

Idiotie, débilité, imbecilité et arriération à Saint-Michel-Archange. Expérience de la déficience intellectuelle à l'hôpital psychiatrique de Québec, 1951 à 2005.

Hubert Larose-Dutil

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme
maîtrise ès arts en histoire

Département d'histoire
Faculté des arts
Université d'Ottawa

© Hubert Larose-Dutil, Ottawa, Canada, 2021

RÉSUMÉ

Idiotie, débilité, imbecilité et arriération à Saint-Michel-Archange. Expérience de la déficience intellectuelle à l'hôpital psychiatrique de Québec, 1951 à 2000.

Hubert Larose-Dutil
Université d'Ottawa

Superviseure :
Marie-Claude Thifault

Cette étude porte sur le vécu d'individus ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle et institutionnalisés à l'hôpital psychiatrique Saint-Michel-Archange situé dans la région de Québec à partir de 1951. Adoptant une perspective from below, elle explore le parcours de quatorze patients à partir de leur dossier médical afin de comprendre la sortie tardive de l'institution de plusieurs d'entre eux en pleine période de désinstitutionnalisation. Cette recherche rend compte de vécus complexes, nuancés et multiples à l'extérieur et à l'intérieur des murs de Saint-Michel-Archange. Y sont documentés les aspects plus pénibles de la vie à l'institution et la résistance qu'y opposent nombre de patients, mais aussi l'appréciation qu'expriment plusieurs des soins, loisirs, occupations et relations auxquels ils y avaient accès. C'est en effet avec réticence que certains quittent Saint-Michel-Archange après y avoir vécu pendant plusieurs décennies. Nos sources révèlent par ailleurs différentes lacunes du mouvement de désinstitutionnalisation québécois. Non des moindres sont celles concernant les ressources résidentielles se développant à l'extérieur de l'institution. Vraisemblablement mal adaptées au besoin de plusieurs, certains demandent à revenir à Saint-Michel-Archange après en avoir fait l'expérience. D'autres, en général ceux dont l'autonomie au quotidien est la plus faible, ne quittèrent jamais l'hôpital après leur première admission. Aucun foyer ne paraît avoir été disposé à accueillir des individus aux besoins aussi grands que les leurs. En sommes, cette recherche démontre la pertinence d'un point de vue historique de s'intéresser au vécu de personnes ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle.

Son étude démontre en effet le rôle d'agents actifs qu'ils ont eu dans le cadre de leur institutionnalisation.

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de thèse, Marie-Claude Thifault, pour son écoute, ses conseils avisés et sa disponibilité. Cette thèse n'aurait pu être réalisée sans son soutien précieux.

Mes remerciements vont également aux professeurs Heather Murray et Damien Claude-Bélanger qui ont évalué cette thèse et l'ont embelli par leurs précieux conseils. J'espère que ma thèse reflète leur qualité.

Merci également au programme de Bourses d'études supérieures de l'Ontario (Béso), au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), au Département d'histoire de l'Université d'Ottawa, à l'Unité de recherche sur l'histoire du nursing et à la Chaire de recherche sur la francophonie canadienne en santé pour leur soutien financier.

J'aimerais aussi remercier mes collègues du Collège des chaires de recherche sur le monde francophone de l'Université d'Ottawa (CCRMF), les membres de ma cohorte et les membres de l'Unité de recherche en histoire du nursing (URHN) dont les commentaires, discussions et réflexions ont enrichi cette thèse. Je tiens particulièrement à remercier Karine Aubin qui a réalisé la base de données d'archives sans laquelle cette thèse n'aurait pu être réalisée.

Je tiens finalement à remercier mes proches dont le soutien a été si important lors des deux dernières années. Merci d'abord à ma mère, mon père, ma sœur et mon frère. Je dois à chacun d'entre vous ce que je suis aujourd'hui. Un merci tout spécial à Daphnée qui est là pour moi et m'aide à décrocher et à rire depuis la seconde où je l'ai rencontrée. Merci de m'avoir supporté (dans tous les sens du terme) pendant ces deux dernières années.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Évolution de la population totale de saint-michel-archange et des patients ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle entre 1960 et 1970.....	4
Tableau 2 Évolution du pourcentage des patients institutionnalisés à saint-michel-archange ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle entre 1960 et 1970.....	5
Tableau 3 Description des patients du corpus.....	21
Tableau 4 Métier, état civil et motifs d'admission des patients du corpus au moment de leur première hospitalisation	22
Tableau 5 Hospitalisations des patients du corpus.....	24

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	ii
Remerciements	iv
Table des matières.....	v
Introduction.....	1
Chapitre I méthodologie.....	20
Chapitre II l’admission à saint-michel-archange.....	27
2.1. Dégradation du réseau de soutien.....	29
2.2. L’apparition de comportements problématiques	34
2.3. Conclusion.....	39
Chapitre III vivre à saint-michel-archange.....	40
3.1. L’hôpital psychiatrique comme lieu de traitement de la maladie mentale	42
3.2. Le rétablissement des patients	44
3.3. Les traitements physiques et la sédation	49
3.4. Le punitif.....	58
3.5. Les loisirs et l’occupation.....	62
3.6. Les réactions des patients	68
3.6.1. La résistance aux traitements et à l’ordre de l’hôpital.....	68
3.6.2. Saint-Michel-Archange comme espace refuge.....	76
3.7. Conclusion.....	84
Chapitre IV sortir, revenir et demeurer à saint-michel-archange	85
4.1. Retourner dans son foyer.....	87
4.1.1. Étude de cas : le parcours de Pierre (1961-2011).....	91
4.2. Refuser de sortir un proche	96
4.3. Foyers d’accueil et Centres de réadaptation.....	103
4.4. Choisir de demeurer à Saint-Michel-Archange	111
4.5. Conclusion.....	119
CONCLUSION	121
BIBLIOGRAPHIE	131

INTRODUCTION

Le milieu québécois de la déficience intellectuelle évolue rapidement lors de la deuxième moitié du XXe siècle. L'association de secours aux enfants arriérés du Québec, visant au moment de sa création en 1951 à offrir des services aux familles, effectue dès 1967 ses premières représentations auprès du gouvernement de la province pour que soit reconnu le droit à l'éducation des « déficients mentaux¹. » Se généralise alors depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale un discours auparavant marginal sur les droits du « retardé mental ». En 1959 est adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU la *Déclaration des droits de l'enfant* stipulant que « l'enfant exceptionnel a droit de recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation². » En 1963, le Bureau international catholique de l'enfance adopte la *Déclaration des droits de l'enfant inadapté* document qui est par la suite largement diffusé au Québec³. Une *Déclaration des droits généraux et particuliers des déficients mentaux* fut sanctionnée en 1968 par la Ligue internationale des associations d'aide aux handicapés mentaux. Six ans plus tard, le Conseil du Québec de l'enfance exceptionnel produit sa propre charte des droits de l'enfant exceptionnel. En 1978, le gouvernement de la province sanctionne la *Loi sur l'exercice des droits des personnes handicapées* visant à assurer « l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés reconnus (...) [à toute personne] atteinte d'une déficience physique ou mentale⁴. » L'année suivante, le gouvernement québécois reconnaît par un énoncé public le droit des enfants

¹ Guylaine Boucher, *60 ans (1951-2011) d'engagement au coeur de nos vies*, Montréal, Association du Québec pour l'intégration sociale, 2011, p. 30.

² Cité dans Lucia Ferretti, « Le Conseil du Québec de l'enfance exceptionnelle : réseaux internationaux, promotion des droits et intégration sociale en déficience intellectuelle dans les années 1960-1975 », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 27, n° 2 (2019), p. 149.

³ Lucia Ferretti, « Quand des parents se constituent en lobby : déficience intellectuelle et concurrence Ottawa/Québec à l'époque de l'État-providence, 1958-1985 », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 24, n° 2 (2016), p. 143.

⁴ Charles Henri Dubé, « Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées », *Gazette officielle du Québec*, vol. 110, n° 2 (1978), p. 4781.

en difficulté de recevoir une éducation appropriée dans un contexte scolaire le plus normal possible⁵. En 1988, le ministère de la Santé et des Services sociaux publie ses premières orientations dans le domaine de la déficience intellectuelle. Ces dernières ont comme mots d'ordre la réintégration sociale⁶.

L'intégration des personnes ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle semble ainsi gagner du terrain au Québec à partir de la décennie 1950. Bénéficiant d'une reconnaissance toujours plus grande de leurs droits, tout porte à croire que l'époque pendant laquelle nombre d'entre eux⁷ étaient confinés dans des institutions *ad vitam aeternam* est alors appelée à se clore. La situation semble d'autant plus encourageante que les hôpitaux psychiatriques de la province, où sont institutionnalisés nombre d'entre eux, sont eux aussi secoués par un vent de réforme, initié par la publication le 15 août 1961 du livre *Les fous crient au secours* au sein duquel Jean-Charles Pagé témoigne de son expérience comme patient de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Montréal⁸. Crédibilisée par la postface du psychiatre Camille Laurin, la publication suscite dans la presse de nombreux éditoriaux, articles et lettres ouvertes⁹. Cédant à la pression populaire, le gouvernement Lesage institua le 9 septembre 1961 la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques¹⁰. Suivirent alors une série de réformes visant à réorienter l'hôpital psychiatrique pour en faire un outil thérapeutique inscrit au sein d'un réseau de services appelé à être développé¹¹. Ces initiatives

⁵ Guylaine Boucher, *op. cit.*, 2011, p. 41.

⁶ *Ibid.*, p. 43.

⁷ Dans le cadre de cette thèse, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte. Nous utilisons toutefois le féminin lorsqu'il est question du personnel infirmier, constitué en grande majorité par des femmes.

⁸ Jean Charles Pagé, *Les fous crient au secours*, 4. éd., Montréal, Éditions du Jour, 1961, 156 p.

⁹ Françoise Boudreau, *De l'asile à la santé mentale : les soins psychiatriques : histoire et institutions*, 1ere éd., Montréal, Éditions Saint-Martin, 1984, p. 74.

¹⁰ Hubert Wallot, *La danse autour du fou : survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours*, Québec, MNH, 1998, p. 190.

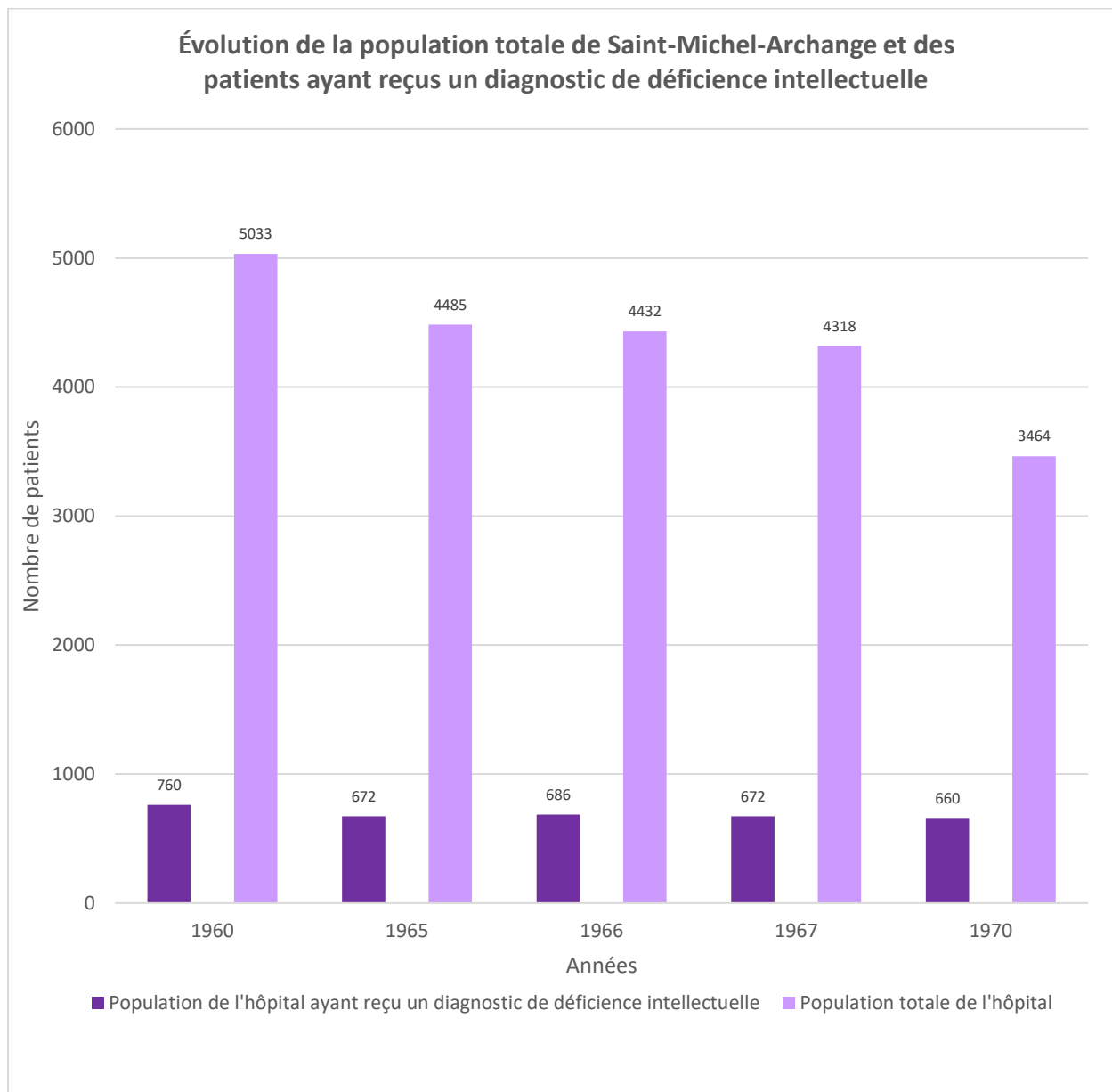
¹¹ Henri Dorvil et Guylaine Racine, « 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996. », *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale - Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, p. 125.

s'inscrivent dans un projet au centre des politiques québécoises de soins en santé mentale depuis les années 1960 : la désinstitutionnalisation. Cette dernière s'est traduite dans la province par la volonté de transformer l'institution ; de ce qui était perçu comme un lieu d'exclusion, réminiscence de son passé d'asile, on cherche à en faire un milieu de soins, véritable hôpital psychiatrique.

Or, si le domaine de la déficience intellectuelle et de la psychiatrie québécoise semble être le théâtre de progrès important vers l'intégration sociale à partir des années 1950 et 1960, force est d'admettre que ces mouvements peinent à rejoindre plusieurs individus institutionnalisés. À l'hôpital Saint-Michel-Archange situé dans la région de la ville de Québec, le nombre de patients ayant reçu un diagnostic de « déficience mentale » diminue d'à peine 13 % entre 1960 et 1970, alors que la population totale de l'institution diminue de 31 % lors de la même période (voir tableau 1 et 2). À l'Hôpital du Mont-Providence, institution spécialisée dans le traitement des « enfants ayant un retard mental », le docteur Jean L. Lapointe déclare en 1965 que les deux tiers des patients ne pourraient quitter l'établissement avant plusieurs années, « if at all¹² ». Ainsi, malgré le mouvement de désinstitutionnalisation que connaît le Québec au début des années 1960, leur institutionnalisation s'y poursuit.

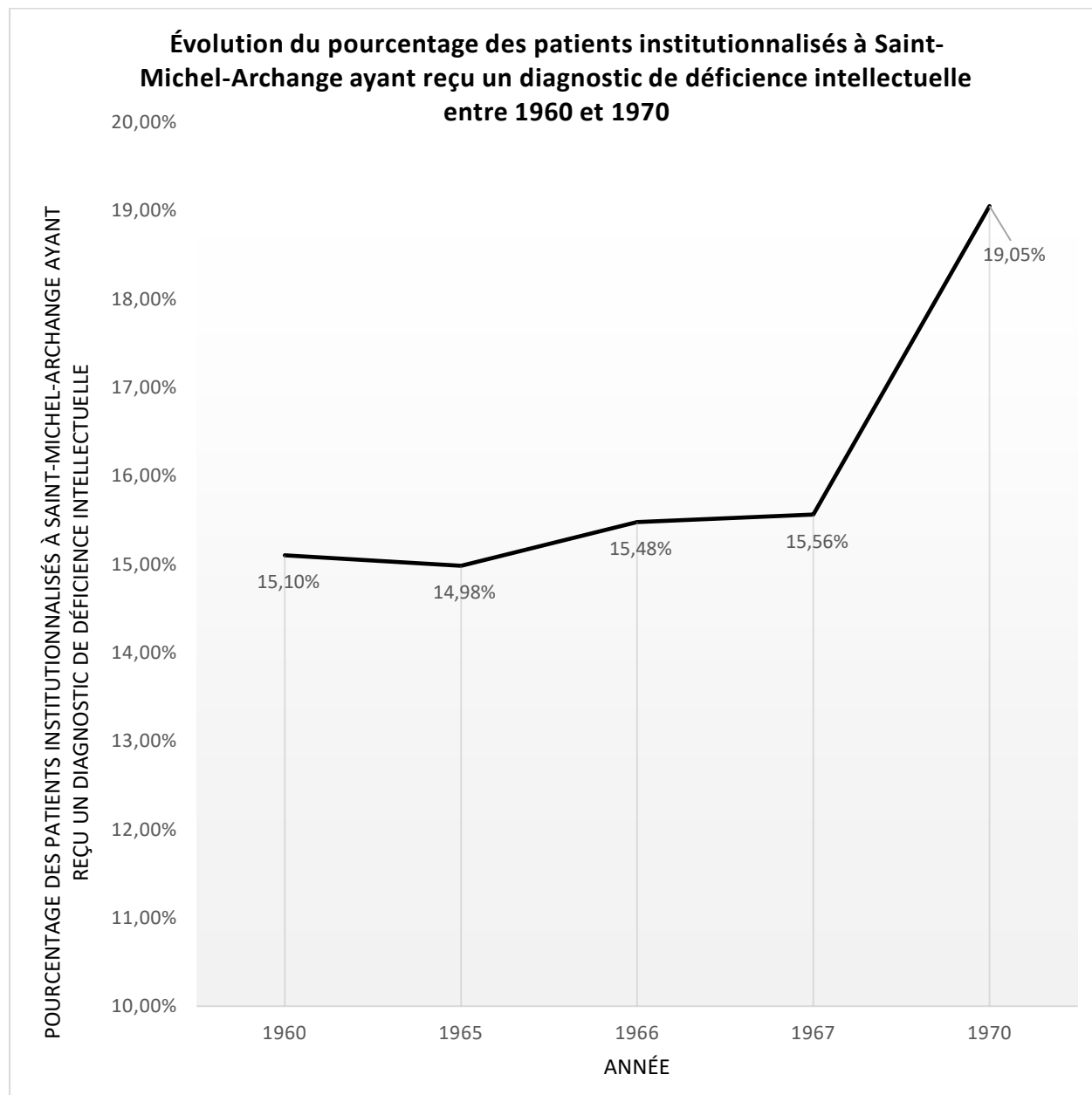
¹² Jean L. Lapointe, « Reorganization of Services in a Large Institution for Mentally Retarded Children », *Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 10, n° 5 (1965), p. 115.

TABLEAU 1
ÉVOLUTION DE LA POPULATION TOTALE DE SAINT-MICHEL-ARCHANGE ET
DES PATIENTS AYANT REÇUS UN DIAGNOSTIC DE DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE ENTRE 1960 ET 1970



Dominique Bédard, Denis Lazure, et Charles A. Roberts, Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, ministère de la Santé de la province de Québec, 1962, p. 38 ; Rapport annuel 1965, Hôpital Saint-Michel-Archange, p. 97 ; Rapport annuel 1966, Hôpital Saint-Michel-Archange, p. 73 ; Rapport annuel 1967, Hôpital Saint-Michel-Archange, p. 43 ; Rapport annuel 1970, Hôpital Saint-Michel-Archange, p. 85.

