari et leurs enfants. Mystiques, elles sont diagnostiquées délirantes. Pour elles, la voix de Dieu passe avant la famille. Si les comportements violents et la négligence des enfants constituent des raisons pour les maris de demander leur internement, les comportements immoraux et scandaleux associés à de la sexualité sont de loin, pour les psychiatres, les signes les plus probants de la « folie » de ces femmes. Aux yeux des maris, de la famille et des psychiatres, une mère se doit de donner le bon exemple. Alors que les jeunes femmes hypersexuelles, comme nous l'avons vu au chapitre six, compromettent la moralité publique, ces mères sont de mauvais modèles familiaux et mettent à mal la moralité privée

⁷⁰ AHLHL, Dossier (5960), Formule B, 1941.

⁷¹ AHLHL, Dossier (5960), Formule B, 1941.

⁷² AHLHL, Dossier (5960), Formule B, 1941.

7.1.2. Un problème maternel : la négligence des enfants.

Certaines mères, comme nous venons de le voir, prennent le chemin de Saint-Jean-de-Dieu parce qu'elles sont jugées indignes, immorales, violentes, malpropres. D'autres s'y retrouveront parce qu'elles sont découragées, se croient damnées ou veulent en finir avec la vie. Aglaé et Marika en sont deux exemples. Elles sont internées pour psychose maniaco-dépressive. Notre échantillon ne comprend pas beaucoup de cas de mères surmenées, épuisées, dépressives, alors que l'on pourrait penser qu'elles étaient plus nombreuses. Peut-être que leurs dossiers n'étaient pas assez parlants ou encore que certaines ne furent pas internées, mais « aidées » par leurs proches. En effet, les cas présentés ici sont ceux de mères qui ont voulu mettre leur vie en danger, ce qui justifie, par ce fait, leur internement.

Aglaé est internée en 1921 après avoir révélé qu'elle avait été témoin d'une apparition de la Sainte-Vierge. Âgée de 42 ans, elle a aussi vu une de ses cousines mortes, tout habillée de blanc. Il lui arrive de ressentir des courants dans son corps et de sentir que son corps est magnétisé. Finalement, elle prédit le début d'une nouvelle guerre « dans pas longtemps »⁷³. Son mari demande son internement. La lecture du dossier permet d'apprendre qu'elle a déjà fait une fausse couche et que deux de ses enfants sont morts en bas âge. Elle a un enfant à la maison et souffre de ne pas être chez elle, et ce même si les voisins lui disent qu'elle est folle⁷⁴. Toujours selon son mari, elle a commencé à avoir des symptômes lors d'une fausse-couche faite après quatre mois de grossesse⁷⁵. Internée, les psychiatres notent qu'elle a des illusions, des idées délirantes et des hallucinations⁷⁶. Mais, lors de l'entrevue en 1921, ce sont ses multiples grossesses qui intéressent les médecins. Ceux-ci cherchent à en comprendre les causes. Se basant sur les savoirs développés par Charcot sur l'hystérie, ils tentent d'associer ses délires à son utérus. Bien qu'elle manifeste des délires hallucinatoires,

⁷³ AHLHL, Dossier 15094, Assemblée des médecins, 1921.

⁷⁴ AHLHL, Dossier 15094, Assemblée des médecins, 1921.

⁷⁵ AHLHL, Dossier 18450, Formule B, 1926.

⁷⁶ AHLHL, Dossier 15094, Fiche d'admission, 1921.

elle n'est pas classifiée démente, mais maniaque dépressive de cause héréditaire⁷⁷. L'hérédité est l'une des causes les plus fréquemment indiquée au dossier des patients atteints d'une maladie mentale au début des années 1920.

Vingt ans plus tard, Marika, 30 ans, est internée pour psychose maniaco-dépressive, de forme dépressive. Au moment de son internement, elle est découragée depuis un an et voudrait s'enlever la vie mais n'en a pas le courage. Elle résiste à l'idée de se tuer, surtout lorsqu'elle regarde ses enfants⁷⁸. Pour se donner du courage, elle voudrait que son mari la batte et, devant son refus, se mutile en se frappant la tête contre les murs, en se griffant la figure et en jeûnant. Elle pleure souvent, dit n'être qu'une sans cœur et a l'impression d'être possédée par le démon. Elle avait l'impression d'avoir fait de mauvaises confessions et ainsi de tromper le prêtre⁷⁹.

Bien qu'elle dise ne pas avoir le courage de se tuer, Marika a pris de l'acide carbolique, des pilules de permanganate de potasse et a tenté de s'asphyxier en « ouvrant le gaz ». À la suite de quoi, elle est internée par son mari. Les psychiatres observent également chez elle des « idées d'indignité, par de l'indifférence affective, des idées de damnation, de prédestination et de suicide »⁸⁰. Marika, comme Aglaé se sentent damnées. L'association entre la volonté de mourir et la religiosité est manifeste dans les deux cas. Selon les raisons légales d'internement, les idées suicidaires et les comportements autodestructeurs sont, derechef, des signes d'une maladie mentale. Notons que notre échantillon des femmes mères de famille ne comporte aucune mélancolique, déprimée ou fatiguée qui n'aurait pas exprimé le désir d'en finir avec la vie. L'internement n'est pas ordonné dans leur cas puisque seuls les comportements violents et agressifs, les accusations d'infidélité jugées fausses, la nudité, la malpropreté, les délires mystiques et le désir de se tuer sont les raisons qui justifient l'internement de ces femmes.

⁷⁷ AHLHL, Dossier 15094, Fiche d'admission, 1921.

⁷⁸ AHLHL, Dossier 33380, Dossier d'internement, 1941.

⁷⁹ AHLHL, Dossier 33380, Évolution, 1941.

⁸⁰ AHLHL, Dossier 33380, Dossier d'internement, 1941.

7.1.3. Les mauvais pères : violents et alcooliques.

À l'instar des femmes, des hommes ont aussi été internés en raison de comportements excessivement jaloux envers leurs femmes. Quatre d'entre eux sont internés car, en plus, ils menacent la vie de leurs enfants. Arthur est admis à Saint-Jean-de-Dieu en 1921, Achille en 1936, Adam et Guillaume en 1946. Moins nombreux que les femmes, les « mauvais pères », s'ils démontrent des comportements plus violents à l'égard de leur famille, reçoivent les mêmes diagnostics que ceux donnés aux « mauvaises mères ». La jalousie marque également les parcours familiaux de ces hommes.

Arthur, un veuf de 50 ans et père de huit enfants, est interné en 1921. Il a eu une première attaque de « folie » en 1914, et six ans plus tard, une deuxième, qui se manifeste, notamment par un refus de dormir et de manger. Son frère, qui s'occupe de lui, le conduit à Saint-Jean-de-Dieu. Il est interné car, selon son frère, il fait des colères, est de mauvaise humeur, frappe la muraille, casse les meubles de la maison et a peur de se tuer⁸¹. Il confesse qu'il est « porté à tuer les enfants, il recommande de cacher les couteaux, les haches et autres objets. Il dit qu'il va mettre fin à ses jours, mais il n'a pas essayé de se tuer »⁸². Ses comportements violents et ses menaces de se suicider justifient son internement. Admis à Saint-Jean-de-Dieu, les psychiatres identifient deux causes à sa maladie. D'abord l'hérédité, son père étant mort de « folie ». La seconde, l'alcool. Il abuse, en effet, de boissons fortes⁸³. Il n'est pas étonnant de voir ces causes associées à la psychose périodique observée chez ce patient. Comme nous l'avons vu dans le chapitre quatre, les causes de l'aliénation mentale au début des années 1920 sont fortement rattachées à la tradition française avec les théories organogéniques, héréditaires et toxiques, de Magnan et De Clérambeault.

⁸¹ AHLHL, Dossier 15243, Formule C, 1920.

⁸² AHLHL, Dossier 15243, Formule C, 1920.

⁸³ AHLHL, Dossier 15243, Fiche d'internement, 1921.

Paranoïaque, Achille, 57 ans, est interné en 1936. À l'instar des femmes jalouses, les hommes aussi, après le changement de classification de 1932, sont diagnostiqués paranoïaques quand il est question de comportements de jalousie malade. Selon sa femme, Achille, au moment de son internement, est malade depuis huit ans, mais c'est la première fois que la crise est si intense. Le médecin de famille, depuis quatre ans, corrobore les dires de sa femme. Il est très jaloux et, depuis peu, ne veut plus laisser sa femme sortir de la maison. Il a peur de tout le monde, est violent et très sauvage, menace sa femme et ses neuf enfants⁸⁴. Selon son médecin de famille, ses délires imaginaires justifient son internement. Persécuté, violent et jaloux, Achille est admis et classé paranoïaque avec des délires de persécution⁸⁵.

En 1946, Adam et Guillaume sont internés à Saint-Jean-de-Dieu. Violents, ils sont admis car ils troublent la paix familiale en mettant en danger leurs proches ainsi qu'eux-mêmes. Adam a déjà été interné en 1937 pour les mêmes raisons qu'en 1946, à savoir qu'il se sent persécuté par son patron et qu'il menace les gens. En 1946, sa femme décrit son comportement comme suit :

Il y a 15 jours, le patient décida de ne plus travailler et de rester coucher. La semaine dernière, il commença à sacrer; porté à la jalousie. Il voulait battre le médecin et Mgr. Papineau. Quelques temps avant de laisser son travail, il partait le soir vers 8 hrs pour revenir à 11 hrs pour se coucher. Nul ne sait ce qu'il faisait durant ce temps⁸⁶.

Selon elle, Adam est généralement tranquille, mais s'irrite facilement depuis quelque temps. Preuve de sa folie, il a failli étrangler son jeune fils⁸⁷. Alors qu'en 1937 il est classé débile mental, en 1946 il reçoit un nouveau diagnostic de démence précoce⁸⁸.

⁸⁴ AHLHL, Dossier 27151, Dossier d'internement, 1936.

⁸⁵ AHLHL, Dossier 27151, Dossier d'internement, 1936.

⁸⁶ AHLHL, Dossier 39141, Histoire personnelle, 1946.

⁸⁷ AHLHL, Dossier 39141, Extrait du dossier d'internement (Formule B), par le Dr. J.E. Forest, 1946.

⁸⁸ AHLHL, Dossier 39141, Fiche d'internement, 1946.

Guillaume est psychopathe. Arrêté à 28 ans, il est interné à la demande sa femme. Il la battait et voulait jeter ses cinq enfants du haut du 3^e étage. Jaloux excessif, il ne permet aucune sortie à son épouse⁸⁹. Depuis un an, il boit beaucoup, a tout vendu ou cassé, selon sa femme. Qui plus est, il ne peut plus travailler car il est trop anxieux et trop déprimé. Il veut « boire de l'iode, se jeter devant les machines »⁹⁰. Selon le médecin traitant, il est une cause de scandale car il boit trop, tout en étant dangereux pour lui-même et pour autrui.

Psychopathe constitutionnel – Longue histoire d'inadaptation toute sa vie – à l'école, au travail et dans l'armée. [...] Alcoolisme nié par le patient mais semble avoir été un facteur modéré dans son état actuel – ne travaille pas depuis un ans. Rend la vie impossible autour de lui⁹¹.

L'assistante sociale rend visite à sa femme trois mois après l'internement de son mari. Cette dernière loge dans un appartement malpropre et pauvrement meublé. La femme raconte que son mari n'a jamais travaillé plus de deux jours par semaine. Selon l'assistante sociale, « Madame [...] ne veut plus d'enfants, dit qu'elle en a assez pour avoir de la misère, et, lui ne pense qu'à cela... Après ses crises, il pleure, et dit qu'il n'est pas responsable de ses actes »⁹². L'assistante sociale se rend également chez la sœur du patient, qui, elle, nie la plupart des faits relatés par l'épouse⁹³. Le témoignage de cette dernière est cependant crédible et Guillaume reste interné avec un diagnostic de constitution psychopathique, de trouble du caractère et du comportement⁹⁴.

Guillaume, comme les autres maris, est considéré comme un mauvais époux et un mauvais père. Ces hommes boivent trop, sont violents et jaloux, et terrorisent leur famille. Les raisons invoquées pour l'internement peuvent être divisées en deux catégories. Si Achille est décrit comme un individu extrêmement jaloux et de fait diagnostiqué paranoïaque, les

⁸⁹ AHLHL, Dossier 38749, Dossier d'internement, 1946.

⁹⁰ AHLHL, Dossier 38749, Histoire personnelle, 1946.

⁹¹ AHLHL, Dossier 38749, Résumé dans le dossier d'internement, 1946.

⁹² AHLHL, Dossier 38749, Enquête de A. Bourque, 1946.

⁹³ AHLHL, Dossier 38749, Enquête de A. Bourque, 1946.

⁹⁴ AHLHL, Dossier 38749, Demande d'admission, 1946.

autres sont internés pour des abus d'alcool ou pour avoir mis en danger leur famille. Fous, débiles, psychotiques, déments et psychopathes, selon leurs proches ils ne sont plus aptes à remplir leurs devoirs de maris et de pères. Si les hommes célibataires, en tant qu'enfants à charge, deviennent un poids trop lourd pour leurs proches, ils n'ont toutefois pas les rôles de « chefs de famille », de pourvoyeurs et de protecteurs à jouer.

7.2. Rien ne va plus entre les époux.

Réformistes, hygiénistes et féministes s'entendent pour affirmer que la famille constitue le pilier sur lequel repose la société. Un mariage heureux, mais sans enfants, s'il ne constitue pas l'idéal de la famille, reste toutefois, pour la classe moyenne petite bourgeoise du XXe siècle, dans les normes et est assuré de recevoir une respectabilité toute légitime. Bien entendu, ceux et celles qui dévient de ce chemin tracé par les experts scientifiques ou moraux risquent d'être ostracisés, voire d'être mis à l'écart de la société. Des maris sont dénoncés par leur femme parce qu'ils les menacent. Alcooliques, insomniaques, violents et jaloux, ils sont internés à Saint-Jean-de-Dieu. Chez les épouses, l'immoralité, l'alcoolisme et l'autodestruction justifient, aux yeux des maris et des experts, l'admission à l'hôpital psychiatrique. Mariés mais sans enfants, ces maris et ces épouses non seulement représentent des contre modèles, mais leurs comportements sociaux sont retraduits par le champ psychiatrique en symptômes de maladies mentales.

7.2.1. Les mauvaises épouses : scandaleuses, jalouses et malpropres.

Des femmes mariées sont internées car elles ne sont pas des épouses idéales selon leur mari. En 1921, Asia, 47 ans, reçoit un diagnostic de débilité mentale et en 1936, Danielle, 40 ans, est, elle, jugée paranoïaque. Si la première cause le scandale, notamment parce qu'elle boit trop, et est un mauvais exemple pour la communauté, la deuxième n'entretient plus sa demeure et menace de se tuer. Asia est alcoolique, un état qui, comme on l'a vu, est plutôt affaire d'hommes. Elle a, contrairement aux hommes de notre échantillonnage, une « manie scandaleuse » et reçoit le diagnostic de débilité mentale de nature héréditaire. Son dossier montre que ses comportements se manifestent depuis sa ménopause il y a de ça quatre ou cinq ans⁹⁵. Elle a déjà été condamnée par le tribunal à deux reprises pour vagabondage et pour avoir tenu une « maison de désordre ». L'assistante sociale qui a rencontré son mari juge qu'il a une très bonne réputation et qu'il est honnête et actif. Il a placé sa femme parce qu'il n'était plus possible de la garder car « elle criait constamment, elle jouait avec le feu, ou bien se conduisait mal avec tous ceux que la malchance faisait entrer là »⁹⁶. L'assistante sociale de Saint-Jean-de-Dieu, après son enquête auprès des proches, rapporte que la patiente :

boit depuis 17 ans environ. Le mari prenait un coup, soir et matin, payait la traite à sa femme, quand le mari était parti elle prenait un coup elle-même, remplaçait par de l'eau la boisson bu. [...] Elle est devenue femme de mauvaise vie. Quand elle était seule à la maison, elle recevait des hommes qui lui apportaient de la boisson, elle s'enivrait avec eux et tous les scandales se produisaient. Quand les hommes n'y allaient pas elle les appelait. Elle était très scandaleuse⁹⁷.

Le mot « scandaleuse » se retrouve dans les propos de l'assistante sociale, car Asia boit en compagnie des hommes. Elle ne mentionne pas ce qui se passe lors de ces rencontres mais elle note qu'Asia est devenue une « femme de mauvaise vie »⁹⁸.

⁹⁵ AHLHL, Dossier 15114, Fiche d'admission, 1921.

⁹⁶ AHLHL, Dossier 15114, Rapport de l'assistante sociale, 1921.

⁹⁷ AHLHL, Dossier 15114, Rapport de l'assistante sociale, 1921.

⁹⁸ AHLHL, Dossier 15114, Rapport de l'assistante sociale, 1921.

Danielle est « d'étrange allure » depuis quelques années⁹⁹. En effet, elle tient depuis quelques temps des discours sans suite et a des « écarts de conduite dans la routine ordinaire de la tenue de la maison »¹⁰⁰. Selon le mari, les comportements ont commencé l'année précédente. Elle parlait beaucoup, dormait peu, avait des hallucinations auditives et visuelles, faisait des colères contre son mari, et a menacé de se tuer en prenant de l'iode et du créosole¹⁰¹. Voici un extrait des questions et réponses lors de son admission.

Question. Comment est-ce que ça se manifeste?

Réponse. J'ai des crises. Je pleure, des fois, je ris; quand je pleure ça me fait du bien.

Q. Vous avez des inquiétudes à part ça?

R. Bien, les dettes (rit).

Q. Vous avez des ennuis?

R. Oui, les voisins.

Q. Qu'est-ce qu'ils font?

R. Ils parlent, des fois je suis en bas...

Q. Pourquoi font-ils ça les voisins?

R. Je ne le sais pas; je les connais pas, seulement, le propriétaire, je le connais pas beaucoup, je suis allée seulement 3 fois pendant 5 ans. [...] [le proprio] a dit « Putain ». Je sors jamais docteur, je ne sais pas pourquoi il disait ça. [...]

Q. Aviez vous des sensations? Est-ce que vous vous sentiez toucher quelque part? R. Le clitoris docteur, ça me va à la tête.

Q. Qui vous fait ça, le propriétaire?

R. Je ne sais pas.

Q. Ils ne sont pas dans la maison?

R. Non.

Q. Est-ce que ça vous fait jouir?

R. Non, c'est plutôt une fatigue¹⁰².

Dans son cas, les idées de persécution et la paranoïa à l'endroit de ses voisins l'amènent à recevoir un diagnostic de psychose paranoïde¹⁰³.

⁹⁹ AHLHL, Dossier 27424, Résumé de dossier, 1936.

¹⁰⁰ AHLHL, Dossier 27424, Résumé de dossier, 1936.

¹⁰¹ AHLHL, Dossier 27424, Extrait du dossier médical, 1936.

¹⁰² AHLHL, Dossier 27424, Assemblée des médecins, 1936.

¹⁰³ AHLHL, Dossier 27424, Fiche d'admission, 1936.

Ces deux femmes dans la quarantaine ne s'occupent pas de l'entretien de leur maison et font des colères. Si Asia est scandaleuse car elle a des problèmes d'alcool et qu'elle boit avec d'autres hommes quand son mari est au travail, Danielle a des hallucinations et menace de se tuer. L'assistante sociale, dans le cas d'Asia, considère que le mari est un honnête homme. Cette phrase laisse penser que les raisons de son mari pour l'interner sont légitimes et crédibles. Sa femme dépasse des limites non seulement pour lui, mais pour les autres. Dans le cas de Danielle, son mari demande l'admission en raison de ses comportements étranges, notamment à l'égard des voisins.

7.2.2. Les mauvais maris : agressifs et jaloux.

Roméo et David ont été internés en 1921 pour avoir menacé ou tenté de tuer leurs femmes. James et Wilson le sont, vingt ans plus tard, car ils se croient persécutés et qu'ils sont nerveux, jaloux et parfois violents. En 1921, Roméo, 34 ans, est interné pour avoir « assailli sa femme avec un couteau ». Il n'y aucune trace de judiciarisation dans son dossier. Ce n'est que lors de son évasion de Saint-Jean-de-Dieu, un mois plus tard, que l'on apprend les causes de son internement. Un avocat écrit aussitôt au surintendant médical pour lui faire part de son sentiment à l'égard de sa situation :

Vu que l'existence de sa femme est en réel danger, j'ai immédiatement attiré l'attention du Secrétaire provincial sur cette négligence de votre part. Votre devoir était de le mettre dans le département des « êtres dangereux », non pas à la cuisine¹⁰⁴.

Dans la réponse du surintendant à l'avocat, on apprend que « Comme [Roméo] [...] était calme et docile, ne s'étant livré, durant son séjour ici, à aucun acte de violence, et ayant répondu à la discipline avec la plus grande docilité, je n'étais pas justifiable de le placer dans le département des aliénés agités »¹⁰⁵. La police retrouve Roméo et il réintègre l'asile.

¹⁰⁴ AHLHL, Dossier 15145, Lettre de l'avocat Houle au surintendant de Saint-Jean-de-Dieu, 1921.

¹⁰⁵ AHLHL, Dossier 15145, Lettre du surintendant à l'avocat Houle, 1921.

Malgré la docilité dont il fait preuve durant son séjour, il est diagnostiqué dément précoce de nature héréditaire¹⁰⁶.

David, 58 ans, est interné en 1921. Il est le seul cas de folie alcoolique de notre échantillon. Sa famille est « alcoolique névropathe » et les psychiatres supposent que les causes de cette attaque de folie sont dues à l'alcoolisme¹⁰⁷. Marié depuis 33 ans, il a, selon sa femme, commencé à boire à l'âge de 40 ans environ. Il fait des « colères brutales, des crises de dypsomanie, et a un désir irrésistible de boire »¹⁰⁸. Sa femme et ses deux filles relatent qu'il a des hallucinations visuelles, est jaloux, a des peurs terribles, se cache, est porté à lancer divers objets sur elles, menace de se tuer et d'étrangler sa femme. De plus, lors de ses crises, il brise tout.

Une vingtaine de congés et de réadmissions sont inscrites à sa fiche d'internement jusqu'à sa mort en 1948. Comme Prestwick le mentionnait dans son article, la folie alcoolique est loin d'être une maladie mentale facile à faire entrer dans une classification, la folie est alors en lien direct avec la quantité d'alcool ingurgité¹⁰⁹. Si l'on attribue l'étiquette de dipsomane à David, terme savant pour désigner son comportement, il n'en demeure pas moins qu'il a de longs moments de sobriété durant lesquels il n'est pas « fou ». En 1928, l'assistante sociale, après une conversation avec la femme du patient, reconnaît que cette dernière s'oppose à ce que son mari quitte Saint-Jean-de-Dieu pour aller travailler sur les chantiers.

[I]l prend toutes les raisons possibles pour être libre, fait des promesses qu'il ne tient jamais. Il part pour les chantiers, aussitôt qu'il a un peu d'argent, laisse sa place, revient en ville, court les rues, arrête dans les tavernes, boit plus que de raison, fait le tramp¹¹⁰.

¹⁰⁶ AHLHL, Dossier 15145, Fiche d'internement, 1921.

¹⁰⁷ AHLHL, Dossier 15318, Témoignage de sa femme dans le dossier d'internement – Formule C, 1921.

¹⁰⁸ AHLHL, Dossier 15318, Formule C (1918), 1921.

¹⁰⁹ Patricia Prestwick, « Drinkers, Drunkards, and Degenerates » *op. cit.*

¹¹⁰ AHLHL, Dossier 15318, Enquête de service social par Marie Migneault, 1928.

Les propos de sa femme nous montrent aussi que son mari n'est pas l'époux idéal du foyer, car il fait le « tramp » et boit trop. En 1936, une autre enquête de l'assistante sociale nous apprend que ni sa femme ni l'une de ses filles ne veulent le voir sortir de Saint-Jean-de-Dieu.

Alcoolique avéré il ne tarderait à faire des crises qui nécessiteraient sa réadmission, peu scrupuleux dans son langage il blasphème souvent et elle [sa fille] craindrait le mauvais exemple pour ses deux fils de 15 et 16 ans, par ailleurs la pension aux vieillards n'est pas suffisante pour compenser tous les tracasseries qu'amènerait la présence du patient¹¹¹.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les hommes internés dans les années 1920 sont plus souvent judiciairisés que ceux des années 1930 et 1940. Peut-être se retrouvent-ils *ipso facto* à l'hôpital de Bordeaux lors de tentative ou menace de meurtre? En 1941, James est jaloux à l'excès et Wilson, insomniaque, a frappé sa femme. Ils se retrouvent tout deux à Saint-Jean-de-Dieu. Wilson, 33 ans, ne dort plus depuis un an « à cause de ses nerfs ». Interné à la demande de sa femme parce qu'il la bat, il n'est pas content d'être là. À l'entrevue d'admission, Wilson révèle les causes de son agressivité envers sa femme, « There were things that were not right. [...] She told me she does not love me anymore. »¹¹². Les médecins lui redemandent pourquoi il bat sa femme, cette fois il répond, « Sometime, I am nervous, and I cannot control myself. [...] Sometimes she talks too much »¹¹³. Wilson ne reçoit pas de diagnostic et nous perdons sa trace dans les dossiers¹¹⁴. Toutefois, l'entrevue donne matière à penser qu'un des signes de la folie des hommes est le manque de contrôle. Dummit, dans son chapitre sur les meurtriers dans la région de Vancouver, a montré que la masculinité se construit sur la notion de contrôle de soi, notamment¹¹⁵. L'incapacité à

¹¹¹ AHLHL, Dossier 15318, Enquête de service social par Annette Labonté, 1936.

¹¹² AHLHL, Dossier 33959, Assemblée des médecins, 1941.

¹¹³ AHLHL, Dossier 33959, Assemblée des médecins, 1941.

¹¹⁴ AHLHL, Dossier 33959, Fiche d'admission, 1941.

¹¹⁵ Christopher Dummit, *The Manly Modern, Masculinity in Postwar Canada*. Vancouver, University of British Columbia Press, 2007. Le chapitre sur les meurtriers, pp. 101-124.

développer ce contrôle dénote des signes d'aliénation. Ainsi, comme l'expression courante qui veut qu'un homme dans cette situation soit décrit « hors de lui », Wilson ne sait pas se contrôler¹¹⁶.

James est extrêmement jaloux et, tout comme Wilson, manque de contrôle. En 1938, à 21 ans, il commence à fréquenter sa future femme qu'il épouse quelques mois plus tard. Après un entretien avec la mère du patient en 1941, l'assistante sociale nous apprend que cette dernière n'était pas favorable au mariage parce que la future épouse avait presque le double de l'âge de son fils. Il se marie malgré les réserves de sa mère. Sa femme raconte ensuite l'histoire de leur mariage qui justifie, selon elle, l'internement de son mari. Lorsqu'ils se fréquentaient, il ne voulait jamais « la sortir » et il ne l'amenait que dans des endroits où ils étaient seuls. Il n'avait pas d'amis et ne voulait fréquenter personne en compagnie de sa femme.

Toujours selon elle, durant leur lune de miel, il s'est comporté étrangement et lui a fait des crises de jalousie. Il prétendait que des hommes assis en face d'eux passaient leur temps à regarder sa femme. Il a décidé qu'ils devraient prendre dorénavant leurs repas dans leur chambre. Elle s'est soumise à sa volonté même si elle n'aimait pas cette façon d'agir. Elle dit qu'il était passionné à l'extrême et d'une sensualité anormale. De retour à Montréal, son mari s'est montré de plus en plus jaloux et susceptible. Après son travail, il courait pour revenir à la maison pour s'assurer qu'aucun homme n'était en compagnie de sa femme¹¹⁷. Il l'accusait de l'endormir pour rejoindre ses amants¹¹⁸. Les causes de l'internement sont précisées en ces termes :

Quelques mois avant son internement, le patient avait des hallucinations visuelles et auditives. Il entendait des voix et leur répondait. Il apercevait des hommes qui venaient, disait-il, voir sa femme. Il accusait, en outre, son épouse de vouloir l'empoisonner. Il voyait du poison partout; dans la nourriture, les boissons, etc. Sa femme était toujours la coupable, d'après lui. Il se sentait persécuté, on voulait se débarrasser de lui. Était d'une jalousie morbide. Interprétait tout à sa façon. Voulu, à

¹¹⁶ L'expression en anglais est plus éloquente : *Out of his mind*.

¹¹⁷ AHLHL, Dossier 33779, Rapport de l'assistante sociale, 1941.

¹¹⁸ AHLHL, Dossier 33779, Dossier d'internement, 1941.

plusieurs reprises, tuer son épouse et mettre à la rue la fille de cette dernière qui demeurait avec eux. S'expose nu devant les voisins¹¹⁹.

Selon le médecin traitant qui ordonne l'internement, il y a urgence, car James aurait tenté à « deux reprises de serrer la gorge de sa femme et il l'a traité de vache et autre chose pire encore »¹²⁰. Jalousie morbide, tentative de meurtre et nudité justifient son internement. Lors de son entretien d'admission, il dit aux médecins que sa femme voulait se débarrasser de lui et qu'elle a le cœur dur. « Elle disait « Va donc t'enrôler, t'es bien trop lâche ». Il poursuit à propos de leurs relations sexuelles, « dans les premiers temps, on allait 2 fois ensemble puis après je crois qu'elle mettait quelque chose dans le manger pour m'empêcher de « bander » pour avoir plus de chance pour sortir avec d'autres »¹²¹. À la question à savoir si sa femme est très jolie, il répond, non, elle est toute d'un bord ou toute de l'autre. À propos de lui aussi, on lui dit toujours qu'il est beau ou laid. Enfin, il veut changer d'hôpital car la nourriture n'est pas bonne et qu'il y a des gens qui parlent seuls. James est diagnostiqué paranoïaque en 1941¹²².

Une sexualité trop ardente, des sentiments de persécutions et surtout la violence de ces hommes révèlent une inaptitude à être des époux tels que souhaités par la société. Les quatre hommes sont violents et frappent les personnes de leur entourage et leur femme en particulier. Roméo est d'ailleurs qualifié de « très dangereux » par ceux qui le connaissent bien que le psychiatre le décrit comme un individu docile à l'intérieur de l'asile. David et Wilson manquent de contrôle. L'un boit à l'excès, l'autre frappe sa femme sous le coup de la colère. S'il est sobre entre les murs de l'asile, une fois à l'extérieur, il est « incontrôlable » selon sa femme et ses filles. À défaut de mesures alternatives, elles souhaitent le voir rester interné. L'abus d'alcool, le vagabondage, l'insomnie ou la jalousie peuvent mener à des actes répréhensibles mais non judiciairisables, dans la grande majorité des cas du moins. Enfin,

¹¹⁹ AHLHL, Dossier 33779, Causes de l'internement, 1941.

¹²⁰ AHLHL, Dossier 33779, Certificat d'internement (Dr. Legrand), 1941.

¹²¹ AHLHL, Dossier 33779, Assemblée des médecins, 1941.

¹²² AHLHL, Dossier 33779, Assemblée des médecins, 1941.

James, amoureux ardent et possessif, est une plaie pour sa nouvelle femme. Jaloux à l'excès selon elle, il l'empêche de vivre et devient violent.

7.3. Le rêve du mariage et de la maternité : l'illusion d'être mères ou épouses.

L'historiographie est silencieuse sur les cas de maternité fantasmé ou de mariage imaginaire. L'un des rôles les plus loués pour les femmes à cette époque est certes celui de mère, et Betsie, à défaut d'en être une, s' imagine enceinte. Lætitia, quoique mère, croit avoir plus d'enfants qu'elle en a réellement. Ines, elle, fantasme sur son médecin traitant, un neuro-psychiatre, qu'elle jure être son mari. Lætitia et Betsie sont arrêtées et emprisonnées à la Prison des femmes. Elles sont ensuite transférées à Saint-Jean-de-Dieu respectivement en 1936 et en 1941. Lætitia a des attitudes violentes. Elle a cherché à frapper ses persécuteurs et est accusée d'assaut. Betsie est délirante. Les deux se sentent persécutées.

Lætitia se plaint que des membres de sa famille veulent la faire disparaître pour s'emparer de son immense fortune¹²³. Elle a sept enfants, mais selon elle, elle en a beaucoup plus qu'elle ne connaît pas, mais qui sont tout de même les siens « par reproduction ». Le Dr. Plouffe écrit qu'« elle cherche stupidement à m'expliquer le mot « Reproduction » par le mot « Incubateur » [et] elle dit qu'on habille ses filles en garçons, et ses garçons en filles, qu'on les défigure pour qu'elle ne les reconnaisse pas. [...] Son récit est le fruit d'une imagination malade et d'un jugement profondément détérioré »¹²⁴. Lætitia, une femme jugée dangereuse pour la société, reçoit un diagnostic de paranoïa et est internée en 1936¹²⁵.