TABLEAU 2
ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DES PATIENTS INSTITUTIONNALISÉS À SAINT-MICHEL-ARCHANGE AYANT REÇU UN DIAGNOSTIC DE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ENTRE 1960 ET 1970



Dominique Bédard, Denis Lazure, et Charles A. Roberts, Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, ministère de la Santé de la province de Québec, 1962, p. 38 ; Rapport annuel 1965, Hôpital Saint-Michel-Archange, p. 97 ; Rapport annuel 1966, Hôpital Saint-Michel-Archange, p. 73 ; Rapport annuel 1967, Hôpital Saint-Michel-Archange, p. 43 ; Rapport annuel 1970, Hôpital Saint-Michel-Archange, p. 85.

Le vent de changements annoncé dans le domaine de la déficience intellectuelle depuis le début des années 1960 paraît donc échouer, au moins temporairement, à produire les progrès vers l'intégration sociale qu'il semblait promettre. Philip M. Ferguson, spécialiste étatsunien du handicap, arrivait en 1990 à une conclusion similaire : « The analysis so far has shown a pattern of exclusion in the major reform movements affecting people with disabilities. Retarded people in general, and severely retarded people especially, have always served as those falling beyond the pale of serious consideration. » Il encourageait alors les historiens à se pencher sur cette exclusion en explorant l'histoire sociale de la déficience intellectuelle, exercice selon lui essentiel à l'élaboration de réformes plus inclusives¹³.

L'objectif de cette thèse, en lien avec l'appel lancé par Ferguson, est de poser les premiers jalons d'une meilleure compréhension du vécu, lors de cette période de réformes, d'individus ayant reçu un diagnostic s'apparentant à ce que nous appelons aujourd'hui déficience intellectuelle. En centrant notre regard sur le parcours individuel de patients ainsi diagnostiqués et institutionnalisés lors des décennies 1950 et 1960 à l'hôpital Saint-Michel-Archange, rebaptisé en 1976 Centre hospitalier Robert-Giffard¹⁴ puis Institut universitaire en santé mentale de Québec en 2009¹⁵, nous avons cherché dans cette thèse à expliquer pourquoi plusieurs de ces patients tardent à réintégrer la société. Les réponses trouvées à ce questionnement sont multiples. Certains individus dont nous avons étudié le parcours furent confinés à l'institution, estimés incapable d'en sortir en raison de leurs besoins trop grands ou de leurs comportements trop problématiques. Leur institutionnalisation met en lumière certaines lacunes de la désinstitutionnalisation en contexte québécois ; si on tente à

¹³ Philip M. Ferguson, « The Social Construction of mental Retardation », Mark Nagler, éd., *Perspectives on disability: text and readings on disability*, Palo Alto, Calif, Health Markets Research, 1990, p. 208.

¹⁴ Jules Lambert, *Mille fenêtres*, Beauport, Centre hospitalier Robert-Giffard, 1995, p. 134.

¹⁵ « Changement de nom pour Robert-Giffard », *Le Soleil*, vol. 113, n° 96 (4 avril 2009), p. 30.

l'époque de redéfinir la mission de l'hôpital psychiatrique pour que domine sa fonction thérapeutique, les ressources appelées à le relayer comme milieu de vie pour les individus ayant une faible autonomie ou des problèmes importants de comportement tardent à se développer. D'autres se montrèrent réticents à quitter Saint-Michel-Archange, préférant apparemment l'institution aux alternatives qui leur sont proposées. Ils y demeurent, non pas car aucune alternative résidentielle n'est disponible pour eux ou car les autorités de l'hôpital leur imposent l'institutionnalisation, mais bien parce qu'ils refusent de quitter. Loin d'être passifs, soumis au pouvoir psychiatrique et en attente de service, ces individus ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle jouèrent un rôle actif dans le cadre de leur institutionnalisation.

Nous avons utilisé comme sources dans le cadre de cette thèse des dossiers médicaux de patients admis entre 1951 et 1961 à l'hôpital psychiatrique Saint-Michel-Archange situé dans la région de Québec, documents qui seront présentés plus en détail au premier chapitre portant sur notre méthodologie. Nous avons sélectionné pour faire partie de notre corpus quatorze dossiers portant sur des patients ayant reçu un diagnostic s'apparentant à ce que nous appelons aujourd'hui la déficience intellectuelle, tâche complexe et délicate étant donné l'évolution qu'a connu ce concept au cours de la deuxième moitié du XXe siècle. Nombreux sont en effet les travaux, s'inscrivant notamment dans le champ de la *disability history*, ayant démontré que les handicaps évoluent au grès des contingences historiques¹⁶. Patrick McDonagh rend par exemple compte de la transformation que subit la figure de l'idiot en Grande-Bretagne depuis le début du XIXe siècle, moment où lui est fortement associé le concept d'innocence, jusqu'à l'adoption du *Mental*

¹⁶ Voir notamment Patrick McDonagh, *Idiocy: A Cultural History*, Liverpool, Liverpool University Press, 2008, 369 p. ; James Trent, *Inventing the Feeble Mind: A History of Intellectual Disability in the United States*, Berkeley, California, University of California Press, 1995, 345 p. ; Anna Stubblefield, « "Beyond the Pale": Tainted Whiteness, Cognitive Disability, and Eugenic Sterilization », *Hypatia*, vol. 22, n° 2 (2007), p. 162-181.

Deficiency Act en 1913, étant entre temps devenu « the malleable tool of criminals and murderers¹⁷ ».

Observant ainsi la malléabilité conceptuelle de ce qu'ils appellent une « mental retardation », les sociologues Robert Bogdan et Steve Taylor soutiennent : « As a concept, mental retardation exists in the minds of those who use it as a term to describe the cognitive states of other people. It is a reification a socially created category which is assumed to have an existence independent of its creator's minds »¹⁸. Bogdan et Taylor ne nient toutefois pas l'existence de différences au niveau des capacités intellectuelles individuelles. Mais, comme le genre ne se réduit pas au sexe biologique ou la race à la couleur de la peau, le sens que prennent les variations des capacités intellectuelles est construit socialement¹⁹. La définition que donne par exemple la plus récente édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) (« The essential feature of intellectual disability (...) are deficits in general mental abilities (...) and impairment in everyday adaptive functioning, in comparison to an individual's age, gender, and socioculturally matched peers²⁰ ») est ainsi inadéquate dans le cadre de notre thèse, n'étant véritablement pertinente que pour mettre en lumière ce qui est aujourd'hui compris comme étant la déficience intellectuelle. Ajoutons que cette définition est par ailleurs problématique car elle ancre le handicap dans le corps individuel et son dysfonctionnement, ignorant ainsi son caractère construit.

En fait, si on adhère au propos de Bogdan et Taylor, toute recherche historique cherchant à explorer le vécu de personnes *vivant* avec une déficience intellectuelle conduit à une impasse, la

¹⁷ Patrick McDonagh, *op. cit.*, 2008, p. 291.

¹⁸ Robert Bogdan, *Inside out: the social meaning of mental retardation*, Toronto ; Buffalo, University of Toronto Press, 1994, p. 7.

¹⁹ *Ibid.* p. 7.

²⁰ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., Washington, D.C, American Psychiatric Association, 2013, p. 37.

déficience intellectuelle n'existant pas en tant que telle. Il s'agit en effet plutôt de la problématisation socialement construite des capacités mentales déviantes de certains par rapport à une norme (tout aussi construite). On ne peut ainsi *vivre* avec une déficience intellectuelle. Tout au plus peut-on *être défini* comme vivant avec une déficience intellectuelle. C'est pourquoi l'historien britannique Simon Jarrett a par exemple intitulé *Those they Called Idiots* son récent ouvrage portant sur l'histoire des individus qualifiés de « idiots, imbeciles, defectives, morons, mentally handicapped, subnormal, learning disabled or intellectually disabled²¹ ». Il contourne ainsi l'impasse à laquelle mène toute tentative d'élaboration d'une définition transhistorique de la déficience intellectuelle en se collant plutôt à ses antécédents conceptuels et conçoit son objet d'étude comme étant ceux qu'ils ont désignés. Nous adoptons une même démarche en définissant l'objet de cette thèse comme étant le parcours d'individus ayant reçu un diagnostic s'apparentant à celui contemporain de déficience intellectuelle.

Par l'étude qualitative des dossiers médicaux répertoriés, nous avons cherché à inscrire cette recherche dans le courant d'histoire de la médecine *from below* tel que décrit par l'historien Roy Porter pour la première fois en 1985. Il constatait alors que l'essentiel des travaux portant sur l'histoire des soins constituait de fait une histoire des professionnels de la santé. L'expérience passée de la maladie (et du handicap) demeurait alors « terra incognita²² », situation à laquelle il souhaitait remédier en appelant au développement d'une « patient-oriented history²³ », c'est-à-dire une histoire de la médecine centrée sur le point de vue des patients. Souhaitant prévenir de potentiels critiques, il écrit : « It can't be done, critics might reply. You can only know about the

²¹ Simon Jarrett, *Those they called idiots. The idea of the disabled mind from 1700 to the present day*, Cornwall, Reaktion Books LTD, 2020, p. 306.

²² Roy Porter, « The Patient's View: Doing Medical History from below », *Theory and Society*, vol. 14, n° 2 (1985), p. 181.

²³ *Ibid.* p. 181.

sick through doctor's eyes, their case histories and hospital records ; all else is mute prehistory²⁴. »

Or, il existe selon Porter, de nombreuses autres sources à la disposition des historiens souhaitant étudier l'expérience de la maladie, allant des proverbes, éléments de folklore et rituels religieux aux autobiographies et guides de soins personnels. Même les documents rédigés par des professionnels de la santé, interrogés correctement, peuvent être utilisés²⁵.

Porter a toutefois évité d'utiliser ces dernières sources dans ses travaux ultérieurs centrés sur le patient. À la recherche de leur voix, son ouvrage *Social History of Madness* puise plutôt au sein d'autobiographies de personnalités connues institutionnalisées comme George III, Sylvia Plath ou Robert Schumann²⁶. Selon les historiennes Alexandra Bacopoulos-Viau et Aude Fauvel ayant rédigé en 2016 un texte rétrospectif sur l'appel lancé par Porter et les travaux qui en ont résulté, ce dernier laisse alors « his readers on a rather frustrating note, giving no real clue as to how one could go about studying more "ordinary" patients²⁷ ». Bacopoulos-Viau et Fauvel soulignent néanmoins que d'autres historiens adoptèrent plus récemment cet objet d'étude, certains d'entre eux comme Hervé Guillemain et Stéphane Tison²⁸ ou Benoît Majerus²⁹ utilisant des sources similaires aux nôtres. Majerus, affirmant vouloir mettre « en avant [la] voix des patients³⁰ » dès les premières pages de son ouvrage *Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*, s'attaque à l'apparente impossibilité de retracer leur point de vue au sein de leur dossier médical. Il concède d'abord que leurs réactions et paroles qui y sont notées sont, pour les professionnels qui les observent,

²⁴ *Ibid.*, p. 182.

²⁵ *Ibid.*, p. 183.

²⁶ Roy Porter, *A Social History of Madness. The World Through the Eyes of the Insane*, New York, Dutton, 1989, 261 p.

²⁷ Alexandra Bacopoulos-Viau et Aude Fauvel, « The Patient's Turn Roy Porter and Psychiatry's Tales, Thirty Years on », *Medical history*, vol. 60, n° 1 (2016), p. 12.

²⁸ Stéphane Tison et Hervé Guillemain, *Du front à l'asile, 1914-1918*, Paris, Alma, 2013, 416 p. p.

²⁹ Benoît Majerus, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au 20e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, 305 p.

³⁰ *Ibid.*, p. 23.

« enfermés dans une circularité diagnostique³¹ », c'est-à-dire interprétés seulement en tant que signe de leur maladie qui permet par ailleurs de ne pas prendre au sérieux le point de vue qu'ils expriment. Néanmoins, Majerus souligne que ces paroles et réactions demeurent audibles et intelligibles. C'est grâce à ces notes qu'il est possible, dans les mots de l'historien Geoffrey Reaume, « to reconstruct, however imperfectly, what their existence was like and what they thought was happening to them at particular periods for which we have evidence³² ».

Par ailleurs, l'historienne belge Veerle Massin souligne qu'il est également possible de s'inscrire dans l'approche préconisée par Porter tout en utilisant des documents rédigés par des professionnels de la santé en s'attardant à l'expérience des patients, concept englobant à la fois leur point de vue et leur vécu³³. Il permet ainsi de se distancier de la quête de la voix du patient, pour également chercher à documenter « les faits auxquels il a pris part, ordinaires ou extraordinaires, même [s'il] ne s'est pas exprimé à leur propos³⁴ ». Nos sources présentent ainsi un potentiel important dans le cadre de l'approche préconisée par Porter ; à la fois par la voix des patients qu'elles permettent de reconstruire à travers les paroles et réactions qui y sont notées et par le vécu qu'elles révèlent, elles nous offrent l'opportunité de retracer des parcours individuels, d'entrevoir des points de vue et, en somme, d'étudier à « ras le sol » le passé de la déficience intellectuelle.

Pour revenir à notre problématique, l'adoption d'une perspective *from below* permet par ailleurs d'explorer des avenues inédites pour expliquer le maintien à l'hôpital de certains patients ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle. Ces derniers ont en effet surtout attiré

³¹ *Ibid.*, p. 24.

³² Geoffrey Reaume, « Keep Your Labels Off My Mind! or “Now I Am Going to Pretend I Am Crazy but Dont Be a Bit Alarmed” : Psychiatric History from the Patients' Perspectives », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 11, n° 2 (1994), p. 402.

³³ Veerle Massin, « Les archives psychiatriques : une occasion de saisir l'expérience du patient (Belgique, entre-deux-guerres) », *Santé mentale au Québec*, vol. 41, n° 2 (2016), p. 83.

³⁴ *Ibid.*, p. 88.

l'attention des historiens québécois pour les soins, services et politiques publiques dont ils ont été l'objet, souvent réduits au sein de leurs travaux à une population passive dont les membres dénués d'individualité sont définis par l'étiquette qui leur a été apposée. Les psychiatres Jules Lambert, au sein de son ouvrage portant sur l'histoire Saint-Michel-Archange, et Hubert Wallot, dans le cadre de ses recherches portant sur l'histoire de la psychiatrie au Québec, mentionnent ainsi brièvement leur présence au sein des institutions de la province³⁵, les initiatives législatives les concernant³⁶ et le développement des nouvelles ressources résidentielles qui leur sont adressées³⁷. Adoptant une vision linéaire de l'évolution des institutions psychiatriques, ils décrivent l'arrivée triomphante des psychiatres à leur tête lors de la décennie 1960³⁸ mettant un terme au régime archaïque et austère des administrations religieuses ayant jusqu'alors offert à leurs malades un milieu de soins « pitoyable³⁹ ». La désinstitutionnalisation et la réintégration des patients dans leur communauté progressant par la suite sans cesse, ceux qui demeurent à l'hôpital, dont bon nombre ont reçu un diagnostic de déficience intellectuelle, sont dit sommairement être des « cas lourds⁴⁰ », des « patients chroniques⁴¹ » ou des « incurables⁴² », formant une sorte de noyau dur des populations internées qu'aucun mouvement de réforme ou affinement des traitements ne saurait rendre indépendant de l'institution.

³⁵ Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 95 ; Hubert Wallot, *op. cit.*, 1998, p. 216.

³⁶ Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 119 ; Hubert Wallot, *op. cit.*, 1998, p. 344.

³⁷ Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 119; 126 ; 140.

³⁸ Hubert Wallot, *op. cit.*, 1998, p. 221-253 ; Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 91-93.

³⁹ Hubert Wallot, *op. cit.*, 1998, p. 178.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 292.

⁴¹ *Ibid.*, p. 282.

⁴² *Ibid.*, p. 282.

Des recherches postérieures effectuées par les historiennes Marie-Claude Thifault⁴³, Isabelle Perreault⁴⁴, Karine Aubin⁴⁵, Marie-Paule Malouin⁴⁶ et Lucia Ferretti⁴⁷ ont permis de remettre en question le récit que présentent Wallot et Lambert pour au contraire documenter le rôle actif qu'ont joué les communautés religieuses dans le développement des soins psychiatriques au Québec. Les travaux de Ferretti et Malouin se distinguent au sein de ce courant par la place qu'y occupe la déficience intellectuelle. Ils documentent notamment la mise en place d'initiatives de réadaptations par les Petites Franciscaines de Marie à l'Hôpital Sainte-Anne de Baie-Saint-Paul à partir de 1962, l'œuvre effectuée à l'Institut médico-pédagogique Emmélie-Tavernier et l'évolution de l'Hôpital du Mont-Providence. Ces recherches ont permis de mettre en lumière différents aspects de l'histoire de la prise en charge des individus ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle, mais ont peu exploré leur vécu. Le même constat peut être fait à propos des travaux de Ferretti sur la *Canadian Association for the Mentally Retarded*⁴⁸ et le Conseil du Québec de l'enfance exceptionnelle⁴⁹, de Julien Prud'homme sur le développement de la communauté professionnel des

⁴³ Marie Claude Thifault, « « C'est une impossibilité scientifique et matérielle que de garantir l'avenir ». Idiots, aliénés incurables ou déments séniles en congé d'essai, fin XIXe début XXe siècle2 », *Globe : Revue internationale d'études québécoises*, vol. 16, n° 2 (2013), p. 75-94 ; Marie Claude Thifault, « « Où la charité règne, le succès est assuré ! » Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1901-1962 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, n° 2-3 (2011), p. 179-201 ; Marie Claude Thifault, « Le nursing psychiatrique à l'École des gardes-malades de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu : "le côté spirituel en tête du côté technique" », *Scientia Canadensis*, vol. 33, n° 1 (2010), p. 95-118.

⁴⁴ Isabelle Perreault et Marie Claude Thifault, « Les Soeurs de la Providence et les psychiatres modernistes : enjeux professionnels en santé mentale au Québec, 1910-1965 », *Études d'histoire religieuse*, vol. 78, n° 2 (2012), p. 59-79 ; Marie Claude Thifault et Isabelle Perreault, « Premières initiatives d'intégration sociale des malades mentaux dans une phase de pré-désinstitutionnalisation. L'exemple de Saint-Jean-de-Dieu, 1910-1950 », *Histoire sociale / Social History*, vol. 44, n° 88, p. 197.

⁴⁵ Karine Aubin, « En quête de financement pour la création d'une clinique externe et d'un service social comme parachèvement de la désinstitutionnalisation à l'Hôpital Saint-Michel-Archange de Beauport, 1961-72 », *Canadian Bulletin of Medical History = Bulletin Canadien D'histoire De La Medecine*, vol. 36, n° 2 (2019), p. 281-307.

⁴⁶ Marie Paule Malouin, *L'univers des enfants en difficulté au Québec entre 1940 et 1960*, Montréal, Éditions Bellarmins, 1996, 458 p.

⁴⁷ Lucia Ferretti, « De l'internement à l'intégration sociale : L'Hôpital Sainte-Anne de Baie-Saint-Paul et l'émergence d'un nouveau paradigme en déficience intellectuelle, 1964-1975 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, n° 2-3 (2011a), p. 331-361.

⁴⁸ Lucia Ferretti, *op. cit.*, 2016.

⁴⁹ Lucia Ferretti, *op. cit.*, 2019.

orthopédagogues⁵⁰, de Martin Pâquet et Jérôme Boivin sur la doctrine de l'hygiène mentale et l'utilisation de tests psychométriques lors de la période de l'entre-deux-guerres et de Jean-Yves Dufort sur l'évolution de la pensée des aliénistes québécois⁵¹. Les personnes ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle ne sont dans ces travaux abordés que dans la mesure où ils sont l'objet d'un discours, de réflexions voire d'angoisses ou les bénéficiaires de services ; ils n'y sont finalement décrits qu'à partir de l'étiquette qui leur a été apposée.

L'expérience des individus ayant été institutionnalisés en milieu psychiatrique a longtemps été éclipsée de façon similaire au sein de l'historiographie québécoise. Récemment, les historiens Marie-Claude Thifault⁵², André Cellard⁵³, Martin Desmeules⁵⁴, Marie Lebel⁵⁵ et Karine Aubin⁵⁶, s'appuyant sur les archives des dossiers des hôpitaux Saint-Jean-de-Dieu, Saint-Michel-Archange et Monfort ou sur une démarche d'enquête orale, ont entrepris de pallier ce vide historiographique en documentant le vécu des patients de ces institutions. Comme l'ont explicité Thifault et Cellard, ces chercheurs partagent l'ambition d'aller au-delà du diagnostic ou du statut d'aliéné pour étudier les individualités qu'ils dissimulent :

⁵⁰ Julien Prud'Homme, *Instruire, Corriger, Guérir?: Les Orthopédagogues, l'adaptation Scolaire et les Difficultés d'apprentissage Au Québec, 1950-2017*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2018, 200 p.