¹²³ AHLHL, Dossier 27669, Formule B, 1936.

¹²⁴ AHLHL, Dossier 27669, Formule B, 1936.

¹²⁵ AHLHL, Dossier 27669, Formule B, 1936.

Betsie, 33 ans, a l'illusion d'être enceinte. Son dossier permet de savoir

[qu'elle] se dit enceinte depuis le mois de mai [on est en mars]. Convaincue qu'elle porte des jumeaux, pas moins pas plus... Bien que l'évidence indique le contraire, elle persiste dans ses prétentions. Ignore comment a commencé sa grossesse. Elle dit qu'elle fait souvent des hémorragies [sic] et m'assure qu'elle est menstruée régulièrement¹²⁶.

Cet état psychopathique, selon le Dr. Plouffe, a débuté après des fièvres typhoïdes. Elle relate les moindres détails de ses comportements et démontre, selon lui, « un état d'affaiblissement du jugement très marqué, des troubles de l'imagination et des hallucinations de la vue, avec des idées délirantes de persécution et de récrimination »¹²⁷. Dès son arrivée à la Prison, elle donnait des signes de troubles mentaux en étant très maniérée dans son langage et son comportement¹²⁸. Elle est classée démente précoce hébéphrénique¹²⁹.

Enfin, Ines, 33 ans, est un exemple de l'érotomanie décrite par de Clérambeault¹³⁰. Pourtant elle n'est pas diagnostiquée érotomane, mais mélancolique d'involution, puis paranoïaque et enfin schizophrène en 1952. Elle a des idées délirantes érotiques à l'égard de son médecin qu'elle poursuit sans cesse depuis 3 ans¹³¹. Elle est convaincue

que son médecin l'aime éperdument, elle le poursuit tout partout. [...] elle jure que le docteur n'est pas marié, que la femme et les quatre enfants qui vivent chez-lui sont des nommés [x] et que [l'un d'eux] est gardé chez le médecin parce qu'il est l'agent-détective du docteur à son endroit¹³².

¹²⁶ AHLHL, Dossier 33298, Formule B, 1941.

¹²⁷ AHLHL, Dossier 27975, Formule B, 1936.

¹²⁸ AHLHL, Dossier 33298, Formule B, 1941.

¹²⁹ AHLHL, Dossier 33298, Résumé de dossier Saint-Jean-de-Dieu, 1941.

¹³⁰ Amoureuse du Dr. Saucier, neurologue et co-auteur du *Manuel de neuropsychiatrie*, 1930.

¹³¹ AHLHL, Dossier 27975, Formule B, 1936.

¹³² AHLHL, Dossier 27975, Formule B, 1936.

En raison du harcèlement à l'égard de son médecin, Ines est internée. Elle y restera jusqu'à sa mort en 1969.

Les psychiatres lient souvent la folie des femmes avec la maternité, un thème qui revient régulièrement dans les discours de certaines des patientes, dont Betsie qui se croit enceinte et Lætitia qui dit avoir plusieurs enfants qu'elle ne connaît pas. Décrites comme anti-sociales, dangereuses pour la société ou encore comme une cause de scandale, ces femmes nous rappellent que négliger ses enfants est source d'aliénation. Quelle mère « normale » ferait une chose pareille? Aussi, les délires, illusions et autres idées fixes concernant la maternité, l'amour et le mariage caractérisent certains comportements. Ines est follement en amour avec son médecin, et son comportement dépasse l'acceptable.

Conclusion

Les rôles sociaux de père et de mère sont normés. Bien qu'ils soient en redéfinition durant la période étudiée, avec l'influence du mouvement de santé publique et d'hygiène mentale qui met l'accent sur les sentiments parentaux et l'éducation des enfants, ces rôles demeurent suffisamment stables pour être des modèles de comportements. Le père de famille se doit de protéger les siens et de travailler pour pourvoir aux besoins de ceux et celles qui en font partie. La mère de famille, elle, prend soin de son mari et de ses enfants, gère la maison et contribue à l'économie domestique. Toutefois, il ne faut pas y voir un idéal normatif fixe. Les frontières qui définissent les rôles des époux et des parents sont plus souples qu'il n'y paraît, puisqu'elles obéissent au contexte socio-économique ainsi qu'aux valeurs des classes sociales notamment. Être une femme sur le marché du travail, ou encore un homme en chômage n'implique pas systématiquement une mise à l'écart de la société. De même, avoir une maison mal tenue, des comportements de jalousie ou faire des colères et corriger physiquement ses enfants n'implique pas nécessairement un diagnostic de maladie mentale.

Dans les cas présentés dans ce chapitre, ces personnes ont franchi la frontière de l'inacceptable selon leurs proches. Qui plus est, ces comportements sont associés à un déséquilibre de l'esprit, à un état d'aliénation mentale. Pour les mères, la jalousie excessive qui les amène à frapper leur mari et leurs enfants témoigne d'un dérangement de l'esprit. Cette jalousie, avec ou sans raison valable, est toujours décrite comme de la paranoïa ou de la manie. Plus que l'agressivité qu'elles manifestent envers le mari, c'est plutôt certaines situations domestiques qui apparaissent inadéquates. Une mère, en raison des qualités maternelles qui sont associées à sa nature, se doit de prendre soin de ses enfants. Les psychiatres de Saint-Jean-de-Dieu ont intégré cette idée puisque les mères qui négligent leurs enfants, les laissent se souiller et qui ne se soucient pas de la propreté de la maison sont classées démentes et psychopathes. Comme le rappelaient les Drs. Langlois, Saucier et Amyot dans leur manuel de neuro-psychiatrie de 1930, le sens moral est inné. Son atrophie mène à l'absence de sentiments familiaux. Deux autres types de comportements justifient l'internement des femmes. La dévotion et le mysticisme exacerbés qui amènent des femmes à négliger leurs proches et la tenue de la maison pour accomplir une mission divine plus importante. L'immoralité des mères est également stigmatisée lorsqu'elles se montrent nues ou encore, blasphément devant leurs enfants. Elles sont diagnostiquées débiles, psychotiques ou dépressives.

Quant aux pères de famille, ils sont internés dans la majorité des cas parce qu'ils ont frappé ou battu leurs femmes et leurs enfants. L'autorité parentale a donc des limites. Si les corrections corporelles sur les enfants sont acceptables à cette époque, elles ne peuvent franchir un seuil au-delà duquel le père devient un être malade et pourra être diagnostiqué comme un débile ou un psychopathe. Ces deux diagnostics sont, comme nous l'avons vu, associés à un manque de sentiments et à une absence de sens moral. La violence à l'égard de la famille justifie la mise à l'écart de plusieurs pères de famille. Les hommes qui refusent de travailler sont également jugés aliénés mentalement. Insomniaques ou entêtés, ils causent des soucis économiques et domestiques à leurs proches et sont diagnostiqués déments ou psychotiques.

La jalousie est un sentiment qui mène souvent les femmes ou les hommes à demander l'internement de leur conjoint. Associée à la paranoïa, la jalousie conduit à avoir des comportements agressifs et anti-sociaux. Les colères injustifiées, la surveillance du conjoint, la méfiance à l'égard des autres hommes ou femmes créent des situations décrites comme « invivables » par le mari ou l'épouse. L'abus d'alcool est également une cause présente dans les demandes d'admission à Saint-Jean-de-Dieu. Si l'alcoolisme est plus souvent associé aux hommes qu'aux femmes, des femmes, quelques-unes, comme Asia, sont internées pour immoralité causée par un état d'ébriété. Cette dernière boit avec d'autres hommes que son mari et est accusée de tenir une « maison de désordre », des comportements qui lui méritent le diagnostic de débile. Chez les hommes, les comportements alcooliques entraînent, selon leur famille, une attitude d'irresponsabilité et des comportements violents. Rendus sobres par leur internement et susceptibles alors d'être libérés, la famille craint de les voir sortir, sachant que leur alcoolisme se manifesterait rapidement au moment de leur retour dans la société, avec les conséquences qu'elle connaît trop bien.

Quelques femmes, diagnostiquées paranoïaques, démentes ou érotomanes, se croient enceintes, s'imaginent mères de plusieurs enfants ou épouses. Leur maternité imaginaire qu'elles entretiennent ou encore le harcèlement à l'égard d'un individu qu'elles jurent être leur mari justifient leurs admissions à l'asile. Leurs proches ont peur d'elles et leurs comportements sont associés d'office à un état d'aliénation mentale sévère puisqu'elles ne reconnaissent plus le monde réel. Soulignons qu'une certaine vision de la maternité et du mariage ressort de l'analyse des dossiers. Les femmes malpropres, agressives, immorales et qui négligent leurs enfants sont jugées de mauvaises mères et épouses. Si elles ne sont ni mères ni épouses mais s'imaginent l'être, elles sont alors aliénées et dangereuses. Les illusions et les délires peuvent mener, selon les psychiatres, à de la persécution et à des comportements dangereux envers les autres. Chez les hommes, les raisons invoquées pour l'internement reflètent aussi des idéaux de la masculinité et de la paternité. Le manque de contrôle avec des comportements agressifs et violents envers leur famille justifie leur mise à l'écart. L'autorité du père et du mari doit être raisonnée. Les hommes présentés dans ce chapitre ont franchi la limite du raisonnable, non seulement en frappant leurs proches, mais

en justifiant leurs actes par des idées et des propos qui laissent entrevoir une perte de contrôle. L'alcool mène à ce genre de comportements, tout comme la jalousie excessive.

CHAPITRE 8

LA PSYCHIATRIE DANS LE CORPS ET LA VIE QUOTIDIENNE : LA NEURO- PSYCHIATRIE ET L'HYGIENE MENTALE

Anatomie, clinique, physiologie expérimentale et humaine, psychologie, que de pierres dissemblables dans une même construction! Et cependant comme ces pierres tiennent bien ensemble, si on les joint les unes aux autres par le ciment d'une doctrine, d'une doctrine aussi ancienne que la médecine elle-même. Et vivante, puisqu'elle a su, à travers des assimilations innombrables et des excréctions répétées, conserver ses lignes premières. Est-il besoin de la nommer? C'est l'hippocratisme, toujours rajeuni matériellement, toujours formellement le même.
Dr. Barbeau, 1942¹

Ce dernier chapitre analyse le discours des psychiatres franco-montréalais, qui travaillent à Saint-Jean-de-Dieu ou dans d'autres institutions du genre, à travers les articles qu'ils ont publiés dans des périodiques spécialisés et les mémoires, ouvrages ou communications présentés lors des congrès de médecine à Montréal entre 1920 et 1950. Entre 1920 et 1950, plusieurs théories, ou doctrines, selon les mots du Dr. Tétrault, coexistent ici comme ailleurs dans les autres pays occidentaux. Quatre groupes de théories retiennent l'attention des psychiatres. 1) Les théories neurologiques basées sur l'identification d'une lésion organique cérébrale; 2) les théories psychiatriques cliniques basées sur l'observation des symptômes dérangeants; 3) les théories psychanalytiques et psychologiques basées sur un mauvais développement psychique; 4) les théories hygiénistes basées sur les facteurs de développement comme l'hérédité, une éducation et un milieu social inappropriés.

Alors que nous avons vu au chapitre quatre les explications données pour classer et légitimer l'intervention médicale sur le sujet de l'aliénation mentale, ce chapitre met en lumière les diverses explications qui, à partir de 1930, font force de loi et orientent les

¹ Antonio Barbeau, *Sous les platanes de Cos*, Montréal, Éditions Bernard Valiquette, 1942, p. 106.

recherches d'alors en psychiatrie. Les psychiatres et les neuro-psychiatres de la décennie 1920 inscrivent les causes de l'aliénation mentale dans le corps, plus spécifiquement dans la lésion cérébrale. Ces théories physiologiques ont des limites, et devant le faible taux de guérison de certains groupes pathologiques, les psychiatres intègrent petit à petit les données psychologiques et sociales pour expliquer le développement des « maladies mentales ». L'analyse des dossiers de patients et de patientes des trois chapitres précédents a montré que plusieurs individus sont internés pour des raisons d'« inadaptabilité sociale » qui se manifestent par des comportements dangereux, antisociaux ou scandaleux. Conscients des limites des explications physiologiques, les psychiatres discutent de plus en plus sur le milieu de vie comme étant un facteur de développement de l'aliénation chez les individus prédisposés.

En fait, si les causes neurologiques et physiologiques permettent à la psychiatrie d'être une spécialité médicale comme les autres, les causes psychologiques et environnementales relèvent d'un désir de changement social qui repose sur des valeurs propres à une société à un moment donné de son histoire. Avec la place de plus en plus importante que prend l'État dans la sphère sociale, les réformistes et hygiénistes, qui sont souvent des médecins, imposent leurs idées sur les meilleures solutions afin de réduire les problèmes, non seulement de santé, comme l'aliénation mentale, mais également sociaux telle que la délinquance et la criminalité. À défaut de traiter et de guérir les individus internés, la position des experts en psychiatrie sera dorénavant celle qui consiste à « réformer » la société, selon leurs valeurs et leurs conceptions de la norme mentale. Ils entendent éduquer les gens pour ainsi prévenir les maladies mentales. Ils avouent, ce faisant, les limites de la psychiatrie comme spécialité médicale en insistant non pas sur l'étiologie pathologique mais sur les causes sociales, tant psychologiques qu'éducatives.

Quatre thèmes principaux ressortent de l'analyse des écrits des psychiatres entre 1920 et 1950; (1) l'étude des comportements antisociaux et dangereux causés par la maladie mentale; (2) les causes neurologiques et les descriptions symptomatiques des maladies mentales; (3) les causes psychologiques des maladies mentales; et (4) la prévention des

maladies mentales et l'éducation de la population². L'étiologie des maladies mentales a toujours été d'un grand intérêt en psychiatrie. Les théories contemporaines de Pinel, en passant par Morel, Magnan, Freud, Kraepelin et Meyer, ont toutes tenté d'expliquer les causes de diverses formes d'aliénation. La psychiatrie, spécialité médicale, se doit, en effet, de trouver les causes. Ce n'est que sur cette base qu'elle pourra traiter, le mot est juste cette fois, les maladies mentales.

Comme nous l'avons vu au chapitre quatre, pour expliquer les causes des maladies mentales, deux tendances principales se dégagent : les approches organogénique et, dans une moindre mesure, psychogénique³. Prenons d'abord l'approche organogénique. Le lien entre la psychiatrie et la neurologie se fait quand Bayle découvre les causes de la paralysie générale. Alors que la psychiatrie décrit les symptômes, interprète les causes, la neurologie s'intéresse aux tumeurs et lésions cérébrales, à l'intoxication et à la dégénérescence des tissus du cerveau. Et comme la neurologie, avec son étude du cerveau et du système cérébral et nerveux, intègre plus rapidement le champ de la médecine, la psychiatrie tend à devenir une neuro-psychiatrie, légitimant ainsi sa position de spécialité médicale qui connaît les causes et peut guérir.

L'approche psychogénique doit beaucoup à Freud et à Janet bref, à la découverte de l'inconscient pour reprendre l'expression de Ellenberger⁴. La psychiatrie se tourne aussi vers les perturbations de l'affect, les « nœuds psychiques » pour expliquer les maladies mentales. Intégrées à la neuro-psychiatrie, les explications psychologiques prennent sens dans la clinique, mais ne seront véritablement reconnues que lors de la Seconde Guerre Mondiale

² Le mouvement est appelé « hygiène mentale » jusqu'au début des années 1940 dans *L'Union médicale du Canada (UMC)*. Par la suite, la section « médecine sociale » traite des questions de prévention. Il prendra, dans les années 1950, le nom de « mouvement de prévention de la santé mentale ».

³ Léon Michaux (avec coll. de 25 personnes), *Psychiatrie*, Paris, Flammarion, 1970, p. 8.

⁴ Henri F. Ellenberger, « Pierre Janet » dans *À la découverte de l'inconscient, histoire de la psychiatrie dynamique*, Villeurbanne, Simep éditions, 1974, pp. 274-344.

avec les études sur les effets du stress occasionné par la guerre⁵. À l'exception du Dr. Barbeau qui dépose une thèse approfondie sur Freud en 1930, les quelques écrits des psychiatres sur le « freudisme » critiquent cette doctrine.

La neuro-psychiatrie signifie étymologiquement la médecine des nerfs (neuro) et de l'esprit (psyché). Des tentatives pour allier les deux tendances sont menées à la Johns Hopkins University dès les années 1910 par Adolf Meyer et sa théorie psychobiologique. Les psychiatres états-uniens, Henderson et Gillepsie, reprennent en 1927 l'idée de Meyer en écrivant :

La maladie mentale concerne un être individuel. Ses symptômes n'ont guère de sens en dehors du contexte où ils se présentent. Ce contexte comprend non seulement l'ensemble de l'état actuel, physique et mental, mais aussi la personnalité du patient et son histoire depuis sa naissance⁶.

Meyer, un Suisse d'origine, influence toute une génération de psychiatres formés aux États-Unis, depuis son arrivée en Amérique en 1892. En plus d'avoir introduit la classification organogénique de Kraepelin et les idées psychogénique de Freud au début du XXe siècle, Meyer soutient avec William James, le *Committee for Mental Hygiene* fondé en 1909 par Clifford Beers, et qui s'étend peu après partout en Occident. Appelé le « père » de la psychiatrie américaine, Meyer, par son monisme et ses intérêts divers, unit les différentes écoles, organicistes, psychologiques et sociales⁷.

Le mouvement d'hygiène mentale acquiert rapidement ses lettres de noblesse et, en 1929, un comité est formé au Canada français (1918 au Canada anglais avec le Dr. Clark). Devant l'ampleur des « méfaits » de la société moderne qui a pour conséquence une

⁵ À noter que deux articles de psychiatres des États-Unis, traduits en français, sont publiés dans *L'Union médicale du Canada* en 1925 et 1926. Adolphus Knopf et Valentin Ujhely traitent respectivement de la psychothérapie des militaires tuberculeux (*UMC*, Vol. 54, juin 1925) et de la psychothérapie de groupe (*UMC*, Vol.55, janvier 1926).

⁶ Henderson et Gillepsie, *Manuel de psychiatrie*, préface à la 1^{ère} édition (1927), 1955, p. xi-xii.

⁷ Susan Lamb, « The Theory and Practice of Adolf Meyer's Psychobiology : Patient Experiences Inside the Phipps Psychiatric Clinic at John Hopkins Hospital, 1908-1917 » communication scientifique présentée au Congrès annuel de la Société canadienne d'histoire de la médecine, UBC, Vancouver, 30 mai 2008. (thèse en cours à la John Hopkins University).

augmentation de la population asilaire, les médecins réfléchissent aux moyens de prévention de certains troubles mentaux. Rappelons que le psychiatre Delmas et le philosophe Boll, tous deux Français, écrivaient en 1922, que les habitudes sont acquises, dont modifiables par l'éducation⁸. C'est par cette dernière que les réformateurs, qui comprennent bon nombre de psychiatres, entendent diminuer le nombre de personnes aliénées mentalement. D'un point de vue asilaire, cette approche se veut de diminuer le nombre de patients entre les murs de l'institution. D'un point de vue social, elle espère diminuer les comportements qui entrent en conflit avec la bonne marche de la société d'alors.

8.1. Les comportements anti-sociaux, dangereux et criminels : les explications de la psychiatrie.

Les chapitres précédents dressent un tableau des comportements qui justifient l'internement asilaire à Saint-Jean-de-Dieu entre 1920 et 1950. Avec le nombre de patients qui oscille entre 3000 et 7500 durant cette période, la population admise dans cette institution comprend des individus non seulement « malades » mais également aliénés, c'est-à-dire « déviants ». La gestion sociale des comportements antisociaux, scandaleux et dangereux trouve sa légitimité par une médicalisation des symptômes. Avec la construction de l'aile de la Prison de Bordeaux pour aliénés criminels en 1926, les patients masculins jugés dangereux et internés à Saint-Jean-de-Dieu y sont transférés. Ces cas témoignent des conséquences néfastes de l'aliénation mentale et motivent les spécialistes à discuter sur les causes et les symptômes antisociaux de ces patients. Les psychiatres, affectés aux prisons et responsables de détecter l'aliénation mentale des internés s'il y a lieu, écrivent des articles sur les comportements des aliénés criminels durant la période étudiée.

⁸ François Achille Delmas et Marcel Boll, *La personnalité humaine, son analyse*, Paris, Flammarion, 1922.

D'autres thèmes retiennent l'attention des spécialistes montréalais. Le Dr. de Bellefeuille, psychiatre et le Dr. Dufresne, chirurgien, de Saint-Jean-de-Dieu, signent au total cinq articles sur l'insertion d'objets dans le corps et l'automutilation des aliénés. Au cours de leur pratique, ils ont, à de nombreuses reprises, vu des corps étrangers dans le pharynx, la vessie, les oreilles, les narines, le rectum et des cas d'automutilations au visage, aux mains, à la langue et aux organes génitaux. Ces comportements, selon le Dr. de Bellefeuille, sont généralement dus aux idées mélancoliques, mystiques et de persécution⁹. Soulignant la douleur morale des mélancoliques, de Bellefeuille souligne que les personnes mélancoliques voudraient bien mourir, mais qu'elles combinent mal leur suicide et ne font que se blesser¹⁰. Quant aux mystiques et aux persécutés, ils croient qu'une souffrance physique ou une pénitence « sera agréable à Dieu et [leur] obtiendra son pardon »¹¹. Citant Rogues de Fursac, de Bellefeuille relate ensuite des cas d'hallucinations auditives qui ont commandé à l'aliéné de se couper.

Si le Dr. de Bellefeuille s'intéresse à l'état psychique des patients qui se mutilent, le Dr. Dufresne, chirurgien à Saint-Jean-de-Dieu, s'occupe des chirurgies, raisons qui le portent à écrire sur les cas rapportés plus haut. Il fait une liste des objets les plus fréquemment insérés dans le corps : aiguilles, épingles à cheveux, bouts de corde ou de ficelle, boutons et chapelet. Ces objets pénètrent les tissus et les cavités naturelles, mais il précise que « le tube digestif est bien l'endroit de prédilection des aliénés pour y glisser des corps étrangers. Sa popularité dépasse de beaucoup celle du vagin chez les femmes ». Une popularité exagérée, à son avis, qui « ne mérite pas la réputation qu'elle possède encore »¹². À propos des femmes justement, il écrit en 1933, sans que l'on sache très bien, d'ailleurs, s'il veut faire preuve d'humour :

⁹ Gaston Lefébure de Bellefeuille, « L'automutilation chez l'aliéné », *UMC*, Vol. LIII, No.7, Juillet 1924, pp. 311 et 312.

¹⁰ *Ibid.*, p. 313.

¹¹ *Ibid.*, p. 313.

¹² Eugène Dufresne, « Corps étrangers chez les aliénés », *UMC*, Vol. LXII, No. 10, Octobre 1933, p. 1016-1017.

quand les femmes sont folles, elles le sont plus que les hommes. Le Dr. de Bellefeuille me dit qu'elles « extériorisent » plus que les hommes. En matière de corps étrangers, elles « intériorisent » aussi plus que les hommes¹³.

Un cas intéresse particulièrement le Dr. Dufresne, celui de la patiente « qui détient actuellement le record des corps étrangers, avec une avance considérable sur ses plus proches concurrentes de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu »¹⁴. Elle avale des clous, des gonds, des aiguilles, des manches de cuiller, des pierres. Le dossier de cette patiente montre que ses ingestions de clous ont nécessité des gastrotomies et que la patiente est morte à la suite d'une infection causée par l'insertion d'objets dans sa plaie¹⁵.

Le Dr. Plouffe, directeur de l'Hôpital de Bordeaux, et le Dr. Legrand, de la Faculté de médecine, s'intéressent aux raptus mélancoliques et, plus spécifiquement, aux réactions anti-sociales des mélancoliques¹⁶. Qualifiée de maladie imaginaire, la mélancolie est trop souvent traitée avec de bonnes paroles et des toniques aux dires des deux médecins, et provoque ensuite des crimes mais surtout des suicides. La mélancolie apparaît souvent à la suite d'émotions violentes, d'un chagrin, d'un surmenage, d'une affection des viscères ou d'une auto-intoxication. Elle se manifeste par de la tristesse, de l'insomnie, de la fatigue, de l'amaigrissement et des préoccupations¹⁷.

Les symptôme de la mélancolie, souvent inhibés, produisent peu de délinquants et de criminels selon les deux médecins, mais souvent des suicides et des homicides¹⁸. Les mélancoliques s'auto-mutilent ou commettent des tentatives de suicide ridicules selon eux.

¹³ *Ibid.*, p. 1016-1017.

¹⁴ Eugène Dufresne, « Corps étrangers de l'estomac et de l'intestin », *UMC*, Vol. LXIV, No.11, Novembre 1935, p. 1323. Cette patiente fait partie de notre étude de cas.

¹⁵ *Ibid.*, p. 1323 - 1329.

¹⁶ Adrien Plouffe et Émile Legrand, « Les raptus mélancoliques », *UMC*, Vol. LXIII, No. 8, août 1934, p. 760.

¹⁷ *Ibid.*, p. 761.

¹⁸ *Ibid.*, p. 768.

Évoquant le cas d'un patient, ils écrivent, « Comme toujours, dans notre pays où le suicide n'est pas considéré comme un acte pathologique, commis sous l'influence de troubles mentaux, fussent-ils passagers, cet homme fut arrêté et conduit à l'hôpital »¹⁹. Alors que le juge lui demandait s'il était fou et que devant son non catégorique il fût relâché, il se suicida le lendemain. Cette question jouera en faveur de la psychiatrie légale qui entend interner dans un hôpital les individus présentant des idées suicidaires. Quant aux homicides, les Drs. Plouffe et Legrand remarquent que les victimes sont toujours des proches du mélancolique qui les commet par « affection même, pour leur éviter le déshonneur, les misères, la honte, le mépris dans lesquels sa situation les a plongés ou les plongera »²⁰. C'est ce qu'ils appellent l'homicide altruiste. Ces malades « soulagent » d'un déshonneur anticipé leurs proches plus qu'ils ne les tuent, à la suite de quoi, ils se suicident.

Le raptus mélancolique, plus spécifiquement, est une crise impulsive pendant laquelle le malade se livre à des actes dangereux, violents et automatiques, qu'il oublie aussitôt²¹. Bien que l'amnésie joue un rôle dans ces manifestations, il ne faut pas les associer à l'hystérie ou à l'épilepsie. Il convient, selon nos deux médecins, de prendre des mesures de protection sévères, comme une surveillance continue afin de protéger la société. N'expliquant pas les causes de ces raptus, ils se font toutefois un devoir de les différencier et de dire que ces manifestations anti-sociales sont le fait de « grands malades ». Sans qu'ils l'affirment haut et fort, la solution pour eux semble être l'internement des mélancoliques sous contrôle médical, à l'hôpital psychiatrique.

Le Dr. Barbeau analyse également deux autres maladies, la démence précoce et l'épilepsie, en les mettant en lien avec la criminalité. Il signe deux articles sur le profil criminologique de deux types d'aliénés à l'Hôpital de Bordeaux, les schizophrènes en 1939 (avec le Dr. Lecavalier) et les épileptiques en 1944. Ce faisant, il rappelle les théories existantes sur ces deux types de pathologies. Pour les Drs. Barbeau et Lecavalier, c'est

¹⁹ *Ibid.*, p. 769.

²⁰ *Ibid.*, p. 770.

²¹ *Ibid.*, p. 771.

Morel, qui le premier a employé le terme de démence précoce vers 1850. Morel désignait sous ce vocable « l'épisode terminal d'une folie atteignant les jeunes gens plus ou moins héréditairement tarés »²². Toutefois, en 1893, Kraepelin donna une extension à ce terme en identifiant plusieurs symptômes de la démence précoce simple. Kallbaum, quant à lui, en décrivait deux syndromes, l'hébéphrénie et la catatonie. Kraepelin en ajouta un troisième, la forme paranoïde. Selon les Drs. Barbeau et Lecavalier, « Pour l'école allemande, généralement acceptée, la démence précoce se présentait donc comme une nosographie avec quatre formes assez nettement établies : forme simple, hébéphrénique, catatonique et paranoïde »²³.

Les Drs. Barbeau et Lecavalier notent que ces formes, selon les psychiatres en général, sont rarement pures, et qu'elles existent même de façon hétéroclite sur la base d'un élément commun, « l'affaiblissement intellectuel, primitif ou non, à marche plus ou moins rapide survenant chez des sujets jeunes »²⁴. Sur les causes de la démence précoce, les auteurs font remarquer que :

[C]ause essentielle, la lésion fondamentale, le mécanisme déterminant, la thérapeutique salvatrice, on les ignore. En fait, il est *a priori* peu probable qu'il existe une cause, une lésion, un mécanisme identique pour des groupes symptomatiques aussi dissemblables²⁵.

En 1939, les deux docteurs se font l'écho des écrits de leurs collègues neuropsychiatres qui expliquaient la démence précoce par la présence d'une lésion, même microscopique²⁶.

Le terme schizophrénie, rappellent les auteurs, signifie dissociation. La notion de dissociation d'avec le réel serait alors le critère central qui permettrait de les diagnostiquer.

²² Antonio Barbeau et Paul Lecavalier, « Profil criminologique de la démence précoce », *UMC*, Septembre à décembre 1939, p. 4.

²³ *Ibid.*, pp. 4-5.

²⁴ *Ibid.*, p. 5.

²⁵ *Ibid.*, p. 5.

²⁶ Langlois, Saucier et Amyot,

Cette thèse est celle de « l'École suisse » et elle trouve ses défenseurs chez les anglo-saxons²⁷. Ce qui fait dire aux Drs. Barbeau et Lecavalier :

qu'à ce titre tous les aliénés, qui sont en marge de la société, seraient des schizophrènes; puis que, au stage terminal surtout, aucun air de famille ne rattache cliniquement les schizophrènes et les déments précoces classiques. Le lien n'apparaît pas qui permettrait de réunir dans un cadre nosographique unique schizophrénie et démence précoce²⁸.

En différenciant la schizophrénie de la démence précoce, il soutiennent que la première, d'origine psychologique, expliquent les comportements marginaux, alors que la deuxième, d'origine organique, expliquent la dégénérescence intellectuelle. Toujours selon ces auteurs,

il y a une différence qui saute aux yeux entre l'inertie pragmatique ou l'agitation incohérente du stage terminal des démences précoces classiques et la conservation de l'activité élémentaire intellectuelle et affective de certains schizophrènes très avancés, activité qui, sur le plan du rêve, peut créer parfois d'instables mais rutilantes fantasmagories²⁹.

Selon leur recherche, les déments précoces représentent soit le quart, soit le tiers des criminels, selon la définition du terme qu'en donnent les différentes écoles psychiatriques. Une représentation considérée comme alarmante, tant du point de vue médical, social, qu'économique³⁰. Selon eux, le nombre élevé de déments précoces est dû à trois variables. La première est que l'on met sous le diagnostic de démence précoce plusieurs états morbides différents qui déboucheront plus tard sur des maladies distinctes. Deuxièmement, comme cette maladie frappe les jeunes, leur psychisme se désagrège mais leur état physique reste sain, et ce faisant, ils meurent moins rapidement. Troisièmement, les traitements sont peu

²⁷ *Ibid.*, p. 5. Cette thèse de l'école Suisse fait référence à Eugen Bleuler et au concept de schizophrénie. Adolf Meyer utilise cette appellation dès les années 1910 à la *Phipps Clinic* de John Hopkins University à Baltimore.

²⁸ *Ibid.*, p. 6.

²⁹ *Ibid.*, p. 6.

³⁰ *Ibid.*, p. 7.

efficaces, quoique les chocs insuliniques et métrazoliques semblent donner quelques résultats positifs qui laissent croire à une possible guérison³¹.

En 1944, le Dr. Barbeau publie ses recherches sur les épileptiques³². Barbeau ne met pas les épileptiques sur le même pied que les autres aliénés et suggère de les placer dans des lieux qui leur seraient spécifiquement destinés. Selon lui, c'est le rejet des épileptiques par la société qui contribue à en faire des criminels. Il estime à 1,6% le pourcentage des patients de l'Hôpital pour Criminels qui sont des épileptiques. C'est très peu, mais encore trop selon lui. Après avoir examiné les actes d'accusations contre ces personnes, il conclut que la plupart ont été arrêtés pour flânerie et comportement difficile à la maison. Il précise que :

Dans certaines psychoses, il existe des offenses quasi spécifiques [...] Ainsi, la paralysie générale, une offense très commune consiste à se balader en taxi, sans en payer les frais. Pour ce qui a trait à l'épilepsie, nous ne trouvons rien de vraiment pathognomonique³³.

Les aliénés criminels sont, plus que les patients internés à Saint-Jean-de-Dieu, des « déchets sociaux » pour reprendre l'expression du Dr. Desloges. Si ces comportements déviants sont dus à une maladie mentale, les psychiatres doivent en chercher les causes pour tenter de guérir, et ainsi réhabiliter, les aliénés dangereux et antisociaux. Toutefois, comme nous l'avons vu au chapitre quatre, les causes des maladies mentales sont bien souvent idiopathiques et, les spécialistes de la psyché ne peuvent expliquer l'origine de toutes les maladies. Avec la recherche en neuro-psychiatrie, ils réussissent à isoler certaines pathologies dues à la dégénérescence cérébrale. Si cette dégénérescence est parfois inévitable comme dans le cas de l'idiotie et de la sénilité, elle est parfois évitable lorsqu'elle est la conséquence de comportements acquis comme dans le cas de l'alcoolisme et de la syphilis. En corrélant les diagnostics et les comportements antisociaux et dangereux, les psychiatres mettent en lumière des données sociales.

³¹ *Ibid.*, p. 7.

³² Antonio Barbeau, « Profil criminologique de l'épilepsie », *UMC*, Octobre 1944, pp. 1146-1161.

³³ *Ibid.*, p. 1158.

Le mouvement de réforme sociale du XIXe siècle et le mouvement d'hygiène mentale du XXe siècle proposent des modèles de vie qui permettent d'éviter certaines maladies. La tempérance à l'alcool et le contrôle de la prostitution, considérée comme un vecteur de la syphilis, sont deux exemples de réformes qui permettraient, selon les spécialistes du social, d'éviter une augmentation des cas d'aliénation mentale responsables d'actes antisociaux et de l'augmentation de la population asilaire. Les psychiatres vont, dès les années 1920, étudier les pathologies nerveuses et mentales dans leurs aspects physiologiques mais également investir le mouvement de prévention par une hygiène de vie adéquate. Ce faisant, ils sortent des murs de l'asile et deviennent des spécialistes de la « santé mentale ».

8.2. La clinique et la neuro-psychiatrie : l'étiologie médicale et la description des symptômes.

À partir des années 1880, avec Charcot et les neurologues français, la recherche vise à découvrir le rôle des lésions dans les maladies mentales qui ont tendance, dès lors, à devenir des maladies neurologiques. Avec le développement de la médecine moderne, les psychiatres étudient le cerveau et tentent, à partir de diverses observations, d'expliquer les causes des maladies mentales. Ces recherches ne sont pas vaines. Quelques maladies mentales ont, en effet, des origines neurologiques comme la paralysie générale (syphilis), l'épilepsie, le délirium tremens, la psychose de Korsakoff et l'encéphalite. Mais ces recherches ont aussi leurs limites car plusieurs catégories psychiatriques comme la paranoïa, les manies, la mélancolie et la démence précoce, résistent à l'explication organique. Alors que les spécialistes de la déviance assimilent les divers programmes de prévention des maladies mentales, un courant important de la psychiatrie trouve des adeptes au Canada français dans les années 1920 : la neuropsychiatrie jumelée à l'utilisation des connaissances neurologiques. Ce courant fait miroiter la possibilité de soigner les maladies mentales et pas seulement d'en connaître les causes.

Dans son *Cours sur les maladies mentales*, le Dr. Tétréault livre des informations précieuses sur la situation scientifique de Saint-Jean-de-Dieu à l'aube de l'entre-deux-guerres, mais il n'est pas le seul. Alors que la décennie de 1920 est celle des Dr. Tétréault et Dr. de Bellefeuille, sous l'intendance du Dr. Devlin, les années 1930 et 1940 voient se multiplier les études sur la « folie », tant d'un point de vue étiologique, symptomatique que thérapeutique³⁴. Les docteurs Loignon et de Bellefeuille s'interrogent également sur la discipline au tournant des années 1930.

Dans un texte de 1930, le Dr. de Bellefeuille trace un survol de l'évolution des maladies mentales depuis le début du XIXe siècle³⁵. Dans cet article, il prend acte des connaissances nouvelles en psychiatrie depuis le début du XXe siècle. Il commence son texte en rappelant les modes de gestion passés, les loges et l'asile. Laissons-lui la parole :

Il est indéniable qu'il s'est fait depuis un quart de siècle des changements extrêmement considérables dans la conception de la maladie mentale et de son traitement! [...] [Avant le 20^e siècle], le psychopathe était considéré comme un être dont on devait surtout protéger la société; on créa, dans ce but, des maisons spéciales de protection qu'on appela des loges; et lorsque dans une famille, un cas de psychopathie apparaissait, suivant l'expression du temps, on mettait le fou aux loges, et tout était dit. [...] Les années passèrent, les conditions matérielles s'améliorèrent les unes après les autres, le confort, le bien-être devint de plus en plus marqué, et au mot « loges » on substitua le mot « asile d'aliénés » qui comportait déjà, au simple point de vue psychologique, un progrès sensible; un asile, c'est un endroit où on se réfugie, c'est le port après la tempête, le calme après l'orage, ce mot ne comporte-t-il pas un sens de sécurité, de détente, de protection?³⁶

³⁴ La question des traitements ne fait pas partie de cette thèse, mais mentionnons, notamment, les articles de Hermas Tellier, « Traitement des états maniaques », *UMC*, Vol. LXIII, No.8, août 1934, pp. 911-921; Rodolphe Richard, « Délires secondaires à la malariathérapie », *UMC*, Vol. LXIII, No.8, août 1934, pp. 890-892; Fernand Charest, « La chirurgie dans le traitement des affections mentales, la lobotomie préfrontale », *UMC*, Novembre 1945, pp. 1526-1535; Eustache Morin, « le choc traumatique chez les blessés de guerre : son traitement par transfusion de sang », *UMC*, Avril 1946, pp. 400-401; Jean Saucier, « L'électro-choc, nouvelle méthode de thérapeutique psychiatrique », *UMC*, Juillet 1943, pp. 824-825; Roma Amyot, « La leucotomie frontale en psychiatrie » et « La pénicilline contre la syphilis », *UMC*, Mars 1944, pp. 273-275; Roma Amyot, « Traitements modernes de la démence précoce » [il s'agit de l'insulinothérapie et de cardiazolthérapie], *UMC*, Septembre 1939, pp. 989-990.

³⁵ Gaston de Bellefeuille, « Évolution de la maladie mentale », *UMC*, Vol. LIX, No. 1, Janvier 1930, pp. 159-162.

³⁶ *Ibid.*, pp. 159-160.

Avec la naissance de l'asile au milieu du XIXe siècle, la psychiatrie a évolué et a connu des progrès en sciences médicales avec notamment les découvertes de Pasteur, la chirurgie, l'anatomie pathologique et la physiologie. De Bellefeuille rappelle que ces découvertes médicales ont eu des effets sur la conception et le traitement des maladies mentales. Se faisant l'écho des valeurs de son milieu et de son époque, le Dr. de Bellefeuille affirme que la psychiatrie moderne s'intéresse désormais autant aux traitements des causes qu'aux traitements des symptômes³⁷. Si, selon lui, la psychiatrie était auparavant cantonnée à l'analyse de la pensée morbide et à la recherche du motif psychologique, la psychiatrie moderne se veut plus scientifique et l'asile fait place à l'hôpital d'aliénés³⁸.

Il note que l'arrivée du laboratoire dans les hôpitaux psychiatriques amène le psychiatre à chercher l'origine physique des troubles mentaux soit les infections, les intoxications, les troubles des glandes endocriniennes, la syphilis et les insuffisances rénales. « Combien n'en ai-je pas vu de ces psychoses endotoxiques s'amender, puis disparaître en quelques semaines, à la suite d'une saignée copieuse, d'une large dérivation intestinale et d'une diète appropriée »³⁹.

Également tributaire de diverses théories étiologiques dans les années 1920, le Dr. Loignon, alors médecin interne qui deviendra en 1952 surintendant à Saint-Jean-de-Dieu, écrit en 1928,

Pour bien établir un diagnostic étiologique il est de la plus haute nécessité [...] de rechercher l'agent causal [...] en se renseignant bien sur les commémoratifs, les antécédents personnels et héréditaires – soit en notant bien les réactions que le malade a présentés avant et après son admission, - en pratiquant un examen médical approfondi et méthodique de tous les différents appareils, complété le plus souvent par les procédés de laboratoire. [...] de constater la fréquence relativement considérable de cas, ayant un pourcentage élevé d'azotémie dans le sang [6 observations de cas cliniques] ces nombreuses observations constituent des faits et démontrent une fois de plus ce qu'antérieurement de nombreux auteurs, en particulier

³⁷ *Ibid.*, p. 160.

³⁸ *Ibid.*, p. 160.

³⁹ *Ibid.*, p. 161.

Morel et Toulouse, ont décrit au chapitre si important de l'étiologie des psychoses, à savoir : qu'à vrai dire il n'est peut-être pas une condition pathogène, héréditaire ou acquise, individuelle ou collective, morale ou physique, externe ou interne, qui ne puisse devenir, dans des circonstances données, une cause de psychopathie⁴⁰.

Le Dr. Loignon souligne les causes multiples de l'aliénation mentale. S'il note que la recherche physiologique des causes des maladies est importante, il prend également acte de l'incertitude de l'époque face à l'origine des troubles mentaux. Les causes, selon lui, sont multiples, autant héréditaires et physiologiques que sociales.

Dans un article de 1940, le Dr. Barbeau retrace l'histoire de la neurologie depuis 1918⁴¹. Avec la mort du Dr. Villeneuve en 1918, ancien surintendant médical de Saint-Jean-de-Dieu et professeur de psychiatrie et de neurologie depuis 1909, Albert Prévost, neurologue, prend la relève. Le Dr. Prévost, d'abord médecin consultant à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, fonde une clinique au nord de l'Île pour les névrosés en 1919⁴². Selon le Dr. Barbeau, deux aspects distinguent l'approche du Dr. Prévost. D'une part sa formation est entièrement française, et même parisienne. D'autre part, son intérêt se porte non pas pour les « organiques », mais pour les nerveux et névrosés⁴³. Pour le Dr. Barbeau,

L'asile n'est pas pour eux puisqu'ils sont sains d'esprit. Les hôpitaux généraux destinés à d'autres besognes ne peuvent se consacrer à leurs soins particuliers. Le milieu familial leur est d'habitude pernicieux. Que faire? [...] C'est le problème que tous les jours les neurologues doivent résoudre... et ne résolvent pas⁴⁴.

Le Dr. Prévost s'inscrit dans cette « nouvelle » spécialité médicale qu'est la neurologie et qui, au cours des vingt-cinq dernières années, a acquis ses lettres de noblesse. Fervent

⁴⁰ Gaston Loignon, « Sur l'importance de la recherche systémique de l'agent causal dans les psychoses toxi-infectieuses et dans les psychoses par intoxication endo et exogènes », *UMC*, Vol. LVII, No. 1, Janvier 1928, pp. 267 et 271.

⁴¹ Antonio Barbeau, « Évolution de la neurologie moderne », *UMC*, Janvier 1940, dans *Sous les platanes de Cos*, *op. cit.*, [1942].

⁴² Médecin consultant à Saint-Jean-de-Dieu et médecin à l'Hôpital Notre-Dame en 1913.

⁴³ Antonio Barbeau, « Évolution de la neurologie moderne », *op. cit.*, p. 87.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 87.

admirateur des Français, le Dr. Barbeau rappelle toutefois que c'est aux États-Unis que la neurologie est devenue une science⁴⁵. Évoquant les expériences de Pavlov (aux États-Unis, Liddel et Maier), il fait remarquer que la neurologie part du principe que les maladies mentales ont un point de départ physiologique et une conclusion psychologique : « Les difficultés intrinsèques de la vie, portes closes sur les réalisations désirées mais devenues impossibles, déclenchent sans doute telles de nos névropathies humaines »⁴⁶.

Alors que les docteurs de Bellefeuille, Loignon et Barbeau retracent le parcours de la neuro-psychiatrie, plusieurs psychiatres analysent les causes neurologiques, toxi-infectieuses et physiologiques ainsi que les manifestations des psychoses entre 1929 et 1945. Le Dr. de Bellefeuille, en se référant aux psychiatres français, publie un article, en 1929, sur un cas d'hallucinations liliputiennes. Le patient, un homme, parle avec de minuscules petits êtres, joue avec eux les tient dans sa main⁴⁷. Citant Leroy pour qui la pathogénie vient de l'excitation des centres corticaux par un poison ou une infection, le Dr. de Bellefeuille croit que ces hallucinations sont dues à la syphilis et que les cas connus d'hallucinations liliputiennes sont dues à l'alcool, au chloral, à la cocaïne, à l'insuffisance rénale ou à la paralysie générale, c'est-à-dire la quatrième et dernière phase de la neuro-syphilis⁴⁸. Le Dr. Panet-Raymond, du laboratoire d'encéphalographie de Saint-Jean-de-Dieu, s'intéresse, quant à lui, au système nerveux central et aux hématomes après des traumatismes pour expliquer certaines maladies psychiques, qui sont en fait, physiques mais que nous ignorons⁴⁹. À l'aide des tracés encéphalographiques, il entend mettre en lumière les troubles de l'activité neuro-cérébrale chez certains patients.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 94.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 103.

⁴⁷ Gaston de Bellefeuille, « À propos d'un cas d'hallucinations liliputiennes », *UMC*, Vol. LVIII, No.2, Février 1929, pp. 87-98.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 97.

⁴⁹ Raymond Panet-Raymond, « Physiologie normale du liquide céphalo-rachidien et exploration des cavités ventriculo-méningées », *UMC*, Vol. LXIV, No.2, février 1935, p. 679-689 et « Contribution à l'étude des hématomes sous-duraux post traumatiques », *UMC*, Vol. LXV, No. 5, Mai 1936, p. 430-437.

Les Dr. Jean Saucier et Dr. Roma Amyot, co-auteurs du *Manuel de Neuro-psychiatrie*, sont cependant les auteurs les plus prolifiques en neurologie au Québec. Les deux médecins, rattachés à l'Hôpital Notre-Dame et au Sanatorium Prévost, sont fortement influencés par les recherches en France. Ils ont d'ailleurs fait leurs études à Paris dans les années 1920 et consacrent leur thèse respective aux névrites hypertrophiques et aux convulsions des moignons⁵⁰. Ces deux neurologues décrivent les causes lésionnelles et organiques de certains troubles mentaux comme l'hystérie – pithiatisme, les troubles hyperkinésiques, les céphalées liées à des lésions méningo-encéphaliques et la névrose hyperémotive⁵¹.

Dans un article, le Dr. Saucier souligne que la névrose est un terme employé pour décrire « les formes légères des maladies mentales, maladies d'ailleurs où les lésions cérébrales ne sont pas décelables »⁵². Il se réfère aux définitions de Delmas et Boll sur l'émotivité, l'émotion et les névroses⁵³. Il se questionne sur les causes des névroses et affirme que dans la grande majorité des cas, elles sont héréditaires. Les rares cas où les causes ne sont pas dues à l'hérédité, il s'agit de cas particuliers assez circonstanciels comme ceux des soldats qui, après une commotion ou une blessure, réagissent fortement et développent des névroses. Soulignons ici un bref passage du Dr. Saucier qui indique que la névrose peut causer le suicide car le « point culminant de l'angoisse [superlatif de la névrose selon lui], laquelle, à un certain degré, devient vraiment la souffrance suprême, celle que

⁵⁰ Jean Saucier, *La névrite hypertrophique : étude d'ensemble*, Salpêtrière, Louis Annette, Paris, 1927 et Roma Amyot, *Les convulsions des moignons d'amputés*, Louis Annette, Paris, 1929.

⁵¹ Jean Saucier, « Actualités neurologiques, le démembrement éventuel du pithiatisme de Babinski », *UMC*, Vol. LVIII, No.8, Août 1929, pp. 491-494. L'hystérie est de Charcot et le pithiatisme de Babinski (voir annexe); Roma Amyot, « Contribution à l'étude des aspects psychiatriques de l'encéphalite épidémique à forme prolongée », *UMC*, Tome LX, No. 11, Novembre 1931, pp. 785-795; Roma Amyot, « La céphalée en neuro-psychiatrie », *UMC*, Tome LXI, No. 11, Novembre 1932, pp. 1243-1246; Jean Saucier, « Émotivité et émotion, hyperémotivité, névrose hyperémotive », *UMC*, Vol. LXIII, No. 12, Décembre 1934, pp. 1302-1309.

⁵² *Ibid.*, p. 1305.

⁵³ François Achille Delmas et Marcel Boll, *La personnalité humaine, son analyse*, Paris, Flammarion, 1922.

l'âme humaine ne peut plus supporter»⁵⁴. Il rattache la névrose au corps, plus particulièrement au cerveau. Saucier tient à faire la distinction entre les réelles névroses et les « sinistroses » et « hystéries », ces deux dernières sont liées à une revendication absurde et une tendance au mensonge. Il termine en donnant un résumé des « réels » états névropathiques, ceux pour qui une guérison est possible, a contrario des simulateurs et menteurs.

Les phénomènes névropathiques spontanés, honnêtes, que nulle persuasion n'améliore et que le malade cherche en vain à dominer, dont il a honte, et qu'il voudrait pouvoir cacher; les états spasmodiques sincères; les sensations d'étranglement, de tremblement généralisé; les sanglots suivis d'abondantes émissions d'urines claires⁵⁵.

Le confrère du Dr. Saucier, le Dr. Amyot, relève, lui, en 1932, la difficulté des affections mentales « tenaces » quand il parle des céphalées.

La dépression mélancolique, que l'on prend habituellement pour de la neurasthénie, semble trop souvent évoluer pour son propre compte, quelle que soit la thérapeutique mise en oeuvre. Les psychasthéniques obsédés, phobiques et hypocondriaques constituent, en ces malades à sensations endocraniennes, le groupe le plus résistant au déploiement thérapeutique⁵⁶.

Si les recherches en neurologie donnent de l'espoir, le Dr. Amyot souligne aussi la complexité des maladies mentales. En effet, plusieurs groupes pathologiques ne cèdent pas devant les explications lésionnelles, fonctionnelles ni devant les traitements physiologiques mis en place depuis la fin des années 1920. En 1939, Saucier signe un éditorial « Où en est la neurologie? »⁵⁷ dans lequel il légitime la neurologie en ces termes :

On a dit beaucoup de mal de la médecine nerveuse mais cette ère, croyons-nous, a pris fin et le jour viendra peut-être où la neurologie prendra la première place parmi les spécialités, tant il est vrai que les désordres d'expression neurologique sont fréquents⁵⁸.

⁵⁴ Jean Saucier, « Émotivité et émotion », *op. cit.*, pp. 1308-1309

⁵⁵ *Ibid.*, p. 1309.

⁵⁶ Roma Amyot, « La céphalée en neuro-psychiatrie », *op. cit.*, p. 1317.

⁵⁷ Jean Saucier, « Où en est la neurologie? », *UMC*, Août 1939, p. 866-868

⁵⁸ *Ibid.*, p. 866.

Il dresse alors une liste des maladies que la neurologie a localisées dans le cerveau : l'épilepsie, la neuro-syphilis ou paralysie générale, la migraine, la paralysie agitante, l'hydrocéphalie, la tétanie, la syringomyélie, la maladie de Ménière etc. Selon lui, l'épilepsie et les syndromes convulsifs en général sont des exemples particulièrement éloquentes pour illustrer les succès de la neurologie. « Il n'y a pas un demi-siècle, l'épilepsie était rangée parmi les névroses; on était satisfait que cette maladie fut entourée de mystères et ce mystère ne devait pas être approfondi »⁵⁹. L'éditorial se termine sur une critique de la psychiatrie, en souhaitant que l'étude des « syndromes obscurs » à l'aide de la physiologie du système nerveux permettra un progrès thérapeutique. Il espère également qu'un neuro-psychiatre fasse le point sur la psychiatrie, « il aura peut-être davantage à exprimer aux confrères sceptiques qui affirmeront ainsi leur foi en la neuro-psychiatrie »⁶⁰.

Un article du Dr. Saucier traite des accidents neuro-psychiatriques causés par la guerre⁶¹. N'oublions pas que le *Montreal Neurological Institute*, créé en 1934 par le Dr. Wilder Penfield est un important centre de neurologie dont l'influence se fait sentir partout dans le monde. Les liens entre les médecins-chercheurs montréalais francophones et anglophones sont bien établis et les docteurs Saucier et Amyot se réfèrent régulièrement au Dr. Penfield ainsi qu'à ses collègues, notamment Herbert Jasper, un pionnier de l'électroencéphalographie et des études sur les lésions dans les cas d'épilepsie. Notons aussi que le laboratoire d'encéphalographie de Saint-Jean-de-Dieu, dirigé par le Dr. Panet-Raymond, est créé en 1949. L'article du Dr Saucier sur les accidents neuro-psychiatriques aborde autant les aspects physiologiques et les conséquences neurologiques de choc traumatique que de prophylaxie. Cet article soulève d'ailleurs une question d'actualité durant la Seconde Guerre mondiale : ne vaut-il pas mieux choisir avec de meilleurs critères les soldats?

⁵⁹ *Ibid.*, p. 868.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 868.

⁶¹ Jean Saucier, « Les accidents neuro-psychiatriques de la guerre », *UMC*, Décembre 1941, p. 1325-1328.

Enfin, le Dr. Saucier retrace, en 1945, les nouveautés récentes en neuro-psychiatrie⁶². Plus que les divers médicaments utilisés alors, soit la pénicilline, le Demerol et l'acide nicotinique, ce sont les électrochocs qui sont, selon lui, la réelle découverte dans le traitement des maladies mentales. Cette thérapie permet de traiter les états maniaco-dépressifs et mélancoliques avec succès. Il mentionne l'une de ses patientes qui, suite à 50 chocs, se retranche dans l'autisme et « vit des jours paisibles dans la monotonie d'une démente qui évolue sans soubresauts affectifs dans un milieu qui n'est pas l'asile »⁶³. Le Dr. Saucier prend également acte des publications en médecine psychosomatique. Il termine son texte sur cette conception moniste des maladies mentales, qui accordent sa juste part tant aux aspects physiologiques qu'aux aspects psychiques pour dresser un tableau complet d'un malade.

Le Dr. Paul Larivière, médecin de service à Saint-Jean-de-Dieu, connaît bien les différentes théories de l'hystérie⁶⁴. Dans un article de *l'Union médicale du Canada*, il relève que la popularité de certaines maladies, dont l'hystérie, diagnostic neurologique popularisé par Charcot, n'est souvent qu'un effet de mode. Il cite d'ailleurs Pierre Janet qui affirmait, « [qu']il arrive toujours une époque [...] où on s'enflamme pour un sujet, qu'on méprise ensuite pour passer à un autre mais auquel on reviendra »⁶⁵. Car, comme le souligne le Dr. Larivière, il y a si peu de cas cliniques dans les institutions psychiatriques qu'il est difficile de parler de certaines maladies, si ce n'est que comme une forme pathologique « polymorphe ». Bien qu'aucun des cas présentés dans cette thèse n'ait reçu le diagnostic d'hystérie, l'article du Dr. Larivière est important à plusieurs égards, notamment parce qu'il souligne les diverses interprétations sur des symptômes à des époques différentes.

⁶² Jean Saucier, « Les nouveautés en neuropsychiatrie », *UMC*, Décembre 1945, pp. 1682-1686.

⁶³ *Ibid.*, p. 1683.

⁶⁴ Paul Larivière, « Position actuelle du problème de l'hystérie », *UMC*, Vol. LXIII, No.8, Août 1934, pp. 862-877.

⁶⁵ Pierre Janet, *La force et la faiblesse psychologique*, Maloigne, 1933, cité dans Paul Larivière, p. 862.

En citant tout ce qui s'est écrit sur l'hystérie dans une dizaine de pays, l'article du Dr Larivière montre bien que les psychiatres canadiens-français sont influencés par les recherches du champ scientifique international. Le Dr. Larivière résume les différentes théories sur le vieux débat opposant « spiritualisme » et « matérialisme » affirmant que l'un et l'autre sont liés mais que l'on ne sait pas encore comment ils interagissent ensemble. Il cite, à ce propos, Lhermitte « Toutes nos découvertes n'ont encore abouti qu'à cette constatation que « la substance même de l'esprit qui toujours échappe à nos prises et fuit insaisissable est d'une toute autre qualité que la matière dont est fait le cerveau ». »⁶⁶.

La Seconde Guerre mondiale constitue un tournant majeur en psychiatrie, autant par rapport aux traumatismes physiologiques que psychologiques. Le nombre d'articles en psychiatrie qui traitent de ce conflit est très grand, surtout en Amérique du Nord, où le territoire et la population n'ont été ni bombardés, ni déplacés, mais mobilisés. Les chercheurs de l'armée américaine, en collaboration avec ceux de l'armée canadienne, mènent plusieurs études en neurologie et en psychiatrie. L'étude des réactions des soldats dans une situation particulière, la guerre, donnera lieu à une intégration rapide des causes psychologiques dans l'explication de l'aliénation mentale et à une redéfinition étiologique des maladies. Leurs travaux imposeront cette théorie dans la période de l'après-guerre.

8.3. La psychanalyse et la psychologie : influences et résistances.

Alors que les psychiatres, lentement, réintègrent les données de la recherche en psychologie, le freudisme, lui, n'a pas la cote chez les psychiatres canadiens-français. Seul le Dr. Barbeau qui a fait sa thèse sur le sujet, intitulée *Les bases du freudisme* ne rejette pas

⁶⁶ Lhermitte « Le lobe frontal » dans *L'Encéphale*, Janvier 1929, cité dans Paul Larivière, p. 876.

d'emblée les théories du père de la psychanalyse⁶⁷. Les Drs. Fontaine et Saucier représentent mieux l'ensemble des psychiatres dans leurs commentaires sur Freud qu'ils donnent dans des articles sur le sujet en 1931 et en 1933⁶⁸. Ces derniers critiquent cette doctrine qui est spécifiquement « germanique, surtout viennois[e], ville de libertinage, de plaisir et de prostitution »⁶⁹. Le Dr. Fontaine croit que cette doctrine va perdre toute validité à l'instar du transformisme de Darwin et de l'hystérie de Charcot. Bien qu'il avoue que la psychanalyse est séduisante, notamment sur les questions des rêves et de la mémoire, il n'en demeure pas moins, selon lui, qu'elle repose sur des principes faux, contraires au sens commun, et qu'elle constitue « un danger social et une machine à bouleverser l'esprit »⁷⁰. Voici comment il règle le cas de la psychanalyse :

Le complexe d'Œdipe en particulier est une absurdité pure et simple. Freud ne croit pas à la pureté de l'enfant et il n'y a pas de notion courante contre laquelle il s'élève avec plus de véhémence ironie. La libido selon lui se manifesterait dès le berceau : c'est là une fabrication psychologique contraire à ce que nous savons de l'enfant normal et sain. Et c'est sur cette fausseté que Freud édifie tout son système⁷¹.

Les propos du Dr. Saucier ne sont pas tendres sur ce « dogme » qui, selon lui, constitue un « chapitre obscur et confus de la psychiatrie moderne »⁷². Si Saucier passe rapidement sur le principe de « purgation mentale », qu'il associe à la « désinfection mentale » de Janet, ce qui retient l'attention du neuro-psychiatre, c'est la hantise du sexuel chez Freud. Pour le Dr. Saucier, le sexualisme infantile est une conception attribuée *a priori* par un adulte à des enfants tandis que la notion d'inconscient est improuvable. Il termine son article en affirmant

⁶⁷ Antonio Barbeau, *Les bases du freudisme*, thèse de doctorat en philosophie, Université de Montréal, 1930. La même année, il publie dans la *Revue trimestrielle canadienne*, « Au pays des rêves », juin 1930 et « Étude psychanalytique des névroses et des psychoses », décembre 1930.

⁶⁸ Rosario Fontaine, « Le freudisme », *UMC*, Vol. XI, No.6, Juin 1931, p. 432-433; Jean Saucier, « Le freudisme », *UMC*, Vol. LXII, No. 2, Janvier 1933, pp. 54-59 et 167-173.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 55.

⁷⁰ Rosario Fontaine, « Le freudisme », *op. cit.*, p. 432.

⁷¹ *Ibid.*, p. 432.

⁷² Jean Saucier, « Le freudisme », *op. cit.*, p. 54.

avec un humour grinçant que ce n'est pas guérir quelqu'un que de le traiter en un an et demi, alors que sa maladie aurait duré dix-huit mois laissée à elle seule⁷³.

En 1944, dans le cadre des « Journées médicales » organisées à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, le psychanalyste suisse Raymond de Saussure est invité à présenter une conférence sur l'apport de la psychanalyse à la psychothérapie⁷⁴. Selon lui, la psychanalyse jette une lumière sur l'ensemble de la personnalité, l'instinct, le sur-moi et le moi. L'apport principal de la psychanalyse est qu'elle ne cherche pas seulement à alléger les symptômes, mais travaille sur la personnalité même de l'individu et, dans les cas de névroses et de troubles de caractère, elle guérit définitivement le malade⁷⁵.

Si les psychiatres franco-catholiques réagissent aux théories sexuelles de Freud, et surtout aux théories sur la sexualité infantile, ils reconnaissent que l'étude des causes physiologiques n'explique pas tout. Un retour à la théorie « pinélienne », celle du dialogue avec la partie raisonnée de l'aliéné, par la psychothérapie refait surface. C'est grâce aux théories et aux travaux de Janet et de Binet, mais aussi de psychologues américains comme Witmer, Stanley Hall, Goddard et Healy, principaux promoteurs de la psychoclinique en France et aux États-Unis, que l'intégration des causes psychogéniques des maladies mentales connaît sa légitimité au tournant des années 1940⁷⁶.

Le Dr. Marcotte, psychiatre au Service de Santé de Montréal et professeur de l'Institut de Psychologie de l'Université de Montréal dans les années 1940, définit, en 1943, la psychologie comme « l'étude du comportement humain normal ou anormal, c'est-à-dire des

⁷³ *Ibid.*, p. 173.

⁷⁴ Raymond de Saussure, « L'apport de la psychanalyse à la psychothérapie », conférence à Saint-Jean-de-Dieu, Journées médicales de la Société médicale de Montréal, 1^{er} juin 1944. AHLHL.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 5.

⁷⁶ Ces auteurs sont cités par les psychiatres franco-canadiens. Une biographie courte de Janet et de Binet se retrouve dans l'annexe II. Witmer et Stanley Hall sont les deux psychologues qui ont fondé l'*American Psychological Association* en 1892. Goddard a traduit les tests de Binet en anglais et Healy a travaillé avec Stanley Hall et a contribué à intégrer les théories freudiennes aux États-Unis.

causes, des possibilités et des modes de réaction d'un individu dans ses conditions particulières de milieu, de santé, etc.»⁷⁷. La psychologie, en insistant sur l'origine psychologique des troubles mentaux, permet d'interpréter les symptômes selon diverses théories et de proposer divers traitements pour soulager le malade. En s'appliquant non seulement à l'étude de l'anormal mais aussi du normal, les tenants des théories psychogéniques étudient les réactions sociales d'un individu dans certaines conditions. Ils déterminent d'abord le « potentiel de rendement » et les caractéristiques de comportement d'un individu à l'aide de tests psychométriques et d'observations. Avec l'analyse de ces données et celles de l'examen physique et de l'histoire sociale (environnement), les psychologues prescrivent des conseils à l'individu pour optimiser son adaptation sociale, « chercher pour lui une adaptation *meilleure, idéale* »⁷⁸. Comme le souligne le Dr. Barbeau, les psychologues ont parfois le subtil avantage d'avoir étudié « l'homme normal »⁷⁹.

Exception faite du Dr. Marcotte, psychiatre et psychologue, et du R. P. Noël Mailloux, psychologue et fondateur de l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal, peu de publications sur la psychologie sont publiées dans les revues médicales⁸⁰. Avec la mise en place de la psychologie comme discipline universitaire à l'Université de Montréal en 1942, les spécialistes du comportement humain ont leur propre espace de diffusion des savoirs⁸¹. D'ailleurs, le Dr. Marcotte écrit à ce propos :

L'acceptation de la psychoclinique par la médecine, à titre de collaboratrice s'impose. [...] Pour que la psychoclinique soit une auxiliaire efficace, elle doit rester indépendante, libre de toute domination médicale. [...] Enfin, l'amélioration du sort

⁷⁷ Alexandre Marcotte, « La psychoclinique au service de l'hygiène », *UMC*, Mai 1943, p. 564.

⁷⁸ *Ibid.*, pp. 568 et 570. L'italique est de Marcotte.

⁷⁹ Antonio Barbeau, « Évolution de la neurologie moderne », Sous les platanes de Cos, *op. cit.*, p. 104.

⁸⁰ Le Révérend Père Mailloux a publié un article sur la clinique psychologique dans le *Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal* en 1941. Cité dans Marcotte, *op. cit.*, p. 565. Le R. P. Mailloux est un psychologue reconnu en Amérique du Nord sur la question de la psychologie des « délinquants ».