⁵¹ Jean Yves Dufort, « La déficience intellectuelle au Québec entre 1867 et 1921: De l'idiotie à l'arriération mentale », M.A., Canada, Université de Sherbrooke (Canada), 1999, 122 p.

⁵² Marie Claude Thifault, « Les contrecoups de la déshospitalisation psychiatrique: L'exemple du parcours transinstitutionnel de Françoise », *La fin de l'asile? : Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle?*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2018 ; Marie Claude Thifault, « Sentiments et correspondance dans les dossiers médicaux des femmes internées à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, de la fin du XIXe au début du XXe1 », *Recherches féministes*, vol. 21, n° 2 (2008), p. 127-142.

⁵³ André Cellard et Marie Claude Thifault, *Une toupie sur la tête : visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Boréal, 2007, 324 p. ; André Cellard et Marie Claude Thifault, « Sur quelques visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu au tournant du siècle dernier », *Histoire sociale*, 2006, p. 451-465.

⁵⁴ Marie Claude Thifault et Martin Desmeules, « Sortir de Saint-Jean-de-Dieu : expériences de la désinstitutionnalisation, 1930-1976 », Marie Claude Thifault et Henri Dorvil, éd., *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec : 1930-2013*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2014, p. 63-86.

⁵⁵ Marie Claude Thifault et Marie Lebel, *Dérives Une histoire sensible des parcours psychiatriques en Ontario français*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2021, 165 p.

⁵⁶ Karine Aubin, *op. cit.*, 2019.

Il est clair pour nous que l'étiquette de folie ne peut à elle seule témoigner de l'expérience de toute une vie. C'est précisément pour cette raison que, ayant pris nos distances par rapport aux données quantitatives, pourtant compilées dans nos banques de données, nous avons tenu à présenter des profils d'êtres humains, aliénés soit, mais aussi empreints de désirs amoureux, de haine, de violence, de délire, de passion et d'espoir⁵⁷.

Les résultats produits par ces travaux inspirés par l'appel de Porter témoignent des éléments nouveaux qui peuvent faire surface grâce à cette approche. Y ont par exemple été documentées les réticences que présentèrent plusieurs patients à l'idée de quitter l'institution⁵⁸, le rôle de refuge que cette dernière a pu jouer pour certains⁵⁹ et l'impact sur leur parcours des ressources voyant le jour à la suite de la mise en place de la réforme Bédard⁶⁰. L'approche *from below* paraît ainsi toute désigner pour mieux comprendre les causes de l'institutionnalisation prolongée que connurent de nombreux individus ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle, cette population ayant jusqu'à maintenant été peu touchée par les travaux historiens québécois axés sur le vécu des patients⁶¹.

Par cette approche, cet objet d'étude et cette problématique, cette thèse se veut critique des retombés des mouvements de désinstitutionnalisation québécois et s'inscrit ainsi dans un courant historiographique critique de la Révolution tranquille, souvent désigné sous le nom de « nouvelle sensibilité historiographique », auquel ont participé plusieurs des auteurs mentionnés précédemment. La révolution psychiatrique que connut le Québec au cours des années 1960 et la Révolution tranquille sont en effet « jumelles », comme le soulignent les historiens Alexandre Pelletier-Audet et André Cellard, habitant un même espace temporel, partageant de mêmes artisans,

⁵⁷ André Cellard et Marie Claude Thifault, *op. cit.*, 2007, p. 293.

⁵⁸ Marie Claude Thifault et Martin Desmeules, *op. cit.*, 2014, p. 75.

⁵⁹ Marie Claude Thifault et Marie Lebel, *op. cit.*, 2021, p. 104.

⁶⁰ Karine Aubin, *op. cit.*, 2019, p. 301.

⁶¹ Il est à noter que Marie-Claude Thifault et Martin Desmeules, dans leur étude des appréhensions des patients de Saint-Jean-de-Dieu à l'approche de leur désinstitutionnalisation, présentent le cas d'un patient étiqueté comme « imbécile ». Marie-Claude Thifault et Martin Desmeules, *op. cit.*, p.72-75.

notamment Camille Laurin et Denis Lazure, et étant animés d'une même volonté d'émancipation et de rupture avec le passé⁶². Les chercheurs se réclamant de la nouvelle sensibilité historiographique s'appliquèrent à déconstruire le récit glorifiant de cette période de deux façons. Ils démontrèrent d'une part que le Québec et son clergé précédant les années 1960 ne correspondent pas au mythe de la « Grande noirceur », mais furent plutôt traversés par des courants de modernisme préparant notamment le terrain pour les réformes de la société à venir⁶³. D'autre part, plusieurs mirent en lumière les limites des ambitions de modernisation et d'émancipation de la Révolution tranquille et ses retombées critiquables⁶⁴. C'est également l'objet de cette thèse qui démontre que la révolution psychiatrique, malgré ses prétentions de réintégration sociale et de rupture avec un noir passé, échoua pendant plusieurs années, voire plusieurs décennies, à désinstitutionnaliser définitivement de nombreux patients ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle.

Après avoir présenté dans un premier temps notre méthodologie, il sera question au deuxième chapitre de cette thèse des événements menant à l'institutionnalisation dont rendent compte les

⁶² Alexandre Pelletier-Audet et André Cellard, « Le second conflit mondial et la genèse de la désinstitutionnalisation », *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2014.

⁶³ Voir notamment : *Les idées mènent le Québec: essais sur une sensibilité historique*, Sainte-Foy, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, 250 p. ; Damien Claude Belanger, *Prejudice and Pride: Canadian Intellectuals Confront the United States, 1891-1945*, Toronto, University of Toronto Press, 2011, 320 p. ; Jules Racine St-Jacques, *Georges-Henri Lévesque, un clerc de la modernité*, Québec, Boréal, 2020, 480 p. ; E. Martin Meunier et Jean Philippe Warren, *Sortir de la Grande noirceur: Horizon « personnaliste » de la Révolution tranquille*, Sillery, Québec, Septentrion, 2002, 214 p. ; E. Martin Meunier, « Intellectuel-militant catholique et théologie de l'engagement. La consécration d'un prophète en Saint-Jérôme », *Société*, vol. 20/21, (1999), p. 255-312 ; Jean Philippe Warren, « Gérard Pelletier et Cité libre : la mystique personnaliste de la Révolution tranquille », *Société*, vol. 20/21, (1999), p. 313-346 ; Lucia Ferretti, « La « Grande noirceur », mère de la Révolution tranquille ? », *La Révolution tranquille en héritage*, Québec, Boréal, 2011b, p. 27-46.

⁶⁴ voir notamment : Alain Dubuc, « Les effets pervers d'une révolution inachevée », *La Révolution tranquille en héritage*, Québec, Boréal, 2011c, p. 135-156 ; Daniel Fournier, « Que s'est-il passé au Québec ? La fin du Canada français », *Société*, vol. 20/21, (1999), p. 57-94 ; Gilles Paquet, *Oublier la Révolution tranquille*, Montréal, Liber, 1999, 160 p. ; Jean Luc Migué, *Étatisme et déclin du Québec. Bilan de la Révolution tranquille*, Montréal, Varia, 1998, 208 p.

dossiers médicaux constituant notre corpus. Il s'agit d'éléments importants dans le cadre de notre thèse car y réside ce qui justifie en premier lieu le retrait de la société des individus dont nous présenterons le parcours. C'est en effet parce que leur présence au sein de leur communauté pose problème qu'ils sont admis à Saint-Michel-Archange ; ayant besoin de soutien au quotidien et représentant une charge trop lourde pour leurs proches ou présentant des comportements scandaleux voir dangereux, leur retrait de leur communauté et leur hospitalisation en milieu psychiatrique paraît nécessaire. Ce sont souvent ces mêmes éléments évoqués pour justifier leur institutionnalisation qui font par la suite barrière à leur processus de libération de l'institution. Pour ceux qu'on estime incapables de vivre seuls et dont les proches refusent de les prendre à charge, la solution réside dans l'obtention d'une place au sein d'une ressource résidentielle adaptée. Pour ceux dont ce sont plutôt les agissements qui sont problématiques, le congé de l'hôpital ne leur est accordé que lorsqu'ils adoptent un « bon comportement ».

C'est en nous questionnant sur ce qui constitue un « bon comportement » à Saint-Michel-Archange pour les patients dont le dossier médical fait partie de notre corpus que nous débutons le deuxième chapitre portant sur leur vécu à l'institution. L'étude des notes infirmières et des correspondances entretenues avec les familles permet d'en documenter les principaux critères : une attitude calme, docile, non anxieuse et non délirante ainsi qu'une inclinaison au travail. Ainsi orientés vers l'adoption par les patients de ce comportement idéal, les traitements physiques qu'ils y subissent, impliquant notamment l'administration de psychotropes et la mise en œuvre de séances d'électroconvulsivothérapie (ECT), paraissent à la fois s'articuler sur une logique thérapeutique et avoir des visées sédatives. L'occupation et les loisirs auxquels ils y ont accès, faisant aussi partie du traitement administré à Saint-Michel-Archange, paraissent quant à eux avoir été offerts dans une optique à la fois thérapeutique et de care. Sont également abordées au sein de ce deuxième

chapitre les réactions des patients à l'égard de leur institutionnalisation. Nos sources rendent compte de plusieurs moments de résistance ; les patients de notre corpus au cours de leur institutionnalisation s'opposèrent à leur traitement, luttèrent contre l'autorité du personnel, exprimèrent le désir de quitter l'hôpital et tentèrent parfois de s'en soustraire. Mais l'expérience de l'institutionnalisation dont rendent compte les dossiers médicaux étudiés ne se réduit pas à ces luttes. Les dossiers médicaux étudiés témoignent en effet aussi de l'attitude positive qu'entretenaient certains à l'égard de leur vie à l'hôpital, exprimant leur appréciation des traitements qu'ils y reçoivent et des activités, loisirs et soins auxquels ils y ont accès.

Comme nous le verrons au troisième chapitre, portant sur les départs de l'institution et les réhospitalisations, il s'agit d'un élément important du parcours de certains permettant d'expliquer leur maintien à l'institution. Retournant au sein de leur famille ou, lorsque ces dernières refusent de les prendre à charge, quittant l'institution pour aller demeurer au sein d'une ressource résidentielle, certains patients reviennent d'eux-mêmes à l'institution exprimant le désir d'y rester. D'autres paraissent n'avoir jamais exprimé le désir de quitter l'institution, s'y étant rapidement adapté. Finalement, la sortie de certains ne semble jamais avoir été envisagée sérieusement, leurs besoins étant trop grands pour les ressources résidentielles disponibles à l'extérieur de l'hôpital.

En explorant ces différents thèmes nous avons cherché, non seulement à expliquer le retard avec lequel plusieurs patients ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle quitte l'institution, mais aussi à donner un aperçu de ce qu'ont pu être leur point de vue et leur vécu. Nous avons voulu en somme porter la voix d'individus qui furent bâillonnées à la fois par l'étiquette qui leur a été apposée, limitant le sérieux avec lequel pouvaient être prises leurs paroles, et par l'institution qui les coupa de la société. La conviction que l'histoire de la désinstitutionnalisation

ne peut être complète qu'à condition que soit retrouvées et prises en compte ces voix nous a habitée tout au long de cette thèse, comme, nous l'espérons, en témoigne les prochains chapitres.

CHAPITRE I

MÉTHODOLOGIE

Les sources utilisées dans le cadre de cette thèse proviennent d'une base de données constituée par l'historienne postdoctorante Karine Aubin dans le cadre du projet des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) *Des institutions et des femmes*, portant notamment sur l'histoire des soins infirmiers. Cette base de données est composée de dossiers médicaux numérisés et dénominalisés de l'hôpital Saint-Michel-Archange situé dans la ville de Québec. Ces derniers ont été sélectionnés de façon aléatoire parmi ceux de l'institution portant sur des patients admis pour la première fois lors des années de recensement 1951, 1961 et 1971. La quantité de dossiers numérisés a été déterminée afin de correspondre à 2% du nombre de patients ayant reçu un congé aux années sélectionnées. Au total, cette base de données compte 109 dossiers – 20 dossiers pour l'année 1951, 56 pour l'année 1961 et 33 pour l'année 1971. Il est à noter qu'ils n'ont pas été numérisés dans leur entièreté ; les documents colligés relatifs aux thèmes du projet de l'IRSC, soit l'évolution de l'état des patients, les interventions infirmières et les relations avec les familles, ont été priorisés.

Comme nous l'avons mentionné en introduction, l'analyse de cette base de données nous a permis de répertorier quatorze dossiers, totalisant près de 5,000 pages, portant sur des patients ayant reçu un diagnostic s'apparentant à ce que nous appelons aujourd'hui la déficience intellectuelle, soit quatre pour l'année 1951 et dix pour l'année 1961. Souhaitant éviter de déshumaniser les patients dont nous avons étudié le parcours, nous avons pris la décision de les désigner à l'aide de prénoms fictifs plutôt que par leur numéro de dossier (voir tableau 3 et 4).

**TABLEAU 3
DESCRIPTION DES PATIENTS DU CORPUS**

Numéro du dossier	Nom (fictif)	Âge au moment de la première admission	Date de la première admission	Date de la dernière libération	Lieu de résidence au moment de la première hospitalisation
2851	Claude	19	08-oct-51	26-déc-94	Asbestos, Abitibi
2905	Gaston	23	28-déc-51	18-août-70	Rivière à Marte, Gaspé-Nord
3558	André	39	17-nov-51	27-oct-72	Amqui - Matapédia
12107	Bernard	29	05-août-61	20-avr-67	St-Grégoire, Montmorency
11319	Juliette	48	14-févr-61	15-avr-71	Québec
12397	Monique	33	13-sept-61	06-oct-86	Loretteville, Québec
11657	Denise	25	05-avr-61	20-mai-76	Saint-Prosper
11268	Raymond	32	10-janv-61	20-déc-00	Port-Cartier-Ouest, Saguenay
12705	Marie	16	23-nov-61	28-janv-74	Robertsonville, Megantic
12416	Serge	16	16-sept-61	22-sept-00	St-Alexandre Kamouraska
12269	Fernand	39	13-août-61	12-juin-69	Causapscal, Matapédia
12185	Réal	41	29-juil-61	25-mai-71	St-Joachim, Montmorency
2726	Marguerite	38	06-févr-51	23-janv-70	Neuville, Portneuf
12362	Pierre	36	06-sept-61	01-févr-05	St-François, Montmorency

TABLEAU 4
MÉTIER, ÉTAT CIVIL ET MOTIFS D'ADMISSION DES PATIENTS DU CORPUS AU
MOMENT DE LEUR PREMIÈRE HOSPITALISATION⁶⁵

Nom (fictif)	Métier au moment de la première admission	État civil au moment de la première admission	Motifs de la première admission
Claude	Journalier	Célibataire	Fugues et crises de colère fréquentes
Gaston		Célibataire	Cherche à briser des voitures et autres objets
André	Journalier	Marié	État confusionnel et dépressif avec fugue
Bernard	Employé Chez Legrade	Marié	Anxieux, menace sa femme et cherche à s'enlever la vie
Juliette	Ménagère	Divorcée	Délire de persécution
Monique	Nil	Célibataire	Agressivité et troubles du caractère
Denise	Ménagère	Célibataire	Ne peut rester seul et n'a plus de proche ne pouvant la prendre en charge
Raymond	Aucun	Célibataire	Insouciance, inconstance marquée au travail, troubles mnésiques et agressivité à la suite d'une chute survenue lors d'une bagarre
Marie	Aucun	Célibataire	Bouffée délirant
Serge		Célibataire	Agité, porté à la malice et délirant
Fernand	Bûcheron	Marié	Accès d'agitation depuis un accident d'automobile
Réal	Aucun	Célibataire	Incapable de subvenir à ses propres besoins et sa mère qui en prenait auparavant soins est internée pour démence sénile
Marguerite	Service domestique	Célibataire	Syndrome dépressif caractérisé par de l'insomnie, de la tristesse, anxiété, des troubles du caractère et des idées de suicide
Pierre	Cultivateur	Célibataire	Réaction psychotique aiguë avec confusion, propos incohérents, délire à dominante mystique et hallucinations visuelles

⁶⁵ Pour la réalisation de ce tableau, nous avons tâché de demeurer fidèle au vocabulaire utilisé au sein des documents « Histoire du cas », « Formulaire d'admission » et « sommaires » des patients de notre corpus. Les entrées de ce tableau laissées vides indiquent que cette information n'est pas présente au sein de ces documents

Les dossiers médicaux des patients regroupent les documents produits ou reçus par l'institution à son sujet. Particulièrement pertinents pour notre recherche sont d'abord ceux rédigés par les infirmières (« notes infirmières » « fiche d'inscription d'ordonnances médicales », « médicaments et traitements quotidiens », « ordonnances non médicamenteuses », « données biométriques ») rendant compte des traitements administrés, des soins prodigués ainsi que des observations effectuées sur les symptômes, les besoins et l'état de santé mentale et physique des patients⁶⁶. Les médecins y rédigent quant à eux les certificats médicaux, les formulaires d'admission, les sommaires de séjour et les « histoire du cas ». Ces deux derniers documents rendent compte des diagnostics reçus par les patients et de leur évolution au cours de leur hospitalisation. Se trouvent également au sein de nos sources des documents produits par des travailleurs sociaux et infirmières spécialisées en travail social, enquêtant sur leur milieu familial et les possibilités de placements dont ils peuvent bénéficier et effectuant auprès d'eux divers suivis une fois libérés de l'hôpital⁶⁷. Finalement, y sont aussi conservées les correspondances que les familles des patients entretiennent avec les autorités de l'institution, les informant de leur évaluation de l'état de leur proche ou s'enquérant de son traitement. Au contraire des autres documents colligés aux dossiers médicaux, les extraits présentés au sein de cette thèse provenant des correspondances entretenues avec les familles ont parfois fait l'objet d'une réécriture afin d'en faciliter la lecture.

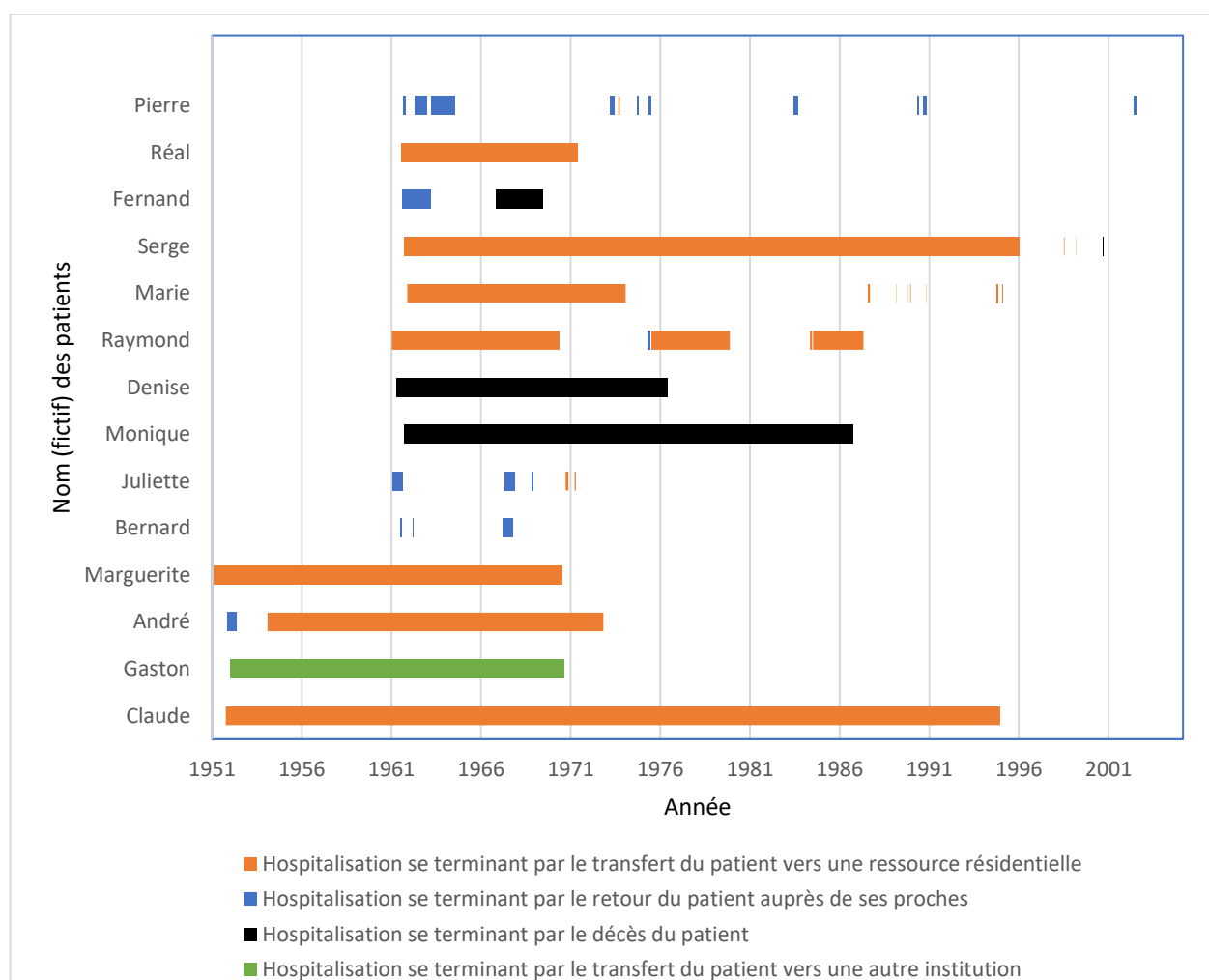
L'une des richesses que présentent ces sources est la possibilité qu'elles offrent de suivre des individus sur de très longues périodes, permettant par exemple d'observer l'évolution de leur point de vue sur l'institution, des loisirs, activités et sortis auxquels ils y prennent part et des relations

⁶⁶ Sandra Harrisson, « Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort : une source archivistique incontournable en santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 41, n° 2 (2016), p. 70.