⁸¹ Voir l'étude de Nicolas Marchand, *Entre praticiens et chercheurs : une histoire des psychologues au Canada : 1939-1971*, Thèse de doctorat en histoire, UQAM, 2002.

de l'être humain dépend essentiellement de la collaboration intime, scientifique, intelligente, par conséquent à base de liberté et de tolérance, de la médecine, de la sociologie, de l'éducation, et de la psychologie⁸².

Dans les années 1940, la psychiatrie va reconnaître et intégrer les théories psychologiques et, dans une moindre mesure, psychanalytiques. Mais elle demeure dans un cadre institutionnel et surtout clinique. D'abord parce que la psychologie clinique a fait ses preuves en tant que sciences et discipline universitaire, ensuite parce que le mouvement d'hygiène mentale participe à l'extension du domaine psychiatrique dans un champ plus large, celui de l'étude du comportement, des facultés intellectuelles et de l'affect humain. Mais avant même de reconnaître les théories « psychologiques », les psychiatres, dès la fin des années 1920, appliquent les notions « médico-sociales » dans l'explication de ce qu'ils nomment désormais les psychopathologies. C'est par le mouvement d'hygiène mentale que la psychiatrie, la psychologie, le travail social et la sociologie s'allieront et se partageront un espace d'intervention : la santé mentale.

8.4. La prévention des maladies mentales : le mouvement d'hygiène mentale.

Pour le docteur de Bellefeuille, plus que de traiter les malades mentaux, la psychiatrie ne se donne plus les limites qu'elle s'imposait naguère :

la psychiatrie moderne ne se contente plus du traitement des affections mentales actuelles, elle tend à faire de la médecine mentale préventive, de l'hygiène mentale, science qui s'adresse non seulement aux blessés du psychisme, mais à tout être humain. [...] c'est surtout l'enfance qui est l'objet des sollicitudes et des bienfaits de l'hygiène mentale, c'est à l'école qu'il faut opérer la sélection des enfants [sur les bases de la psychologie moderne]⁸³.

⁸² Alexandre Marcotte, « La psychoclinique ... », op. cit., pp. 570-571.

⁸³ Gaston de Bellefeuille, « Évolution de la maladie mentale », *UMC*, Vol. LIX, No. 1, Janvier 1930, p. 161.

La solution, comme nous le verrons, passe de plus en plus par la prévention des troubles mentaux. Si le psychiatre qui travaille dans l'hôpital cherche les racines de la maladie et soigne les malades, il a également un rôle à jouer à l'extérieur de l'hôpital, c'est-à-dire plus spécifiquement à l'école et auprès des parents. Le mouvement d'hygiène mentale, qui se met en place en parallèle à l'hôpital psychiatrique, joue un rôle clé dans le champ des maladies mentales⁸⁴. Si, comme nous l'avons vu, les psychiatres et les neurologues cherchent les causes organiques des maladies mentales, ils s'intéressent aussi de plus en plus aux causes sociales. Durant cette époque connue pour ces nombreuses réformes et politiques sociales, la prophylaxie mentale intéresse les médecins et les autres spécialistes de la santé. Le chapitre trois sur la situation démographique et sociale de Montréal faisait état de plusieurs problèmes sociaux, économiques et politiques durant l'entre-deux-guerres. Des solutions sont proposées pour tenter de régler les conséquences d'une société urbaine, industrielle aux prises avec de grandes épidémies et des crises économiques majeures. Grâce aux savoirs de l'époque sur l'eugénisme, la psychologie et la pédagogie, l'analyse qui suit fait état des écrits des médecins et experts de l'époque sur la prévention de la maladie mentale.

Dix ans après la mise en place du Comité national canadien d'hygiène mentale (1918) par Helen MacMurphy et C. K. Clarke, le Comité d'hygiène mentale de la Province de Québec est fondé par le Dr. Desloges⁸⁵. En 1927, le Dr. Frankwood Williams, ancien directeur du Comité national d'Hygiène mentale aux États-Unis, définit l'hygiène mentale ainsi :

D'abord un mouvement social organisé; ensuite, l'art d'appliquer des connaissances puisées dans certaines sciences fondamentales au maintien de la santé mentale de

⁸⁴ Ce mouvement origine des États-Unis avec le livre de Clifford Beers, *A Mind That Found Itself*, en 1908. Ex-psychiatrisé, il critique les traitements dans les asiles et fonde le *National Committee for Mental Hygiene* en 1909, soutenu par William James et de Adolf Meyer. En 1913, il ouvre la première clinique externe en santé mentale à New Haven. Ce mouvement se répand rapidement au Canada anglais sous la gouverne du Dr. Clark. Au Québec, il faut attendre 1929 pour qu'une sous-section québécoise soit mise sur pied sous la direction du Dr. Desloges. Un mémoire de maîtrise sur ce mouvement au Québec est cours au département d'histoire de l'Université Laval.

⁸⁵ Sur le sujet du mouvement d'hygiène mentale canadien, voir David Mac Lennan, « Beyond the Asylum : Professionalization and the Mental Hygiene Movement in Canada, 1914-1928, *CBMH/BCHM*, Vol. 4, 1987, pp. 7-23.

l'individu, lequel terme de santé mentale ne doit pas être pris dans le sens étroit d'absence de maladie mentale, mais dans celui plus large de comportement idéal, de disposition à maintenir une adaptation sociale satisfaisante⁸⁶.

En 1931 et 1932, une série de conférences des docteurs Desloges et de Bellefeuille sur l'hygiène mentale est diffusée à la radio et publiée, sous forme de brochure⁸⁷. Elles donnent lieu à un numéro spécial de l'*Union médicale du Canada* en 1934⁸⁸. Tous les spécialistes des maladies mentales, surtout ceux de Saint-Jean-de-Dieu, vont contribuer à ce numéro qui fait état de l'actualité en psychiatrie. Prenant acte des nombreuses campagnes d'hygiène publique pour combattre la mortalité infantile, la tuberculose et les maladies vénériennes, le Dr. Desloges évoque une autre campagne, « éminemment morale et sociale, celle de l'hygiène mentale »⁸⁹.

[Le comité] s'est proposé de prévenir et de guérir les maladies mentales et nerveuses; de faciliter le traitement scientifique de ces maladies; de donner l'attention voulue aux arriérés mentaux et aux arriérés pédagogiques; de faire l'éducation du public en le renseignant sur l'application de principes favorables à la santé mentale⁹⁰.

Il souligne la transformation de nos asiles d'aliénés et d'indigents en hôpitaux pour ceux qui souffrent de maladie mentale. Mais, malgré la guérison de « malades du cerveau », le nombre des patients dans les institutions dépassent les 10 000. Rappelant que depuis vingt ans, la population asilaire a plus que doublé tandis que celle du Québec a augmenté d'un tiers, il estime que les causes de cette augmentation sont dues à

[l]a vie effrénée telle que vécue depuis la guerre, la folie du luxe, du jazz, de la bourse, le krach et la dépression [qui] ont fait éclore des folies sans nombre. Et n'oublions pas les déchets de l'hérédité : un alcoolique, un syphilitique ne peut que

⁸⁶ Frankwood E. Williams, « Mental Hygiene : An Attempt at a Definition », *Mental Hygiene*, Vol. 11, Juillet 1927, p. 482, cité dans A. Marcotte, « La psychoclinique... », *op.cit.*, p. 568.

⁸⁷ Conférences sur l'Hygiène mentale données à la radio, Montréal, Le Comité d'Hygiène Mentale de la Province de Québec, entre 1931 et 1932. Avant-propos de A.H. Desloges.

⁸⁸ *UMC*, Numéro consacré à l'Hygiène mentale, Août 1934.

⁸⁹ Antoine Hector Desloges, « Avant-propos », *UMC*, Numéro consacré à l'Hygiène mentale, Vol. LXIII, No. 8, Août 1934, p. 739.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 739.

procréer des êtres affaiblis mentalement et physiquement. Voilà les causes de l'encombrement de nos hôpitaux⁹¹.

Non seulement les psychiatres s'intéressent-ils aux conséquences néfastes des maladies mentales comme nous l'avons vu au début de ce chapitre, mais ils entendent également prévenir les conséquences de comportements évitables : l'infection à la syphilis et l'intoxication alcoolique. Si la lutte contre les maladies vénériennes s'intensifie après la Première Guerre mondiale et constitue une base du mouvement prophylactique au Québec, les campagnes contre l'alcoolisme remontent au début du siècle et sont suivies, dans plusieurs régions de l'Amérique du Nord, de lois qui décrètent la prohibition d'alcool au cours années 1920. Au Québec, le mouvement d'hygiène mentale prends son essor grâce au Dr. Desloges, qui est aussi à la tête de la lutte contre les maladies vénériennes. Si, pour le Dr. Desloges, alcoolisme et maladies vénériennes sont deux causes importantes des troubles mentaux, les milieux défavorisés sont des terrains fertiles pour le développement des maladies mentales.

Pour le Dr. Saucier, fervent défenseur de l'origine héréditaire des maladies mentales, il est clair que « c'est bien à l'influence héréditaire que l'alcoolique doit sa physionomie psychique si particulière »⁹². Or, dans cet article, il s'intéresse davantage à l'alcoolisme d'un point de vue hygiéniste. Citant Legrain (1889), il divise les alcooliques en (1) amoraux, (2) abouliques ou (3) dipsomanes, montrant bien qu'ils sont des déviants ou, selon Magnan, des dégénérés. Le Dr. Saucier reprend ces conceptions avec le vocabulaire de la psychiatrie moderne. Il écrit :

Les premiers [les amoraux] sont des sujets dépourvus de bonté, d'honneur et de sentiments élevés, ensemble qui constitue ce que l'on est convenu d'appeler le sens moral. [Ils boivent] au caprice de leurs instincts. [...] Les habitués du langage psychiatrique savent que l'on désigne encore les amoraux du nom de pervers⁹³.

⁹¹ *Ibid.*, p. 740.

⁹² Jean Saucier, « Le problème de l'alcoolique », *UMC*, Août 34, p. 787.

⁹³ *Ibid.*, p. 789.

Les pervers déprimés, selon le Dr. Saucier, cherchent dans l'alcool un peu de vigueur. Les abouliques, eux, sont « plus sympathiques ». Pour Delmas et Boll, l'aboulie étant une faiblesse de la volonté, « mous, suggestionnables, indécis, scrupuleux, paresseux, impulsifs sont autant d'épithètes synonymes d'abouliques »⁹⁴. Les dipsomanes ou impulsifs boivent par excès, état associable à la kleptomanie ou à la pyromanie. Magnan avait vu le lien entre les dipsomanes et les cyclothymiques. En état de manie, les cyclothymiques, impulsifs, boivent à l'excès.

Pour le Dr. Saucier, « Logre a démontré le toxique ne créait pas la maladie, déjà latente, mais provoquait simplement son extériorisation ». Il poursuit: « Nous n'avons pas écrit ces lignes pour nier la responsabilité de tous les buveurs ni pour les absoudre sans exception mais afin de faire ressortir les mécanismes psychologiques qui déterminent l'habitude alcoolique. Nous savons que tous les buveurs conscients doivent leur penchant néfaste à des déviations constitutionnelles innées »⁹⁵. Dans le cas des amoraux, la solution la plus efficace est la séquestration, pour les dipsomanes c'est plutôt les maisons de santé et pour les abouliques, une solution moins contraignante, l'éducation ou un milieu plus sain. Selon le Dr. Saucier, ce sont d'ailleurs les seuls visés par la campagne d'hygiène.

Comme le milieu socio-économique a une influence majeure sur la dépendance à l'alcool, ne vaut-il pas mieux « réformer » l'éducation et l'équilibre économiques des classes inférieures? C'est, du moins, l'opinion du Dr Amyot qui, dans son article sur les aspects neuro-psychiatriques de l'alcoolisme, se demande pourquoi une minorité d'individus développe l'alcoolisme dans une société où l'alcool est acceptée⁹⁶. Pour lui, l'alcoolisme est une habitude somatique et un appétit mental (alcoolomanie). « C'est par son action sur

⁹⁴ *Ibid.*, p. 790.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 792.

⁹⁶ Roma Amyot, « Aspect neuro-psychiatrique de l'alcoolisme », *UMC*, Septembre 1945, pp. 1237-1243.

l'intelligence, l'affectivité, l'activité et la moralité de l'individu qu'il [l'alcool] démolit et désagrège la famille; qu'il en fait un véritable fléau des siens et de la société »⁹⁷.

Sur les causes de l'alcoolisme, Amyot décrit ainsi les conditions extrinsèques de la maladie :

[L]a mauvaise éducation ou l'absence d'éducation familiale, le mauvais exemple et la contagion venant des parents, un rang social inférieur dans un milieu fruste, l'absence d'éducation, la survenue de certaines circonstances démoralisantes, le désœuvrement, l'oisiveté, l'absence de distractions récréatives ou sportives dans un décor agréable [...] ⁹⁸.

Les conditions intrinsèques de la maladie, selon Amyot proviennent d'un « terrain psychologiquement morbide quand ce n'est pas une psychopathie évidente [...] [ou] une constitution psychopathique anormale »⁹⁹. Pour reprendre ses mots :

Un fait est certain : un grand nombre d'alcooliques cherchent à anéantir dans l'euphorie ou l'hébétude de l'alcool leur peur de vivre ou leur lâcheté malade; ce sont des inadaptés qui recourent à des artifices pour supporter l'existence ou qui luttent en fuyant¹⁰⁰.

Enfin, le Dr. Amyot, après avoir énuméré les catégories neuro-psychiatriques de l'alcoolisme, rappelle que l'alcoolique est un vrai malade et qui a besoin d'une cure fermée à laquelle s'ajoute un « traitement moral »¹⁰¹.

Le Dr. Barbeau commente la recherche du Dr. Amyot en 1945. Il en profite pour ajouter que l'alcool confère aux actes anti-sociaux un caractère de violence plus élevé. Il fait remarquer également que l'alcoolisme est un cercle vicieux pour les névrosés d'angoisse toujours plus nombreux, ce qui exprime bien, selon lui, l'instabilité individuelle et sociale de

⁹⁷ *Ibid.*, p. 1237.

⁹⁸ *Ibid.*, pp. 1237-1238.

⁹⁹ *Ibid.*, p. 1238.

¹⁰⁰ L'italique est de Amyot. *Ibid.*, p. 1239.

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 1242. Alors appelée *Conversion Therapy*.

l'époque¹⁰². Il aborde aussi la question des maladies vénériennes. Bien que nous ayons éliminé les cas de paralysie générale (syphilis) de notre échantillon, nous nous devons de donner quelques informations sur les discours de prévention des infections sexuellement transmissibles. Si le résultat est neurologique dans le cas de la syphilis, il n'en demeure pas moins que c'est un problème social qu'il faut prévenir.

Alors que le test de Wasserman est systématiquement fait à tous les patients de Saint-Jean-de-Dieu à partir de 1929, les écrits sur la question apparaissent surtout à partir de la Deuxième Guerre mondiale. À l'exception du Dr. Loignon de Saint-Jean-de-Dieu qui, dès 1934, publie un article sur le traitement de syphilis héréditaire par la malariathérapie, les autres médecins se préoccupent plutôt de la prévention des maladies vénériennes¹⁰³. La Loi de 1941 sur la prévention des maladies vénériennes couronne d'ailleurs leurs efforts. Le ministre de la santé, Henri Groulx, en 1942, justifie ainsi l'adoption de la loi. Alors que la syphilis est responsable de 10% des cas de folie,

elle retarde [aussi] l'éducation des enfants au point de nuire gravement à leur valeur sociale et de compromettre leurs énergies intellectuelles. Nombre de jeunes paresseux, délinquants, maladifs, doivent leur condition à la syphilis qui les conduit parfois à l'immoralité, voir même au crime. [...] Nous avons plutôt cru qu'une saine éducation, un appel au bon sens et à la responsabilité individuelle [...] réussiraient mieux dans ce domaine que tous les moyens coercitifs mis à notre disposition par la loi¹⁰⁴.

Le Dr. Albert Lesage, président de la Ligue canadienne de Santé, est du même avis et en appelle, lui aussi, à la prévention. La syphilis engendre, selon lui, des « déchets humains » et est susceptible de provoquer des désordres sociaux tels que :

le désenchantement et les désaccords entre les époux, la désunion, la rupture ou la séparation, le divorce, l'abandon des enfants, l'affaiblissement du sens moral, la

¹⁰² Commentaire du Dr. Barbeau dans Roma Amyot, « Aspect neuro-psychiatrique de l'alcoolisme », *op. cit.*, p. 1243.

¹⁰³ Gaston Loignon, « Manifestations de la syphilis héréditaire, un cas de paralysie générale juvénile », *UMC*, Août 1934, pp. 898-910.

¹⁰⁴ Henri Groulx, ministre de la santé, « Médecine sociale- considérations pratiques en marge de la loi pour prévenir les maladies vénériennes », *UMC*, Juillet 1942, pp. 729-733.

négation de la responsabilité, l'amointrissement de l'individu, de la race; l'extinction graduelle de la famille; les revers et les sombres jours¹⁰⁵.

Les psychiatres canadiens-français au sein du mouvement d'hygiène mentale conjuguent les facteurs héréditaires et physiologiques aux facteurs psychologiques et environnementaux. D'une part, les théories sur la transmission des tares familiales sont fort populaires durant l'entre-deux-guerres. Les partisans de l'hérédité s'allient avec le mouvement eugéniste. Mais contrairement à leurs collègues anglo-protestants, les psychiatres franco-catholiques maintiennent une position conservatrice, thomiste même, sur la question eugénique. D'autre part, les théories psychopédagogiques et sociologiques influencent les psychiatres et réformateurs de la Province de Québec dans la mise en place de programmes de prévention et d'intervention pour diminuer les problèmes sociaux. Les partisans des théories sociales mettront en place des programmes d'éducation de la population et de dépistage des enfants « arriérés » ou « inadaptés » dans les écoles.

8.4.1. L'eugénisme positif : l'influence du catholicisme.

Si la question de la prévention prend une place de plus en plus importante dans les discours, et est même source de législations, l'eugénisme n'est pas pour autant absent des écrits des médecins. D'influence anglo-saxonne et liée de près à l'hygiène mentale telle que développée aux États-Unis, la stérilisation des inaptes, mesure par excellence de l'eugénisme négatif, est pratiquée dans certaines provinces canadiennes et états américains¹⁰⁶. Même si le Dr Desloges cible les « déchets de l'hérédité » comme une cause de la maladie mentale, les solutions proposées par les tenants de l'eugénisme ne peuvent être envisagées comme elles le sont, par exemple, au Canada anglais, aux États-Unis ou en Europe. Les psychiatres

¹⁰⁵ Albert Lesage, « La syphilis – Maladie sociale », *UMC*, Mars 1944, p. 235-236.

¹⁰⁶ Ian Dowbiggin, *Keeping America Sane. Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada, 1880-1940*, Ithaca, Cornell University Press, 1997; Angus McLaren, *Our own Master Race. Eugenics in Canada, 1885-1945*, Toronto, McClelland & Stewart, 1990.

francophones sont, au Québec, de fervents catholiques et doivent composer avec L'*Encyclique Casti Connubii* de Pie XI sur le mariage chrétien, publié en 1930, qui prend position contre les mesures eugéniques, en affirmant notamment:

Enfin, ceux qui, dans les nations, tiennent le pouvoir ou élaborent des lois, n'ont pas le droit d'oublier qu'il appartient aux pouvoirs publics de défendre la vie des innocents par des lois et des pénalités appropriées. [...] Saint Thomas d'Aquin enseigne la même chose lorsque, se demandant si les juges humains peuvent infliger du mal à un homme pour prévenir des maux futurs, il le concède pour quelques autres maux, mais il le nie à bon droit et avec raison pour ce qui concerne la lésion du corps : « Jamais, suivant le jugement humain, personne ne doit, sans avoir commis une faute, être puni d'une peine meurtrissante; on ne peut ni les tuer, ni les mutiler, ni les frapper »¹⁰⁷.

Pas étonnant que le Dr Desloges rappelle que « [M]althusianisme, stérilisation, euthanasie, n'intéressent guère le Comité d'Hygiène Mentale de la Province de Québec qui s'appuie plutôt sur les lois naturelles et sur la morale chrétienne »¹⁰⁸. Le Dr Desloges n'est pas le seul au Canada français à se tenir à l'écart des thèses eugéniques. Comme nous le verrons plusieurs psychiatres franco-catholiques partagent son opinion. L'appartenance religieuse dicte, en effet, les rapports qu'entretiennent les médecins avec l'eugénisme. On se rappellera que le Vatican est contre la limitation des naissances et ce, même chez les « déchets humains », comme nous l'évoquait Pie XI en 1930.

En 1934, le Dr. Antonio Barbeau se penche sur la question de la stérilisation des inaptes, rappelant, au passage, les facteurs héréditaires et environnementaux dans le développement des maladies mentales¹⁰⁹. Pour lui, l'étiologie des maladies mentales repose sur la dégénérescence et le milieu inadéquat¹¹⁰. Soulignant la guerre, l'exode rural, l'industrialisation et l'atmosphère empoisonnée des villes, il écrit :

¹⁰⁷ *Encyclique Casti Connubii* sur le mariage chrétien (31 décembre 1930), traduction française, Paris, Éditions SPES, 1955, p. 74 et 80.

¹⁰⁸ Antoine Hector Desloges, « Avant-propos », *op. cit.*, p. 740.

¹⁰⁹ Antonio Barbeau, « La place d'une technique eugénique en biologie humaine. La stérilisation des inaptes », *UMC*, Vol. LXIII, No.8, Août 1934, p. 811-849. Notons que la bibliographie de cet article est de loin la plus longue avec 187 titres provenant de la France, du Québec, du Canada anglais, des États-Unis et de nombreux pays hispanophones et germanophones.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 813.

Bref, la civilisation a finalement désaxé la biologie et la psychologie de tout le monde. Aliéné signifie étymologiquement étranger à la société. N'est-ce pas pour plusieurs, moins malléables, la société trop versatile qui devient étrangère? Et tel, qui fût demeuré dans la norme, ailleurs, dès qu'il est le moindrement prédisposé devient en fait psychopathe dans un siècle affolant...¹¹¹

En somme, si l'hérédité prédispose, c'est le milieu qui joue un rôle clé dans le développement des maladies mentales.

On a évoqué plus haut que le discours médical établit un rapport entre les classes défavorisées, leur environnement et la maladie mentale. Plus largement, la question économique qui se pose certes en termes de coûts d'entretien des malades mentaux à l'hôpital, mais également en termes de coûts sociaux, puisque les pauvres font beaucoup plus d'enfants que les riches, est donc abordée. L'environnement socio-économique est dès lors perçu comme un facteur aussi déterminant pour expliquer les maladies que les causes essentiellement physiologiques. Comme certains se plaisent à le rappeler, la recherche « a examiné la graine sans le terrain »¹¹². Les recherches émanant de l'École de Chicago ont été les premières à se pencher sur l'origine socio-économique, l'urbanisation croissante, l'industrialisation, et surtout le paupérisme. Les conclusions de ces recherches font dire au Dr Barbeau que ces conditions socio-économiques ne sont pas d'« excellent[s] stimulant[s] intellectuel[s] ou mora[ux] ». Médecin et philosophe, spécialiste du « freudisme », le Dr. Barbeau, à l'instar de Meyer aux États-Unis, insiste donc sur la prise en compte du physique, du psychisme et du social, bref de « l'homme dans son entier » quand il est question des déviances mentales.

D'abord, pour le Dr. Barbeau la stérilisation n'est pas une mesure efficace dans la lutte contre les maladies mentales. En effet, cette mesure repose sur le constat que l'hérédité joue un rôle important dans la transmission de ces maladies. Or, l'étude des gènes, encore préliminaires, n'a pas démontré, selon Barbeau, que les maladies mentales sont dues à la

¹¹¹ *Ibid.*, p. 814-815.

¹¹² Antonio Barbeau, « La place d'une technique eugénique », *op. cit.*, p. 828.

transmission de tares des parents aux enfants par l'hérédité. Si les troubles mentaux, comme le montrent plusieurs études, sont dus à plusieurs autres causes que l'hérédité, comment savoir qui stériliser? Prenant l'exemple des États-Unis et de l'Allemagne où l'on stérilise plusieurs individus jugés inaptes, le Dr. Barbeau souligne que ceux-ci n'ont pas tous une « maladie génétique » puisque les lois à caractère eugéniste visent non seulement les malades « héréditaires », mais également les « dégénérés au sens large »¹¹³.

Notons cependant que le Dr. Barbeau n'a rien contre « l'eugénisme positif », qui consiste à la fois à encourager la reproduction des individus considérés comme les représentants les plus sains de la population et à la fois à améliorer les conditions de vie et l'éducation de la population en général tant au sujet de la santé physique et psychologique que morale. Pour le Dr. Barbeau, si l'aliénation mentale et la criminalité sont en nette progression depuis le début du siècle, c'est autant dû à une « civilisation qui nous intoxique et nous énerve sans cesse » qu'à « l'hérédité »¹¹⁴. Il recommande de poursuivre les recherches sur la question de l'importance de l'hérédité plutôt que l'intervention de l'État par l'adoption de lois autorisant la stérilisation.

Le Dr. Lapierre, à l'instar du Dr Barbeau, y va de ses commentaires sur les mesures comme la stérilisation et la limitation des naissances. On ne s'étonnera pas que sa position rejoigne celle du Vatican¹¹⁵. Il n'appuie pas les mouvements de stérilisation des inaptes comme cela se fait dans d'autres pays, notamment en Allemagne. Il reprend l'argument du Dr Barbeau en demandant « [q]u'est-ce au juste qu'un inapte? C'est en un certain sens, vous, moi, en tout cas, toujours le voisin [sic] »¹¹⁶. Ce faisant, il remet en question la théorie de la dégénérescence héréditaire de Morel tout comme la notion d'hérédité, elle-même. Mais, si on

¹¹³ *Ibid.*, pp. 834-835.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 838.

¹¹⁵ Les arguments anti-eugénistes sont les mêmes que ceux utilisés par les églises de diverses dénominations et les groupes « pro-vie ». Ils rappellent que Beethoven était sourd, Homère aveugle, Napoléon épileptique, etc.

¹¹⁶ Gaston Lapierre, « Les campagnes internationales actuelles d'eugénisme », *UMC*, Tome LXIV, No. 6, Juin 1935, p. 701.

abhorre la stérilisation et la contraception, une certaine forme d'eugénisme « moral » reçoit l'aval du Dr. Lapierre. En voici les principales mesures :

Que l'on accentue la lutte internationale contre l'alcoolisme et contre la prostitution, contre le taudis, contre la tuberculose et contre la syphilis; que l'on continue à répandre partout les œuvres sociales chrétiennes, si fécondes en bons résultats, nettement démontrés, pour la collectivité; et on s'opposera ainsi de façon utile à la dégénérescence des races, sans que la société ait la faiblesse de se dérober à tous ses devoirs et sans qu'elle s'applique à remplacer par deux coups de couteau les devoirs que la civilisation lui a imposés¹¹⁷.

Ceci dit, et toujours dans une optique très chrétienne, si les adversaires de l'eugénisme s'opposent à la stérilisation, c'est par crainte d'une augmentation de l'immoralité et d'une hausse des maladies vénériennes. La stérilisation agirait comme un moyen contraceptif et autant les relations hors mariage qu'extra-conjugales n'entraîneraient pas de grossesses, mais une augmentation des maladies vénériennes. En fait, ils craignent que cette situation ne remette en cause la monogamie conjugale. Le Dr. Lapierre remet également en cause le fait qu'un plus grand nombre de « déficients mentaux » proviennent des classes pauvres, affirmant que plusieurs des grands hommes sont sortis des foyers souvent miséreux. Selon lui, il faut refuser ces lois à saveur eugénistes « d'abord parce qu'il est impossible de fixer des critères d'incapacité stables et précis, et surtout parce que les sentiments de liberté individuelle, de morale et de religion leur barrent le chemin »¹¹⁸.

Si, en général, les médecins canadiens-français s'opposent aux mesures eugénistes, on compte cependant une exception notable en la personne du Dr. Plouffe. Ce dernier, dans un article de 1934 plutôt percutant intitulé « À propos d'eugénisme. Pour une race meilleure », fustige ses collègues médecins qui laissent des inaptes se marier. Le Dr. Plouffe cite cinq cas de patients, épileptique, syphilitique, tuberculeux, alcoolique et cocaïnomanie, où le médecin n'a pas réagi contre leur mariage. Il sermonne ses collègues en disant que, quoiqu'il soit en

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 702.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 703.

règle avec le Collège des médecins et la loi, ces professionnels sont immoraux et malhonnêtes¹¹⁹. Selon lui,

Un médecin doit déployer toutes les ressources de son talent, de ses connaissances, de son jugement pour prévenir l'écllosion des fous, des déséquilibrés, des anormaux, des monstres, des criminels! [...] [et être] contre ces unions qui sont une disgrâce pour notre province, un danger pour la race et un déshonneur pour l'humanité!¹²⁰

Selon lui, il faut empêcher les mariages, mais ne pas stériliser. Le Dr. Plouffe croit-il à la continence en dehors du mariage? Point de mention de ce fait dans son article, seulement un discours indigné sur ces collègues qui ne conseillent pas le célibat aux inaptes.

Moins acerbe qu'il l'était dix ans plus tôt, le Dr. Plouffe, en 1946, allie prévention médicale et morale. Il croit que l'État devrait financer la formation de médecins « éducateurs » autant que de médecins « guérisseurs ». S'il faut prévenir les maladies contagieuses et la mortalité infantile et maternelle grâce à l'éducation, le Dr. Plouffe veut aussi la fermeture des bordels et l'établissement de campagnes de « propagande » contre l'alcool et le cola. Sur la question des prostituées, il fait entendre un son de cloche un peu différent de ses collègues imprégnés du conservatisme ambiant. « Ces filles », affirme-t-il, ne sont pas des criminelles mais des victimes¹²¹.

Comme bien des médecins de son époque, le Dr. Plouffe a une position paternaliste à l'égard de la population qu'il considère n'être qu'un « grand enfant » à qui il faut donner de l'information vulgarisée. Signalant que, « [à] l'heure actuelle, la médecine contemporaine prend une orientation qui donne à l'hygiène et à la médecine préventive une importance de premier plan¹²², l'eugénisme positif canadien-français est à la fois une méthode de « sauvegarde » de la santé, passant comme partout ailleurs par l'éducation, mais une

¹¹⁹ Adrien Plouffe, « À propos d'eugénisme. Pour une race meilleure », *UMC*, Vol. LXIII, No. 11, Novembre 1934, p. 1243.

¹²⁰ *Ibid.*, p. 1243.

¹²¹ Adrien Plouffe, « La propagande d'hygiène et la médecine contemporaine », *UMC*, octobre 1946, p. 1200.

¹²² *Ibid.*, p. 1197.

éducation normative faite par des médecins, psychiatres pour la plupart, avec leurs valeurs et leur vision de la société comme elle se doit d'être

8.4.2. La solution aux problèmes mentaux et sociaux : l'éducation des parents et des enfants.

On ne s'étonnera pas, après avoir montré comment les médecins canadiens-français sont à la remorque des valeurs chrétiennes et surtout catholiques dominantes au Québec, qu'ils considèrent un mariage heureux et une famille unie comme des remèdes à bien des maux de société dont la maladie mentale. Alliant la médecine et la morale, l'Église catholique et les médecins franco-catholiques suggèrent l'« examen pré-nuptial » pour s'assurer que les mariages unissent deux personnes saines¹²³. Ils critiquent la vision matérialiste de l'eugénisme physique et prônent plutôt l'éducation morale pour rendre les individus plus responsables de leurs actes. L'Église sollicite l'examen pré-nuptial pour détecter des troubles de plusieurs ordres : (1) l'hérédité et la consanguinité; (2) les troubles mentaux (surtout démence précoce et débilité) et épilepsie; (3) les affections cardiaques; (4) la tuberculose; (5) les malformations génitales et (6) les maladies vénériennes¹²⁴.

En 1934, le Dr. Larivière s'intéresse au diagnostic d'hystérie dans un article de l'*Union médicale du Canada* dans lequel il souligne le rôle important de l'éducation des enfants dans la prévention des manifestations hystériques comme de toutes les névroses. Il note que, bien que nous naissions tous avec de fortes tendances affectives, les parents peuvent contrer les

¹²³ Roma Amyot, « Examen médical et mariage », *UMC*, août 1943, pp. 875-876. Les Évêques de la province de Québec recommandent aux futurs époux un certificat médical avant leur engagement. Le médecin devra regarder à tuberculose, les maladies vénériennes et les cas d'impuissance.

¹²⁴ Richard Lessard, « L'examen pré-nuptial », Conférence au Collège des médecins et chirurgiens du Canada, Juin 1946, repris dans *UMC*, Décembre 1946, p. 1615.

« sentiments qui risqueraient d'orienter l'affectivité dans un sens pathologique »¹²⁵. Il reconnaît qu'il y a bien une constitution psychopathique, mais que l'on peut éviter les émotions trop intenses et les chocs affectifs.

Le Dr. Desloges croit également que la solution passe par l'éducation des enfants, surtout quand se sont des enfants « arriérés ». Il s'agit donc de ségréger les enfants selon leur type d'intelligence pour les éduquer différemment et les préparer à un rôle adapté à leur situation dans la société¹²⁶. Le comité d'hygiène mentale fait appel à deux experts en psychiatrie, le Dr. Omer Noël et le Dr. de Bellefeuille, pour former des classes spéciales dans les écoles pour les enfants ayant des troubles d'apprentissage. Ces derniers sont identifiés grâce selon au test de Binet-Simon¹²⁷. Le Dr. de Bellefeuille souligne que la campagne d'hygiène mentale...

présente une portée morale qui doit nous faire réfléchir : en effet, si on n'a pas préparé l'arriéré à gagner sa vie de façon licite, et par des moyens honnêtes, il deviendra fatalement un fardeau pour la société, soit comme pauvre professionnel, soit comme délinquant ou criminel¹²⁸.

Le Dr. Marcotte, psychiatre au Service de Santé de Montréal, donne une conférence, en 1934, sur le rôle du milieu familial dans la santé mentale des enfants. Prenant acte de la « formation défectueuse de l'enfant par certains parents », il propose des solutions qui ont comme point commun l'éducation des parents¹²⁹. Pour lui, les enfants imitent et obéissent aux plus âgés de la famille, aînés et parents, ces derniers se doivent donc d'être les plus équilibrés possible pour favoriser le développement de la « personnalité normale » des

¹²⁵ Paul Larivière, « Position actuelle du problème de l'hystérie », *UMC*, Vol. LXIII, No. 8, Août 1934, p. 876.

¹²⁶ Antoine Hector Desloges, « Avant-propos », *UMC*, Numéro consacré à l'Hygiène mentale, Vol. LXIII, No. 8, Août 1934, p. 741.

¹²⁷ Gaston de Bellefeuille, « L'hygiène mentale au service de la population écolière de la ville de Montréal », *UMC*, Vol. LXIII, No.8, Août 1934, pp. 754-756.

¹²⁸ *Ibid.*, p. 759.

¹²⁹ Alexandre Marcotte, « Le milieu familial facteur de déséquilibre affectif et d'arriération intellectuelle chez l'enfant », causerie donnée au Congrès du Conseil canadien pour la sauvegarde de l'enfance et de la famille, Avril 1932, repris dans *UMC*, Août 1934, p. 883.

enfants. Fait intéressant, le Dr. Marcotte intègre quelques éléments freudiens. « Ils [les parents, surtout la mère] ne s'aperçoivent pas, écrit-il, que l'enfant, à cet âge [de 0 à 2 ans], se prête volontiers à tout acte qui comporte un élément de plaisir »¹³⁰. L'article de Marcotte repose sur des notions freudiennes, mais aussi sur les écrits de Delmas et Boll, qui renvoient au « caractère » et à la « personnalité » en mettant l'accent sur le jugement et la volonté. Il critique autant les parents indifférents que ceux qui surinvestissent dans l'éducation. Après une liste des comportements qui nuisent au développement des enfants, il suggère la multiplication des cliniques d'hygiène mentale pour mieux informer les parents.

Enfin, l'éducation des enfants se fait non seulement par les parents, mais aussi par l'école comme le souligne le Dr Baudouin, professeur d'hygiène à l'Université de Montréal. Citant le sous-ministre de la Santé, le Dr. Grégoire, Baudouin écrit « L'école est le meilleur milieu pour la semence des principes d'hygiène et de sobriété. L'enseignement de l'hygiène devrait être sur le même pied que l'enseignement de la morale et de l'orthographe »¹³¹. Au Québec, en 1943, le programme d'hygiène comprend l'éducation et la prévention des maladies contagieuses tout comme la coordination de l'esprit et du corps¹³².

8.5. La Seconde Guerre mondiale : la transition vers une psychiatisation du normal.

En ce qui concerne la psychiatrie au Québec, la Seconde Guerre mondiale a une double conséquence : l'intégration des théories psychologiques et, avec l'Europe qui devient le théâtre principal du conflit, la spécialisation des psychiatres québécois se fait désormais dans

¹³⁰ *Ibid.*, p. 884.

¹³¹ Dr. Jean Grégoire à l'association canadienne de santé publique en 1942, cité dans J.-A. Baudouin, « L'enseignement de l'hygiène dans les écoles de langue anglaise au Canada », *UMC*, Mai 1943, p. 505.

¹³² *Ibid.*, p. 512.

les universités américaines. Le Dr. Barbeau a beau rappeler les liens qui unissent les psychiatres français et franco-canadiens qui les distinguent de leurs compatriotes anglophones, la guerre sonne le glas à l'influence française¹³³. Dès 1944, le Dr. Barbeau se demande en 1944 si la psychiatrie franco-canadienne est encore une science française¹³⁴. Les connaissances de pointe depuis un quart de siècle ont été produites par des psychiatres comme Kraepelin, Freud, Bleuler, Jung, Meyer, De Clérambault, Claude, dont les nationalités sont plutôt diversifiées. Si les Français ont fait figures de précurseurs, ils sont loin désormais de dominer cette spécialité médicale dans les années 1940. Le Dr. Barbeau appelle cependant de ses vœux le retour de la France comme chef de file de la psychiatrie :

Notre vœu le plus cher est qu'après la tourmente et les bouleversements actuels, [...] la France psychiatrique reprenne sa place naturelle, la première... Plus que d'autres peut-être, les psychiatres et les neurologues canadien-français ont tellement souffert depuis quatre ans d'un isolement impitoyable... Et sans la France, le monde leur a paru si seul¹³⁵!

Bien que les psychiatres francophones du Québec sont de plus en plus influencés par les recherches de leurs collègues anglo-américains, le Dr Barbeau laisse entendre que les liens entre les psychiatres canadiens-français et ceux de la France sont plus forts et même nécessaires pour assurer la spécificité de la psychiatrie au Québec. L'influence américaine atteint cependant un point de non retour. La psychiatrie française ne jouera plus, ici, qu'un rôle négligeable. Avec la Seconde Guerre mondiale en effet, les psychiatres d'ici se tournent définitivement vers les États-Unis pour parfaire leur formation¹³⁶.

Alors que la Première Guerre mondiale a aidé la recherche en neurologie avec des données sur les lésions et traumatismes cérébraux, la Seconde Guerre mondiale fournit des

¹³³ Antonio Barbeau, « Évolution de la médecine canadienne-française », dans *Sous les platanes de Cos*, [1942], p. 147-154.

¹³⁴ Antonio Barbeau, « La psychiatrie française », *UMC*, novembre 1944, pp. 1301-1304.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 1304.

¹³⁶ Aux États-Unis, en 1934, l'union entre les diagnostics et les statistiques gouvernementales au niveau national est effective et gérée par le Bureau de la statistique. Voir Gérald Grob, « Origins of DSM-I : A Study in Appearance and Reality », *American Journal of Psychiatry*, Vol. 148, No. 4, Avril 1991, pp. 421-431. Au Canada, la classification nationale officielle est publiée en 1942.

données sur les situations « extraordinaires » qui mènent les hommes ordinaires à développer des comportements déviants. La Deuxième Guerre mondiale a servi de laboratoire aux médecins et psychiatres de l'armée américaine. Vecteur formidable des situations de stress, le front génère son lot de problèmes psychiatriques chez les soldats. Les médecins militaires ont peu de temps et de moyens pour retourner ces hommes aux combats, ce qui les force à développer des techniques « psychologiques »¹³⁷. Aussi, utilisant la classification des années 1930, ils s'aperçoivent qu'à peine 10% des cas militaires correspondent à une catégorie de cette classification élaborée pour les hôpitaux psychiatriques¹³⁸. Comment diagnostiquer les 90% de cas restant? Avec la nosologie américaine d'alors, il n'existe pas de diagnostic pour les « réactions psychologiques au stress du combat »¹³⁹. Ils le créeront.

Les médecins militaires produisent un guide des maladies mentales sur la base de leurs observations cliniques pendant le conflit. William Menninger, directeur de la Division de psychiatrie au Bureau du *Surgeon General of the United States Army*, est en charge du fameux « Medical 203 » de 1942, un plan de révision des classifications des maladies mentales existantes¹⁴⁰. Adoptée par bon nombre de psychiatres, cette nomenclature prend en compte le concept de « troubles mentaux » et non seulement de « maladie mentale ». En 1948, trois classifications existent aux États-Unis, celle des Forces Armées, celle de l'administration des Vétérans et celle des hôpitaux psychiatriques, dite « standard ». Devant cette situation, plusieurs psychiatres voient l'urgence d'adopter une classification des diagnostics unifiée à l'ensemble des institutions, tant hospitalières, privées qu'hygiéniques. Celle-ci doit porter avec une attention particulière aux troubles de la personnalité et aux réactions transitoires de stress¹⁴¹.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 422.

¹³⁸ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*, New York, American Psychiatric Association, 1952, p. vi.

¹³⁹ *Ibid.*, p. vii.

¹⁴⁰ Gerald Grob, « Origins of DSM-I », *op. cit.*, p. 427.

¹⁴¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, *op. cit.*, p. viii.

Sous l'égide de l'*American Psychiatric Association*, en 1950, une première version révisée est envoyée à 10% des praticiens aux États-Unis et au Canada. Ils doivent la commenter, répondre à un questionnaire, ainsi que donner leurs opinions et suggestions. Non seulement cette nouvelle classification est-elle distribuée dans tous les secteurs en psychiatrie, mais elle est également adressée aux membres des associations professionnelles de neurologie, de psychanalyse, de psychopathologie et de santé mentale. Plébiscité par 93% des répondants, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, version I (DSM-I) est publié en 1952. Le DSM-I reflète les théories dominantes de l'époque, notamment la théorie socio-biologique d'Adolf Meyer qui lie la psychodynamique et la sociologie aux conceptions biologiques de Kraepelin. Décédé en 1950, Meyer aura laissé en héritage une conception moniste de la déviance mentale; l'étude de l'être humain dans sa totalité.

Le DSM-I comprend alors deux groupes de désordres mentaux. Dans le premier, on trouve ceux qui sont reliés à une perturbation des fonctions mentales résultant d'une, ou précipités par, une dégradation importante des fonctions du cerveau, généralement due à des dégradations diffuses des tissus cérébraux. Un deuxième groupe renferme les désordres mentaux qui sont le résultat d'une grande difficulté d'adaptation de la personne, et dans lesquels toutes les perturbations des fonctions cérébrales sont secondaires au désordre psychiatrique¹⁴². Ces deux groupes sont subdivisés onze catégories réparties en quatre champs : (1) l'organogénique, (2) la déficience mentale, (3) le psychogénique et (4) le psychosomatique¹⁴³. Trois types de causes sont identifiés: le stress, la prédisposition et la détérioration du cerveau. Le deuxième groupe propose de lier les comportements humains transgressifs à une constitution ou une prédisposition de l'individu. Cette constitution ou prédisposition à développer un problème mental, mise en évidence par l'immoralité, un

¹⁴² *Ibid.*, p. ix.

¹⁴³ Sur les onze catégories : cinq sont dans les troubles organogéniques : (1) syndromes cérébraux aigus, (2) syndromes cérébraux chroniques avec réactions psychotiques, (3) avec réactions névrotiques, (4) avec réactions comportementales et (5) sans phases qualifiées. La (6) déficience mentale et les (7) troubles psychosomatiques sont des catégories en soi. Enfin, les troubles psychogéniques comprennent les quatre dernières catégories, (8) troubles psychotiques, (9) troubles psychonévrotiques, (10) troubles de la personnalité et (11) troubles de la personnalité situationnels passagers. Voir DSM-I, *op. cit.*, pp. 75-77.

milieu de vie inadéquat ou un stress majeur, nous éclaire sur la norme sociale. Si les maladies mentales se développent dans un contexte bien particulier, l'origine est physiologique. Bref, la culture influence la nature. Les psychiatres d'alors ne rejettent pas les explications organiques, bases de leur spécialité, mais adaptent la nosologie à l'individu et à sa personnalité. Ils sont alors préoccupés par les relations parentales et conjugales, les stades de vie et les rôles sociaux. La psychiatrie de l'après-guerre étudie alors l'adaptation de l'être humain « biologique » à son environnement « culturel ».

La volonté d'assumer ces fonctions « sociales » transcendent l'hôpital psychiatrique. Les médecins s'engagent à prévenir, assister et traiter non seulement les individus internés dans les hôpitaux, mais tout le corps social. Pour assurer leur légitimité médicale, les psychiatres formulent trois conceptions clés : la compréhension de l'être humain comme un tout, l'adoption d'une conception « génético-dynamique » des troubles mentaux et la reconnaissance de l'influence des facteurs émotionnels dans le développement des maladies¹⁴⁴. La collaboration avec les travailleurs sociaux, les psychologues, les criminologues et autres spécialistes n'en est que plus pressante. Comme nous l'avons vu précédemment, des psychiatres sont à l'intérieur des murs de l'hôpital psychiatrique et s'emploient à chercher les causes des maladies mentales et à expérimenter divers traitements physiologiques sur les patients. D'autres psychiatres sortent de l'institution et investissent le champ social. Ces derniers collaborent avec les professionnels « psy » et tentent de prévenir et de traiter les troubles mentaux en tenant compte des conditions de vie et des interactions sociales. Au Québec, une nouvelle génération de psychiatres/psychanalystes, formée dans les années 1950 en France et aux États-Unis, s'attèleront à la tâche et demanderont au début des années 1960 une réforme de la discipline, de l'institution et des interventions psychiatres.

¹⁴⁴ Gerald Grob, « Origins of DSM-I », *op. cit.*, p. 429.

Conclusion

La psychiatrie, dans les années 1920, est liée à la neurologie. Une nouvelle génération de psychiatres formés en France, les neuro-psychiatres, expliquent les maladies mentales à partir des lésions cérébrales. Le courant organiciste français influencera la recherche et les connaissances des médecins franco-montréalais jusqu'aux années 1930. Pour eux, les symptômes anti-sociaux des individus atteints de troubles mentaux sont dus à des causes organiques. Si certains psychiatres de l'ancienne génération adhèrent toujours à la doctrine de l'origine héréditaire des maladies mentales, ces théories sont mises à mal puisque fatalistes. Mais force est de constater que les connaissances sur les origines physiologiques des maladies mentales sont limitées. Les spécialistes avouent leur manque de connaissances sur certains symptômes de déviance mentale qu'ils attribuent à des causes inconnues.

Si les explications psychogéniques de la psychiatrie dynamique et de la psychanalyse, avec les notions d'inconscient, commencent un peu à circuler parmi les psychiatres québécois, une grande résistance aux théories freudiennes sur la libido est notable. Les explications psychogéniques, qui reçoivent une attention de la part des psychiatres d'ici, privilégient l'éducation des parents. On espère ainsi éviter que les individus prédisposés à la déviance ne développent un trouble sévère et ne soient institutionnalisés. À la fin des années 1920, plutôt que de concilier les divers courants d'explications des maladies mentales, le mouvement d'hygiène mentale tourne son attention vers la prévention. Grâce à des programmes de prévention et d'éducation, les psychiatres pensent pouvoir diminuer le nombre d'aliénés. Prenant appui sur les théories psychologiques et environnementales, ils identifient les causes multiples des maladies mentales et, si certaines de ces maladies demeurent congénitales et héréditaires, le milieu et le mode de vie sont perçus comme des vecteurs de la maladie mentale.

Deux courants de pensée sont au cœur du mouvement hygiéniste : l'eugénisme et le dépistage précoce des troubles chez les enfants. L'eugénisme a ses thuriféraires un peu partout dans le monde au cours des années 1930. Les lois sur la stérilisation, l'euthanasie et le dépistage pré-conjugal votées dans certains pays et même au Canada montrent bien la

popularité de cette science de l'amélioration de la race. Mais les psychiatres francophones, influencés par le catholicisme ambiant, n'appuient pas ce courant si populaire dans le monde anglo-protestant. À quelques exceptions près, ils n'approuveront pas les mesures de contrôle médicale visant les personnes au lourd bagage génétique. Les psychiatres québécois insistent plus sur le dépistage des prédispositions morbides par des tests développés au début du XXe siècle. Aussi, prenant acte des recherches menées aux États-Unis sur l'influence du milieu dans le développement de troubles mentaux, les spécialistes franco-québécois mettent en place des programmes d'éducation parentale. Ces programmes ont pour base les théories psychologiques de renforcement et d'attachement et les théories sociologiques sur les effets du milieu.

Les coûts sociaux de la déviance mentale montent en flèche pendant l'entre-deux-guerres. L'asile accueille non seulement des idiots, des séniles, des épileptiques, mais aussi des déviants sociaux. Ces derniers, les alcooliques, les prostituées, les vagabonds et les syphilitiques, sont, dans les mots du Dr. Desloges de véritables « déchets sociaux ». Selon les médecins de l'époque, ce ne sont ni leur bagage héréditaire ni une quelconque lésion cérébrale qui causent leurs comportements asociaux, scandaleux et mêmes criminels, mais une mauvaise éducation morale. Pour éviter de voir une augmentation de déviants mentaux, l'État met en place des mesures de contrôle social pour éliminer les bastions de « contamination immorale », surtout présents dans les quartiers populaires.

Après la Seconde Guerre mondiale, la psychiatrie entre dans sa période « moderne ». Les psychiatres adoptent alors une position psycho-socio-biologique. En 1950, l'asile pour aliénés devient officiellement un hôpital pour malades mentaux. Deux ans plus tard, le manuel diagnostique états-unien est publié et les neuroleptiques sont découverts. La psychiatrie est désormais bien établie comme spécialité médicale. À l'hôpital, les psychiatres diagnostiquent et traitent les malades mentaux de plus en plus « efficacement ». Hors de l'hôpital, ils investissent le champ de la santé publique, avec les notions d'hygiène, et incitent le public à adopter des comportements adéquats en regard des études scientifiques. Un idéal normatif apparaît. L'État propose maintenant un modèle social basé sur la connaissance des effets pervers d'un milieu familial malsain. Les parents, surtout la mère,

sont sensibilisés au fait qu'ils sont responsables des comportements de leurs enfants. Selon les experts, surtout les psychiatres, la famille nucléaire, avec le père pourvoyeur et la mère au foyer, constitue dès lors une sorte de police d'assurance contre les problèmes sociaux.

CONCLUSION

Les fous rendent témoignage. Leur langage est hermétique. On ne sait trop dans quelle cause ils plaident, quelles sont leurs accusations. D'ailleurs on ne les écoute pas. On les enferme tous ensemble dans les lieux où le temps cesse, où rien ne se passe sauf ce qui a déjà eu lieu ailleurs et dont ils s'obstinent à témoigner, haussant la voix au milieu des insensés qui la haussent de même pour se faire entendre et se trouvent à se couvrir les uns les autres. [...] Bientôt le procès refusé, faute de toutes les parties, ne pourra plus avoir lieu; le témoignage des fous aura perdu son sens, preuve qu'on ne les a pas enfermés pour rien et qu'ils étaient vraiment fous.
Jacques Ferron¹

Au cours des premiers siècles de colonisation, la folie s'explique à partir de la théorie des humeurs ou d'un choc émotif. Les « fous » sont alors exclus, condamnés ou intégrés, suivant le degré de dangerosité de leurs comportements. Au XIXe siècle, alors que la raison devient la lunette à travers laquelle on regarde la folie, elle s'explique de plus en plus à travers le corps et ses manifestations observables dans un lieu précis : l'asile. Après Pinel, c'est dans cette institution que seront envoyés les aliénés pour y être guéris. Dès lors, les grandes théories médicales en psychiatrie connaîtront une histoire rémittente au cours des XIXe et XXe siècles. Entre l'esprit, le corps et la société, l'aliénation mentale est expliquée de diverses manières. C'est d'abord le traitement moral de Pinel, qui repose sur le dialogue entre la raison et la déraison par une approche psychologique, qui est la théorie dominante. Avec Morel, la psychiatrie connaît une période marquée par la quête des tares héréditaires. Influencés par les théories de l'évolution de l'époque, les psychiatres expliquent la folie par une dégénérescence qui se transmet des parents aux enfants. À la fin du XIXe siècle, les neurologues, forts de leur reconnaissance au sein du corps médical, trouvent des causes cérébrales à certains troubles mentaux comme la paralysie et l'épilepsie. La première moitié du XXe siècle est connue comme l'âge moderne de la psychiatrie, aussi appelée neuro-psychiatrie. Au cours de cette période, trois grandes théories d'explication des troubles mentaux se développent : « organogénique », « psychogénique » et « sociogénique ».

¹ Jacques Ferron, *Les roses sauvages. Petit roman suivi d'une lettre d'amour soigneusement présentée*. Montréal, Éditions du Jour, 1971, p. 127.

La première est la théorie « organogénique ». Des psychiatres comme Kraepelin et de Clérambeault inscrivent l'aliénation mentale dans la constitution physiologique des individus. Ce nouveau paradigme dans l'explication de l'aliénation mentale entraîne un changement dans la façon de voir les « fous », non plus comme une tare ou une dégénérescence héréditaire, mais comme une pathologie qu'il est possible de guérir. D'ailleurs, l'asile devient un hôpital où l'on veut traiter les malades mentaux. Gestionnaires des asiles et de leur population internée, les psychiatres entretiennent une ambition professionnelle : devenir une spécialité médicale comme les autres. Affiliée avec la Faculté de médecine en 1928, l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu développe la recherche et les tests de laboratoires à l'instar de la médecine générale. La mise en place de traitements « de choc », et non seulement de ceux de contention et de bromure, redonne l'espoir, comme jamais auparavant, de guérir les aliénés et non plus seulement de les gérer. De l'hérédité jusqu'à la lésion, les savoirs médicaux en psychiatrie sont en développement durant l'entre-deux-guerres.

Pourtant, les connaissances en psychiatrie dans les années 1920-1930 ne permettent pas de rendre compte de progrès sans équivoques. Les causes des maladies sont souvent idiopathiques. Si, dans les manuels et dans l'enseignement donnés au cours de ces années, les psychiatres, nous l'avons vu, se font un devoir d'inscrire la déviance mentale comme étant une maladie organique comme les autres, leurs efforts ne sont pas récompensés. Au contraire, en décrivant les causes prédisposantes et déterminantes des maladies mentales, les neuropsychiatres montréalais Langlois, Saucier et Amyot relèvent que le milieu de vie joue dans le développement des « constitutions psychopathologiques ». Mais en se basant sur le psychiatre français A. Delmas, le retour à l'hérédité est trop flagrante dans les explications de ces neuro-psychiatres.

Un son de cloche différent se fait entendre au début du XXe siècle sous la plume de Freud et de Janet. Ces deux médecins interprètent la folie à partir de dynamiques psychologiques, conscientes ou non. Cette seconde théorie est nommée « psychogénique ». Les psychologues et les psychanalystes prennent place dans le champ « psy » avec les tests

psychométriques et la psychothérapie. La résistance au « freudisme » est grande au Québec, mais les écrits de Janet connaissent plus de succès. Celui-ci aborde l'inconscient comme un objet de science avec les notions d'automatisme, de dissociation intrapsychique et de faiblesse psychologique. Les troubles mentaux peuvent se régler à l'aide de la psychothérapie qui ramène une cohésion psychique. D'ailleurs, l'intérêt des Nord-Américains envers les idées de Janet est porté par le surintendant Devlin qui s'est fait le traducteur de l'un de ses textes pour le compte d'une revue américaine. La recherche en psychiatrie tend, au cours des années 1920-1930, à faire une part égale entre la médecine et la pathologie non organique. Comme le rappelle Canguilhem, aux XVIIIe-XIXe siècles, la santé et la maladie se disputaient l'homme, c'est dorénavant dans une dialectique du pathologique au normal et du normal au pathologique que la psychiatrie prend position. À partir des années 1930, elle s'appuie sur les variations de nature et de degré des troubles mentaux à l'aide de classifications de plus en plus élaborées.

La troisième grande théorie d'explication des troubles mentaux est « sociogénique ». Des sociologues et des anthropologues du début du XXe siècle s'appliquent à expliquer les interactions des individus dans un milieu particulier. Ils démontrent que le milieu de vie joue un rôle important dans les comportements adoptés par les gens. Les deux guerres mondiales sont des situations riches d'enseignement pour les chercheurs des disciplines « psy ». Intégrée à l'intérieur de l'hôpital pour aliénés, cette théorie amène les assistantes sociales, dès les années 1920, à dresser le portrait de l'histoire de vie, familiale et sociale des patients. Durant ces « années folles », la discipline qu'est désormais la psychiatrie reconnaît le rôle qu'entraînent des événements bouleversants et des changements dans les rapports sociaux sur les individus.

Unissant ces théories dans le développement des maladies mentales, Meyer veut comprendre l'individu comme un tout, tant biologique, psychologique que social. La tendance organique a insisté sur les causes et les traitements physiologiques des maladies mentales alors que la tendance psychologique s'intéresse à l'individu et à sa personnalité. Les explications environnementales prennent, elles, de plus en plus de place dans

l'explication de l'aliénation mentale. La position socio-biologique de Meyer a, depuis, influencé la psychiatrie.

Le mouvement d'hygiène mentale trouve son origine dans le postulat voulant que les troubles mentaux peuvent être prévenus et corrigés par la modification d'un milieu de vie « inadéquat ». Ce dernier est décrit selon les standards moraux de l'époque; l'inadéquacité fait écho aux moeurs adoptées dans les quartiers populaires et « chauds ». Une augmentation considérable de l'indigence dans les années 1920-1930 demande une intervention de plus en plus importante des acteurs de l'institution asilaire. Pour les proches, si la peur motive toujours les demandes de mise à l'écart, la honte et la charge économique jouent un rôle de plus en plus important dans les processus d'internement. En contrepartie, bien que les psychiatres aient une formation médicale scientifique, ils sont également empreints des valeurs de leur époque. Ils admettent dans leur institution des personnes jugées hors norme et aliénées et ce, sans qu'aucune causes médicales connues ne soient établies. Fortement chrétiens catholiques, ils décrivent leur monde et ses maux selon les préceptes chrétiens. La Crise, les guerres, le jazz, l'alcool, la masturbation, les rapports sexuels « hors mariage », l'éducation inadéquate des enfants représentent pour eux autant de problèmes à régler. Leur rôle n'est plus seulement de gérer et de traiter les individus malades mais il dépasse désormais le cadre institutionnel dans le but de soigner une société malade.

Tant la psychiatrie à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique – dont l'extension est toujours grandissante – appelle à une critique des conceptions de la notion de « folie ». Dès lors, il existe une différenciation entre les neuropathologies et les psychopathologies. Les psychiatres chercheront à faire reconnaître le rôle des émotions et du milieu de vie non seulement dans le développement des maladies mentales, mais dans toutes les maladies à l'aide de la psychosomatique. Les classifications diagnostiques se font de plus en plus élaborées. À partir d'observations cliniques, physiologiques, symptomatiques, intellectuelles, familiales et sociales, les psychiatres classifient les patients selon les causes ou les symptômes de leur maladie. On peut dire que la psychiatrie repose sur la sémiologie : elle nomme et présente les signes à partir desquels elle pose un diagnostic.

La classification uniformisée de 1932 permet d'illustrer, à l'aide de statistiques, la norme en regard des comportements déviants qui justifient l'internement. La norme répond aux valeurs d'une société à une époque donnée, elle est changeante et dynamique. La frontière est donc relativement floue entre ce qui est dit « sain » ou « normal » et ce qui est « pathologique » et « anormal ». Il y a une réelle volonté de connaître le sain, le normal et la norme pour comprendre les « déviations ». De dégénéré à la fin du XIXe, le fou devient un « déviant ». Le Dr. Tétréault l'illustre magistralement en assimilant le malade mental avec une personne en conflit avec la société.

Les classifications élaborées et unifiées, et les statistiques qui en découlent, permettent de corréler les données des diagnostics à celles des parcours de vie des patients. Mises sur une trame normative, ces données permettent de calculer les déviations de la norme et aussi des attentes de la société à l'égard des individus. Car la norme est avant tout un concept qui répond aux valeurs sociales. L'aliénation mentale n'est donc pas nécessairement une maladie, au sens pathologique, mais une dysfonction entre l'individu et son environnement. Ce faisant, nous comprenons mieux la prise en compte de plus en plus importante des paroles et écrits des personnes qui demandent l'internement d'un tiers. Les dossiers comprennent des rapports des assistantes sociales sur le milieu de vie des patients. L'intérêt pour l'histoire personnelle, familiale et sociale d'un patient répond à ce changement paradigmatique de la psychiatrie de l'entre-deux-guerres.

De l'hérédité à la lésion, des dégénérés aux déviants, de l'asile à l'hôpital psychiatrique, la discipline psychiatrique est en redéfinition. Avec l'influence de la psychanalyse, de la psychiatrie dynamique, de la psychologie, du travail social et de la recherche psychiatrique militaire, la psychiatrie sort de l'asile et entre dans la vie quotidienne. Avec la mise en place du mouvement d'hygiène mentale à la fin des années 1920 au Québec – dix ans après le Canada anglais –, la psychiatrie prend place dans le champ social. Sur la base des « symptômes » rapportés – et identifiés comme relevant de la maladie mentale – le psychiatre a des connaissances sur la définition de la norme sociale. Il sait distinguer ce qui est adéquat de ce qui ne l'est pas en regard de la société d'alors. Trois types de comportements légitimes, selon la loi de 1909, l'internement asilaire. Il y a les

comportements qui mettent en danger la sécurité du patient ou des autres. Il y a ceux qui remettent en question l'ordre social et jugés anti-sociaux. Enfin, il y a ceux qui sont décrits comme immoraux et scandaleux. Ces types de comportements, construits de manière dynamique entre la médecine psychiatrique et la loi, répondent plus à des valeurs sociales et morales qu'à des « réalités » scientifiques. L'association entre les comportements jugés déviants et le diagnostic de maladie mentale fluctue d'ailleurs au cours de la période étudiée. Qu'est-ce qu'un comportement scandaleux? Qui entre en conflit avec la société? L'analyse des cas étudiés montre qu'au-delà des comportements déviants, se tracent les contours d'une géographie sociale qui obéit à des valeurs précises. L'ordre, la sécurité et la décence assurent, selon les réformateurs sociaux et politiques, le bon fonctionnement d'une société et de ses membres. La mise à l'écart de certains individus est faite pour maintenir la paix sociale.

À partir de l'analyse des parcours de vie de quatre-vingts cinq personnes jugées aliénées et internées à Saint-Jean-de-Dieu entre 1920 et 1950, il a été possible de rendre compte des comportements qui légitiment l'admission à l'asile. Ces cas permettent à la fois d'entrer à l'intérieur des murs jadis clos de la cité asilaire et ils invitent à questionner la « maladie mentale » en tant qu'entité pathologique comme les « autres ». Ce faisant, nous ne voulons pas nier la « folie » comme étant « réelle ». Des individus ont réagi à des comportements qu'ils jugeaient relevant de la médecine psychiatrique. Les personnes de notre échantillon sont des « malades mentaux » en regard des autres et surtout des spécialistes de l'époque. Mais la psychiatrie d'alors ne peut tout expliquer et leur internement illustre davantage une inadéquation entre une façon d'être en société qu'à une « maladie ». D'ailleurs, l'analyse de genre permet de voir que les psychiatres ont une vision très bien définie de ce qu'est la déviance mentale selon que l'on soit une femme ou un homme. Tributaires de l'histoire occidentale judéo-chrétienne et du contexte social de leur temps, ces spécialistes médicalisent des individus internés sur la base de comportements jugés déviants en fonction de leur sexe social.

Alors que l'analyse des causes médicales et des diagnostics donnés aux patients et aux patientes internés/es à Saint-Jean-de-Dieu ne montre pas de différences de genre très

significatives, les justifications données par les proches et les intervenants, elles, font état d'une transgression des rôles sexuels tels qu'ils sont prescrits à l'époque. Les données quantitatives permettent toutefois de prendre acte d'une population asilaire plus élevée d'hommes. Les causes de syphilis et d'alcoolisme et, les diagnostics qui y sont associés, la paralysie générale et la psychose alcoolique, sont plus présentes chez les hommes. Ces comportements réitèrent – et demeurent – la plus grande corrélation entre le sexe, l'alcool et les hommes. Si les écarts entre hommes et femmes ne sont pas révélateurs de grandes différences, on note que les femmes sont classées plus souvent dans les catégories liées à l'affectivité et à l'émotivité. Les hommes, eux, reçoivent des diagnostics qui se retrouvent dans les catégories de troubles de la conscience et arrêt des facultés intellectuelles avec de plus forte occurrence que leurs consœurs.