⁶⁷ Karine Aubin, *op. cit.*, 2019, p. 293.

qu'ils entretiennent avec leurs proches. Par ailleurs, plusieurs documents constituant notre corpus, notamment ceux produits par la clinique externe de l'hôpital, nous permettent de suivre les patients à l'extérieur de l'institution. Ainsi, même l'étude des dossiers médicaux portant sur des patients n'ayant effectué que de relativement courts séjours à l'hôpital, comme c'est notamment le cas de Pierre, Juliette et Fernand (voir tableau 5), nous permet de documenter leur vécu sur une large période de temps, couvrant souvent plusieurs décennies.

TABLEAU 5
HOSPITALISATIONS DES PATIENT DU CORPUS



Un dernier mot sur la terminologie utilisée dans le cadre de cette thèse ; nos sources rendent compte des étiquettes variées qui leur furent apposées au fil du temps. Au cours de la période à l'étude, les expressions « retard mental », « arriération mentale », « déficience mentale » et « débilité mentale » décrivent toutes un développement incomplet ou insuffisant des capacités mentales d'un individu⁶⁸. Les adjectifs « sévère », « modéré » ou « semi-éducable » et « léger » ou « éduicable » leur sont souvent ajoutés pour décrire la gravité du handicap. Est également encore utilisée lors des décennies 1950 et 1960 la trichotomie « idiot » (sévèrement retardés) – « imbécile » (retardé mental semi-éducable) – « simple d'esprit » (retardé mental éduicable)⁶⁹. Bien que nous soyons conscients de la violence de ces expressions, nous avons pris la décision de les conserver au sein de notre texte pour deux raisons. D'une part, comme nous l'avons soulevé plus tôt, ces termes et ce qu'ils désignent se sont modifiés au fil du temps au grès de contingences historiques. Ainsi, bien qu'il existe une parenté évidente entre, par exemple, le concept de débilité mentale tel qu'utilisé lors de la décennie 1960 et celui plus harmonieux avec nos sensibilités contemporaines de déficience intellectuelle, il serait périlleux de supposer qu'ils s'équivalent parfaitement.

D'autre part, les appellations utilisées, loin d'être neutre, sont tributaires de l'action, souvent conflictuelle, de différents acteurs (groupes de professionnels, mouvements de défense des droits, législateurs, etc.)⁷⁰. Leur usage constitue ainsi une partie intégrante de l'histoire de la déficience intellectuelle qu'obscurcirait une aseptisation des termes utilisés. Une attention particulière a donc

⁶⁸ Denis Lazure, « Arriération mentale : coordination des services », *The Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 10, no 6 (décembre 1965), p. 474-480.

⁶⁹ David Gibson, « Euphemistic Nomenclature in Mental Retardation », *The Canadian Psychiatric Journal*, vol. 8, no 5 (octobre 1963), p. 349-351.

⁷⁰ Lucia Ferretti et Louise Bienvenue, « Le Bureau international catholique de l'enfance : réseau et tribune pour les spécialistes québécois de l'enfance en difficulté (1947-1977) », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, n° 12 (2010), p. 4.

été portée au lexique utilisé au sein des sources étudiées afin d'y demeurer fidèle. Nous utilisons par ailleurs à plusieurs reprises l'expression « diagnostic de déficience intellectuelle » pour désigner de façon générale ses antécédents conceptuels.

Malgré les nombreuses évolutions terminologiques qu'a subies au cours de la deuxième moitié du XXe siècle la déficience intellectuelle, elle a néanmoins hérité de plusieurs stigmas qui accompagnaient ses antécédents conceptuels. Une étude québécoise réalisée auprès de personnes ayant reçu ce diagnostic constatait que « la prise de conscience de la stigmatisation est survenue très tôt dans la vie à partir de gestes de violence verbale et physique⁷¹ ». Parmi les préjugés qui persistent à leur égard, non des moindres est celui supposant qu'ils forment un groupe uniforme dont les membres, définis par leur diagnostic et dénués d'individualités, vivent des réalités et évoluent de façon similaire. Comme nous le verrons au prochain chapitre, la réalité est toute autre.

⁷¹ Line LeBlanc, Marie Robert, et Thierry Boyer, « L'expérience de la stigmatisation du point de vue des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble de l'autisme : comprendre la présence ou non de l'auto-stigmatisation », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 27, (2016), p. 82.

CHAPITRE II

L'ADMISSION À SAINT-MICHEL-ARCHANGE

Roy Porter lorsqu'il critiquait en 1985 l'histoire de la médecine centrée sur le physicien appelait notamment les historiens à se pencher sur certaines pratiques qu'il estimait alors largement négligées au sein de l'historiographie : « a great deal of healing in the past (as, of course, in the present) has involved professional practitioners only marginally, or not at all, and has been primarily a tale of medical self-help, or community care⁷². » Conformément à ce qu'affirme Porter, la grande majorité des individus dont le dossier médical compose notre corpus entrèrent pour la première fois en contact avec l'institution plusieurs années après que soient observés chez eux les premiers signes d'une déficience intellectuelle (voir annexe 4). Surmonter les difficultés liées à leur handicap reposa ainsi pendant longtemps essentiellement sur eux et leurs proches. Nous tâcherons dans ce chapitre d'éclairer cette période de leur vie, afin de documenter les motifs de leur hospitalisation, mais aussi la diversité de leur parcours. L'étude de leur vécu avant leur hospitalisation permet en effet d'aller au-delà de l'étiquette de retard mental qui leur a été apposée pour rendre compte de leurs multiples réalités.

Bien que les sources étudiées portent en général avant tout sur les séjours à l'hôpital des individus composant notre corpus (les diagnostics qu'ils y ont reçus, les traitements qu'ils y ont subis, les symptômes qu'ils y ont manifestés, l'aptitude qu'ils y ont démontrée à effectuer un congé, etc.), certains des documents colligés à leur dossier médical permettent néanmoins de documenter différents éléments de leur vie avant l'institution. C'est le cas notamment de ceux portant sur les motifs de leur admission (« formulaire d'admission », « demande d'admission », « sommaire » et

⁷² Roy Porter, *op. cit.*, 1985, p. 174.

« histoire du cas ») et leur milieu de vie à l'extérieur de l'hôpital (les correspondances entretenues par les autorités de l'institution avec les familles et les rapports produits par le service social médico-psychiatrique, chargé d'enquêter sur le milieu familial des patients⁷³).

Ces documents nous ont permis de mettre en lumière les deux situations problématiques ayant en général causé les hospitalisations dont rendent compte les dossiers médicaux étudiés. L'admission à Saint-Michel-Archange fut d'abord pour plusieurs des individus dont nous présenterons le parcours la conséquence d'un effritement du soutien qui leur avait jusque-là permis d'évoluer au sein de leur communauté. Nombre d'entre eux ne parviennent en effet à y demeurer que grâce à l'aide quotidienne que leur fournit un proche, en général leur mère ou leur sœur. Ce sont souvent ces mêmes personnes qui avaient jusqu'alors pris en charge leurs besoins qui entament des démarches pour les faire hospitaliser. Pour ces proches, faisant souvent état de leur vieillissement, d'un changement de leur état de santé, de la prise en charge de nouvelles fonctions professionnelles ou simplement de leur épuisement pour expliquer qu'elles ne sont plus en mesure de s'occuper de leur « grand malade », l'admettre à l'hôpital psychiatrique permet, oui de se délester d'une charge devenue trop lourde, mais aussi de s'assurer que leurs besoins soient pris en charge par un personnel compétent. Il s'agit à certains égards d'un détournement des ressources de l'institution ; la visée première de Saint-Michel-Archange étant de prodiguer des soins aux « malades mentaux ». Mais rares sont les ressources accueillant les personnes avec des besoins similaires à ceux des individus composant notre corpus. Comme nous le verrons au chapitre 3, il s'agit d'un problème qui demeure tout au long de la période étudiée. Nombre des hospitalisations dont rendent compte nos sources ont également été causées par l'apparition ou l'aggravation de comportements problématiques, souvent compris comme étant des symptômes d'un trouble de

⁷³ Karine Aubin, *op. cit.*, 2019, p. 291.

santé mentale. Le processus d'institutionnalisation des individus chez lesquels se manifestent ces « symptômes », devenus source de danger ou de scandale, se déroule alors de façon assez semblable à celle de patients n'ayant pas reçu de diagnostic de déficience intellectuelle.

2.1. Dégradation du réseau de soutien

Les décennies 1950 et 1960 sont régulièrement décrites comme une période sombre pour l'intégration des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Si pendant la période d'après-guerre émerge, dans les mots de l'historien canadien-anglais Harvey G. Simmons, « a new feeling of acceptance and support for mentally retarded children⁷⁴ », il demeure l'objet d'un fort mouvement d'exclusion. En effet, selon la spécialiste du handicap et historienne Madeline Burghardt, en raison de l'idéal hégémonique de la famille « normal » particulièrement prégnant au Canada lors de la période de l'après-guerre, « long-term institutionalization remained a viable and often preferred option for postwar families⁷⁵ ». Ainsi, un éditorial du *Canadian Medical Association Journal* datant de 1956 décrit l'action de « paediatrician, obstetricians and general practitioners, who [...] urge immediate removal of the subnormal child from its mother ; some even going so far as to tell the mother that the child has been born dead, when this is not so⁷⁶ ». Trente ans plus tard, l'institutionnalisation semble encore parfois la solution priorisée selon certains ; le professeur en pédagogie de l'Université du Québec à Montréal Jean-Marie Bouchard écrivait en 1987 au sein du manuel *L'intervention en déficience mentale* :

⁷⁴ Harvey G. Simmons, *From Asylum to Welfare*, Downsview, National Institute on Mental Retardation, 1982, p. 159.

⁷⁵ Madeline C. Burghardt, *Broken: institutions, families, and the construction of intellectual disability*, Montreal [Quebec] ;, McGill-Queen's University Press, 2018, p. 75.

⁷⁶ « Child of the Devil : Enfant du bon Dieu », *The Canadian Medical Association Journal*, vol. 75 (15 août 1956), p. 312.

Un des problèmes essentiels auxquels ont à faire face les parents est la décision concernant le maintien, dans la famille, de l'enfant déficient ou son placement dans une institution ou en famille d'accueil. [...] Souvent, cette décision est influencée par le point de vue des spécialistes. Or, comme la signification du handicap peut être très différente pour les spécialistes et pour les parents, des conflits peuvent surgir. Lorsque, contre l'avis des spécialistes, ou même de la famille élargie, les parents décident de maintenir l'enfant à la maison, outre le fait qu'ils peuvent être perçus comme obstinés ou peu coopérants, ils doivent assumer seuls le poids et les conséquences de leur décision⁷⁷.

Perçus comme dangereux pour la société et pour eux-mêmes lorsqu'ils sont sans soutien, ces « enfants déficients » étaient depuis longtemps devenus des « creatures of the institution⁷⁸ », dans les mots de l'historien britannique Simon Jarrett. Ce n'est que très lentement qu'ils perdent ce statut et que le droit à une vie dans la communauté leur est reconnu au cours de la deuxième moitié du XXe siècle.

Les sources que nous avons étudiées témoignent toutefois d'une autre réalité de cette époque, celle d'individus étiquetés comme « retardés mentaux » demeurés à l'extérieur des murs de l'institution pendant plusieurs années. En effet, seules deux des individus composant notre corpus sont admis à Saint-Michel-Archange avant l'âge adulte et la plupart d'entre eux n'y entrent qu'après l'âge de 30 ans (voir annexe 4). L'hospitalisation tardive dont rendent compte plusieurs de nos sources peut s'expliquer par le fait que leur « retard mental » ne fut perçu et diagnostiqué qu'à l'institution. Comme nous le verrons, quelques patients dont nous avons étudié le parcours ont pu évoluer au sein de leur communauté pendant plusieurs décennies sans que leur soit apposée cette étiquette. Mais d'autres semblent avoir rapidement reçu un diagnostic de retard mental sans pour autant que s'en soit suivie leur institutionnalisation immédiate, leurs parents ayant vraisemblablement auparavant prit la décision de conserver leur enfant au sein de leur foyer. Ces

⁷⁷ Jean Marie Bouchard, « La famille : impact de la déficience mentale et participation à l'intervention », Serban Ionescu, éd., *L'intervention en déficience mentale. Problèmes généraux Méthodes médicales et psychologiques*, Bruxelles, Pierre Mardaga, éditeur, 1987, p. 102.

⁷⁸ Simon Jarrett, *op. cit.*, 2020, p. 241.

parents s'engageaient alors souvent à prendre en charge pour une longue période les divers besoins de leur enfant ayant peu de chance d'atteindre l'autonomie nécessaire pour vivre seul au quotidien. C'est notamment ce qu'affirmait en 1964 Denis Lazure, à l'époque directeur adjoint des Services psychiatriques au ministère de la Santé du Québec, à l'occasion d'une conférence fédérale provinciale sur l'arriération mentale :

Jusqu'à ces dernières années, il n'y avait pas lieu de discuter sérieusement de la coordination et de l'intégration des services aux débilés mentaux. En effet, ces services se réduisaient le plus souvent à quelques formules très simples : ou le jeune débile était placé dans une institution psychiatrique ou parapsychiatrique dans laquelle il allait demeurer à perpétuité dans la majorité des cas, ou bien il était gardé dans sa famille et fréquentait l'école régulière d'où on le retirait après plusieurs échecs. Il demeurerait alors à la charge des siens puisqu'en général, il était très mal préparé à affronter le monde du travail⁷⁹.

Conformément à ce que décrit Lazure, la plupart des patients de notre corpus sont dépendants des soins de membres de leur famille au moment de leur admission à Saint-Michel-Archange. C'est souvent lorsque ces proches ne s'estiment plus en mesure de prendre en charge leurs besoins qu'ils sont institutionnalisés. C'est le cas par exemple de Réal, qui est décrit au sein de son dossier médical comme étant « incapable de subvenir à ses propres besoins⁸⁰ ». Vivant auprès de sa mère depuis sa naissance jusqu'à l'âge de 41 ans, il ne peut demeurer seul selon les notes inscrites à son certificat médical : « Idiot de naissance. Reçoit une pension d'invalidité qu'il gaspille en se faisant exploiter. [...] Se prive de manger en attendant la prestation suivante. Dangereux pour le feu. Indécent avec les enfants des [deux] sexes. Fait de l'exhibitionnisme⁸¹. » Il est ainsi hospitalisé à Saint-Michel-Archange la même journée que sa mère, le 29 juillet 1961, cette dernière présentant depuis quelque temps les symptômes d'une démence sénile.

⁷⁹ Denis Lazure, « Arriération mentale : Coordination des services », *The Canadian Medical Association Journal*, vol. 10, no 6 (Décembre 1965), p. 474.

⁸⁰ *Dossier 12185*, « Histoire du cas », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁸¹ *Dossier 12185*, « Formule I. Certificat médical », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Denise était quant à elle dépendante des soins de sa sœur depuis la mort de son père. Mais la charge qu'impliquait sa présence dans son foyer devient progressivement trop lourde. On observe en effet que Denise a de nombreux besoins au quotidien ; elle nécessite de la « surveillance⁸² » lorsqu'elle prend son bain, moment pendant lequel « elle ne s'aide pas du tout⁸³ », elle « s'alimente seule⁸⁴ » mais avec « difficulté⁸⁵ », elle aime attirer l'attention⁸⁶ et elle a tendance à se frapper la tête⁸⁷. En avril 1961, la sœur de Denise « ne peut plus en prendre soin⁸⁸ », étant elle-même « malade et [ayant] des enfants⁸⁹ ». Son mari attribue d'ailleurs « son état de santé [...] au fait qu'elle doit prodiguer passablement de soins à [sa sœur]⁹⁰ ». Le docteur Lambert note au sein de son dossier peu de temps après son arrivée : « La seule solution est un placement en milieu institutionnel⁹¹. »

Quelles étaient à l'époque les possibilités de placement pour les individus comme Denise, non autonome au quotidien et n'ayant pas de proche disposé à leur offrir un soutien ? De l'avis de plusieurs, Saint-Michel-Archange était loin d'être le lieu idéal pour leur prise en charge. De nombreux psychiatres québécois critiquaient en effet depuis des décennies l'accueil de patients comme Denise au sein des hôpitaux psychiatriques. Le docteur Noël dénonçait ainsi en 1932 la présence à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu de « déments sénils [sic], idiots ou imbéciles, chez qui une

⁸² *Dossier 11657*, « Notes infirmières [11 avril 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [8 avril 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [11 avril 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁸⁷ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [13 avril 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ *Dossier 11657*, « Correspondance, ministère des Affaires des anciens combattants », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁹¹ *Ibid.*

guérison est impossible et qui diminuent forcément le pourcentage de guérison par rapport à la population traitée⁹². » Jules Lambert, ayant été surintendant médical de Saint-Michel-Archange de 1964 à 1968, constate quant à lui dans sa monographie sur l'histoire de cet hôpital que les surintendants de l'institution se plaignent régulièrement lors des décennies 1940 et 1950 de « l'arrivée continuelle d'incurables "séniles ou arriérés profonds"⁹³ ». Des plaintes se font toujours entendre après la mise en place de la réforme Bédard au début des années 1960 ; selon le docteur Jean-Marc Bordeleau, surintendant de Saint-Jean-de-Dieu, « 800 débiles qui ne devraient pas être dans un hôpital psychiatrique⁹⁴ » étaient hébergés dans son institution en 1971. Dans toute la province, on estimait en 1964 que 7, 965 patients ayant une déficience intellectuelle étaient institutionnalisés en centre hospitalier⁹⁵.

Comment expliquer que les hôpitaux psychiatriques de la province, au déplaisir de leur surintendant, accueillent alors en si grand nombre les patients comme Denise et Réal ? C'est qu'un réseau de services et de milieu de vie pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ne se développe réellement au Québec qu'à partir des années 1970 et 1980⁹⁶. Les initiatives qui virent le jour avant cette période, comme l'école du Mont Providence et l'Institut Doréa dans la région de Montréal ou l'internat Notre-Dame-de-la-Santé dans la région de Sherbrooke⁹⁷, visaient essentiellement l'éducation des « jeunes déficients et handicapés⁹⁸ » et étaient surtout situées près

⁹² Omer Noël et Gaston de Bellefeuille, « L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *L'Union médicale du Canada*, vol. 61, n° 88, p. 246-247. Cité Marie Claude Thifault et Isabelle Perreault, *op. cit.*, p. 208.