L'analyse des cas de femmes démontre que les symptômes décrits comme étant du ressort de la médecine psychiatrique sont liés à la définition de la féminité de l'époque. Les femmes hypersexuelles et prostituées ne répondent pas aux critères moraux très stricts de la sexualité féminine. Ces femmes, qui ne ressentent aucune honte à avoir une vie sexuelle « libérée » des contraintes morales sont diagnostiquées débiles mentales. Comment expliquer, en effet, qu'elles puissent avoir des comportements immoraux si ce n'est que par manque de développement de leurs facultés intellectuelles? La définition limitée de la sexualité féminine à l'époque, c'est-à-dire monogame, hétérosexuelle, procréative et conjugale, n'est nullement remise en question par les proches et les experts. Elle est, au contraire, renforcée par l'inscription pathologique de cette « déviance sexuelle ». Toutefois, la moralité s'étend à plus de domaines que la sexualité. Les blasphèmes, les insultes, les propos scandaleux sont, eux aussi, jugés comme des signes d'aliénation mentale.

Non seulement les femmes sont-elles internées pour avoir eu des actes et avoir tenu des propos scandaleux, mais elles le sont aussi pour avoir adopté des comportements anti-sociaux. Les vagabondes, les femmes agressives et celles qui transgressent les frontières des lieux masculins, sont également diagnostiquées malades mentales et elles sont admises parce qu'elles troublent l'ordre public. La place adéquate des femmes est dans la sphère privée. Même si plusieurs d'entre elles travaillent et sortent danser, le rôle d'épouse et de mère est

sans contredit le plus valorisé. Celles qui dévient de leur « rôle féminin », c'est-à-dire d'être responsable du bien-être physique et surtout spirituel de leur famille, sont internés. Immorales, jalouses, malpropres, violentes envers leurs proches, elles ne sauraient être plus longtemps tolérées dans la maisonnée et la communauté.

Tout comme les femmes, les hommes ont, eux aussi, un rôle social bien défini selon leur sexe. Ils sont plus souvent internés pour avoir manifesté des comportements jugés dangereux. Avec les descriptions faites par les proches, l'agressivité et la violence des hommes sont réitérées comme étant liées à leur genre. Alors que l'on cherchait à protéger les femmes des autres, on cherche plutôt à protéger la société des hommes. Les comportements violents et sexuels sont majoritairement décrits selon une vision masculine qui se réfère à une extériorisation des pulsions plus marquées chez eux que chez leurs consoeurs. Les justifications données et décrites comme étant des comportements anti-sociaux sont légion chez les hommes. Alcooliques et vagabonds suscitent la peur et la crainte des citoyens. Le rôle de pourvoyeur et de protecteur, d'hommes responsables du bien-être de leur famille, est le modèle prescrit. Non seulement les hommes alcooliques et dangereux sont-ils internés, mais les maris, fils et pères de famille qui ne travaillent pas, ne peuvent ou ne veulent, sont diagnostiqués malades mentaux. Ils deviennent alors une charge économique et sociale trop lourde à porter pour leurs proches. La force, le travail rémunéré et le contrôle de soi sont des impératifs masculins bien intégrés.

Les relations conjugales et familiales sont au cœur des réflexions des réformateurs sociaux et des psychiatres. Les sujets de l'amour dans le mariage et d'une sexualité épanouie sont de plus en plus abordés. Surtout, la question de l'éducation des enfants constituent le thème central des écrits en hygiène mentale. Sur la base des connaissances sur l'influence du milieu de vie, les spécialistes « psy » prennent durant cette période de plus en plus en considération que l'harmonie familiale est un moyen de prévention des troubles mentaux. Avec les critères associés aux genres et les discours sur l'éducation des enfants, les parents qui ne répondent pas adéquatement au modèle se retrouvent classés parmi les déviants. Plusieurs demandes d'internement portent sur des situations familiales insoutenables aux dires des proches. Des mères qui ne prennent pas soin de leurs enfants ou de la maison, qui

battent mari et enfants, qui font des crises mystiques ou qui affichent une jalousie excessive, sont internées. Dans certains cas, c'est au contraire l'illusion d'être mère ou épouse qui les mène à l'asile. Les maris trop violents ou jaloux envers leur épouse et les pères de famille qui menacent leurs enfants sont, eux aussi, jugés aliénés. Avec les connaissances sur le développement de l'enfant, la mère et le père se doivent d'être conformes aux stéréotypes propres à leur rôle pour assurer l'équilibre social. Ainsi, la place de la mère est au foyer. Ses comportements durant la grossesse doivent être irréprochables pour éviter tout risque de malformation congénitale, tandis que l'éducation qu'elle prodigue à ses enfants doit être stimulante, marquée par l'amour, pour éviter à ceux-ci tout chocs affectifs qui pourraient devenir des troubles mentaux. Le rôle du père est d'apporter la protection matérielle à sa famille. La sécurité financière et la protection des proches sont jugées vitales pour un développement psychique optimal des enfants. Les psychiatres interpellent la population et renforcent la responsabilité des citoyens/nes à adopter des comportements qui assurent la stabilité sociale, la vigueur de la vie à travers la famille et l'éducation des enfants.

Prenant du recul à l'égard de leurs propres agissements, certains individus interprètent leurs inaptitudes sociales par une aliénation mentale. Différents, marginaux ou excentriques, ils perçoivent leur propre différence, difficile à porter pour eux-mêmes et qui les stigmatisent. Cette situation amène certaines personnes à trouver refuge à l'intérieur des murs asilaires. Ces cas permettent de voir non seulement l'asile comme une institution répressive ayant servi à épurer la déviance de la cité, mais aussi comme d'une institution dans laquelle se retrouvent les personnes qui n'ont pu, ou su, s'adapter aux contraintes comportementales imposées par leur époque et à ce que la société attendait d'eux. C'est pour se protéger d'une société parfois intolérante que certaines personnes demandent leur mise à l'écart. Ils ne se sentent pas à leur place dans la cité citoyenne et préfèrent s'auto-exclure et trouver protection à l'intérieur des murs clos de l'asile.

Les cadres nosographiques utilisés depuis la fin du XIXe siècle, la théorie de la dégénérescence et la théorie des constitutions, sont critiqués durant l'entre-deux-guerres pour leur fatalisme et leur rigidité. La psychiatrie d'alors est un amalgame de médecine, de neurologie et de psychologie. Les années 1930, et plus encore les années 1940, seront celles

de l'ouverture de la psychiatrie sur la société. La fonction sociale du psychiatre s'élargit. Avec une volonté de reconnaissance professionnelle et les connaissances sur l'influence du milieu de vie sur le développement des individus, les psychiatres veulent désormais remonter en amont et espèrent ainsi diminuer la population asilaire. Si certains individus sont prédisposés au développement d'une maladie mentale, comme le laisse entendre les médecins, celle-ci n'a pas nécessairement à se développer. Les comportements « inadéquats », comme l'alcoolisme ou la négligence des enfants, peuvent créer des « maladies ». L'hygiène mentale est là pour prescrire la meilleure façon de vivre. Souvenons-nous de la politique d'internement hâtif de la fin du XIXe siècle. L'idée de prévenir l'aliénation mentale était au cœur de cette loi. Mais, parce qu'elle intervenait à l'intérieur des murs de l'asile, la conséquence n'a été que d'augmenter encore plus une population déjà trop importante. Au lieu de chercher à prévenir les troubles mentaux à l'intérieur des murs, les psychiatres sortent de l'asile et investissent le domaine public.

Depuis le XIXe siècle, le mouvement réformiste prend de l'ampleur un peu partout dans les pays occidentaux. Le mouvement d'hygiène mentale, intégré à celui de la santé publique, investit le champ de la prévention et pose de nouvelles balises normatives basées sur un idéal social. La psychiatrie devient alors plus persuasive que punitive. Il ne s'agit plus seulement de soulager la société des individus qui entrent en conflit avec elle au sein d'une institution avec des barreaux, mais plutôt de donner les contraintes à chacun pour qu'ils soient désormais responsables de leurs actes et puissent s'autoréguler. Les connaissances sur les facteurs « pathogènes », congénitaux, toxiques, infectieux permettent d'intervenir par des politiques de prévention. Les psychiatres ne seront pas les seuls à orienter leurs actions dans cette direction². Les experts « psy » proposent une façon adéquate de vivre qui répond non seulement aux rôles sociaux genrés – et conformes aux valeurs de classe et d'ethnie – mais dépasse largement le cadre public et s'immisce dans la vie intime et quotidienne. Les

² L'étude des professions « psy » à partir de la Seconde Guerre mondiale est un champ de recherche en expansion depuis quelques années. Voir Michael Gauvreau et Mona Gleason (en bibliographie). Lucia Ferretti s'intéresse également depuis peu à cette question. Il faut souligner la qualité des rapports des assistantes sociales dans les dossiers des patients de Saint-Jean-de-Dieu. L'analyse spécifique de ces documents fera l'objet d'une publication en 2010. Un futur projet de recherche sur la professionnalisation/disciplinarisation du service social est également envisagé.

discours de prévention parlent de contrôle de consommation d'alcool, de vie sexuelle épanouie avec l'amour de l'être cher du sexe opposé, de la conception et de la grossesse dénuée de toutes substances toxiques ou d'émotions trop fortes, et enfin de l'éducation des enfants dans un environnement stable, sécurisant, aimant et stimulant.

Depuis les années 1960, particulièrement à la suite des recherches de Michel Foucault et de Erving Goffman, un courant critique remet en question ce « nouveau » système normatif né de la psychiatrie. Ces écrits s'interrogent sur la genèse médicale de la mise à l'écart des insensés, asociaux et immoraux. Ce faisant, ils questionnent les concepts de « normal » et de « norme » en regard de la déviance mentale et de la déviance sexuelle. La période de l'entre-deux-guerres est révélatrice de nouveau mode de gestion. Au lieu de « cacher » la folie dans un asile, on la montre, on la décrit, on l'explique. Les frontières qui définissent le « normal » du déviant deviennent de plus en plus perméables et permettent d'interpeller tous les individus à mieux intégrer le cadre normatif proposé par les réformateurs. L'extension toujours plus grande des catégories diagnostiques permet à chacun de s'identifier et de s'auto-diagnostiquer un trouble de santé mentale. À cet égard, les réflexions de philosophes comme Arnold Davidson et Ian Hacking permettent de poursuivre l'analyse sur le « façonnement des gens » pour reprendre le titre d'un cours de ce dernier.

C'est avec une conceptualisation de la norme et de l'auto-appropriation de celle-ci, que l'histoire de la folie prend tout son sens. Répondant aux valeurs de son époque, l'être humain joue une représentation de lui-même. La médicalisation de la déviance sociale – et mentale – constitue, très certainement, un piège épistémologique. Si la médicalisation permet de déresponsabiliser les « déviants » de leur honte et de leur angoisse à être différents, elle constitue un mode de stigmatisation ancrée dans le corps qui, souvenons-nous, se rapproche des tentatives plutôt fructueuses de biologisation de la « race » et de confessions religieuses entre 1850 et 1940. Si la remise en question des théories eugénistes des années 1920-1930 sur les étrangers « indésirables », pour reprendre l'expression du Dr. Desloges, fait actuellement consensus contre elles, il n'en va pas de même à l'égard de certaines formes de « déviances ». L'un des grands tabous de notre époque est « le sexe ». Michel Foucault, Arnold Davidson et Gayle Rubin ont, chacun à leur manière, critiqué la construction du

« pervers » ou du « déviant sexuel ». Mais force est de constater que ce champ de recherche est, selon l'expression de Niklas Luhmann, le « point aveugle » de la critique universitaire actuelle. Mais l'histoire est là pour rappeler, et se doit de rappeler, que le sexe, comme d'autres sujets, est défini, construit, et répond au contexte social, économique et politique des sociétés humaines.

Rappelons le film de John Cassavetes, *A Woman Under the Influence*. Ce réalisateur, en 1974, a mis à l'écran une histoire de « folie ordinaire ». Loin des films et textes dramatiques sur une folie métaphorique ou caricaturale, il réussit à rendre compte du malaise que suscite l'étrange, l'excentrique, l'irraisonné. Surtout, il identifie le stigmate associé aux gestes et paroles différentes. Incarnée par Gena Rowlands, une femme au foyer, mère de trois enfants, est jugée « malade mentale » par plusieurs de ses proches. Pourtant, le personnage du mari, joué par Peter Falk, déclare à propos de sa femme « She is not crazy, she is unusual »³. Cassavetes, tout comme Claude Gauthier, Jean Genêt, Paolo Passolini, Jacques Ferron, Ian McEwan, Timothy Findley, Gisèle Pineau, Elfriede Jelinek et Jean Leloup, mettent en scène, ou se mettent en scène, pour montrer le poids des conventions et en appeler à un espace de possibilités plus vaste. Leurs œuvres artistiques, qui illustrent un mode de libération du cadre normatif de leur époque contribuent aussi à sa remise en question, ce que les personnes internées à Saint-Jean-de-Dieu entre 1920 et 1950 ne pouvaient faire.

L'historiographie de la psychiatrie s'enrichit depuis plus de 40 ans. Les historiens se sont d'abord intéressés à l'époque moderne. Devant le nombre important de personnes internées dans ces méga-institutions au XXe siècle, ces chercheurs ont analysé les perceptions et les réactions sociales face aux comportements déviants du XVIIe au XIXe siècle. Ils ont cherché à mettre en lumière la logique qui sous-tend la création de l'asile comme mode de gestion de la déviance mentale. Puis, ils ont analysé les écrits et les gestes des pères fondateurs de l'asile de même que l'architecture et le fonctionnement interne de cette dernière. En prenant diverses perspectives théoriques, les historiens ont étudié les acteurs asilaires du XIXe siècle selon le genre, la classe ou l'ethnie. Bref, à l'aube des années

³ John Cassavetes, *A Woman Under the Influence*, œuvre cinématographique réalisée en 1974 aux États-Unis.

2000, tant la période allant de 1800 à 1930 que les nombreux sujets en psychiatrie avaient été étudiés par les historiens de plusieurs pays. Depuis, les historiens se penchent sur le XXe siècle, particulièrement sur les années d'après-guerre. L'accessibilité des sources contribue à développer les connaissances sur cette période. L'historiographie s'enrichit également d'études sur les pays de l'Europe de l'Est, de l'Orient, de même que du Sud. L'histoire des professions parapsychiatriques, des familles et des traitements est, elle aussi, traitée avec plus d'ampleur depuis quelques années. Cette thèse s'inscrit dans l'historiographie actuelle. Son apport est de lier les discours des acteurs impliqués de près dans le processus d'internement aux connaissances en psychiatrie durant l'entre-deux-guerres et l'après-guerre au Québec. Comment, en effet, comprendre la période qui connaît le plus haut taux d'internement au prorata de la population sans élucider les dits et écrits qui ont justifié ces internements?

Si cette thèse permet de mieux comprendre les enjeux liés à l'internement de personnes entre 1920 et 1950, elle ouvre également la porte à des sujets pertinents pour les prochaines années. Soulignons que la possibilité d'accéder aux sources des institutions s'avère précieuse et permet de dévoiler un pan occulté de la psychiatrie durant l'après-guerre. Une étude plus approfondie de l'histoire des *DSM* est à faire. Gérald Grob a esquissé les grandes lignes de la naissance du premier. Plusieurs questions demeurent. Comment expliquer que la majorité des patients aient eu un changement diagnostique, celui de schizophrénie, en 1952? Comment comprendre que la période de l'après-guerre est explicitement psychogénique, mais qu'avec la publication du *DSM III* en 1973, un changement à 180 degrés s'opère? Enfin, la question des traitements « de choc » donnés dans les hôpitaux psychiatriques au XXe siècle soulève un tôle depuis plus de 50 ans. Pourtant, à l'exception de Jack Pressman et de Edward Shorter, peu de chercheurs se sont penchés, à l'aide de sources, sur les tenants de ces traitements « de choc ». La période des années 1940 à 1960 demeure une période « noire » non seulement en terme de mémoire mais aussi en terme de recherche historique. Mieux comprendre la situation qui a fait réagir bon nombre d'intellectuels au tournant des années 1960 s'avère cruciale pour l'histoire de la psychiatrie mais aussi pour l'histoire sociale et intellectuelle.

ANNEXE I

Fiche d'admission utilisée à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu entre 1912 et 1952.

Demande d'admission utilisée à partir de la classification unifiée de 1932.

Fiche d'admission utilisée à partir de la publication du DSM-I en 1952.

ANNEXE II

Synthèses biographiques des principaux psychiatres de Montréal.

1) Surintendants médicaux à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu¹

Dr. F.E. Devlin. Ssistant surintendant de 1897 à 1918 puis surintendant médical à Saint-Jean-de-Dieu de 1918 à 1931. En 1906, il étudie avec Adolf Meyer à New York. Il fut membre de l'*American Association of Psychiatry*.

Dr. Omer Noël. Surintendant et directeur médical à Saint-Jean-de-Dieu de 1931 à 1952 et médecin à la même institution dès 1908. En 1910 et en 1927-1928, il part parfaire ses études dans les grands hôpitaux français. Il était assistant surintendant de 1919 à 1931. Membre de la Société médico-psychologique de Paris.

Dr. Gaston Loignon. Médecin de service à Saint-Jean-de-Dieu dès 1928, devient surintendant médical en 1952.

2) Médecins à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu

Dr. G. Lefebure de Bellefeuille. Médecin et anesthésiste à Saint-Jean-de-Dieu à la fin des années 1910. Professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Montréal en 1928. Médecin psychiatre de la Ville de Montréal en 1934. Il meurt en 1938.

Dr. Alcée Tétrault. Médecin et anesthésiste à Saint-Jean-de-Dieu. Il est nommé médecin-chef par les Sœurs en 1910, il enseigne la psychiatrie dans cette institution à partir de 1920. Décédé en 1931 [ou 1934].

Dr. Daniel Plouffe. Médecin à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu dans les années 1920 et directeur de l'Hôpital de Bordeaux à son ouverture en 1926.

Dr. Rodolphe Richard. Médecin à Saint-Jean-de-Dieu dans les années 1920, il est assistant surintendant médical de 1931 à 1952.

Dr. Guillaume Lahaise. Médecin à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de 1924 à 1958.

Dr. Paul Décarie. Médecin en charge du laboratoire clinique en 1925. Il y travaille jusqu'en 1939. En 1931 est nommé anatomo-pathologiste.

Dr. Eug. Dufresne. Chirurgien à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de 1928 jusqu'au milieu des années 1940.

¹ La liste des médecins cités ici n'est pas exhaustive. Sauf pour les surintendants médicaux qui sont facilement identifiables, les autres médecins sont ceux qui ont été trouvés, soit dans les sources de l'hôpital, soit comme signataire d'un article dans l'*Union médicale du Canada*. Les dates mentionnées entre crochets carrés sont celles qui sont indiquées clairement par les médecins eux-mêmes, mais ne reflètent pas directement la période effective de leur embauche à Saint-Jean-de-Dieu.

Dr. Légnius Gagnier. Radiologue à Saint-Jean-de-Dieu dès 1928. En 1929, son fils prend la relève jusqu'en 1971.

Dr. Hermas Tellier. Médecin clinique à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à partir de 1931.

Dr. Albéric Marin. Médecin à Saint-Jean-de-Dieu à partir de 1931.

Dr. Paul Larivière. Médecin de service à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et médecin de l'Hôtel-Dieu [1934].

Dr. Jean Panet Raymond. Assistant en neuro-chirurgie de l'hôpital St-Luc. Il est nommé médecin, encéphalographe, à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu de 1934 jusqu'aux années 1950.

Dr. Cabana. Psychochirurgien à Saint-Jean-de-Dieu à la fin des années 1940, début 1950.

Dr. Fernand Séguin. Médecin responsable du Laboratoire de biologie médicale de 1944 à 1954.

3) Autres médecins montréalais actifs dans le domaine de la psychiatrie

Dr. A.-H. Desloges. Médecin et directeur général des hôpitaux d'aliénés, des écoles de réforme et d'industrie dès 1918. Directeur de la Division des maladies vénériennes et de la campagne antivénérienne et président du Comité d'hygiène mentale de la province de Québec.

Dr. Edgar Langlois. Neurologue actif dans les années 1910. Il co-écrit avec Saucier et Amyot le *Manuel de neuro-psychiatrie*.

Dr. Albert Prévost. Neurologue dans les années 1910. Il ouvre le Sanatorium Prévost au début des années 1920. Il meurt en 1926.

Dr. Jean Saucier. Neurologue à l'Hôpital Notre-Dame de 1929 à [...], neuro-psychiatre consultant à Saint-Jean-de-Dieu et Albert Prévost.

Dr. Roma Amyot. Neurologue à l'Hôpital Notre-Dame de 1929 à [...], neuro-psychiatre consultant à Saint-Jean-de-Dieu et Albert Prévost.

Dr. Antonio Barbeau. Professeur agrégé à la Faculté de médecine et de philosophie de l'Université de Montréal, médecin à l'Hôpital de Bordeaux dans les années 1930. Premier titulaire de la Chaire de neurologie à l'Université de Montréal.

Dr. J.-E.-A. Marcotte. Psychiatre et hygiéniste mental du Service de Santé de Montréal, Professeur de l'Institut de Psychologie de l'Université de Montréal de 1934 à 1943.

ANNEXE III

Synthèses biographiques des aliénistes et des psychiatres ayant influencé la psychiatrie au Québec.

Philippe Pinel (1745 – 1826) Aliéniste français. Il humanise le traitement des aliénés et crée le lieu de soin, l'asile. Il travaille notamment à l'hôpital Bicêtre et est médecin en chef à la Salpêtrière. On lui doit la première classification des maladies mentales.

Etienne Esquirol (1777 – 1840) Aliéniste français. Il est médecin-chef à la Salpêtrière suite à Pinel. Il est à l'origine de l'adoption de la Loi du 30 juin 1838 concernant les aliénés, qui met fin aux internements arbitraires par simple lettre de cachet ou de décisions de justice.

Antoine Laurent Bayle (1799 – 1858) Médecin français. Il est le premier à décrire la paralysie générale ou neurosyphilis.

Bénédict Augustin Morel (1809 – 1873), Psychiatre franco-autrichien. Il est le premier à théoriser les notions de dégénérescence et de démence précoce. Médecin en chef de d'asiles d'aliénés près de Nancy et à Rouen, il est à l'origine de la théorie de la dégénérescence héréditaire.

Valentin Magnan (1835 – 1916) Aliéniste français et médecin à l'Hôpital Ste-Anne dès son ouverture en 1867. Il travaille sur la dégénérescence, à l'instar de Morel.

Emil Kraepelin (1856 – 1926) Psychiatre allemand et considéré comme le fondateur de la psychiatrie scientifique moderne. Sa nosographie s'est affinée à travers les huit éditions de son *Traité de psychiatrie* publié de 1883 à 1909, et destiné aux médecins et aux étudiants. Kraepelin est très attaché à l'évolution dans le temps des maladies et a donc essentiellement fondé sa classification sur cette notion. En 1889, Kraepelin précise le cadre nosographique des psychoses chroniques et distingue deux entités morbides: les psychoses maniaco-dépressives et les démences précoces. Il utilise le terme de psychose pour désigner des états psychiques caractérisés par une altération profonde de la conscience du sujet (trouble grave de l'identité) et de son rapport à la réalité.

Philippe Chaslin (1857 – 1923) Aliéniste français à l'Hôpital de la Salpêtrière, grand spécialiste de la nosologie française et allemande. On lui doit notamment la description et l'étude de la confusion mentale primitive (stupidité). Il est l'un des premiers à s'opposer vigoureusement à la théorie alors en vogue de la dégénérescence dans l'étiologie des troubles mentaux.

Ernest Dupré (1862 – 1921) Psychiatre français, quatrième titulaire de la chaire des maladies mentales de l'Hôpital Saint-Anne à Paris. Héritier de la dégénérescence, il émet l'idée que les maladies mentales trouvent leurs genèses dans les déséquilibres constitutionnels du système nerveux, soit la doctrine des constitutions. Il développe une

conception essentiellement organogénétique, les individus ont des prédispositions héréditaires ou acquises.

Eugen Bleuler (1857 – 1939) Psychiatre suisse connu pour avoir introduit les termes schizophrénie et autisme. En 1911, dans *La démence précoce ou le groupe des schizophrénies*, il récuse le terme de démence précoce d'Emil Kraepelin, et le remplace par celui de schizophrénie pour illustrer l'idée d'une fragmentation de l'esprit. Pour Bleuler, la schizophrénie correspond à un groupe de syndromes cliniques, d'origines différentes mais toujours organiques, réunis par des mécanismes psychopathologiques communs.

Pierre Janet (1859 – 1947) Médecin et psychothérapeute français, en 1889 il soutient sa thèse sur l'automatisme psychologique, première tentative sur le sujet de l'inconscient. Il travaillera avec Charcot, Raymond et Robot à La Salpêtrière où il dirige dès 1890 le Laboratoire de psychologie. Titulaire de la chaire de psychologie pathologique au Collège de France de 1902 à 1935. Il s'oppose à Bleuler et soutient que la schizophrénie est une psychonévrose.

Sigmund Freud (1856 – 1939) Médecin neurologue autrichien, il est surtout reconnu pour avoir inventé la psychanalyse comme cure par la parole. Il a aussi conçu les concepts de l'inconscient, de moi et de surmoi et étudié les pulsions de mort et de vie.

Joseph Babinski (1857 – 1932) Neurologue français. Il a codifié la neurologie, distinguer les grandes affections organiques neurologiques des syndromes psychiatrique. Père du pithiatisme.

Henri Claude (1869 – 1945) Neurologue et psychiatre français. Il a occupé la chaire de la clinique des maladies mentales de 1922 à 1939 à l'hôpital Sainte-Anne. Il a joué un rôle clé dans l'introduction en France des théories de Freud sur la psychanalyse avec la psychiatrie dynamique, a contrario de la psychiatrie constitutionnelle. Il crée le premier laboratoire de psychothérapie et psychanalyse à la Faculté de médecine de Paris.

Gaétan de Clérambeault (1872 – 1934) Médecin à Paris. Il décrit plusieurs cas d'érotomanie et d'intoxication à l'alcool, à l'éther et au chloral. Il définit l'automatisme mental et est en faveur d'une théorie mécaniciste des maladies mentales.

Joseph Rogues de Fursac (1872 – 1942) Psychiatre à Paris. Auteur du Manuel de psychiatrie en 1909. Collaborateur de Aaron J. Rosanoff et de la traduction anglaise du *Manual of Psychiatry*, 1920, qui est à l'origine de la classification de l'American Medico-psychological Association (APA à partir de 1922).

François Achille-Delmas (...) Chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris dans les années 1910 et médecin des Asiles dans les années 1920. Il écrit, avec Marcel Boll, *La personnalité humaine* en 1922.

Marcel Boll (1886 – 1958) Docteur en science et professeur à l'EHEC de Paris.

Henri Baruk (1897 – 1999) Psychiatre français. Il s'intéresse aux développements de la psychopharmacologie et défend la "psychiatrie morale", c'est-à-dire celle qui se réfère aux valeurs morales et religieuses. Cela le conduit à prendre position contre la psychanalyse. Il est également contre la psychochirurgie et s'oppose à la théorie organo-dynamique de Henri Ey.

Henri Ey (1900 – 1977) Psychiatre et psychanalyste français. Il est connu pour avoir rapproché la psychiatrie et la psychanalyse avec une conception organo-dynamique des maladies mentales. Cette conception est une synthèse des symptômes psychiatriques et somatiques, non pas unis mais en opposition.

Adolf Meyer (1866 – 1950) Neuro-pathologiste et psychiatre d'origine suisse. Il émigre aux États-Unis en 1892 et enseigne la neurologie à l'Université de Chicago où il est exposé aux idées des fonctionnalistes. Il introduit la classification de Kraepelin et les idées de Freud aux États-Unis. Professeur de psychiatrie de 1910 à 1941 à l'Université John Hopkins. Président de l'APA en 1928. Il est le père de l'approche psychobiologique. Proche des philosophes pragmatistes, il supporte le *National Committee for the Mental Hygiene* (1909) avec William James. Son approche clinique, avec de longues entrevues détaillées, est redevable à l'influence tant de James que Dewey et Pierce.

William Claire Menninger (1899 – 1966) Psychiatre états-unien. Durant la Deuxième Guerre mondiale, il est directeur de la division psychiatrique de l'Armée des États-Unis. Il dirige le comité qui produit le « Médical 203 » en 1943, une révision de la nosographie existante et qui influencera grandement le DSM-I.

ANNEXE III

Tableau des cas de l'échantillon selon le sexe, l'âge, l'année, le diagnostic et le comportement.