⁹³ Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 57.

⁹⁴ Jeanne Desrauchers, « Saint-Jean-de-Dieu : démembrer le dinosaure », *La Presse*, 2 juin 1971, p. D6.

⁹⁵ Jacques Rousseau, *La Réinsertion sociale des personnes déficientes intellectuelles ayant vécu en institution : bilan des expériences québécoises et évaluation de la qualité de vie*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1988, p. 15.

⁹⁶ Jacques Rousseau, *La Réinsertion sociale des personnes déficientes intellectuelles ayant vécu en institution : bilan des expériences québécoises et évaluation de la qualité de vie*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1988, p. 15.

⁹⁷ *Ibid.*, p. 15-25.

⁹⁸ Lucia Ferretti, « Reynald Rivard, prêtre psychologue trifluvien, l'essor de l'éducation spécialisée au Québec et la fin des orphelinats ordinaires (1947-1968) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 62, n° 3-4 (2009), p. 545 ; voir également à ce sujet : Marie Paule Malouin, *op. cit.*, 1996 ; Mireille Tremblay, Guylaine Boucher, et Yves

des centres urbains de la province. Il est d'ailleurs intéressant de noter que la grande majorité des patients composant notre corpus résidait loin des grands centres au moment de leur première admission à Saint-Michel-Archange (voir annexe 4). C'est donc sans surprise que nous constatons que les familles des patients semblent avoir reçu peu d'aide pour maintenir leur proche à l'extérieur de l'hôpital ; hormis la pension d'invalidité occasionnellement accordée⁹⁹, les dossiers médicaux étudiés ne mentionnent aucun soutien provenant du secteur public ou communautaire. Il semble en fait que, lors des décennies 1950 et 1960, l'institutionnalisation fut le principal recours pour les familles ne pouvant plus prendre soin de leur proche ayant un diagnostic de déficience intellectuelle.

2.2. L'apparition de comportements problématiques

Mais rares sont les individus dont nous avons étudié le parcours qui entrent à Saint-Michel-Archange uniquement parce qu'ils ne sont pas assez autonomes pour demeurer à l'extérieur sans le soutien de leurs proches. Ainsi, les parents de Marie, en dépit du fait qu'on l'estimait depuis toujours incapable d'effectuer correctement une tâche, ne demandèrent son institutionnalisation qu'après une violente « bouffée délirante ». On note à son arrivée : « Depuis 2 jours, crie continuellement, a peur de mourir, voit couler le sang de ses jambes. Très agitée, elle se tire les cheveux, déchire son linge, enlève ses vêtements, se frappe la tête contre les murs et se jette sur le plancher ; elle dit voir des choses terrifiantes sans préciser la nature de ces choses¹⁰⁰. » La

Charbonneau, *Le chemin parcouru. De l'exclusion à la citoyenneté*, Longueuil, Fédération québécois des CRPDI, 2000.

⁹⁹ Dossier 3558, « Notes infirmières [3 février 1954] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁰⁰ Dossier 1275, « Service médico-social psychiatrique [29 mars 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

« déficience mentale modérée » de Serge est elle aussi identifiée tôt : « Il a commencé à marcher à 13 mois et il a commencé à parler à 2 ans¹⁰¹. » Ce fut toutefois parce que ses « troubles du caractère ; crises de malice, agitation, volubilité » s'aggravait depuis trois semaines que sa mère et son frère l'accompagnèrent à Saint-Michel-Archange le 16 septembre 1961. Ce sont ces comportements, interprétés comme symptomatiques de troubles de santé mentale, qui nécessitent selon les proches de Marie et de Serge leur institutionnalisation et non leur « retard mental ». La mère de Marie écrit ainsi à plusieurs reprises au surintendant de Saint-Michel-Archange lors des premières années d'institutionnalisation de sa fille afin de s'enquérir de son état de santé¹⁰² ; espérant que ses symptômes s'atténuent, elle envisage visiblement l'accueillir à nouveau dans son foyer, peu importe son « arriération mentale ».

Tous les patients ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle ne sont pas aussi dépendants des soins de leurs proches que Réal, Denise, Marie et Serge. Pierre, s'il vit auprès de ses deux sœurs, dont il bénéficie de l'encadrement, occupe néanmoins le métier de cultivateur¹⁰³ lorsqu'il est admis à Saint-Michel-Archange le 13 septembre 1961 en raison d'une « réaction psychotique apparemment aiguë, avec confusion, propos incohérents, délire à dominante mystique [et] hallucinations visuelles¹⁰⁴ ». Juliette vit quant à elle seule lorsqu'elle est hospitalisée en 1961 à l'âge de 48 ans ; divorcée, elle travaille alors comme ménagère¹⁰⁵. Elle entre à Saint-Michel-Archange, non pas parce qu'on la disait « débile mentale¹⁰⁶ », mais bien parce que : « depuis deux

¹⁰¹ *Dossier 12416*, « Histoire du cas », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁰² Voir notamment : *Dossier 12705*, « Correspondance [15 janvier 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 12705*, « Correspondance [14 avril 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 12705*, « Correspondance [18 juin 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁰³ *Dossier 12362*, « Sommaire [22 octobre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁰⁴ *Dossier 12362*, « Histoire du cas », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁰⁵ *Dossier 12362*, « Sommaire [14 février 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁰⁶ *Dossier 11319*, « Histoire du cas », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

mois la patiente se sent persécutés. Elle dit que des gens veulent la pendre ou l'empoisonner. Elle raconte qu'il y a des radios dans sa chambre qui enregistrent ce qu'elle fait¹⁰⁷. »

D'autres avaient femmes et enfants lorsqu'ils entrent en contact avec l'institution. C'est le cas notamment de Bernard, qui, bien qu'il semble avoir eu maintes difficultés à conserver un emploi, paraît bien intégré à sa communauté. Un rapport du Service médico-social psychiatrique produit lors de sa deuxième hospitalisation à Saint-Michel-Archange décrit ainsi son parcours sur le marché du travail :

[Bernard] a déjà fait partie de l'armée de 1953 à 1956. Il a travaillé comme journalier à la Brique Citadelle et deux ans à l'emploi de Chez Legrade [un abattoir]. Or, depuis 1958, [Bernard] n'a jamais eu d'emploi stable et depuis sa dernière hospitalisation en 1962, n'a pas travaillé. La famille reçoit 155 \$ par mois de l'Assistance Familiale et ce depuis environ 5 ans¹⁰⁸.

L'un de ses anciens employeurs déclare à son sujet : « C'est un bien bon garçon, je n'ai pas grand-chose à dire, mais je ne pouvais pas me fier à lui. Il se présentait au magasin quand ça lui disait. Parfois, il me disait qu'il allait venir, le lendemain, et il ne venait pas. Il n'avait aucun intérêt pour le travail. » L'infirmière Gertrude Tremblay, en charge de l'enquête du Service médico-social psychiatrique, a également rencontré le propriétaire d'une salle de quilles que Bernard fréquente assidûment :

[Monsieur] connaît [Bernard] depuis plusieurs années. Il n'y a rien de spécial à noter. Il se comportait très bien lorsqu'il venait à la salle. Il faisait partie d'une équipe de quilles, et venait jouer 1 heure par semaine. Auparavant, il venait plus souvent, mais depuis un an, il vient le lundi soir seulement¹⁰⁹.

Plusieurs des individus dont nous avons étudié le parcours entrent à Saint-Michel-Archange sans que leur ait été apposée auparavant l'étiquette de « retard mental ». C'est le cas notamment

¹⁰⁷ *Ibid.*

¹⁰⁸ *Dossier 12107*, « Services Médico-social psychiatrique [29 mars 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁰⁹ *Dossier 12107*, « Services Médico-social psychiatrique [29 mars 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

d'André qui occupe le métier de journalier, vit avec son épouse à Amqui et est père de deux enfants lorsqu'il est admis à Saint-Michel-Archange à l'âge de 39 ans. Il présente alors depuis quelque temps les symptômes d'une « psychose maniaque dépressive¹¹⁰ » rendant pour lui le travail « impossible¹¹¹ ». Se sauvant dans les bois « pour prier¹¹² » le 5 novembre 1951, il n'est retrouvé puis emmené à Saint-Michel-Archange qu'au terme d'une battue de six heures. Un médecin d'Amqui écrit alors sur son certificat médical transmis à Saint-Michel-Archange pour son admission : « Je le connais depuis plusieurs années ; n'a jamais été brillant au point de vue mental¹¹³. » Clairement, certains avaient supposé une différence chez André, mais ce ne fut qu'à Saint-Michel-Archange, que cette dernière devint « arriération mentale¹¹⁴ ». Le dossier médical de Marguerite, occupant le métier de domestique jusqu'à son admission à l'hôpital, indique une situation similaire. Institutionnalisée à l'âge de 38 ans parce qu'elle présentait depuis deux mois « un syndrome dépressif caractérisé par de l'insomnie de la tristesse, anxiété, des troubles du caractère et des idées de suicide¹¹⁵ », le médecin signant son certificat médical notait alors qu'elle « paraît être une arriérée mentale », indiquant l'absence d'un diagnostic.

Le « retard mental » tel qu'il est diagnostiqué chez les individus dont nous avons présenté le parcours correspond ainsi à des réalités multiples. Si pour Réal, Denise, Marie et Serge il paraît être caractéristique d'une situation de handicap dont la gravité est telle qu'ils sont dépendants au quotidien des soins de leurs proches, il désigne pour d'autres comme Juliette, Bernard, André ou Marguerite une limitation des capacités cognitives en dépit de laquelle ils furent en mesure de se

¹¹⁰ *Dossier 3558*, « Histoire de cas », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ *Dossier 3558*, « Certificat médical », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹¹⁴ *Dossier 3558*, « Hôpital St-Michel-Archange [feuille sommaire] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹¹⁵ *Dossier 2726*, « Histoire du cas », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

marier, d'occuper un emploi ou de fonder un foyer. L'hospitalisation de ces quatre derniers patients semble être avant tout liée à leurs comportements et attitudes perçus comme symptomatiques de troubles mentaux, et non pas à leur « retard mental ». Peu de choses paraissent ainsi distinguer les motifs de leur hospitalisation des suivants, tirés de dossiers médicaux de patients admis à la même époque à Saint-Michel-Archange sans diagnostic de déficience intellectuelle :

Depuis l'automne 1950, la patiente aurait des hallucinations auditives et visuelles. En effet, elle voit à la fenêtre du voisin un garçon qui est sensé la poursuivre. Quelquefois, elle l'entend lui parler. Il la réveille la nuit. Il est en arrière d'elle à l'église et il la suit sur la rue ; aussi pour se venger de lui, elle va casser les vitres chez le voisin¹¹⁶.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui est allée à la classe jusqu'à la 6^e année. Elle avait 16 ans. Elle n'a jamais manifesté beaucoup d'intérêt pour ses classes, elle avait beaucoup de difficultés à apprendre. On rapporte chez elle un caractère plutôt impatient, lent, peu intéressé, n'aimant pas de travail. L'été dernier, elle aurait fait des crises d'agressivité. Elle nourrit un esprit de contradiction continu. Elle refuse systématiquement toute marque d'autorité. Depuis ce temps, ses discours sont insensés, elle serait probablement hallucinée¹¹⁷.

Depuis 1 an, elle présente des troubles : phobie des voleurs ; elle vérifie les portes, les pièces pour voir s'il y a des voleurs à tous les soirs. Certains soirs elle ne reconnaît pas son mari, même si elle est en face de lui. Elle est très portée à pleurer depuis 1 an¹¹⁸.

Depuis 2 mois, très bizarre. Ne sort plus de chez elle. Apragmatisme complet. Peut prendre son bain une dizaine de fois par jour. Hallucinée. Entend des voix qui lui disent de se venger parce qu'elle en veut à ses parents. Ravaude la nuit. Elle a même descendu son lit dans la cave une certaine nuit¹¹⁹.

Pour ces patients comme pour Juliette, Bernard, André ou Marguerite, c'est lorsque se manifeste chez eux ce qui est interprété comme les symptômes de troubles mentaux que sont entamées des démarches pour les faire institutionnaliser.

¹¹⁶ Dossier 2765, « Histoire du cas », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹¹⁷ Dossier 11753, « Histoire du cas », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹¹⁸ Dossier 1229, « Histoire du cas », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹¹⁹ Dossier 12402, « Histoire du cas », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

2.3. Conclusion

Nous avons cherché dans ce chapitre à comprendre pourquoi les individus dont le dossier médical fait partie de notre corpus ont été hospitalisés à Saint-Michel-Archange. Soulignons d'abord qu'aucun d'entre eux n'y entre uniquement en raison de leur « retard mental », diagnostiqué soit longtemps avant ou peu après leur admission. Si, comme nous l'avons vu, le retrait d'un enfant est encore souvent conseillé lorsqu'est émis ce diagnostic, c'est pour qu'ils soient placés dans des institutions comme l'Hôpital Sainte-Anne de Baie Saint-Paul ou l'Hôpital du Mont-providence, et non à Saint-Michel-Archange qui se concentre plutôt sur des patients adultes. Ce qui est perçu comme le retard mental de certains des individus dont nous avons présenté le parcours et leurs besoins importants au quotidien qui y sont liés joue néanmoins un rôle dans leur institutionnalisation. Ils rendent nécessaire, en conjonction avec diverses contingences (éloignement des centres urbains et des ressources et services adaptés, épuisement, vieillissement ou maladie des proches, isolement social, etc.), leur retrait de leur communauté et leur placement en institution. Le « retard mental » d'autres paraît avoir un lien encore plus ténu avec leur admission à Saint-Michel-Archange qui est plutôt liée, de façon similaire à ce qu'ont connu d'autres patients de l'institution n'ayant pas reçu de diagnostic de déficience intellectuelle, à l'apparition ou l'aggravation de comportements problématiques. Comme nous le verrons au prochain chapitre, les similarités entre leur parcours ne s'arrêtent pas là ; ils sont soumis lors de leur séjour à Saint-Michel-Archange à un même régime et de mêmes traitements.

CHAPITRE III

VIVRE À SAINT-MICHEL-ARCHANGE

I really didn't know why I couldn't stay home, you know? I went to Michener Centre April 15, 1955, and when I got there all I could see was a big, great big, brick building. You know? And I kind of thought, "No. What is it? What is this? What is it going to be for me?"... I sensed that I would not go back home with my family.

Mary Korshevski ¹²⁰.

C'est dans ces mots, rapportés par l'historienne Claudia Malacrida que Mary Korshevski relate son arrivé au Provincial Training School for mental defectives, ou Michener Centre, situé à Red Deer en Alberta. Comme nous le verrons, plusieurs des individus dont nous avons étudié le parcours furent tout aussi bouleversés par leur arrivée à Saint-Michel-Archange. L'institution allait néanmoins être pour nombre d'entre eux leur milieu de vie pendant plusieurs années. C'est cette période de leur vie qui est l'objet de ce chapitre. Il ne s'agira pas de présenter ce à quoi pouvait ressembler pour eux une journée typique, exercice qui aurait pu être intéressant mais auquel nos sources se prêtent peu, mais plutôt d'explorer différents thèmes qui semblent récurrents à leur parcours afin de mieux reconstituer leur point de vue sur l'institution que laisse entrevoir leur dossier médical. Il sera dans un premier temps question des traitements physiques qu'ils y subissent consistant essentiellement en l'administration de neuroleptiques, aussi appelés antipsychotiques, de barbituriques et d'autres médicaments psychotropes ainsi que la mise en œuvre de séances d'ECT. L'omniprésence de ces thérapies au sein de leur quotidien à l'hôpital peut surprendre ; lorsque les premiers d'entre eux sont admis à Saint-Michel-Archange, le retard mental, comme la déficience intellectuelle aujourd'hui, est défini comme un handicap et n'appelle ainsi pas d'emblée

¹²⁰ Claudia Malacrida, *A special hell: institutional life in Alberta's eugenic years*, Toronto, University of Toronto Press, 2015, p. 47-48.

la mise en œuvre d'un traitement. Mais, comme l'ont souligné plusieurs de ses critiques, l'institution psychiatrique pathologise, et ainsi définie comme devant être traité, les comportements de ses patients s'éloignant d'un idéal construit. Au sein des dossiers médicaux étudiés, un individu apte à quitter Saint-Michel-Archange – donc guéri ou du moins dont l'état de santé s'est amélioré – est défini comme adoptant une attitude calme et docile. Au contraire, les comportements d'un patient s'écartant de ce « bon comportement » sont susceptibles d'être interprétés comme symptomatiques de troubles de santé mentale et ainsi d'être « traité » à l'aide de médicaments psychotropes ou de séances d'ECT. Dans ce contexte, il est souvent difficile de distinguer les gestes thérapeutiques de ceux sédatifs. À d'autres moments, ces mêmes comportements sont adressés par le personnel de l'hôpital par des interventions punitives, les sanctionnant pour en dissuader la répétition.

Les patients dont nous présenterons l'hospitalisation sont loin d'être passif face à ces éléments. Cherchant par exemple à rejeter l'étiquette de « malade mental » qui leur est apposée en clamant qu'ils n'ont pas besoin de prendre leur médication, à signifier qu'ils refusent de reconnaître la légitimité de l'autorité qu'on tente de leur imposer ou à affirmer leurs droits face à un régime qui tend souvent à les nier, ils s'opposent au personnel de l'institution. Mais les vécus à l'institution dont rendent compte nos sources ne se réduisent pas qu'à ces épisodes de résistances. Plusieurs, parfois les mêmes qui luttent à d'autres moments contre l'autorité du personnel, paraissent en fait avoir vécu à Saint-Michel-Archange des jours plus heureux. Certains accueillent par exemple positivement les soins, les loisirs et l'occupation auxquels ils y ont accès. Leur appréciation apparente, bien que parfois éphémère, de la vie à l'hôpital suggère qu'ils y trouvèrent un espace refuge, où ils pouvaient connaître une certaine stabilité, voir leurs besoins pris en charge et nouer des relations sociales. Nous reviendrons dans la conclusion de ce chapitre sur ce qu'impliquent ces

deux attitudes en apparence contradictoires mais pourtant bien présentes au sein des dossiers médicaux étudiés.

3.1. L'hôpital psychiatrique comme lieu de traitement de la maladie mentale

Selon la psychiatre et historienne Joanna Moncrieff, la fin des années 1920 marque le début d'une nouvelle ère dans le monde de la psychiatrie occidentale. L'introduction de la malariathérapie pour traiter certaines dégénération neurologiques sévères permet aux professionnels de ce domaine d'affirmer qu'ils sont désormais en mesure de soigner grâce à un traitement physique des affections en apparence incurables¹²¹. L'élaboration d'autres thérapies tout aussi innovantes, comme le coma insulinaire, l'ECT ou la lobotomie¹²², toutes introduites à Saint-Michel-Archange à la fin des années 1930 ou au début des années 1940¹²³, ne fit qu'accroître les ambitions thérapeutiques de la psychiatrie. La notion de soins acquiert alors une place prédominante dans le domaine de la psychiatrie, auparavant plus orienté vers la nosographie¹²⁴. Au cours de la décennie 1950 s'ajoute à cet éventail thérapeutique une nouvelle famille de médicaments à l'origine selon certains d'une « révolution psychiatrique » : les neuroleptiques.

Se succédait alors, depuis la découverte de la pénicilline au milieu de la décennie 1940, la synthèse de nouveaux médicaments suscitant l'enthousiasme ; comme le souligne Benoît Majerus, historien luxembourgeois de la psychiatrie : « the medical community seemed to find a new miracle cure every year: for example, the first anti-TB medicine (late 1940) and extended

¹²¹ Joanna Moncrieff, *The Bitterest Pills: The Troubling Story of Antipsychotic Drugs*, London, Palgrave Macmillan UK, Palgrave Macmillan, 2013, p. 22.

¹²² *Ibid.*, p. 24.

¹²³ Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 60.

¹²⁴ Benoît Majerus, « Surveiller, punir et soigner ?. Pratiques psychiatriques en Europe de l'Ouest du XIXe siècle aux années 1950 », *Histoire, médecine et santé*, n° 7 (2015), p. 54.

spectrum antibiotics¹²⁵ ». La chlorpromazine et les autres neuroleptiques lui ayant succédé ont bénéficié de cet optimisme thérapeutique. Une étude publiée en 1955 rapporte son étonnante efficacité : « In both acute and chronic cases of schizophrenia it has brought about total disappearance of symptoms for as long as one year. In small doses it produces marked alleviation of symptoms in the neuroses and other minor emotional disturbances¹²⁶. » Au Québec, quelques décennies plus tard, le psychiatre Jean-Claude Denis décrit les neuroleptiques comme l'équivalent pour la schizophrénie de « l'insuline pour le diabète » ou des « anticonvulsivants pour l'épilepsie¹²⁷. » Révolue était alors l'époque pendant laquelle les hôpitaux psychiatriques ne pouvaient qu'offrir un environnement favorisant le rétablissement naturel de leurs patients ; ces institutions seraient désormais le lieu où sont mis en œuvre des traitements physiques.

Dans quelle mesure l'éventail thérapeutique de l'hôpital psychiatrique concerne-t-il le retard mental ? La première édition du *DSM* publié par l'Association américaine de psychiatrie en 1952 le définit comme étant « a defect of intelligence existing since birth, without demonstrated organic brain disease or known prenatal cause¹²⁸ ». L'édition suivante publiée en 1968 en offre une définition somme toute similaire, bien que quelque peu élargie : « Mental retardation refers to subnormal general intellectual functioning which originates during the developmental period and is associated with impairment of either learning and social adjustment or maturation, or both¹²⁹ ». Rien n'implique dans ces diagnostics la nécessité de mettre en œuvre un quelconque traitement

¹²⁵ Benoît Majerus, « Making sense of the “chemical revolution”. Patients' voices on the introduction of neuroleptics in the 1950s », *Medical History*, vol. 60, n° 1 (2016), p. 57.

¹²⁶ John H. Moyer, Vernon Kinross-Wright et Milton Finney, « Chlorpromazine as a Therapeutic Agent in Clinical Medicine », *A. M. A. Archives of Internal Medicine*, vol. 95, n° 2 (février 1955), 217-218.

¹²⁷ Jean-François Denis, « Les antipsychotiques en psychiatrie », *Santé mentale au Québec*, vol. 6, n° 2 (novembre 1981), p. 69.

¹²⁸ The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1ere edition, Washington, American Psychiatric Association, 1952, p. 36.

¹²⁹ The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2e edition, Washington, American Psychiatric Association, 1968, p. 14.

physique. Tout au plus s'intéresse-t-on à l'époque au potentiel que peut révéler chez le retardé mental l'ergothérapie ou une éducation adaptée ; l'énoncé politique *À part... égale* de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) identifie par exemple en 1984 « les principaux secteurs d'interventions [auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle] » comme étant « la stimulation précoce des enfants, l'accès à la scolarisation, l'apprentissage des habitudes de travail et l'autonomie dans les activités de la vie sociale¹³⁰ ». Comment donc expliquer que, comme nous le verrons, les traitements physiques sont pourtant omniprésents au sein des dossiers médicaux étudiés ? Cela paraît trahir une intrication du thérapeutique et du sédatif, phénomène qui apparaît plus clairement encore lorsque l'on s'attarde à la façon dont est défini le rétablissement des patients à Saint-Michel-Archange

3.2. Le rétablissement des patients

Quels objectifs poursuivait le personnel de Saint-Michel-Archange lorsqu'il supervisait une séance d'ECT ou administrait divers médicaments psychotropes prescrits aux patients ? La réponse paraît à première vue évidente : tout traitement vise par définition la guérison, ou du moins l'amélioration de l'état de santé. Mais comment ces objectifs thérapeutiques sont-ils concrètement définis à Saint-Michel-Archange ? Ils y sont articulés sur l'idée d'un comportement idéal, caractérisé par une attitude calme et docile ainsi qu'une tendance au travail. C'est du moins ce que suggère l'étude de nos sources, et en particulier des correspondances entretenues par le surintendant Lucien Larue (1947-1964) auprès des proches des patients. Ces dernières, uniquement présente au

¹³⁰ *À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1984, p. 95.

sein de six des quatorze dossiers médicaux constituant notre corpus, sont en général initiées par des membres de la famille des patients s'enquérant leur état. La réponse qu'ils reçoivent fait état de la stagnation, de l'amélioration ou du déclin de la santé de leur proche, jugement qui est justifié par l'observation de divers comportements et attitudes considérés comme pathologiques. L'étude des notes infirmières, présentant elles aussi des constats généraux sur l'évolution des patients (« va bien », « va mieux », « est moins bien », etc.) étayés de remarques plus spécifiques, fait ressortir les mêmes éléments. Ce sont ces comportements et attitudes, devant être encouragés ou découragés, qui sont l'objet des traitements administrés.

Par exemple, Marie est admise à Saint-Michel-Archange le 23 novembre 1961 parce que « depuis deux jours la patiente crie continuellement ; elle a peur de mourir. [...] Très agitée, elle se tire les cheveux, déchire son linge, enlève ses vêtements, se frappe la tête contre les murs et se jette sur le plancher¹³¹. » Le 15 janvier 1962, le docteur Larue répond à sa mère s'enquérant de son état : « Nous devons vous dire que nous avons constaté une légère amélioration de l'état mental de votre fille [Marie] ; elle est plus calme, moins anxieuse, ne craint plus la mort comme auparavant¹³². » Selon cette même correspondance, elle fait par la suite quelques « rechutes¹³³ », se montre « très anxieuse et [vie] des états de panique¹³⁴. » Lorsque son état s'améliore, sa mère est informée de divers éléments encourageant : « le sommeil est d'une meilleure qualité¹³⁵ » et « elle est maintenant libérée de son anxiété, mais elle demeure cependant ralentie¹³⁶. » Le 17 décembre

¹³¹ *Dossier 12705*, « Histoire du cas », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹³² *Dossier 12705*, « Correspondance du 18 janvier 1962 », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹³³ *Dossier 12705*, « Correspondance du 26 février 1962 », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹³⁴ *Dossier 12705*, « Correspondance du 18 juin 1962 », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹³⁵ *Ibid.*

¹³⁶ *Dossier 12705*, « Correspondance du 18 juin 1962 », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

1962, la mère de Marie est finalement informée du fait que sa fille serait apte à partir en congé d'essai : « Votre fille a un bon comportement. Elle est docile, propre, s'occupe un peu. Elle s'alimente et dort bien. Elle pourrait bénéficier d'un congé¹³⁷. » Il réitère le mois suivant : « Votre fille, à mon avis, pourrait bénéficier d'un congé d'essai. [...] Elle s'est améliorée depuis l'été et encore depuis 2 mois, elle a beaucoup changé. Elle est gentille, rend service, se montre utile, etc¹³⁸. »

Une correspondance similaire est entretenue avec l'épouse d'André. Le docteur Larue l'informe ainsi le 18 janvier 1952, soit deux mois après son admission, que son état demeure problématique, bien qu'il existe certains signes encourageants : « [Votre mari] s'améliore et il n'est plus triste ni découragé ; mais il est un peu excité. Son rétablissement complet prendra encore quelque temps¹³⁹. » À sa demande, le docteur Larue écrit à nouveau à l'épouse d'André au sujet de l'état de son mari le 13 mars 1952 : « Pour faire suite à votre lettre, nous vous informons que votre époux n'est pas encore assez bien pour quitter l'hôpital. Il n'est plus mélancolique, mais il est dans un état contraire, excité, loquace, etc. Cependant, nous ne désespérons tout de même pas qu'il finisse par se calmer¹⁴⁰. » C'est le 5 mai 1952 que le docteur Larue lui annonce finalement que son mari est prêt à quitter l'hôpital¹⁴¹. Une note infirmière prise deux semaines plus tôt indiquait une « bonne amélioration » de son état. Il se montre alors « calme [et] demande à être libéré¹⁴². » André

¹³⁷ *Dossier 12705*, « Correspondance du 17 décembre 1962 », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹³⁸ *Dossier 12705*, « Correspondance du 18 janvier 1963 », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹³⁹ *Dossier 3558*, « Correspondance du 18 janvier 1952 », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁴⁰ *Dossier 3558*, « Correspondance du 13 mars 1952 », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁴¹ *Dossier 3558*, « Correspondance du 5 mai 1952 », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁴² *Dossier 3558*, « Notes infirmières [18 avril 1952] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

quitte finalement l'hôpital le 14 mai 1952, mais y est réadmis le 3 mars 1954. Après trois ans d'hospitalisation, le docteur Larue contacte à nouveau l'épouse d'André, le 7 juin 1957, pour l'informer du fait que son état de santé lui permet de bénéficier d'un congé d'essai (étape d'un processus de radiation pendant lequel le patient est suivi à l'extérieur de l'hôpital pendant six mois et au terme duquel peut être accordée la libération définitive) : « [Votre mari] est bien calme et docile à l'hôpital. Il travaille tous les jours pour se distraire et il a un bon comportement¹⁴³. »

Pour Pierre, comme pour plusieurs autres patients dont la famille semble avoir entretenu une correspondance moins fréquente avec l'institution, soit parce qu'elle n'entretient plus de contact avec leur proche hospitalisé ou parce qu'elle utilise d'autres canaux de communication pour entrer en contact avec les autorités de l'hôpital, ce sont les notes infirmières qui nous renseignent sur les évaluations qui sont faites de son état de santé. Le 3 juin 1963, se montrant « plus coopératif » et « souriant » on note qu'il « va mieux¹⁴⁴ ». Marie, selon ces mêmes sources, va bien en juin 1964 ; elle est alors « souriante [et] sociable. S'occupe à rendre service sur le département. S'alimente bien. Travaille à l'ouvrir tous les jours. Bon comportement¹⁴⁵. » Au contraire, Serge est « mal mentalement » selon les observations faites le 16 octobre 1963 ; il « fait du négativisme » et « refuse de prendre ses médicaments¹⁴⁶. »

Ces quelques exemples témoignent de la récurrence de certains thèmes dans les évaluations qui sont faites de l'état de santé des patients. Leur tendance à s'occuper, à se rendre utile ou à travailler semble avoir ainsi été fréquemment interprétée comme des signes encourageants. Mais

¹⁴³ *Dossier 3558*, « Correspondance du 7 juin 1957 », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁴⁴ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [3 juin 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁴⁵ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [16 juin 1964] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁴⁶ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [16 octobre 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

leur rétablissement se reconnaît avant tout par une attitude calme et docile, caractérisée par l'absence d'anxiété et d'excitation excessive ainsi qu'une coopérativité adéquate aux traitements. Thifault et Desmeules observaient d'ailleurs une même réalité au sein des dossiers médicaux de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Montréal : « De fait, la "meilleure" appréciation pourrait se résumer par cette note, des plus brèves et des plus courantes : "Calme. Docile. Travaille."¹⁴⁷ » L'omniprésence de ces thèmes paraît corroborer l'hypothèse posée précédemment selon laquelle le thérapeutique, orienté par définition vers la guérison du patient, et la sédation, geste visant à lui faire adopter un comportement calme, paraissent avoir été profondément intriqués à Saint-Michel-Archange. Le lien qui les unit paraît perdurer tout au long de la période couverte par nos sources.

Nous rejoignons ici une critique qui fut à maintes reprises adressée aux institutions psychiatriques quant à la nature des traitements qui y sont administrés. Le psychiatre Thomas Szasz suggère par exemple que le concept de sorcellerie du moyen âge tardif a aujourd'hui été remplacé par celui de maladie mentale, dans la mesure où il permet de supprimer les droits de certains individus aux comportements déviants pour leur imposer une idéologie dominante : « The mental patient's entry into and exit from the mental hospital are the climactic moments in this modern, pseudoscientific ritual. The patient enters as heretic and leaves as convert. Or he never leaves¹⁴⁸. » Autre critique éminent de la psychiatrie, le sociologue Ervin Goffman observe à partir d'une étude effectuée en 1956 et 1957 sur la vie des patients de l'hôpital Ste-Elisabeth de Washington qu'un régime disciplinaire dissimulé par un discours thérapeutique y régnait :

Le fait d'assurer la tranquillité nocturne du quartier en faisant absorber des somnifères aux malades [...] s'appelle médication ou traitement sédatif. [...] Parmi les raisons qui font accorder sa sortie à un malade, on peut citer le surpeuplement des quartiers, la rémission spontanée du trouble, ou le conformisme social inculqué au malade grâce aux vertus disciplinaires du système des quartiers. [...] Certaines transpositions

¹⁴⁷ Marie Claude Thifault et Martin Desmeules, *op. cit.*, 2014, p. 69.

¹⁴⁸ Thomas Szasz, *Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Reprint edition., Syracuse, N.Y, Syracuse University Press, 1997, p. 62.

verbales visent moins à traduire en termes médicaux les pratiques disciplinaires qu'à utiliser les pratiques médicales à des fins disciplinaires¹⁴⁹.

En 1996, David Cohen, professeur de l'École de service social de l'Université de Montréal, souligne quant à lui le « double mandat de soins et de détention » dont est depuis longtemps investie la psychiatrie :

Historiquement, la maîtrise du fou a d'abord consisté à maîtriser son corps, puisque dans le fou résidait une bête sauvage. Plus tard, avec les traitements-chocs, on dirige « l'assaut » plus spécifiquement vers le cerveau, mais leur administration requiert toujours un contact corporel entre fou et gardien. L'ingestion d'un médicament renforce le mandat de soins mais rend le contrôle plus efficace et implique encore moins de contact : des centaines de patients sont traités quotidiennement. Finalement, avec l'arrivée des neuroleptiques retard au début des années soixante-dix, une seule injection intramusculaire aux quatre à six semaines suffit à maintenir le patient sous l'effet du médicament¹⁵⁰.

Cette intrication du thérapeutique et du sédatif, dont témoignent à Saint-Michel-Archange la description qu'offrent les notes infirmières ainsi que les correspondances du surintendant Larue et qui est généralisé dans le monde de la psychiatrie institutionnelle selon Goffman et Cohen, a, comme nous le verrons dans la prochaine section, un impact clair sur les traitements physiques qu'y subissent les patients.

3.3. Les traitements physiques et la sédation

Cette fonction de contrôle de l'individu est sans surprise reflétée dans l'usage qui est fait des barbituriques et autres substances aux propriétés similaires qui dominent la psychopharmacologie avant l'arrivée des neuroleptiques (voir tableau 6)¹⁵¹. Utilisés comme

¹⁴⁹ Erving Goffman, *Asiles*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968, p. 433-434.

¹⁵⁰ David Cohen, « Les « nouveaux » médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé? », *Sociologie et sociétés*, vol. 28, n° 2 (1996), p. 23.

¹⁵¹ Isabelle Perreault et Michel Guilbault, « Des molécules dans la fosse aux serpents », Marie Claude Thifault et Henri Dorvil, éd., *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2014, p. 52.

hypnotiques (induisant un état de somnolence) ou sédatifs, ils sont habituellement administrés pour contrôler l'excitation ou l'anxiété excessive d'un patient. Ainsi, du seconal est prescrit à Marguerite trois jours après son arrivée à l'hôpital alors qu'elle se montre « réticente, pleure [et] ne veut pas rester ici¹⁵² ». Admise à Saint-Michel-Archange le 6 février 1951, deux barbituriques (seconal et nembutal) lui sont prescrits lors de son premier mois d'hospitalisation¹⁵³. Le 7 mai 1953, ayant depuis quelque temps un « bon comportement¹⁵⁴ », son traitement pharmaceutique est discontinué. Claude présente quant à lui un comportement délirant, agressif et anxieux au début de son hospitalisation¹⁵⁵. Le 8 octobre 1951, jour de son entrée à Saint-Michel-Archange, il est « mis en cellule sous contention parce qu'il cherche à s'évader¹⁵⁶. » Présentant une excitation excessive et un comportement violent, frappant notamment un gardien le 10 octobre 1951¹⁵⁷, il est gardé en cellule d'isolement jusqu'au 30 novembre 1951. Il reçoit alors différents somnifères et barbituriques avant d'être finalement intégré aux autres patients de son unité. Lorsqu'il quitte la cellule d'isolement, les notes infirmières le décrivent comme « docile – se soumet bien au règlement¹⁵⁸ ».

Claude fait également l'expérience lors de ses premières semaines à Saint-Michel-Archange d'un traitement qui occupe une place plus complexe au sein de l'arsenal thérapeutique

¹⁵² *Dossier 2726*, « Notes infirmières [6-7 février 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁵³ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [9 février 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 2726*, « Notes infirmières [2 mars 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁵⁴ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [18 avril 1953] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁵⁵ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [8 octobre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁵⁶ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [8 octobre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁵⁷ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [10 octobre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁵⁸ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [30 novembre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

de la psychiatrie : l'ECT. D'abord mise au point en Italie en 1938, ce traitement bénéficia en l'espace de quelques années d'une diffusion fulgurante en Europe et en Amérique du Nord¹⁵⁹. Elle suscita à partir du début de la décennie 1940 l'optimisme de plusieurs membres de la communauté médicale ; J. J. Geoghegan, directeur de la Shock Therapy Division de l'hôpital psychiatrique de London en Ontario, écrit en 1947 :

It is the opinion from observations made at this centre, that shock therapy administered daily to the newly admitted patient with acute psychogenic delirium, commonly renders such patient free from the acute symptoms within three or four days. [...] This is particularly the case in the manic phase of manic-depressive psychosis, where the patient is often completely freed of all symptoms within a week [...] and in schizophrenic delirium, where the patient is very often relieved of his acute symptoms within a few days¹⁶⁰.

À partir des années 1960, l'ECT perd peu à peu de sa popularité ; la parution de livres particulièrement critiques de cette thérapie, comme *One Flew over the Cuckoo's Nest* de Ken Kesey en 1962 adapté au cinéma en 1975, l'autobiographie semi-fictionnelle *The Bell Jar* de Sylvia Plath en 1963, *Law, Liberty, and Psychiatry* de Thomas Szasz en 1964, *Savage Sleep* de Millen Brand en 1968 ou *Women and Madness* de Phyllis Chesler en 1972, combinée à l'émergence de mouvements antipsychiatriques et à la popularité croissante que connurent les neuroleptiques et les antidépresseurs à partir de la deuxième moitié de la décennie 1950, freinèrent son utilisation. En 1980, l'ECT était virtuellement absente des hôpitaux psychiatriques publics aux États-Unis¹⁶¹. Pareil déclin s'observe également au Québec ; alors que 25 % des patients traités au service de psychiatrie de l'hôpital de l'Enfant Jésus de Montréal entre 1950 et 1956 subirent une ECT¹⁶², ce

¹⁵⁹ Hervé Guillemain, « Les effets secondaires de la technique. Patients et institutions psychiatriques au temps de l'électrochoc, de la psychochirurgie et des neuroleptiques retard (années 1940-1970) », *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, vol. 67, n° 1 (2020), p. 75.

¹⁶⁰ J. J. Geoghegan, « The "Shock Therapies" at the Ontario Hospital, London », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 56, n° 1 (Janvier 1947), p. 15.

¹⁶¹ Edward Shorter, *Shock therapy: a history of electroconvulsive treatment in mental illness*, New Brunswick, N.J., Rutgers University Press, 2007, p. 145.

¹⁶² C. A. Gauthier, Maurice Coulombe, René Pion et Jacques Turmel, « Un aspect du traitement psychiatrique en hôpital général : l'électroplexie », *Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 2, n° 2 (avril 1957), p. 96.

traitement ne fut administré qu'à 0,08 % des patients traités pour troubles mentaux dans l'ensemble de la province en 2016¹⁶³.

Peu importe les débats qui subsistent encore aujourd'hui sur l'ECT et ses vertus thérapeutiques, il est généralement admis que certains hôpitaux psychiatriques en firent un usage critiquable par le passé. Selon un communiqué du National Institutes of Health (NIH) des États-Unis émis en 1985, « its use as a means of managing unruly patients, for whom other treatments were not then available, contributed to the perception of ECT as an abusive instrument of behavioral control for patients in mental institutions for the chronically ill¹⁶⁴. » On peut d'ailleurs difficilement s'étonner de la pratique que décrit le NIH. La capacité de l'ECT à changer le comportement des patients pour les rendre plus facilement gérables avait en effet été régulièrement vantée par le passé par ses promoteurs. A. L. MacKinnon du Homewood Sanitorium en Ontario soutient ainsi en 1948 que l'ECT « alleviates the symptoms in many cases in which it does not shorten the illness, thus making the patient more comfortable and materially relieving the nursing burden¹⁶⁵. » Deux ans avant le communiqué du NIH, les psychiatres J. J. Jeffries et V. M. Rakoff de l'Université de Toronto vont plus loin ; selon eux, pour certains patients « who do not settle with physical restraints [...] or sedatives [...] ECT should be considered the "restraint of choice"¹⁶⁶ ». Bien sûr l'utilisation qui est faite de l'ECT à Saint-Michel-Archange ne se réduit pas uniquement à ce que décrivent Jeffries et Rakoff. Le parcours de certains patients, comme Juliette

¹⁶³ Morgane Lemasson et al., Profil d'utilisation de l'électroconvulsivothérapie au Québec, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, p. 1.