CHAPITRE 5 : LES FEMMES

| NOM | AGE | ANNÉE | DIAGNOSTICS | COMPORTEMENTS |
|----------|-----|-------|--|--|
| Evelyne | 19 | 1931 | État psychopat. const. – perversion sexuelle | Vagabondage, prostitution–Anti-sociale, scandale |
| Téa | 18 | 1931 | [débilité mentale] | Vagabondage–Scandale (syphilis) |
| Roseline | 16 | 1941 | - | Tentative de suicide, prostitution |
| Nathalie | 18 | 1941 | - | Vagabondage, prostitution – Anti-sociale |
| Rénata | 13 | 1941 | - | Prostitution–Scandale et anti-sociale |
| Marise | 22 | 1941 | - | Prostitution–Anti-sociale |
| Marianne | 18 | 1936 | [S.D.] | Sort seule le soir, nerveuse avec les garçons, fait de la façon |
| Jennie | 23 | 1941 | Débilité mentale | Aime trop les garçons, cherche la promiscuité |
| Maggie | 23 | 1936 | [schizophrénie] | Sort beaucoup le soir, recherche les garçons dans les parcs |
| Gaëlle | 28 | 1936 | - | Vagabondage–Anti-sociale |
| Carole | 37 | 1931 | | Vagabondage et violence–Anti-sociale |
| Nancy | 16 | 1931 | Débilité mentale [épilepsie?] | Vagabondage et violence–Anti-sociale |
| Rolande | 24 | 1941 | - | Violence et nudité–Anti-sociale, scandale |
| Danielle | 20 | 1941 | - | - |
| Mathilde | - | 1936 | Psychose maniaque-dépressive | Vagabondage et violence–Anti-sociale, scandale |
| Agathe | - | 1941 | - | Vagabondage–Anti-sociale |
| Lucie | 40 | 1936 | Paranoïa | Frappe ses frères, crie des sottises à tout le monde, veut se tuer |
| Laurence | 27 | 1946 | Délire éroto-maniaque et persécutoire | Veut souvent battre sa mère, les menace, sort seulement la nuit |
| Mia | 36 | 1926 | Démence précoce | Débile, agressive, insulte les étrangers, maltraite sa mère |
| Beth | 41 | 1941 | Délire mystique | - |
| Isabelle | 35 | 1931 | [schizophrénie] | Persécutée, les gens la suivent et lui montrent leurs organes génitaux |
| Alia | 48 | 1946 | Débilité mentale | Jalouse de son frère, belle-sœur et mère, indifférence religieuse |
| Béatrice | 30 | 1946 | Troubles du | Idées fixes de se marier et de devenir |

| | | | | |
|---------|----|------|----------------------------------|--|
| | | | comportement - Inadaptabilité | médecin, tentative de suicide, athée |
| Mélissa | 41 | 1926 | Démence précoce | Persécutée, religiosité, a voulu se tuer |
| Bébel | 54 | 1936 | Paranoïa hallucinatoire | Craint qu'on veut la tuer, prie constamment, a peur tout le temps |

CHAPITRE 6 : LES HOMMES

| NOM | AGE | ANNÉE | DIAGNOSTICS | COMPORTEMENTS |
|----------|-----|-------|--|---|
| Carl | 36 | 1921 | Débilité mentale | Assaut et batterie–Dangereux pour la société et lui-même |
| Alex | - | 1921 | Démence précoce | Tentative de meurtre–Dangereux pour la société et lui-même |
| Peter | 57 | 1921 | Démence précoce | Tentative de meurtre–Dangereux pour la société et lui-même |
| Luis | 45 | 1926 | Démence précoce | Assaut–Dangereux pour la société et lui-même (alcool) |
| Rom | 16 | 1941 | - | Assaut–Anti-sociale |
| Gaétan | 15 | 1941 | - | Vol et tentative viol–Anti-sociale |
| Julien | 43 | 1946 | Psychose psychopat. constitutionnel | Assaut sur un jeune homme, vit de charité |
| Étienne | 45 | 1936 | Débilité mentale | Colères, veut frapper tout le monde |
| Loïc | 45 | 1936 | Psychose épileptique | Ne dort plus, menace son enfant, colères, mauvais |
| Antony | 25 | 1931 | [S.D.] | Violent, crises, frappe son frère |
| Gaston | 27 | 1931 | Démence précoce | Délire, frappe sa mère, ne veut pas travailler |
| Carol | 19 | 1931 | Débilité mentale | Mauvais avec les enfants, dit des mots sales et sacre |
| Antibe | 48 | 1946 | Paranoïa | Croit que les autres veulent le tuer, menace de mort |
| Carlo | 39 | 1941 | Paranoïa | Persécuté, obstiné, peur d'être empoisonné |
| François | 22 | 1921 | Folie des dégénérés | Vagabondage (alcool) |
| William | 32 | 1941 | Démence précoce | Orgueilleux, ambitieux, peur et se sent persécuté |
| Jacques | 13 | 1946 | Const.psychopathique | Vol et bris de biens–Anti-sociale |
| Jean | 33 | 1946 | Schizoph. paranoïde | Vagabondage |
| Benjamin | 27 | 1926 | Démence précoce | Parle de sexe, aime se voir nu, narcissique, scrupuleux |
| Antoine | 18 | 1931 | Débilité mentale | Masturbation, violence |
| Harold | 40 | 1936 | Psychasthénie | Hypocondrie, découragé, veut mourir |
| Jonathan | 28 | 1921 | Folie des dégénérés | Paranoïaque, croit qu'un homme le suit et tue d'autres personnes |
| Raynald | 35 | 1936 | Démence précoce | Insomnie, discours sur antéchrist, sentiment supériorité |

| | | | | |
|---------|----|------|------------------------------------|---|
| Andy | 51 | 1941 | - | Hostilité/persécuté |
| Joël | 38 | 1941 | Paranoïa | Voit des soldats, croit qu'il va être enlevé |
| Haston | 23 | 1926 | Démence précoce | Refuse de travailler, fatigué |
| Junior | 30 | 1931 | Démence précoce | Faiblesse, la tête « maganée » par ses pensées |
| David | 26 | 1941 | État psychotique aigu | Insomnie, se croit un saint, faire des miracles, |
| Ludovic | 34 | 1946 | Schizophrénie | Entend des voix, qu'on veut le tuer, a tenté de se suicider |
| Pascal | 38 | 1921 | Folie des dégénérés | Fatigué, inquiet à propos de l'argent |
| Aaron | 26 | 1926 | Démence précoce | Se croit damné, prie constamment, désir de se tuer, |
| Arthur | 60 | 1936 | État psychopatique constitutionnel | Craint de voler de la « job », insomnie, nudité devant ses sœurs et tente de les caresser |

CHAPITRE 7 : LE MARIAGE

| NOM | AGE | ANNÉE | DIAGNOSTICS | COMPORTEMENTS |
|------------|-----|-------|---------------------------------------|--|
| Brigitte | 40 | 1931 | Mélancolie | Chagrin dû à séparation des parents |
| Léonie | 45 | 1931 | Manie | Jalousie, violente envers mari et enfants |
| Marguerite | 20 | 1921 | Manie | Jalousie, brûle le linge, menace la vie de son enfant |
| Laurence | 41 | 1921 | Démence précoce | Peur du mari, toujours en prière, |
| Martha | 35 | 1926 | Démence précoce | Parle seule, laisse les enfants se salir |
| Adrianna | 36 | 1931 | Psychose puerpérale | Refuse de manger, brise tout, mysticisme |
| Hélène | 44 | 1936 | Paranoïa interprét. | Jalousie, accuse mari d'infidélité, se croit reine |
| Fleure | 32 | 1936 | Paranoïa | Frappe le mari, blasphème devant les enfants |
| Roberta | 38 | 1941 | Paranoïa | Jalousie, accuse son mari |
| Angie | 53 | 1941 | Paranoïa | Jalousie, nudisme, conseille à ses filles de se prostituer |
| Héloïse | 38 | 1946 | Paranoïa | Jalousie, frappe son mari et enfants, accuse d'infidélité |
| Myriam | 27 | 1936 | Psychopathie non délirante | Malpropreté, négligence des enfants – Anti-sociale |
| Régine | 35 | 1941 | [débilité mentale] | Immoralité, négligence des enfants – Scandale |
| Yasmine | 34 | 1941 | Psychose psychopat. constitutionnelle | Jalousie, accuse mari d'infidélité, frappe ses enfants |
| Monica | 40 | 1941 | - | (Ovariectomie) mystique |
| Aglaré | 42 | 1921 | Manie dépressive | Délires, illusions |

| | | | | |
|-----------|----|------|--|--|
| Marika | 30 | 1941 | Psychose maniaco-dépressive – Dépressive | Idées d'indignité, de damnation, tentative de suicide, veut se faire battre par son mari |
| Asia | 47 | 1921 | Débilité mentale | Boit alcool, boit avec d'autres hommes, vagabondage |
| Danielle | 40 | 1936 | Psychose paranoïde | Colère envers son mari, pleure sans cesse, menace de se tuer |
| Læticia | 43 | 1936 | Paranoïa | Assaut-Dangereux pour société |
| Betsie | 33 | 1941 | Démence précoce | (illusion d'être enceinte) |
| Inès | 33 | 1936 | Mélancolie involution | Harcèlement amoureux |
| | | | | |
| Achille | 57 | 1936 | Paranoïa | Jaloux, menace sa femme et ses enfants, violent |
| Arthur | 50 | 1921 | Psychose périodique | Refus de manger, dormir, casse meubles, veut tuer ses enfants |
| Adam | 38 | 1946 | Débilité mentale et démence précoce | Jaloux, a failli tuer son fils, ne veut plus travailler |
| Guillaume | 28 | 1946 | Constitution psychopathique | Frappe sa femme, a voulu se tuer et ses enfants, brise tout |
| Roméo | 34 | 1921 | Démence précoce | A tenté de tuer sa femme, dangereux |
| James | 24 | 1941 | Paranoïa | Jaloux, peur d'être empoisonné par femme, accuse d'infidélité |
| Wilson | 33 | 1941 | [S.D.] | Ne dort plus, a frappé sa femme |
| David | 58 | 1921 | Folie alcoolique | Colères, jaloux, menace de tuer sa femme |

ANNEXE IV

Manuel sur la classification et la définition des désordres mentaux, Bureau fédéral de la statistique, Imprimerie de Sa Très Excellente Majesté le Roi, Ottawa, 1942.

Classification condensée des désordres mentaux¹ :

- 01 Psychoses au cours de méningo-encéphalite syphilitique (paralysie générale)
- 02 Psychoses au cours d'autres formes de syphilis du système nerveux central.
 - 21 Forme méningo-vasculaire (syphilis cérébrale)
 - 22 Avec gomme intercrânienne
 - 23 Autres formes
- 03 Psychoses au cours d'une encéphalite épidémique
- 04 Psychoses au cours d'autres maladies infectieuses
 - 41 Avec méningite tuberculeuse
 - 42 Avec méningite (indéterminée)
 - 43 Au cours de la chorée aiguë (Sydenham)
 - 44 Au cours d'autres maladies infectieuses
 - 45 Psychoses à la suite d'une infection
- 05 Psychopathies alcooliques
 - 51 Intoxication pathologique
 - 52 Délirium tremens
 - 53 Psychose de Korsakow
 - 54 Forme hallucinatoire consciente
 - 55 Autres formes
- 06 Psychoses toxiques exogènes
 - 61 Métaux
 - 62 Les gaz
 - 63 Opium et ses dérivés
 - 64 Autres toxiques exogènes
- 07 Psychoses traumatiques
 - 71 Délire traumatique
 - 72 Troubles post-traumatiques de la personnalité
 - 73 Affaiblissement intellectuel post-traumatique
 - 74 Autres formes
- 08 Psychopathies au cours de l'artério-sclérose cérébrale
- 09 Psychoses au cours d'autres affections circulatoires
 - 91 Embolie cérébrale
 - 92 Affection cardio-rénale
 - 93 Autres affections
- 10 Psychoses avec crises convulsives (épilepsie)
 - 101 Démence épileptique
 - 102 État crépusculaire épileptique
 - 103 Autres formes épileptiques
- 11 Psychopathies séniles

¹ Sœur Louise de l'Assomption, Appence 1, pp. 58-60.

- 111 Démence sénile
- 112 Forme presbyophrénique
- 113 Forme délirante et confusionnelle
- 114 Forme dépressive et maniaque
- 115 Forme paranoïde
- 12 Psychoses d'involution
 - 121 Mélancolie
 - 122 Forme paranoïde
 - 123 Autres formes
- 13 Psychoses avec autres maladies somatiques
 - 131 Troubles endocriniens
 - 132 Psychose d'épuisement
 - 133 Maladie d'Alzheimer
 - 134 Avec pellagre
 - 135 Avec autres maladies
- 14 Psychoses dues à un néoplasme
 - 141 Tumeur cérébrale
 - 142 Autres tumeurs
- 15 Psychopathies accompagnant d'autres affections organiques du système nerveux
 - 151 Sclérose en plaques
 - 152 Paralysie agitante
 - 153 Chorée de Huntington
 - 154 Autres affections cérébrales ou nerveuses
- 16 Psychonévroses
 - 161 Hystérie
 - 162 Psychasthénie
 - 163 Neurasthénie
 - 164 Hypocondrie
 - 165 Réaction dépressive
 - 166 Anxiété
 - 167 Psychonévroses mixtes
- 17 Psychoses maniaques dépressives
 - 171 Forme maniaque
 - 172 Forme mélancolique
 - 173 Forme circulaire
 - 174 Forme mixte
 - 175 Forme douteuse
 - 176 Forme stuporeuse
 - 177 Autres formes
- 18 Démence précoce (schizophrénie)
 - 181 Forme simple
 - 182 Forme hébéphrénique
 - 183 Forme catatonique
 - 184 Forme paranoïde
 - 185 Autres formes
- 19 Paranoïa et états paranoïaques
 - 191 Paranoïa

- 192 États paranoïaques
- 20 Psychoses chez psychopathes constitutionnels
- 21 Psychoses chez arriérés mentaux
- 22 Psychopathies non diagnostiquées
- 23 Sans psychose
 - 231 Épilepsie
 - 232a Épilepsie seulement
 - 232b Épilepsie avec arriération mentale
 - 232 Alcoolisme
 - 233 Narcomanie
 - 234 Arriération mentale
 - 234a Idiotie
 - 234b Imbécillité
 - 234c Débilité mentale
 - 234d Types non spécifiés
 - 235 Troubles de la personnalité dus à l'encéphalite épidémique
 - 236 Constitution psychopathologique
 - 2361 Avec sexualité pathologique
 - 2362 Avec émotivité pathologique
 - 2363 Avec tendances amORAles et antisociales
 - 2364 Formes mixtes
 - 237 Non aliénés
- 24 Troubles essentiels du comportement
 - 241 Simple inadaptabilité chez l'adulte
 - 242 Troubles essentiels du comportement chez l'enfant
 - 2421 Habitudes désordonnées
 - 2422 Conduite désordonnée
 - 2423 Tics nerveux

BIBLIOGRAPHIE

SOURCES MANUSCRITES

Dossiers des patients internés en 1921, 1926, 1931, 1936, 1941, 1946, Service des archives médicales, Centre hospitalier de soins psychiatriques Louis-H.-Lafontaine.

Correspondances, 1890-1950, Service des archives médicales, Centre hospitalier de soins psychiatriques Louis-H.-Lafontaine.

SOURCES IMPRIMÉES

Abrégé historique de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, Centre hospitalier de soins psychiatriques Louis-H.-Lafontaine, 1954, 7 p.

Activités hospitalières des Sœurs de Charité de la Providence (au Canada et en pays de mission), Montréal, Providence Maison-Mère, 1937.

AMYOT, Roma. « Aspect neuro-psychiatrique de l'alcoolisme », *L'Union Médicale du Canada*, Septembre 1945, pp. 1237-1243.

— « La leucotomie frontale en psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, Mars 1944, pp. 273-274.

— « Examen médical et mariage », *L'Union Médicale du Canada*, Août 1943, pp. 875-876.

— « Traitements modernes de la démence précoce », *L'Union médicale du Canada*, Septembre 1939, pp. 989-990.

— « La céphalée en neuro-psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, Tome LXI, No. 11 et 12, Novembre et Décembre 1932, pp. 1243-1246 et pp. 1310-1317.

— « Contribution à l'étude des aspects psychiatriques de l'encéphalite épidémique à forme prolongée », *L'Union médicale du Canada*, Tome LX, No. 11, Novembre 1931, pp. 785-795.

— *Les convulsions des moignons d'amputés*, Louis Annette, Paris, 1929.

Annuaire Statistique de la Province de Québec, Québec, Imprimeur de Sa Majesté le Roi (Reine), années 1920 à 1952.

Atlas of the City and Island of Montreal, 1879, Collection numérique de cartes et plans, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Québec, en ligne http://services.banq.qc.ca/sdx/cep/accueil.xsp?db=notice&col=*

BARBEAU, Antonio. « La psychiatrie française », *L'Union Médicale du Canada*, Novembre 1944, pp. 1301-1304.

— « Profil criminologique de l'épilepsie », *L'Union médicale du Canada*, Octobre 1944, pp. 1146-1161

— *Sous les platanes de Cos*, Montréal, Éditions Bernard Valiquette, 1942, 179 p.

— « Évolution de la neurologie moderne », dans *Sous les platanes de Cos*, Montréal, Éditions Bernard Valiquette, 1942, pp. 83-107.

— « Évolution de la médecine canadienne-française », dans *Sous les platanes de Cos*, Montréal, Éditions Bernard Valiquette, 1942, pp. 147-154.

— et P. LECAVALIER. « Profil criminologique de la démence précoce », *L'Union médicale du Canada*, Septembre à Décembre 1939, pp. 2-35.

— « La place d'une technique eugénique en biologie humaine. La stérilisation des inaptes », *L'Union médicale du Canada*, Vol. LXIII, No.8, Août 1934, pp. 811-849.

— *Les bases du freudisme*, thèse de doctorat en philosophie, Université de Montréal, 1930.

— « Étude psychanalytique des névroses et des psychoses », *Revue trimestrielle canadienne*, Décembre 1930, [n.p.]

— « Au pays des rêves », *Revue trimestrielle canadienne*, Juin 1930, [n.p.]

BAUDOUIIN, J.-A. « L'enseignement de l'hygiène dans les écoles de langue anglaise au Canada », *L'Union Médicale du Canada*, Mai 1943, pp. 505-531.

BÉDARD, Dominique, LAZURE, Denis et Charles A. ROBERTS. *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Ministère de la santé de la province de Québec, 1962.

BELLAY, C. *Histoire de l'hospice de Saint-Jean-de-Dieu à la Longue Pointe*, Montréal, Arbour/Laperle, 1892, 138 p.

Bref historique de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Centre hospitalier de soins psychiatriques Louis-H.-Lafontaine, 1976 [rééd. 1991], 11 p.

BORDELEAU, Jean-Marc. « Hôpital psychiatrique traditionnel et assistance psychiatrique moderne », *Laval Médical*, Vol.41, No.6, Juin 1970, pp. 751-760.

Conférences sur l'Hygiène mentale données à la radio, Montréal, Le Comité d'Hygiène Mentale de la Province de Québec, 1931 et 1932.

De BELLEFEUILLE, Gaston Lefébure. « L'hygiène mentale au service de la population écolière de la ville de Montréal, *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXIII, No.8, Août 1934, pp. 752-757.

— « Évolution de la maladie mentale », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LIX, No. 1, Janvier 1930, pp. 159-162. (extrait du discours d'ouverture du Président de la Société médicale de Montréal)

— « À propos d'un cas d'hallucinations liliputiennes », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LVIII, No.2, Février 1929, pp. 86-98.

— « L'automutilation chez l'aliéné », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LIII, No.7, Juillet 1924, pp. 311-318.

— « Corps étrangers dans la vessie chez une aliénée », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. 49, No. 1, Janvier 1920, pp. 84-88.

DELMAS, François Achille et Marcel BOLL, *La personnalité humaine, son analyse*, Paris, Flammarion, 1922.

De SAUSSURE, Raymond. « L'apport de la psychanalyse à la psychothérapie », Conférence à Saint-Jean-de-Dieu, Journées médicales de la Société médicale de Montréal, 1^{er} juin 1944, 5 pages.

DESLOGES, Antoine-Hector. « Avant-propos », *L'Union médicale du Canada*, Numéro consacré à l'Hygiène mentale, Vol. LXIII, No. 8, Août 1934, pp. 739-742.

— Rapport du directeur médical général des hôpitaux d'aliénés, écoles de réformes et d'industries, *Documents de la session parlementaire*, Québec, Imprimeur de Sa Majesté le Roi, 1925.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, New York, American Psychiatric Association, 1952.

Documents de la session parlementaire de la Province de Québec. « Rapports annuels des surintendants médicaux des asiles d'aliénés de la province de Québec », I. Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, (1920-35) et 1^{er} au 7^e « Rapport annuel du Ministère de la Santé et du Bien-être social » (1935-50), Division des Hôpitaux pour maladies mentales, Québec, Imprimeur de Sa Majesté le Roi (Reine), 1920 - 1951.

DUFRESNE, Eugène. « Les corps étrangers pointus du tube digestif », *L'Union médicale du Canada*, Novembre 1943, pp. 1291-1293.

- « Corps étrangers de l'estomac et de l'intestin », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXIV, No.11, Novembre 1935, pp. 1323-1329.
- « Corps étrangers chez les aliénés », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXII, No. 10, Octobre 1933, pp. 1014-1019.
- FONTAINE, Rosario. « Le freudisme », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. XI, No. 6, Juin 1931, pp. 432-433.
- GAUTHIER, C.-A. « Considérations sur les relations de l'état gravide avec certain syndromes neurologiques », *L'Union médicale du Canada*, Août 1942, pp. 829-836.
- « Un aspect négligé de l'hygiène mentale », *L'Union médicale du Canada*, Août 1941, pp. 850-854. (présenté au 30^e Congrès de l'association canadienne de santé publique, 1941)
- GAUVIN, Yvon. *Problème de réhabilitation sociale de malades mentaux*, Mémoire de diplôme en Service Social, Université de Montréal, 1953.
- GROULX, Henri (Ministre de la santé). « Médecine sociale- considérations pratiques en marge de la loi pour prévenir les maladies vénériennes », *L'Union Médicale du Canada*, Juillet 42, pp. 729-733.
- HENDERSON, David et R.D. GILLEPSIE. *Manuel de psychiatrie pour les étudiants et les praticiens*, Paris, Presses universitaires de France, 1955. Trad par D. Anzieu, 7^e édition. En hommage à A. Meyer., Tome 1 et 2.
- Journal of American Psychiatry*, Section des réunions annuelles, 1920-1930.
- KRAEPELIN, Emil. *100 Hundreds Years of Psychiatry*, New York, Philosophical Library, 1962. (Publié en allemand en 1917-1918 et en anglais en 1962 par Wade Baskin)
- LACHAPPELLE, Paul, abbé. *Psychiatrie pastorale*, préface du Docteur Émile Legrand (prof de psychiatrie à l'Université de Montréal), Montréal, Éditions Beauchemin, 1942.
- LANGLOIS, Edgar, SAUCIER, Jean et ROMA AMYOT. *Manuel de Neuro-Psychiatrie*. La collection de la garde-malade, Montréal, Éditions Edouard Garand, 1930.
- LAPIERRE, Gaston. « Les campagnes internationales actuelles d'eugénisme », *L'Union Médicale du Canada*, Tome LXIV, No. 6, Juin 1935, pp. 698-703.
- LARIVIÈRES, Paul. « Position actuelle du problème de l'hystérie », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXIII, No. 8, Août 1934, pp. 862-877.
- L'ASSOMPTION, Sœur Louise de. *L'Hôpital Saint Jean de Dieu : ses diverses activités, son service social*, Mémoire de maîtrise en Service Social, Université de Montréal, 1951.

LESAGE, Albert. « La syphilis – Maladie sociale », *L'Union Médicale du Canada*, Mars 1944, pp. 234-238.

LESSARD, Richard. « L'examen pré-nuptial », *L'Union Médicale du Canada*, Décembre 1946, pp. 1612-1620. (Conférence donnée au Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, 1946)

LOIGNON, Gaston. « Manifestations de la syphilis héréditaire », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXIII, No. 8, Août 1934, pp. 888-910.

— « Sur l'importance de la recherche systémique de l'agent causal dans les psychoses toxico-infectieuses et dans les psychoses par intoxication endo et exogènes », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LVII, No. 1, Janvier 1928, pp. 266-271.

Manuel sur la classification et la définition des désordres mentaux, Ottawa, Bureau fédéral de la Statistique, 1942.

MARCOTTE, Alexandre. « La psychoclinique au service de l'hygiène », *L'Union Médicale du Canada*, Mai 1943, pp. 562-571.

— « Le milieu familial facteur de déséquilibre affectif et d'arriération intellectuelle chez l'enfant », causerie donnée au Congrès du Conseil canadien pour la sauvegarde de l'enfance et de la famille, avril 1932, repris dans *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXIII, No.8, Août 1934, pp. 883-889.

MENNINGER, William C. *Psychiatry, Its Evolution and Present Status*, Ithaca (NY), Cornell University Press, 1948.

MICHAUX, Léon (avec coll. de 25 personnes). *Psychiatrie*, Paris, Flammarion, 1970.

NOEL, Omer et Gaston DeBELLEFEUILLE, « L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *L'Union Médicale du Canada*, Tome LXI, No. 2, Février 1932, pp. 243-255.

Notes historiques de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, faisant suite à l'histoire du dit hôpital écrite en 1892, par Monsieur Bellay, et formant les cinquante années de son existence, Centre hospitalier de soins psychiatriques Louis-H.-Lafontaine, 1923, 18 p.

OUIMET, Raphaël (éd.). « Omer Noël », *Biographies canadiennes françaises*, Montréal, 1937.

PANET-RAYMOND, Jean et Thomas I. HOEN. « Contribution à l'étude des hématomes sous-duraux post traumatiques », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXV, No. 5, Mai 1936, pp. 430-437.

— « Physiologie normale du liquide céphalo-rachidien et exploration des cavités ventriculo-méningées », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXIV, No.2, Février 1935, pp. 679-689.

- PIE XI, *L'encyclique Casti Connubii sur le mariage chrétien*, 31 décembre 1930, traduction française, Paris, Éditions SPES, 1955.
- PLOUFFE, Adrien. « La propagande d'hygiène et la médecine contemporaine », *L'Union Médicale du Canada*, Octobre 1946, pp. 1197-1200.
- « À propos d'eugénisme. Pour une race meilleure », *L'Union médicale du Canada*, Vol. LXIII, No. 11, Novembre 1934, pp. 1240-1243.
- (et Emile LEGRAND). « Les raptus mélancoliques », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXIII, No. 8, Août 1934, pp. 760-779.
- RICHARD, Rodolphe. « Délires secondaires à la malariathérapie », *L'Union Médicale du Canada*, Août 1934, pp. 890-892.
- SAUCIER, Jean. « Les nouveautés en neuro-psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, Décembre 1945, pp. 1682-1686.
- « Le vertige », *L'Union médicale du Canada*, Mars 1945, pp. 308-312.
- « L'électro-choc, nouvelle méthode de thérapeutique psychiatrique », *L'Union médicale du Canada*, Juillet 1943, pp. 824-825.
- « Les accidents neuro-psychiatriques de la guerre », *L'Union médicale du Canada*, Décembre 1941, pp. 1325-1328.
- « Quelles notions avez-vous de l'hérédité? », *L'Union médicale du Canada*, Décembre 1939, pp. 1320-1321.
- « Où en est la neurologie? », *L'Union médicale du Canada*, Août 1939, pp. 866-868.
- « Émotivité et émotion, hyperémotivité, névrose hyperémotive », *L'Union médicale du Canada*, Vol. LXIII, No. 12, Décembre 1934, pp. 1302-1309.
- « Le problème de l'alcoolique », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXIII, No.8, Août 1934, pp. 787-793.
- « Le freudisme », *L'Union Médicale du Canada*, Vol. LXII, No. 1 et No. 2, Janvier 1933, pp. 54-59 et pp. 167-173.
- « Actualités neurologiques, le démembrement éventuel du pithiatisme de Babinski », *L'Union médicale du Canada*, Vol. LVIII, No.8, Août 1929, pp. 491-494.
- *La névrite hypertrophique : étude d'ensemble*, Salpêtrière, Louis Annette, Paris, 1927.

SMITH, Pierre. « Les hôpitaux de Montréal et de Québec fondés avant ou vers 1872 », *L'Union médicale du Canada et Bulletin de l'Association des médecins de langue française du Canada*, Novembre 1946, pp. 1326-1332

Statuts révisés de la Province de Québec 1909 à 1950, Québec, Imprimeur de Sa Majesté le Roi (Reine), 1909, 1925, 1943, 1950.

TELLIER, H. « Traitements des états maniaques », *L'Union médicale du Canada*, Vol. LXIII, No. 8, Août 1934, pp. 911-921.

TETREAULT, Alcée. *Cours des maladies mentales données à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, circa 1920, 63 p.

THÉRIEN, J.-Z. *L'œuvre des aliénés*, Causerie donnée par M. le Curé, aumônier de Saint-Jean-de-Dieu à la radio, l'Heure catholique du 6 mars 1932.

Un héritage de courage et d'amour ou La petite histoire de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Longue Pointe, 1873-1973 : 100^e anniversaire, Centre hospitalier de soins psychiatriques Louis-H.-Lafontaine, 1973, 116 p.

ÉTUDES THÉORIQUES ET HISTORIOGRAPHIQUES

AUGER, Anne-Marie. *Réalisme et intentionnalité : le réalisme intentionnel de Hilary Putnam à la lumière de son réalisme interne*, Mémoire de maîtrise en philosophie, Université du Québec à Montréal, 1993.

BLANC, Alain et Jean-Marie VINCENT. *La postérité de l'École de Francfort*, Paris, Syllepse, 2004.

BLOCH, Marc. *Apologie pour l'histoire, ou, Le métier d'historien*, Paris, Armand Colin, 5^e édition, 1964.

BOURDÉ, Guy et Hervé MARTIN. *Les écoles historiques*, Paris, Seuil, 1989.

BOURDIEU, Pierre. *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998.

BRAIDOTTI, Rosi. *Nomadic Subjects. Embodiment and Sexual Difference in Contemporary Feminist Theory*, New York, Columbia University Press, 1994.

BROWN, Thomas. « Dance of the Dialectic? Some Reflections (Polemic and Otherwise) on the Present State of Nineteenth-Century Asylum Studies », *Canadian Bulletin in History of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine (CBMH/BCHM)*, Vol. 11, 1994, pp. 267-295.

— « Foucault Plus Twenty : On Writing the History of Canadian Psychiatry in the 1980s », *CBMH/BCHM*, Vol. 2, 1985, pp. 23-49.

- BURKE, Peter, éd. *History and Historians in the Twentieth Century*, Oxford et New York, Oxford University Press, 2002.
- CANGUILHEM, Georges. *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaire de France, 1966.
- CANNING, Kathleen. « Feminist History after the Linguistic Turn : Historizing Discourse and Experience », *Signs*, Vol. 19, No. 2, 1994, pp. 368-404.
- CELLARD, André. « L'analyse documentaire » dans Poupart et al. *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 1997, pp. 251-271.
- CHAPOULIE, Jean-Michel. *La tradition sociologique de Chicago, 1892-1961*, Paris, Seuil, 2001.
- COHEN, David. « La médicalisation », dans *Problèmes sociaux. Tome 1, Théories et méthodologies*, sous la dir. de Henri Dorvil et Robert Mayer, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2001, pp. 217-231.
- CONRAD, Peter et Joseph W. SCHNEIDER. *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, St-Louis, Mosby Company, 1980.
- COTE-JALLADE, Marie-Françoise, Michel RICHARD et Jean-François SKRZYPCZAK. *Penseurs pour aujourd'hui*, Lyon, Chronique sociale, 1985.
- DAVIDSON, Arnold I. « Closing Up the Corpses. Diseases of Sexuality and the Emergence of the Psychiatric Style of Reasoning » dans George Boolos, éd. *Meaning and Method, Essays in Honor of Hilary Putnam*, Cambridge (Mass.), Cambridge University Press, pp. 295-323.
- DE LA COUR, Lykke et Geoffrey REAUME, « Patients Perspectives in Psychiatric Case Files » dans Franca Iacovetta et Wendy Mitchinson, éd. *On the Case, Explorations in Social History*, Toronto, University of Toronto Press, 1998, pp. 242-265.
- DORVIL, Henri. « Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionalisation », *Cahiers de recherche sociologique*, Nos. 41-42, 2005, pp.209-235.
- DOSSE François. *L'histoire en miettes*, Paris, La Découverte, 1987.
- DREYFUS, Hubert et Paul RABINOW. *Michel Foucault, un parcours philosophique*, Paris, Folio, 1984.
- DWYER, Ellen. « A Historical Perspective » dans C. S. Widom, éd. *Sex Roles and Psychopathology*, New York, Plenum Press, 1984, pp. 20-42.

- FONER, Eric. *The New American History*. Philadelphie, Temple University Press, 1990.
- HACKING, Ian. *Philosophie et histoire des concepts scientifiques. Cours donnés au Collège de France, 2000-2006*, en ligne http://www.college-de-france.fr/default/EN/all/historique/ian_hacking.htm
- « Between Michel Foucault and Erwing Goffman : Between Disourse in the Abstract and Face-to-face Interaction », *Economy and Society*, Vol. 33, No. 3, 2004, pp. 277-302.
- *The Social Construction of What?* Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 2000.
- INGLEBY, David. « Mental Health and Social Order » dans Stanley Cohen et Andrew Scull, éd. *Social Control and the State*, New York, St. Martin's Press, 1983, pp. 141-188.
- JAMES, William. *Le pragmatisme. Un nouveau nom pour d'anciennes manières de penser*, Paris, Flammarion, 2007 (1907).
- JORDANOVA, Ludmilla. *History in Practice*, Londres, Hodder Arnold, 2000.
- KUNH, Thomas. *The Structure of Scientific Revolution*, Chicago, University of Chicago Press, 1970.
- LABROUSSE, Ernest. *Histoire économique et sociale de la France*, Paris, Presses Universitaires de France, 1970.
- LACAPRA, Dominick. « Relire l'Histoire de la folie », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, Vol. 53, No. 1, 2006, pp. 7-33.
- LAGRANGE, Jacques. « Versions de la psychiatrie dans les travaux de Michel Foucault », dans P. Artières et E. Da Silva, éd. *Michel Foucault et la médecine, lectures et usages*, Paris, Éditions Kimé, 2001, pp. 119-142.
- LAPERRIÈRE, Anne. « La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec des approches apparentées » dans Poupart et al. *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 1997, pp. 309-339.
- LEGOFF, Jacques, CHARTIER, Roger et Jacques REVEL. *La Nouvelle histoire*, Paris, Retz-C.E.P.L., 1978.
- MAYNARD, Steven. « Rough Work and Rugged Men: The Social Construction of Masculinity in Working-class History », *Labour / Le Travail*, Vol. 23, Printemps 1989, pp. 159-169.