¹⁶⁴ National Institutes of Health, « Electroconvulsive Therapy », *Consensus Development Conference Statement*, 10-12 juin 1985.

¹⁶⁵ A. L. MacKinnon, « Electric Shock Therapy in a Private Psychiatric Hospital », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 58, n° 5 (mai 1948), p. 483.

¹⁶⁶ J. J. Jeffries et V. M. Rakoff, « ECT As a Form of Restraint », *Canadian Journal Psychiatry*, vol. 28, n° 12 (décembre 1983), p. 662.

qui se montre loquace et souriante après six séances¹⁶⁷ alors qu'on la disait auparavant « indifférente à ses alentours¹⁶⁸ », témoigne en fait d'une utilisation qui semble y être tout à fait contraire.

Mais la plupart des traitements d'ECT dont rendent compte les sources étudiées semblent avoir eu au moins en partie des visées sédatives. Marie par exemple débute un traitement alors qu'elle est « en rechute », étant alors « très agitée », pleurant constamment et exprimant sa crainte de « mourir¹⁶⁹ ». Mise en cellule d'isolement le 14 février 1962, un ajustement de sa médication un jour plus tard échoue à la calmer¹⁷⁰. Elle subit une première série d'ECT du 19 février au 4 avril 1962 à la suite de laquelle elle se montre « calme et docile¹⁷¹ ». Ce genre d'observations fréquemment rapporté au sein des notes infirmières à la fin des séances semble destiné à confirmer la réussite du traitement, l'absence d'anxiété ou d'excitation exagérée chez un patient étant, comme on l'a vu, interprétée comme des signes encourageants quant à son état de santé. André est ainsi décrit comme « calme¹⁷² » après cinq séances d'ECT, alors qu'il se montrait auparavant « euphorique [et] excité¹⁷³ ». Même chose pour Serge qui affichait un comportement agressif et

¹⁶⁷ *Dossier 11319*, « Notes infirmières [1^{er} mai 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁶⁸ *Dossier 11319*, « Notes infirmières [19 avril 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁶⁹ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [14 février 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁷⁰ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [19 février 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 12705*, « Notes infirmières [4 avril 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁷¹ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [9 avril 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁷² *Dossier 3558*, « Notes infirmières [18 avril 1952] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁷³ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [14 février 1952] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

refusait de coopérer à son traitement jusqu'à ses premières séances d'ECT en octobre 1963 après lesquels il se montre : « moins agressif¹⁷⁴ » et affiche une « meilleure coopération¹⁷⁵ ».

Lorsque les derniers patients de notre corpus entrent à Saint-Michel-Archange, le recours à cette thérapie dans les hôpitaux amorce déjà un lent déclin à la faveur des neuroleptiques introduits à Saint-Michel-Archange au milieu de la décennie 1950¹⁷⁶. Tous les individus dont le parcours a été étudié ont ainsi reçu des neuroleptiques lors de l'un ou l'autre de leurs séjours à Saint-Michel-Archange alors qu'à peine la moitié d'entre eux y ont subi des séances d'ECT¹⁷⁷. Leur dossier médical témoigne de plus d'un usage rarissime de cette thérapie à partir du début des années 1980. L'effacement progressif de l'ECT, qui, sans avoir été la pratique barbare qui fut parfois dénoncée¹⁷⁸, n'en remplissait pas moins une fonction de contrôle des patients, et la popularité grandissante des neuroleptiques mettent-ils un terme au flou qui persistait jusqu'alors entre thérapie physique et sédation ? On peut en douter. Il faut dire que les premières recherches effectuées sur les neuroleptiques dans le champ de la psychiatrie conçoivent leur mode d'action comme étant avant tout une forme singulière de sédation¹⁷⁹. Heinz Lehmaan du Verdun Protestant Hospital de Montréal, pionnier de la psychopharmacologie en Amérique du Nord, écrit ainsi en 1955 :

[Chlorpromazine] acts on the central nervous system in a specific manner by producing inhibition of motor, autonomic and affective functions without clouding of the sensorium or gross reduction of intellectual efficiency. A patient under the influence of chlorpromazine will be drowsy and may sleep lightly most of the time but he can be easily awakened, engage in rational conversation and will fall asleep again when not stimulated. It is this selective inhibitory action on the central nervous system, in

¹⁷⁴ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [30 octobre 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁷⁵ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [4 novembre 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁷⁶ Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 74.

¹⁷⁷ Les patients de notre corpus ayant subi un traitement d'ECT sont Claude, Juliette, Marie, Pierre, Serge, André et Denise.

¹⁷⁸ Il est notamment à noter qu'à partir du milieu de la décennie 1950, l'ECT est administré aux patients de Saint-Michel-Archange sous anesthésie générale et sous curare. Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 74.

¹⁷⁹ Joanna Moncrieff, *op. cit.*, 2013, p. 38.

particular in the sphere of motor and emotional functions, that makes the drug interesting to the psychiatrist¹⁸⁰.

Lehmann modifie toutefois sa conception de l'action de la chlorpromazine dès 1957, affirmant qu'elle agit sur plusieurs « acute and chronic psychotic conditions¹⁸¹ », ayant un effet se rapprochant de celui de l'insuline sur le diabète ou des tonicardiaques sur les problèmes cardiaques. Cette conception du mode d'action des neuroleptiques tarde toutefois à s'affirmer. Le rapport Bédard déposé en 1962 ne semble ainsi reconnaître aucune spécificité aux neuroleptiques, regroupant sommairement la médication utilisée à Saint-Michel-Archange en trois catégories : les tranquillisants, les antidépresseurs et les anti-convulsants¹⁸². Ce n'est qu'au cours de la décennie 1970 que se généralise l'idée selon laquelle les neuroleptiques ont des propriétés résolument antipsychotiques distinctes de leurs effets sédatifs¹⁸³. Ayant pendant longtemps fait figure de consensus, cette dernière conception de leur mode d'action est aujourd'hui remise en question par plusieurs. Ainsi, selon Joanna Moncrieff, figure éminente du Critical Psychiatry Network, l'altération des symptômes d'un patient ayant reçu des neuroleptiques résulte avant tout des effets sédatifs et léthargiques du médicament¹⁸⁴. Induisant chez les patients une diminution de l'excitation (similaire à ce que peuvent produire d'autres sédatifs) et un état émotionnel d'indifférence, ces psychotropes constituent selon elle « the ultimate chemical straightjacket¹⁸⁵ ».

Conformément à ce que soutient Moncrieff, l'étude de nos sources révèle une utilisation des neuroleptiques visant à pallier l'excitation ou l'agressivité occasionnelle des patients. Ils sont

¹⁸⁰ Heinz Lehmann, « Chlorpromazine in Psychiatric Conditions », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 72, n° 1 (Janvier 1955), p. 92.

¹⁸¹ Cité dans Joanna Moncrieff, *op. cit.*, 2013, p. 48.

¹⁸² Dominique Bédard, Denis Lazure, et Charles A. Roberts, Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, Ministère de la santé de la province de Québec, 1962, p. 39.

¹⁸³ Joanna Moncrieff, *op. cit.*, 2013, p. 55.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 8.

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 150.

ainsi souvent prescrits accompagnés de l'annotation « si agitée¹⁸⁶ », « P.R.N. [au besoin]¹⁸⁷ » ou « si agressif¹⁸⁸ ». Le calme et la docilité des patients demeurent de plus régulièrement évoqués pour évaluer l'efficacité des neuroleptiques. Le docteur Estévez décrit ainsi le 5 avril 1972 l'effet qu'ont eu le trilafox et la stélazine, qu'il désigne comme étant des tranquillisants, sur le comportement d'André : « il est au Pavillon Dufrost depuis 1963 présentant au début [une] certaine instabilité et des crises de colère ; il présentait aussi des troubles de l'humeur et du caractère mais il serait devenu calme, docile tolérable avec une médication tranquillisante¹⁸⁹. » Pierre obtient quant à lui un congé de l'hôpital le 27 mai 1962¹⁹⁰ après une hospitalisation de 22 jours¹⁹¹ pendant laquelle on lui prescrit du plexonal, du phénergan, du largactil et du stélazine. Alors qu'on le dit « halluciné » et sans « auto-critique¹⁹² » à son entrée à l'hôpital, on note à la suite de ce traitement : « Malade calme. Bon comportement. Amélioration de l'état mental. Rectification satisfaisante. Travaille chaque jour à la lingerie¹⁹³. » Admis à nouveau à Saint-Michel-Archange le 21 septembre 1974, son hospitalisation présente un même schéma. L'infirmière note d'abord à son arrivée : « Très anxieux, sueur abondante. [...] "je suis dans les ténèbres et j'ai peur"¹⁹⁴. » Après ajustement de sa médication (composée exclusivement de neuroleptiques), Pierre se montre à partir du 17 octobre 1974 « moins

¹⁸⁶ *Dossier 2851*, « Fiche d'inscription d'ordonnances médicales [6 mars 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁸⁷ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [23 décembre 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁸⁸ *Dossier 12362*, « Fiche d'inscription d'ordonnances médicales [23 mai 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁸⁹ *Dossier 3558*, « Notes évolutives & ordonnances médicales [4 mai 1972] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁹⁰ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [27 mai 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁹¹ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [5 mai 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁹² *Ibid.*

¹⁹³ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [22 mai 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁹⁴ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [21 septembre 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

agressif¹⁹⁵ » et est « de meilleure humeur¹⁹⁶ ». Il obtient ensuite un congé de l'hôpital le 29 octobre 1974. Serge est dans un état plus critique lorsqu'il est admis à Saint-Michel-Archange pour la première fois. L'infirmière note alors : « discours incohérents, délirant. Parle du téléphone et du "spot light" qui s'allume et qui s'éteint. [...] Désorienté dans le lieu et le temps. Ne reste pas vêtu. Se couche sur le parquet. Tire son matelas sur le plancher. Ne coopère pas du tout. Mis en cellule¹⁹⁷. » Lors de ses trois premiers jours à Saint-Michel-Archange, Serge reçoit du gardéal, puis du dilantin, du largactil et du phénergan. Ces prescriptions ont d'abord peu d'effet sur lui. Il demeure tout aussi agité et « crie [et] frappe après le mur¹⁹⁸ ». Il est alors « mis sous gilet¹⁹⁹ ». Des crises épileptiques fréquentes compliquent davantage le traitement de Serge. L'administration de dilantin deux fois par jour semble finalement porter fruit à partir du 19 septembre 1961 ; il se montre alors « calme²⁰⁰ », mais également « confus » et « somnolent²⁰¹ ». Transféré d'unité le 27 septembre 1961, il « se chicane en arrivant sur le [département] » et est « mis en cellule et sous gilet par prudence²⁰² ». Sa médication est alors ajustée pour y inclure du gardéal.

Ces observations témoignent d'une réalité également observée par Claudia Malacrida dans le cadre de ses travaux portant sur la Provincial Training School de Red Deer en Alberta entre 1923

¹⁹⁵ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [17 octobre 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁹⁶ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [18 octobre 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁹⁷ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [16 septembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁹⁸ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [18 septembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

¹⁹⁹ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [18 septembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁰⁰ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [19 septembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁰¹ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [23 septembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁰² *Dossier 12416*, « Notes infirmières [27 septembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

et 1977. Bien que l'institution était alors dédiée à l'hébergement d'individus ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle (ne présentant donc pas nécessairement de diagnostic de trouble de santé mentale), elle observe que les médications psychoactives comme les neuroleptiques et les barbituriques y sont « seemingly ubiquitous as a form of preventive and reactive treatment²⁰³ ». Elle aussi semble pointer vers une intrication du thérapeutique et du sédatif, les comportements problématiques des patients étant interprétés comme des symptômes troubles mentaux et donc nécessitant d'être « traités » à l'aide de médications aux propriétés sédatives :

The individuals who refused dinner, complained on being roused from bed, disliked their food, or refused their regular medications were not responded to as reasoned social actors who were not hungry, who disliked institutional food, who did not want to get out of bed or go to work, or who wanted to be less heavily drugged. Rather, they were reacted to as a crazed person, to be tranquilized and neutralized medically²⁰⁴.

3.4. Le punitif

Si nos sources témoignent clairement de la dimension sédative du traitement administré à Saint-Michel-Archange, les gestes punitifs, visant à sanctionner les comportements jugés répréhensibles d'un individu pour en dissuader la répétition, y sont plus difficilement discernables. Ils sont pourtant bien présents au sein du récit qu'a rédigé Jean-Charles Pagé de son hospitalisation à Saint-Jean-de-Dieu entre 1960 et 1961. Il rapporte par exemple ce dialogue entre un gardien et Tom, un patient, critiquant trop vivement ses conditions d'hospitalisations :

- Fais bien attention à ce que tu vas dire, Tom. Tu peux goûter à la cellule.
- Je le sais. La cellule, la camisole, *en blanc*, les *salles-en-arrière*, c'est tout ce que vous savez dire. Vous avez le haut du pavé, et vous utilisez la menace. Toujours la menace. À ce régime, fou ou pas fou, on finit par le devenir²⁰⁵ !

²⁰³ Claudia Malacrida, *op. cit.*, 2015, p. 182.

²⁰⁴ *Ibid.*, p. 187.

²⁰⁵ Jean Charles Pagé, *Les fous crient au secours !*, Montréal, Écosociété, 2018, p. 44.

Or, les différents usages de la contrainte physique, sous forme de contention ou d'isolement, rapportés dans les dossiers médicaux étudiés sont systématiquement décrits comme ne visant que la neutralisation d'un comportement menaçant la sécurité du personnel de l'hôpital ou le bien être des patients. Serge est ainsi mis sous contention le 25 juin 1965 parce qu'il « devient agressif²⁰⁶ », Raymond est mis en cellule le 28 avril 1965 parce qu'il « veut se battre avec les autres²⁰⁷ », Claude est mis en isolement le 29 juillet 1966 parce qu'il « est intolérable sur la salle [et] s'attaque aux patients²⁰⁸ » et Marguerite est « mise en cellule sous gilet » le 14 mars 1951 parce qu'elle cherche à s'évader²⁰⁹.

Si l'utilisation de la contrainte physique semble être plus marquée par une dimension punitive dans le récit de Pagé que dans nos sources, c'est peut-être dû à la nature des documents utilisés pour notre étude. Rappelons que Goffman avait lui aussi dit être témoin d'une utilisation punitive de la cellule d'isolement, remplissant essentiellement un rôle similaire au « trou » du milieu carcéral. La visée réelle de la mise en isolement était toutefois camouflée par une transposition du langage la faisant passer pour thérapeutique : « elle devient un endroit où, en égard à son inaptitude à maîtriser ses impulsions, le malade pourra se sentir à l'aise²¹⁰. » Il demeure donc possible que la contrainte physique ait parfois d'abord été utilisée dans une visée punitive, puis ait été justifiée autrement lors de la rédaction des documents qui constituent nos sources.

Nos sources témoignent néanmoins de la présence à Saint-Michel-Archange de certains gestes résolument punitifs, mais ils sont plutôt liés au refus d'accorder certains privilèges ou à leur

²⁰⁶ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [25 juin 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁰⁷ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [28 avril 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁰⁸ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [29 juillet 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁰⁹ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [14 mars 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²¹⁰ Erving Goffman, *op. cit.*, 1968, p. 433.

suspension. La perspective de rejoindre ou au contraire de quitter un département apprécié pouvait par exemple être utilisée pour inciter à adopter un bon comportement. Ainsi, étant « très grossière envers le personnel » et refusant d'aller travailler, Monique est transférée le 4 mars 1976 de l'unité 4C, qu'elle affectionne particulièrement, au 5A pour une journée²¹¹. Le 29 novembre 1976, elle est à nouveau transférée au 5A, cette fois pour une durée indéterminée, parce qu'elle « n'écoute plus du tout, fume dans les toilettes, dans le salon de coiffure, se lève même la nuit pour fumer. Picosse continuellement ses compagnes, provoque des chicanes. Boude, nous promet de faire mieux mais recommence aussitôt²¹². » Une fois arrivée au 5A, l'infirmière constate qu'elle « est un peu déçue d'être avec nous²¹³ ». Son comportement s'y améliore toutefois rapidement et, à peine quatre jours plus tard, elle est « jugée apte à retourner sur son département. Très heureuse de ce fait²¹⁴ ». De retour au 4C on la dit « remplie de bonnes dispositions, heureuse d'être de retour²¹⁵ ». Quelques mois plus tard, son comportement se détériorant à nouveau, Monique est transférée au 5A pour huit jours²¹⁶. De retour sur son département le 7 mars 1977, elle promet d'être sage pendant un mois²¹⁷. À peine dix jours plus tard, l'infirmière note : « cliente bien malcommode, n'arrête pas de chialer. Fut invitée à 2 reprises à aller dans sa chambre mais ne veut pas y rester. S'en prend à ses

²¹¹ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [4 mars 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²¹² *Dossier 12397*, « Notes infirmières [29 novembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²¹³ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [29 novembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²¹⁴ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [2 décembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²¹⁵ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [2 décembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²¹⁶ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [28 février 1977] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²¹⁷ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [7 mars 1977] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

compagnes, parle fort²¹⁸. » Monique est finalement transférée définitivement au 5A le 12 avril 1977²¹⁹.

Marie est quant à elle transférée au 4C à sa demande le 30 septembre 1971. Son transfert est justifié par le fait qu'elle « a fait beaucoup d'effort pour s'améliorer²²⁰ ». Son comportement se détériore toutefois progressivement. Le 6 février 1972, l'infirmière note : « Mécontente ce matin. Parle seule à voix haute dans sa chambre. [...] Répète les mêmes choses. Trépigne, pleure, frappe du pied. Je lui fais remarquer qu'elle a une conduite qui ne peut se tolérer au 4C. Répond qu'elle veut rester au 4C et arrête immédiatement. Redevient de bonne humeur²²¹. » D'autres méthodes sont ensuite utilisées pour faire adopter à Marie un meilleur comportement. Le 11 février 1972, le docteur Savard lui dit qu'elle pourra aller à la danse organisée prochainement « seulement si elle le mérite i.e. être à l'heure, ne pas "bougonner", ni se fâcher²²² ». Marie faisant plusieurs « crises de larmes²²³ » les jours suivant sa rencontre avec le docteur Savard, elle ne participe finalement pas à la danse du 18 février ; elle-même « avoue ne pas l'avoir mérité par sa conduite²²⁴. » Ayant par la suite « montré beaucoup de bonne volonté²²⁵ », on lui accorde la permission de se rendre à la danse de la semaine suivante.

²¹⁸ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [12 avril 1977] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²¹⁹ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [17 mars 1977] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²²⁰ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [2 décembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²²¹ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [6 février 1972] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²²² *Dossier 12705*, « Notes infirmières [11 février 1972] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²²³ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [16 février 1972] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²²⁴ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [18 février 1972] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²²⁵ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [24 février 1972] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

3.5. Les loisirs et l'occupation

Comme les traitements physiques, les loisirs et occupations ont eux aussi une place ambiguë au sein du quotidien à Saint-Michel-Archange des patients dont nous avons étudié le parcours. Ces activités paraissent d'abord s'inscrire dans une logique thérapeutique, étant depuis longtemps théorisées comme des apports importants pour le rétablissement des personnes internées en psychiatrie. Déjà une idée phare du traitement moral tel qu'élaboré par Philippe Pinel au début du XIXe siècle²²⁶, l'occupation des malades mentaux connaît un renouveau au début du XXe siècle grâce à la naissance et au développement de l'ergothérapie, ou occupational therapy dans le monde anglo-saxon. Au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, deux écoles de pensée coexistent sur les vertus du travail thérapeutique. Il permet selon la première, concevant la maladie comme le fruit de dysfonctionnements de systèmes corporels ou nerveux, de restaurer les capacités d'un individu en exerçant son endurance physique et mentale²²⁷. La deuxième, ancrée dans la psychanalyse, conçoit plutôt le travail comme permettant aux patients de révéler, d'exprimer et d'explorer leurs troubles, ouvrant notamment la voie à l'art thérapie²²⁸. L'ergothérapie peut par ailleurs s'appuyer au Québec sur une communauté professionnelle structurée depuis la création en 1930 de la Quebec Society for Occupational Therapy²²⁹.