- McGOVERN, Constance. « The Myths of Social Control and Custodial Oppression : patterns of psychiatric medicine in late nineteenth-century institutions », *Journal of Social History*, Vol. 20, No. 1, 1986, pp. 3-23.
- McPHERSON, Kathryn, Cecilia MORGAN et Nancy M. FORESTELL. « Introduction : Conceptualizing Canada's Gendered Pasts » dans K. McPherson et al. *Gendered Pasts : Historical Essays in Femininity and Masculinity in Canada*, Oxford, Oxford University Press, 1999, pp. 1-11.
- MICALE, Mark. « Hysteria and Its Historiography : The Future Perspective », *History of Psychiatry*, Vol. 1, 1990, pp. 33-124.
- MORAN, James. « Power Failure? Power and the New Social History of Madness ». dans J.-M. Fecteau et J. Harvey, éd. *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour un problème historique de l'interaction*, Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2005, pp. 155-167.
- PARR, Joy. « Gender History and Historical Practice », *Canadian Historical Review*, Vol. 76, No. 3, 1995, pp. 354-376.
- PIERCE, Charles Sanders. *Textes anticartésiens*. Paris, Éditions Aubier Montaigne, 1984. (1868 et 1877-1878)
- PIRES, Alvaro. « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique » dans Poupart et al. *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, 1997, pp. 113-169.
- PORTER, Roy et Mark S. MICALE. « Introduction : Reflections on Psychiatry and Its Histories » dans Mark S. Micale et R. Porter, éd., *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 3-36.
- PUTNAM, Hilary. *Raison, vérité et histoire*. Paris, Éditions de Minuit, 1984 (1981).
- RICOEUR, Paul. *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris, Seuil, 2000.
- ROPER, Michael et John TOSH. « Historians and the Politics of Masculinity » dans Stephen M. Whitehead, éd. *Men and Masculinities. Critical Concepts in Sociology*, Cambridge (UK), Polity, 2002, pp. 79-99.
- ROSE, Nikolas. « Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique », *Sociologie et sociétés*, Vol. 38, No. 2, pp. 113-131.
- RUBIN, Gayle. « Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality », dans Carole Vance, éd., *Pleasure and Danger*, Boston, Routledge & Paul Kegan, 1984.
- SCOTT, Joan. « Le genre, une catégorie utile d'analyse historique » dans *Le genre de l'histoire*, Bruxelles, Tierce, 1988, pp. 125-153 (en anglais : « Gender : A Useful

- Category of Historical Analysis », *The American Historical Review*, Vol. 91, No. 5, 1986, pp. 1053-1075).
- SCULL, Andrew. « Psychiatry and Social Control in the Nineteenth and Twentieth Centuries », *History of Psychiatry*, Vol. 2, 1991, pp. 149-169.
- TAYLOR, Charles. *Les Sources du moi, La formation de l'identité moderne*, Montréal, Boréal, 1998 (1989).
- THOMPSON, Willie. *Postmodernism and History*, New York, Palgrave MacMillan, 2004.
- TOMES, Nancy, « Feminist Histories of Psychiatry », dans M. Micale et R. Porter, *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 348-383.
- « Historical Perspectives on Women and Mental Illness » dans Rima D. Apple, éd. *Women, Health, and Medicine in America : A Historical Handbook*, New York, Garland, 1990, pp. 143-171.
- WAGNER, Pierre, éd. *Les philosophes et la science*, Paris, Gallimard, 2002.
- WRIGHT, David et James MORAN. « Introduction » dans J. Moran et D. Wright, éd. *Mental Health and Canadian Society. Historical Perspectives*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2006.
- WRIGHT, David. « Folie à deux : Social Control, Meliorism, and « Agency » in Asylum Historiography » dans J.-M. Fecteau et J. Harvey, éd., *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour un problématique historique de l'interaction*, Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2005, pp. 140-154.
- YOUNG, Iris Marion. « Gender as Seriality : Thinking about Women as a Social Collective », *Signs*, Vol. 19, No. 3, 1994, pp. 713-738.
- ÉTUDES GÉNÉRALES ET PARTICULIÈRES SUR LE QUÉBEC ET LE CANADA
- ABELLA, Irving et Harold TROPER. *None is Too Many : Canada and the Jews of Europe, 1933-1948*, Toronto, Lester & Orpen Dennys, 1982.
- ARNUP, Katherine, PIERSON Ruth Roach et Andrée LEVESQUE, éd. *Delivering Motherhood. Maternal Ideologies and Practices in the 19th and 20th Centuries*, London, Routledge, 1990.
- BAILLARGEON, Denise. *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal, Éditions Remue-ménage, 2004.
- *Ménagères au temps de la crise*. Montréal, Éditions du Remue-ménage, 1991.

- BRADBURY, Bettina, éd. *Canadian Family History, Selected Readings*, Toronto, Copp Clark Pitman, 1992.
- COMACCHIO, Cynthia. *'Nations Are Built of Babies'. Saving Ontario's Mothers and Children, 1900-1940*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1993.
- *The Infinite Bonds of Family : Domesticity in Canada, 1850-1940*, Toronto, University of Toronto Press, 1999.
- DESROSIERS, Georges et Benoît GAUMER. « Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé au Québec : une histoire tourmentée », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Vol. 10, No. 1, 2004, pp. 8-20.
- DUHAIME, Vincent. « 'Les pères ont ici leur devoir' : le discours du mouvement familial québécois et la construction de la paternité dans l'après-guerre, 1945-1960 », *Revue d'histoire de l'Amérique française (RHAF)*, Vol. 57, No. 4, 2004, pp. 535-566.
- DUMMIT, Christopher. *The Manly Modern, Masculinity in Postwar Canada*. Vancouver, University of British Columbia Press, 2007.
- GAUMER, Benoît, DESROSIERS, Georges et Othmar KEEL. *Histoire du Service de santé de la ville de Montréal*, Ste-Foy, IQRC, 2002.
- GAUVREAU, Michael. *Les origines catholiques de la Révolution tranquille*, Montréal, Fides, 2008 (2005).
- GOULET, Denis. « Professionnalisation et monopolisation des soins : le Collège des médecins du Québec 1847-1940 », *Ruptures, revue transdisciplinaires en santé*, Vol. 10, No. 1, 2004, pp. 39-51.
- *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1843-1993*, Montréal, VLB Éditeur, 1993.
- GRENIER, Guy. *100 ans de médecine francophone. Histoire de l'association des médecins de langue française du Canada*, Sainte-Foy, Éditions MultiMonde, 2002.
- GUÉRARD, François. *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996.
- GUEST, Dennis. *Histoire de la sécurité sociale au Canada*, Montréal, Boréal, 1993 (1980).
- LI, Peter S. *The Making of Post-War Canada*, Toronto, Oxford University Press, 1996.
- LINTEAU, Paul-André. *Histoire de Montréal depuis la Confédération*, Montréal, Boréal, 1992.

- LINTEAU, Paul-André, DUROCHER, René et Jean-Claude ROBERT. *Histoire du Québec contemporain, Tome 1, De la Confédération à la Crise (1867-1929)*, Montréal, Boréal, 1989.
- LINTEAU, Paul-André, DUROCHER, René, ROBERT, Jean-Claude et François RICARD. *Histoire du Québec contemporain, Tome 2, Le Québec depuis 1930*, Montréal, Boréal, 1989.
- MALOUIN, Marie-Paule. *Le Mouvement familial au Québec. Les débuts : 1937-1965*, Montréal, Boréal, 1998.
- MARSHALL, Dominique. *Aux origines sociales de l'État-providence : famille québécoise, obligation scolaire et allocations familiales, 1940-1955*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998.
- MAYNARD, Steven. « The Social Construction of Masculinity », *Labour/Le travail*, Vol. 23, 1989, p. 159-169.
- MITCHINSON, Wendy. « Historical Attitudes Toward Women and Childbirth », *Atlantis*, Vol.4, No.2, 1979, pp. 13-34.
- MORTON, Desmond et Glenn WRIGHT. *Winning the Second Battle : Canadian Veterans and the Return to Civilian Life, 1915-1930*, Toronto, University of Toronto Press, 1987.
- PARR, Joy. *The Gender of Breadwinners. Women, Men, and Change in Two Industrial Towns, 1880-1950*, Toronto, University of Toronto Press, 1990.
- , éd. *Childhood and Family in Canadian History*, Toronto, McClelland and Stewart, 1982.
- PERREAULT, Isabelle. « Morale catholique et genre féminin : la sexualité dissertée dans les manuels de sexualité maritale au Québec, 1930-1960 », *RHAF*, Vol. 57, No. 4, 2004, pp. 567-591.
- *Le plaisir sous surveillance, analyse des discours catholiques sur la sexualité conjugale et féminine dans les manuels de sexualité maritale au Québec, 1930-1960*, Mémoire de maîtrise en histoire, Université du Québec Montréal, 2003.
- RAMIREZ, Bruno. (avec coll. Yves Otis) *La ruée vers le Sud. Migrations du Canada vers les États-Unis 1840-1930*, Montréal, Boréal, 2003 (2001).
- SHORTER, Edward. *The Making of the Modern Family*, New York, Basic Books, 1975.
- VAILLANCOURT, Yves. *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1988.
- VALVERDE, Mariana. *The Age of Light, Soap and Water. Moral Reform in English Canada, 1885-1925*, Toronto, McClelland and Stewart, 1991.

ÉTUDES SUR LA PSYCHIATRIE ET LA DÉVIANCE MENTALE

ACKERKNECHT, Erwin. *A Short History of Psychiatry*, New York, Hafner Pub. Co. 1968 (1957).

ALEXANDER, Franz and S SELESNICK. *The History of Psychiatry*, New York, Harper and Row, 1966.

BASAGLIA, Franco, éd. *L'Institution en négation. Rapport sur l'hôpital de Gorizia*, Paris, Seuil, 1970.

BERCHERIE, Paul. *Histoire et structure du savoir psychiatrique*, Paris, Éditions universitaires, 1991.

BLOCKER JR, Jack S. & Cheryl KRASNICK WARSH. *The Changing Face of Drink, Substance, Imagery, and Behaviour*. Ottawa, Publications Histoire sociale, 1997.

BLUSTEIN, Bonnie Ellen. « 'A Hollow Square of Psychological Science': American Neurologists and Psychiatrists in Conflict », dans Andrew Scull, éd. *Madhouses, Mad-Doctors and Madmen, The Social History of Psychiatry in the Victorian Era*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, 1981, pp. 241-270.

BOIVIN, Jérôme. « État Protecteur – État Promoteur ». *La campagne antivénéérienne dans le Québec de l'entre-deux-guerres*, Mémoire de maîtrise en histoire, Université Laval, 2008.

BOUDREAU, Françoise. *De l'asile à la santé mentale : les soins psychiatriques : histoire et institutions*, Montréal, Editions Saint-Martin, 1988.

Bulletin d'histoire politique. « Folie et société au Québec, XIXe-XXe siècle », Vol. 10, No. 3, Printemps-Eté 2002.

BURNHAM, John C. *Bad habits. Drinking, Smoking, Taking Drugs, Gambling, Sexual Misbehavior and Swearing in American History*, New York, New York University Press, 1993.

CASSAVETES, John. *A Woman Under the Influence*, États-Unis, 1974.

CASTEL, Robert, avec F. CASTEL et A LOVELL. *La société psychiatrique avancée, le modèle américain*, Grasset, Paris, 1979.

— *L'ordre psychiatrique*, Editions de Minuit, Paris, 1977.

CELLARD, André et Marie-Claude THIFAUT. *Une toupie sur la tête, Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Boréal, 2007.

- et Marie-Claude THIFAUT. « The Uses of Asylums : Resistance, Asylum Propaganda, and Institutionalization Strategies in Turn-of-the-Century Quebec » dans James Moran et David Wright, éd. *Mental Health and Canadian Society, Historical Perspectives*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2006, pp. 97-116.
 - *Punir, enfermer et réformer au Canada, de la Nouvelle-France à nos jours*, Ottawa, Société Historique du Canada, Brochure no. 60, 2000.
 - et Gérald PELLETIER. « La construction de l'ordre pénal au Canada, 1892-1927 : approches méthodologiques et acteurs sociaux », *Déviance et Société*, Vol. 23, No. 4, Décembre 1999, pp. 367-393.
 - « Folie, norme et rôles sexuels au Québec dans la seconde moitié du XIXe siècle : quelques observations tirées des archives de la curatelle », *RHAF*, Vol. 47, No. 2, 1993, pp. 245-255.
 - *Histoire de la folie et société au Québec de 1600 à 1850*, Montréal, Boréal, 1991.
 - avec D. NADON. « Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec », *RHAF*, Vol. 39, No. 3, 1986, pp. 345-367.
- CHAN, Wendy, Dorothy E. CHUNN and Robert MENZIES, éd. *Women, Madness and the Law: A Feminist Reader*, London, Glasshouse, 2005.
- CHENIER, Elise. *Strangers in our Midst, Sexual Deviancy in Postwar Ontario*, Toronto, University of Toronto Press, 2008.
- « The Criminal Sexual Psychopath in Canada : Sex, Psychiatry and the Law at Mid-Century », *CBMH/BCHM*, Vol. 20, No. 1, 2003, pp. 75-101.
- CHESLER, Phyllis. *Women and Madness*, New York, Avon Books, 1972
- CLERVOY, Patrick. *Henri Ey, 1900-1977, cinquante ans de psychiatrie en France*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1997.
- CLICHE, Marie-Aimée. *Maltraiter ou punir? La violence envers les enfants dans les familles québécoises, 1850-1969*, Montréal, Boréal, 2007.
- « L'infanticide dans la région de Québec (1660-1969) », *RHAF*, Vol. 44, No. 1, 1990, pp. 31-59.
- COFFIN, Jean-Christophe. « Sexe, hérédité et pathologies. Hypothèses, certitudes et interrogations de la médecine mentale, 1850-1890 » dans D. Gardey et I. Löwy, éd., *L'invention du naturel, les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, pp. 159-186.

- COOPER, David. *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Paris, Seuil, 1978
- COPP, Terry et Bill McANDREW. *Battle Exhaustion, Soldiers and Psychiatrists in the Canadian Army, 1939-1945*. Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1990.
- CORRIVEAU, Patrice. *La répression des homosexuels au Québec et en France, du bûcher à la Mairie*, Sillery, Septentrion, 2006.
- COURTEAU, Bernard. *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H.-Lafontaine, Évolution historique de l'hôpital psychiatrique à Montréal*, Montréal, Méridien, 1989.
- DEBUYST, Christian, Françoise DIGNEFFE, Jean-Michel LABADIE et Alvaro P. PIRES. *Histoire des savoirs sur le crime & la peine. 1. Des savoirs diffus à la notion de criminel-né*, Bruxelles, De Boeck, 1995.
- *Histoire des savoirs sur le crime & la peine. 2. La rationalité pénale et la naissance de la criminologie*, Bruxelles, De Boeck, 1998.
- DIGBY, Anne. *Madness, Morality, and Medicine. A Study of the York Retreat, 1796-1914*, Cambridge et New York, Cambridge University Press, 1985.
- DORVIL, Henri. *Histoire de la folie dans la communauté de l'Annonciation à Montréal, 1962-1987*, Montréal, Éditions Émile-Nelligan, 1988.
- DOWBIGGIN, Ian. *Keeping America Sane. Psychiatry and Eugenics in the United States and Canada, 1880-1940*, Ithaca, Cornell University Press, 1997.
- *La folie héréditaire ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIXe siècle*, Paris, E.P.E.L., 1993 (1991).
- DUPREY, Catherine. *La crise de l'enfermement asilaire au Québec à l'orée de la Révolution tranquille*, Mémoire de maîtrise en histoire, Université du Québec à Montréal, 2007.
- DWIGHT, Fee, éd. *Pathology and the Postmodern*, London, Sage Publications, 2000.
- EHRENBERG, Alain. *La fatigue d'être soi, dépression et société*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1998.
- ELLENBERGER, Henri F. *À la découverte de l'inconscient, histoire de la psychiatrie dynamique*, Villeurbanne, Simep éditions, 1974.
- FECTEAU, Jean-Marie et Janice HARVEY, éd. *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour une problématique historique de l'interaction*, Sainte-Foy, Presse de l'Université du Québec, 2005.

- FECTEAU, Jean-Marie. *La liberté du pauvre. Sur la régulation du crime et de la pauvreté au XIXe siècle québécois*, Montréal, VLB éditeur, 2004.
- FERRON, Jacques. *La conférence inachevée, Le pas de Gamelin et autres récits*. Montréal, VLB éditeur, 1987.
- *Les roses sauvages. Petit roman suivi d'une lettre d'amour soigneusement présentée*. Montréal, Éditions du Jour, 1971.
- FLANDRIN, Jean-Louis. *Familles, parenté, maison, sexualité dans l'ancienne société*, Paris, Seuil, 1984.
- FLEURY, Marie-Josée et Guy GRENIER. « Historique et enjeux du système de santé mentale québécois », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Vol. 10, No. 1, 2004, pp. 21-38.
- FOUCAULT, Michel. *Le pouvoir psychiatrique, Cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Gallimard/Seuil, 2003.
- *Les anormaux, Cours au Collège de France, 1974-1975*, Paris, Gallimard/Seuil, 1999.
- *Histoire de la sexualité, 1. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.
- *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.
- *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969.
- *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.
- *Folie et déraison, Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1961.
- *Maladie mentale et psychologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1954.
- FREUND, Michaela. « The Politics of Naming : Constructing Prostitutes and Regulating Women in Vancouver, 1939-1945 » dans J. McLaren, R. Menzies et D.E. Chunn, éd., *Regulating Lives. Historical Essays on the State, Society, the Individual, and the Law*, Vancouver, University of British Columbia Press, 2002, pp. 231-258.
- FRIGON, Sylvie. *Homicide conjugal au féminin : d'hier à aujourd'hui*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 2003.
- « L'homocide conjugal féminin, de Marie-Josephte Corriveau (1763) à Angélique Lyn Lavallée (1990) : meurtre ou légitime défense? », *Criminologie*, Vol. 29, No. 2, 1996, pp. 11-27.
- FROMM, Erich. *La crise de la psychanalyse*, Paris, Éditions Anthropos, 1971.

- GAUVREAU, Michael. « Conclusion : The Family as Pathology. Psychology, Social Science, and History Construct the Nuclear Family, 1945-1980 » dans Nancy Christie et Michael Gauvreau, éd. *Mapping the Margins. The Family and Social Discipline in Canada, 1700-1975*, Montréal and Kingston, McGill-Queen's University Press, 2004, pp. 383-407.
- GIJSWIJT-HOFSTRA, Marijke, Harry OOSTERHUIS et al. éd. *Psychiatric Cultures Compared, Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century : Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005 (1999).
- GLEASON, Mona. *Normalizing the Ideal : Psychology, Schooling, and the Family in Postwar Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1999.
- GOFFMAN, Erwing. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York, Doubleday, 1961.
- *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs (N.J.), Prentice-Hall, 1963.
- GOLDSTEIN, Jan. *Console and Classify, The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, New York, Cambridge University Press, 1987.
- GRENIER, Guy. *Les monstres, les fous et les autres : la folie criminelle au Québec*, Montréal, Éditions Trait d'union, 1999.
- *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentales au Québec entre 1885 et 1930*, Mémoire de maîtrise en histoire, Université de Montréal, 1990.
- GROB, Gerald. « Origins of DSM-I : A Study in Appearance and Reality », *American Journal of Psychiatry*, Vol. 148, No. 4, Avril 1991, pp. 421-431.
- *Mental Institutions in America*, New York, Free Press, 1973.
- GRONEMAN, Carol. *Nymphomania, A History*, New York, W.W. Norton & Company, 2000.
- « Nymphomania : The Historical Construction of Female Sexuality », *Signs*, Vol. 19, No. 2, 1994, pp. 337-367
- GRUNBERG, Frédéric. « Cinquante ans de psychiatrie au Québec », dans Rae-Grant, *Psychiatry in Canada : 50 Years (1951-2001)*, Ottawa, Canadian Psychiatric Association, 2001, pp. 17-28.
- HACKING, Ian. *Les fous voyageurs*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond / Seuil, 2002.
- *L'âme réécrite*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond / Seuil, 1998.

- HUISMAN, Frank. « From Exploration to Synthesis. Making New Sense of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century » dans M. Gijswijt-Hofstra, H. Oosterhuis et al. éd. *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century : Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, pp. 405-423.
- HUNT, Alan. *Governing Morals. A Social History of Moral Regulation*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, 1999.
- JONES, Kathleen. *A History of the Mental Health Services*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1972.
- KEATING, Peter. *La science du mal, l'institution de la psychiatrie au Québec, 1800-1914*, Montréal, Boréal, 1993.
- KINSMAN, Gary William. *The Regulation of Desire : Homo and Hetero Sexualities*, Montréal, Black Rose Books, 1996.
- KIRK-MONTGOMERY, Allison. « 'Loaded Revolvers' : Ontario's First Forensic Psychiatrists » dans James Moran et David Wright, éd. *Mental Health and Canadian Society, Historical Perspectives*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2006, pp. 117-148.
- KNIBIEHLER, Yvonne et Catherine FOUQUET. *La femme et les médecins : analyse historique*, Paris, Hachette, 1983.
- *L'histoire des mères du moyen-âge à nos jours*, Paris, Editions Montalba, 1980.
- LACASSE, Danielle. *La prostitution féminine à Montréal, 1945-1970*, Montréal, Boréal, 1994.
- LAING, Ronald. *The Self and Others*, Londres, Tavistock Publications, 1961.
- et David COOPER. *Reason and Violence: A Decade of Sartre's Philosophy*, Londres, Tavistock Publications, 2^e édition, 1964.
- LAMB, Susan. « The Theory and Practice of Adolf Meyer's Psychobiology : Patient Experiences Inside the Phipps Psychiatric Clinic at John Hopkins Hospital, 1908-1917 » communication scientifique présentée au Congrès annuel de la Société canadienne d'histoire de la médecine, University of British Columbia, Vancouver, 30 mai 2008, (thèse en cours à la John Hopkins University).
- LANDREVILLE, Pierre et Ghislaine JULIEN. « Les origines de la prison de Bordeaux », *Criminologie*, Vol. 9, No. 1-2, 1976, pp. 5-22.
- LAURIN, Camille. *Le testament*, Montréal, Les Intouchables, 1999.

- LAVOIE, Bianca. *Moralité et acteurs sociaux : la construction de l'ordre pénal au Canada, 1892-1927*, Mémoire de maîtrise en criminologie, Université d'Ottawa, 1997.
- LAZURE, Denis. *Médecin et citoyen, souvenirs*, Montréal, Boréal, 2002.
- LÉVESQUE, Andrée. *Résistance et transgression. Études en histoire des femmes au Québec*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 1995.
- *La norme et les déviantes. Des femmes au Québec pendant l'entre-deux-guerres*, Montréal, Éditions du Remue-ménage, 1989.
- « Mères ou malades : Les Québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins », *RHAF*, Vol. 38, No. 1, 1984, pp. 23-37.
- LUNBECK, Elizabeth. *The Psychiatric Persuasion, Knowledge, Gender, and Power in Modern America*, Princeton, Princeton University Press, 1994.
- « 'A New Generation of Women' : Progressive Psychiatrists and the Hypersexual Female », *Feminist Studies*, Vol. 13, No. 3, 1987, pp. 513-543.
- MARCHAND, Nicolas. *Entre praticiens et chercheurs : une histoire des psychologues au Canada, 1939-1971*, Thèse de doctorat en histoire, UQAM, 2002.
- MCCORMICK, Chris et Len GREEN, éd. *Crime and Deviance in Canada, Historical Perspectives*, Toronto, Canadian Scholars' Press, 2005.
- McGOVERN, Constance. « Psychiatry, Psychoanalysis, and Women in America: An Historical Note », *Psychoanalytic Review*, Vol. 71, 1984, pp. 541-552.
- McLAREN, Angus. *The Trials of Masculinity. Policing Sexual Boundaries, 1870-1930*, Chicago, University of Chicago Press, 1997.
- *Our own Master Race, Eugenics in Canada, 1885-1945*, Toronto, McClelland & Stewart, 1990.
- McLAREN, John, MENZIES, Robert et Dorothy E. CHUNN, éd. *Regulating Lives. Historical Essays on the State, Society, the Individual, and the Law*, Vancouver, University of British Columbia Press, 2002.
- McLENNAN, David. « Beyond the Asylum : Professionalization and the Mental Hygiene Movement in Canada, 1914-1928 », *CBMH/BCHM*, Vol. 4, 1987, pp. 7-23.
- MENZIES, Robert et Dorothy E. CHUNN. « The Making of the Black Widows: The Criminal and Psychiatric Control of Women » dans Gillian Balfour and Elizabeth Comack, éd. *Criminalizing Women: Gender and (In)justice in Neo-Liberal Times*, Halifax, Fernwood Publishing, 2006.

- « Historical Profiles of Criminal Insanity », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 25, 2002, pp. 379-404.
- « Contesting Criminal Lunacy: Narratives of Law and Madness in West Coast Canada, 1874-1950 », *History of Psychiatry*, Vol. 7, 2001, pp. 123-156.
- MICALE, Mark. *Approching Hysteria, Disease and Its Interpretations*, Princeton, Princeton University Press, 1995.
- et Roy PORTER, éd. *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford University Press, 1994.
- MITCHINSON, Wendy. *The Nature of their Body, Women and their Doctors in Victorian Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1991.
- « Gender and Insanity as Characteristics of the Insane: A Nineteenth-Century Case », *CBMH/BCHM*, Vol. 4, No. 2, 1987, pp. 99-117.
- « Hysteria and Insanity in Women : A Nineteenth-Century Canadian Perspective », *Journal of Canadian Studies*, Vol. 1, No. 3, 1986, pp. 81-105.
- « The Medical View of Women : The Case of the Late Nineteenth Century Canada », *CBHM/BCHM*, Vol. 3, 1986, pp. 207-224.
- « Gynecological Operations on Insane Women : London, Ontario, 1895-1901, *Journal of Social History*, Vol. 15, No. 3, 1982, pp. 467-484.
- « Historical Attitudes Toward Women and Childbirth », *Atlantis*, Vol. 4, No. 2, 1979, pp. 13-34.
- MIZRACHI, Nissim. « From Causation to Correlation : The Story of Psychosomatic Medicine, 1939-1979 », *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 25, 2001, pp. 317-343.
- MORAN, James E. et David WRIGHT, éd. *Mental Health and Canadian Society, Historical Perspectives*, Montreal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2006.
- *Committed to the State Asylum, Insanity and Society in Nineteenth-Century Quebec and Ontario*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2000.
- MORANTZ, Regina. « The Lady and her Physician » dans Mary Hartman et Lois Banner, éd. *Clio's Consciousness Raised : New Perspectives on the History of Women*, New York, Harper and Row, 1974, pp. 38-53
- MYERS, Tamara. *Caught, Montreal's Modern Girl and the Law, 1969-1945*. Toronto, University of Toronto Press, 2006.

NOOTENS, Thierry. *Fous, prodigues et ivrognes : familles et déviance à Montréal au XIXe siècle*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2007.

— « Famille, communauté et folie au tournant du siècle », *RHAF*, Vol. 53, No. 1, 1999, pp. 93-119.

OKIN, Mary Glennon. « *Madwomen* » in *Quebec : An Analysis of the Recurring Themes in the Reasons for Women's Committal to Beauport, 1894-1940*, Thèse de doctorat en histoire, University of Maine, 2008.

OOSTERHUIS, Harry. *Stepchildren of Nature : Krafft-Ebing, Psychiatry, and the Making of Sexual Identity*, Chicago, University of Chicago Press, 2000.

PARADIS, André M. « Le sous-financement gouvernemental et son impact sur le développement des asiles francophones au Québec (1845-1918). *RHAF*, Vol. 50, No. 4, 1997, pp. 571-598.

PATNODE, Stephen. « 'Their Lack of Masculine Security and Agression Was Obvious' : Gender and the Medicalization of Inebriety in the United States, 1930-1950 », *CBMH/BCHM*, Vol. 24, No. 1, 2007, pp. 67-92.

PEWZNER, Évelyne. *Le fou, l'aliéné, le patient. Naissance de la psychopathologie*, Paris, Dunod, 1995.

PIGEAUD, Jackie. *Aux portes de la psychiatrie. Pinel, l'Ancien et le Moderne*, Paris, Aubier, 2001.

PORTER, Roy et David WRIGHT, éd. *The Confinement of the Insane, International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2003.

POSTEL, Jacques, éd. *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris, Larousse, 2003.

— et Claude QUÉTEL, éd. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris, Dunod, 1994 (1983).

PRESSMAN, Jack. *Last Resort, Psychosurgery and the Limits of Medicine*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, 1998.

PRESTWICK, Patricia. « Drinkers, Drunkards, and Degenerates : The Alcoholic Population of a Parisian Asylum, 1867-1914 », dans J. Blocker Jr. Et C. Krasnick Warsh, éd. *The Changing Face of Drink, Substance, Imagery, and Behavior*, Les publications Histoire sociale, Ottawa, 1997, pp. 115-132.

RAE-GRANT, Quentin, éd. *Psychiatry in Canada : 50 years (1951 to 2001)*, Ottawa, Canadian Psychiatric Association, 2001.

- REAUME, Geoffrey. *Remembrance of Patients Past, Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940*, Don Mills (ON), Oxford University Press, 2000.
- RIPA, Yannick. *La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au XIXe siècle*, Paris, Aubier, 1985.
- ROSENBERG, Charles E. *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*, New York, Cambridge University Press, 1992.
- ROTHMAN, David. *The Discovery of the Asylum*, Boston, Little Brown, 1971.
- SANGSTER, Joan. *Regulating Girls and Women. Sexuality, Family, and the Law in Ontario, 1920-1960*, Don Mills (ON), Oxford University Press, 2001.
- SCULL, Andrew, éd. *Madhouses, Mad Doctors and Madmen*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, 1981.
- *Museum of Madness*, Londres, Allen Lane, 1979.
- SHORTER, Edward et David HEALY. *Shock Therapy : A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*, Toronto, Rutgers University Press, 2007.
- SHORTER, Edward. *A History of Psychiatry : From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997.
- SHORTT, Samuel Edward D. *Victorian Lunacy : Richard M. Bucke and the Practice of Late Nineteenth-Century Psychiatry*, Cambridge (NY), Cambridge University Press, 1986.
- SHOWALTER, Elaine. *Hystories, Hysterical Epidemics and Modern Media*, New York, Columbia University Press, 1997.
- *The Female Malady, Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, Londres, Virago, 1985.
- SMITH-ROSENBERG, Carroll. *Disorderly Conduct, Visions of Gender in Victorian America*, New York, Alfred A. Knopf, 1985.
- et Charles ROSENBERG. « The Female Animal: Medical and Biological Views of Woman and her Role in Nineteenth-Century America », *Journal of American History*, Vol. 60, No. 2, Septembre 1973, pp. 332-356.
- « The Hysterical Woman, Sex Roles and Role Conflict in Nineteenth-Century America », *Social Research*, Vol. 39, No. 4, 1972, pp. 652-678.
- STYRON, William. *Face aux ténèbres, chronique d'une folie*, Paris, Gallimard, 1990.

- SWAIN, Gladys et Marcel GAUCHET. *Dialogue avec l'insensé: essais d'histoire de la psychiatrie*, Paris, Gallimard, 1994.
- *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris, Gallimard, 1980.
- *Le sujet de la folie: naissance de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1977.
- SZASZ, Thomas. *The Manufacture of Madness : A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, New York, Harper Row, 1970.
- *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, Paul B. Hoeber, 1961.
- TERBENCHE, Danielle. « 'Curative' and 'Custodial' : Benefits of Patient Treatment at the Asylum for Insane, Kingston, 1878-1906 », *Canadian Historical Review*, Vol. 86, No. 1, 2005, pp. 29-52.
- TERRY, Jennifer. *An American Obsession : Science, Medicine, and Homosexuality in Modern Society*, Chicago, University of Chicago Press, 1999.
- THERIOT, Nancy. « Negotiating Illness: Doctors, Patients, and Families in the Nineteenth Century », *Journal of The History of the Behavioral Sciences*, Vol. 37, Automne 2001, pp. 349-368.
- « Women's Voices in Nineteenth-Century Medical Discourse: A Step Toward Deconstructing Science », *Signs*, Vol. 19, No. 1, Automne 1993, pp. 1-31.
- THIFAUT, Marie-Claude. *L'enfermement asilaire des femmes au Québec : 1873-1921*, Thèse de doctorat en histoire, Université d'Ottawa, 2003.
- *Folie et déviance des femmes au Québec : 1901-1913*, Mémoire de maîtrise, UQAM, 1994.
- THUILLIER, Jean. *La folie, histoire et dictionnaire*, Paris, Robert Laffont, 1996.
- TOMES, Nancy et Lynn GAMWELL. *Madness in America: Cultural and Medical Perceptions of Mental Illness before 1914*, Ithaca (NY), Cornell University Press, 1995.
- « Devils in the Heart: A Nineteenth-Century Perspective on Women and Depression », *Transactions & Studies of the College of Physicians of Philadelphia*, Series 5, No. 13, 1991, pp. 363-386.
- *A Generous Confidence, Thomas Story Kirkbride and the Art of Asylum-keeping, 1840-1883*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.

— « A Generous Confidence : Thomas Story Kirkbride's Philosophy of Asylum Construction and Management », dans Andrew Scull, éd. *Madhouses, Mad-Doctors and Madmen, The Social History of Psychiatry in the Victorian Era*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, 1981, pp. 121-143.

WALLOT, Hubert. *La danse autour du fou : entre la compassion et l'oubli. Survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours*, préface de Camille Laurin, Beauport, Publications MNH, 1998.

— *Peut-on guérir d'un passé asilaire? Survol de l'histoire socio-organisationnelle de l'hôpital Rivière des Prairies*, Montréal, MNH Publications, 2005.

WEEKS, Jeffrey. *Sexuality and Its Discontents : Meanings, Myths & Modern Sexualities*, Londres et Boston, Routledge & K. Paul, 1985.

— *Sex, Politics, and Society : The Regulation of Sexuality Since 1800*, Londres et New York, Longman, 1981.

WEINER, Dora B. *Comprendre et soigner : Philippe Pinel (1745-1826), La médecine de l'esprit*, Paris, Fayard, 1999.

ZILBOORG, Gregory. *A History of Medical Psychology*, New York, Norton, 1941.