La pertinence thérapeutique des loisirs et occupations étant ainsi théorisée depuis le XIXe siècle, ils sont déjà bien intégrés aux traitements mis en œuvre à Saint-Michel-Archange lorsque

²²⁶ Ben Harris, « Therapeutic work and mental illness in America, c. 1830-1970 », Waltraud Ernst et Waltraud Ernst, éd., *Work, psychiatry and society, c. 1750–2015*, Manchester, University Press, 2016, p. 57.

²²⁷ Jennifer Laws, « Crackpots and basket-cases: a history of therapeutic work and occupation », *History of the human sciences*, vol. 24, n° 2 (2011), p. 73.

²²⁸ *Ibid.*, p. 74.

²²⁹ Julien Prud'homme, *Professions à part entière: histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2011, p. 35.

les premiers patients dont nous avons étudié le parcours y sont admis²³⁰. On note par exemple en juin 1962 que Fernand « va aux occupations thérapeutiques²³¹ », activité que fréquente également en septembre de la même année Marie, et que Juliette suit des ateliers de couture²³². La plupart des occupations dont rendent compte les dossiers médicaux étudiés lors des décennies 1950 et 1960 semblent avoir contribué au maintien de l'institution. On note ainsi que Marguerite « aide au ménage²³³ » en février 1952, qu'elle « rend service sur la salle²³⁴ » en avril 1954 et qu'elle travaille au réfectoire des religieuses en juin 1960²³⁵. Gaston travaille quant à lui entre 1952 et 1955 « aux blocs de ciment²³⁶ », « à la neige²³⁷ » et « à l'étable²³⁸ » où travaille également Réal en août 1963²³⁹. D'autres travaillent à la cuisine de l'hôpital, comme André²⁴⁰ et Juliette²⁴¹, à la blanchisserie, comme Pierre²⁴², ou encore à la chaufferie, comme Raymond²⁴³.

²³⁰ Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 34.

²³¹ *Dossier 12269*, « Notes infirmières [25 juin 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²³² *Dossier 11319*, « Notes infirmières [13 février 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²³³ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [1^{er} février 1952] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²³⁴ *Dossier 2726* « Notes infirmières [10 avril 1954] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²³⁵ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [13 juin 1960] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²³⁶ *Dossier 2905*, « Notes infirmières [24 mars 1955] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²³⁷ *Dossier 2905*, « Notes infirmières [3 février 1955] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²³⁸ *Dossier 2905*, « Notes infirmières [1^{er} février 1952] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²³⁹ *Dossier 12185*, « Notes infirmières [30 août 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁴⁰ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [16 novembre 1954] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁴¹ *Dossier 11319*, « Notes infirmières [13 février 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁴² *Dossier 12362*, « Notes infirmières [22 mai 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁴³ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [29 septembre 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Les auteurs du rapport Bédard se font d'ailleurs critiques de l'occupation des patients de Saint-Michel-Archange par ces tâches n'étant pas suffisamment axées sur leur rétablissement :

Beaucoup de patients sont assignés à un travail [à la cuisine, à la cafétéria, à l'entretien ménager, aux soins vestimentaires et à la ferme]. Cette forme d'activités qui est à différencier de la thérapie d'occupation n'a pas, à notre avis, la valeur thérapeutique qu'elle devrait avoir. [...] Les ateliers de thérapie d'occupation sont dignes de mention, mais ils n'accommodent qu'une portion très infime des patients et leur personnel n'a pas les qualifications requises. Les loisirs sont cependant plus nombreux, mais ne touchent la généralité des malades. Ils comprennent une variété d'activités sportives et récréatives et tous les départements sont munis d'appareils de télévision et de radio. Les cours intérieures constituent les principaux espaces aménagés pour les activités des malades à l'extérieur.

Les commissaires recommandent ainsi la création à Saint-Michel-Archange d'un service d'occupation thérapeutique et d'activités récréatives et que « des locaux beaucoup plus spacieux soient mis à la disposition de l'occupation thérapeutique et des activités récréatives²⁴⁴. » Les notes infirmières faisaient auparavant état de divertissements peu élaborés ; on note par exemple le 6 mai 1961 que Denise s'amuse avec une poupée sur la salle²⁴⁵ et que Juliette regarde la télévision le 28 janvier 1961²⁴⁶. Une attention accrue semble avoir été portée aux loisirs après 1962. Il est ainsi noté que Marie « participe aux jeux²⁴⁷ », fait parfois des casse-tête²⁴⁸, prend régulièrement part à l'atelier d'art thérapie²⁴⁹ et participe aux soirées de danse²⁵⁰ et que Marguerite « participe aux

²⁴⁴ Dominique Bédard, Denis Lazure, et Charles A. Roberts, Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, Ministère de la santé de la province de Québec, 1962, p. 39.

²⁴⁵ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [6 mai 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁴⁶ *Dossier 11319*, « Notes infirmières [28 janvier 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁴⁷ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [12 juin 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁴⁸ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [28 septembre 1964] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁴⁹ *Dossier 11268*, « Atelier d'art thérapie [12 janvier 1970] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁵⁰ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [20 septembre 1971] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

activités de la salle²⁵¹ » en 1962 et « s'intéresse à la musique depuis quelque temps²⁵² » en 1964. Plusieurs fréquentent à la même époque la salle de quilles de l'hôpital, comme Réal²⁵³, Fernand²⁵⁴, qui joue également « aux pichenottes²⁵⁵ » et « s'occupe à jouer aux cartes²⁵⁶ », et Pierre qui prend aussi part aux activités de gymnastiques, va régulièrement la salle de cinéma²⁵⁷, « joue du piano [...] de façon assez adéquate²⁵⁸ » et « participe aux activités physiques²⁵⁹ ». André fréquente quant à lui régulièrement la piscine de l'institution en 1974²⁶⁰.

Les patients semblent par ailleurs avoir bénéficié à partir des années 1960 d'un accès accru aux activités d'ergothérapie ; on note que Monique « s'occupe au tricot à la salle²⁶¹ » en août 1966, qu'André « apprend à faire des tapis²⁶² » en avril 1971, que Claude participe « assez bien au bricolage sur la salle et aux activités sportives dirigées²⁶³ » en janvier 1974 et que Raymond « participe activement à l'ergothérapie sur le département²⁶⁴ » en août 1986. Sont aussi offertes

²⁵¹ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [30 mars 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁵² *Ibid.*

²⁵³ *Dossier 12185*, « Notes infirmières [11 octobre 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁵⁴ *Dossier 12269*, « Notes infirmières [22 août 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁵⁵ *Dossier 12269*, « Notes infirmières [4 avril 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁵⁶ *Dossier 12269*, « Notes infirmières [15 octobre 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁵⁷ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [28 février 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁵⁸ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [9 septembre 1990] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁵⁹ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [27 janvier 2005] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁶⁰ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [21 juillet 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁶¹ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [22 août 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁶² *Dossier 12416*, « Notes infirmières [23 avril 1971] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁶³ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [11 janvier 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁶⁴ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [26 août 1986] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

aux patients à partir des années 1960 différentes activités à l'extérieur de l'hôpital. Ainsi, Marguerite va « avec un groupe de malades sous surveillance à l'aquarium²⁶⁵ » en juillet 1968, Raymond va au parc safari en janvier 1969²⁶⁶, Denise est « en voyage au jardin zoologique²⁶⁷ » le 18 septembre 1969, Monique sort au Parc Montmorency en août 1971²⁶⁸ et passe plusieurs semaines au sein d'une colonie de vacances à l'île d'Orléans lors de l'été 1975²⁶⁹ et Serge va à la cabane à sucre²⁷⁰ en avril 1973.

L'utilité de ces activités pour le rétablissement des patients est souvent soulignée au sein des rapports annuels de l'hôpital. Guy Savard, chef de service du pavillon La Jemmerais, écrit ainsi dans celui de 1970 que leurs sorties à l'extérieur leur permettent de reprendre contact avec la société, contribuant ultimement à les motiver à quitter l'institution²⁷¹. Raymond Côté, responsable administratif du Services de Réhabilitations met quant à lui l'accent dans celui de 1967 sur la nécessité de « nous attacher à la qualité thérapeutique de l'intervention [des secteurs d'ergothérapie et des loisirs et de l'éducation²⁷² ». En conséquence, « [des] mesures sont prises, des postes nouvellement créés et d'autres que nous escomptons ouvrir sous peu, sont autant de pas qui vont et iront vers l'introduction d'une perspective thérapeutique au sein des différents services que nous entendons mettre à la disposition des malades²⁷³. » Gisele Bernier-Boulanger, directrice du

²⁶⁵ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [24 juillet 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁶⁶ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [7 janvier 1969] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁶⁷ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [18 septembre 1969] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁶⁸ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [10 août 1971] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁶⁹ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [7 juillet 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁷⁰ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [24 avril 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁷¹ *Rapport annuel 1970*, Hôpital Saint-Michel-Archange, p. 27.

²⁷² *Rapport annuel 1967*, Hôpital Saint-Michel-Archange, p. 34.

²⁷³ *Ibid.*

département des bénévoles, adopte quant à elle un propos plus ambigu au sein du rapport annuel de 1965. Si elle soutient que les activités de loisirs offerts aux patients grâce à l'implication de bénévoles « augmentent les ressources d'occupation et de récréation et s'insèrent petit à petit dans le prolongement thérapeutique de l'équipe psychiatrique où tout le monde travaille dans un but commun²⁷⁴ », elle décrit le résultat de leur travail en des termes différents :

La raison d'être des [bénévoles] est le bien du malade. L'apport positif de toute personne [...] contribue [...] à améliorer une atmosphère qui se veut plus conforme à la vie normale, plus pleinement humaine, plus réussie, plus belle. [...] Dans l'ensemble, l'action des "volontaires" est favorable. La joie des malades est certaine, ça se voit, ça se sent²⁷⁵.

Yolande Michaud, directrice exécutive de l'Association canadienne pour la santé mentale, décrit elle aussi en 1965 les bienfaits de l'action des bénévoles de son organisation à Saint-Michel-Archange, jouant par exemple avec les patients de l'institution à des jeux de société, les accompagnant lors de sorties ou leur distribuant des cadeaux lors des célébrations du temps des fêtes, en des termes n'appartenant pas au vocabulaire de la thérapeutique : « Pour la première partie de 1965, nous comptons le nombre de 193 personnes qui ont accepté de donner quelques heures de leurs loisirs à chaque mois ou même quelques heures à chaque semaine, afin d'apporter aide et réconfort aux malades hospitalisés ». Ces derniers extraits semblent suggérer que le travail et les loisirs à Saint-Michel-Archange étaient mis en œuvre dans une optique, non seulement thérapeutique, mais aussi de care, ce dont paraissent également témoigner les dossiers médicaux comme nous le verrons dans les prochaines sections.

²⁷⁴ *Rapport annuel 1966*, Hôpital Saint-Michel-Archange, p. 56.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 57.

3.6. Les réactions des patients

Les patients dont nous avons étudié le dossier médical sont à Saint-Michel-Archange contraint d'obéir au personnel et de suivre des traitements, mais ils n'y sont pas soumis ; ils s'y opposent et luttent, parfois violemment, pour obtenir gain de cause. De la même façon, ils ne participent pas mécaniquement aux activités de l'institution, ils se montrent récalcitrants, expriment leur enthousiasme ou encore manifestent leur préférence à l'égard d'une occupation plutôt qu'une autre. Ces réactions notées au sein des notes infirmières de leur dossier médical nous ouvrent une fenêtre sur le rapport qu'ils ont entretenu avec leur vie à l'institution, élément qui se révélera particulièrement important au chapitre 3 lorsque sera venu le temps d'expliquer la décision de certains de demeurer à Saint-Michel-Archange.

3.6.1. La résistance aux traitements et à l'ordre de l'hôpital

Dès le début de sa première hospitalisation, Marguerite pleure et exprime ne pas vouloir demeurer à Saint-Michel-Archange²⁷⁶. Denise a elle aussi « toujours les larmes à l'œil²⁷⁷ » lors de ses premiers jours à l'institution. Pierre veut quant à lui « absolument quitter le département » au début de sa cinquième réadmission à Saint-Michel-Archange ; l'infirmière note qu'il « pleure, se met à mes genoux, bouge continuellement. Ne veut absolument pas en déroger malgré toutes sortes de trucs pour lui changer les idées²⁷⁸. » D'autres, comme Claude, cherchent plutôt à passer à

²⁷⁶ Dossier 2726, « Notes infirmières [6 février 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁷⁷ Dossier 11657, « Notes infirmières [6 avril 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁷⁸ Dossier 12362, « Notes infirmières [30 août 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

l'action. À peine arrivé, il « guette les portes et cherche à s'évader²⁷⁹ ». Marguerite tente sa chance neuf jours après son arrivée à l'hôpital : « [Elle] s'enferme dans la chambre de toilette. S'est fabriqué une corde avec des attaches pieds et des couches et l'a attachée après le barreau de la fenêtre. Prise à ce moment. [...] Mise en cellule et sous gilet²⁸⁰. » Passant ensuite pendant quelque temps ses nuits sous contention, elle parvient par deux fois à se détacher²⁸¹. Raymond quitte quant à lui Saint-Michel-Archange sans permission le 12 mars 1964, trois ans après le début de son hospitalisation. Il demande alors à un chauffeur de taxi de le conduire à Port-Cartier où réside sa famille. Il est par la suite arrêté par la police et reconduit à Saint-Michel-Archange²⁸².

L'opposition que manifestent ces patients à leur hospitalisation peut être interprétée de multiples façons. On peut bien sûr la réduire à un symptôme des troubles mentaux qui leur sont diagnostiqués. On note par exemple que Pierre justifie de la façon suivante son désir de quitter l'hôpital le 30 août 1973 :

Dit qu'il ressent comme un serrement, genre de chapeau dans la tête et prétend voir des genres "d'éléphants" autour. [...] Il mentionne que la "fin du monde s'en vient" et qu'il doit sortir d'ici pour aller régler cela car "tu m'entends je suis Dieu". "Tu ne peux pas me comprendre". "Personne ne m'a jamais compris"²⁸³.

Mais ces comportements semblent aussi souvent exprimer une prise de position à l'égard de l'hôpital, de l'autorité de son personnel, du traitement qui y est administré ou du statut de malade imposé. Le départ non autorisé de Raymond du 12 mars 1964 trouve ainsi un écho avec le désir de

²⁷⁹ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [8 octobre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁸⁰ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [15 mars 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁸¹ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [17 mars 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 2726*, « Notes infirmières [19 mars 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁸² *Dossier 11268*, « Notes infirmières [12 mars 1964] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁸³ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [30 août 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

partir et de cesser sa médication qu'il exprimait quelques mois plus tôt²⁸⁴. Comme l'a souligné Majerus, la maladie, l'hospitalisation, la médication et le rétablissement sont des concepts étroitement liés pour plusieurs patients ; la prise de médication et l'hospitalisation sont justifiées par l'existence d'une maladie et doivent ainsi être cessées une fois le rétablissement atteint. Il est donc possible que Raymond, lorsqu'il refuse sa médication et exprime le désir de partir, ait cherché à rejeter le statut de malade qui lui avait été imposé ou à signifier qu'il ne l'estimait plus valide. Dès 1962, il « se dit bien et demande à retourner chez lui²⁸⁵ ». En novembre 1977, bien qu'il présente une « très bonne collaboration pour la toilette – les repas – les activités²⁸⁶ », il refuse à plusieurs reprises sa médication²⁸⁷ et soutient « ne pas en avoir besoin²⁸⁸ ». Le 26 juin 1978, on note qu'il « veut téléphoner chez lui, écrit souvent. Demande qu'on vienne le chercher, se dit guéri²⁸⁹ ». Libéré de l'hôpital et réadmis par la suite à de nombreuses reprises, Raymond présente au moment de sa cinquième hospitalisation à Saint-Michel-Archange une coopération adéquate, bien qu'il n'accepte pas d'y être de retour. Il s'oppose alors à recevoir toute médication ; la force

²⁸⁴ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [18 octobre 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁸⁵ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [15 janvier 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁸⁶ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [11 novembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁸⁷ Voir notamment : *Dossier 11268*, « Notes infirmières [9 novembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11268*, « Notes infirmières [12 novembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11268*, « Notes infirmières [13 novembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11268*, « Notes infirmières [14 novembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11268*, « Notes infirmières [15 novembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11268*, « Notes infirmières [16 novembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11268*, « Notes infirmières [26 novembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁸⁸ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [11 novembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁸⁹ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [26 juin 1978] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

fut utilisée pour son injection de 17 heures et on renonce à lui donner ses médicaments de 20 heures²⁹⁰.

De façon similaire, le 21 décembre 1957, André déclare ne pas comprendre la raison de son maintien à l'hôpital : « Je me sens bien. Je suis prêt à partir²⁹¹. ». Juliette exprime un même sentiment le 8 février 1961 : « Que j'ai donc hâte de m'en aller. Je ne suis plus nerveuse mais je suis venu ici parce que je l'étais²⁹². » C'est également le cas de Pierre qui déclare le 19 mars 1963 : « Je ne suis pas malade et je n'ai pas de raison d'être ici²⁹³. » On note le 8 juin 1968 dans le dossier de Fernand qu'il « désire s'en aller chez lui parce qu'il est guéri²⁹⁴ ». Il répète cette demande en novembre de la même année : « Dit s'ennuyer beaucoup ici et ne pas être malade²⁹⁵. » À d'autres moments le désir de partir d'un patient traduisait plutôt son envie de retourner dans son milieu, de revoir ses proches ou de retourner à ses activités. Marie exprime ainsi le 26 avril 1964 qu'elle aimerait aller en foyer, ou être transférée « dans un hôpital près de chez elle²⁹⁶ ». Gaston dit le 27 février 1968 : « Je m'ennuie ici, je veux m'en aller²⁹⁷. » On note au retour de Fernand, parti en congé chez sa sœur pour la période des fêtes de l'année 1968, qu'il « aurait aimé y séjourner plus

²⁹⁰ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [5 octobre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁹¹ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [21 décembre 1957] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁹² *Dossier 11319*, « Notes infirmières [8 février 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec

²⁹³ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [19 mars 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec

²⁹⁴ *Dossier 12269*, « Notes infirmières [8 juin 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec

²⁹⁵ *Dossier 12269*, « Notes infirmières [10 novembre 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec

²⁹⁶ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [26 avril 1964] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁹⁷ *Dossier 2905*, « Notes infirmières [27 février 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

longtemps²⁹⁸ ». En 1986, l'infirmière observe que « ce qu'il veut c'est de retourner dans son coin, la Côte-Nord²⁹⁹ ».

Comme l'a souligné Hervé Guillemain, historien français de la psychiatrie, plusieurs patients sont également hostiles à la prise de neuroleptiques en raison de leurs effets secondaires (affaissement émotionnel, intellectuel et libidinal, troubles moteurs sévères, troubles cutanés, prise de poids et dépression). Marie s'oppose ainsi à son injection de largactil du 26 novembre 1961 en tenant un propos qui semble, oui délirant, mais également traduire une détresse par rapport à ses effets délétères : « Non, je ne peux pas, je suis trop faible, je ne suis pas capable, je vais perdre connaissance. [...] Non, je n'aurai plus de sang. Je vais mourir, vous voulez que je meure³⁰⁰. » C'est ce que semble également exprimer Serge qui, après s'être opposé pour la première fois à la prise de ses médicaments le 16 octobre 1963, explique finalement à l'infirmière le 4 octobre 1964 que « ce n'est pas bon pour lui³⁰¹ ». Il continue par la suite à s'opposer à la prise de ses médicaments, parfois violemment ; il frappe notamment un gardien le 7 mars 1965³⁰² et « refuse sa médication et lance son verre de liquide à la figure du surveillant³⁰³ » le 23 août 1965. Le 7 avril 1966, on note qu'il utilise un stratagème pour éviter de prendre sa médication : « Nous dit avoir pris ses pilules, mais les avait encore sous la langue. On s'est aperçu qu'il crachait parfois ses

²⁹⁸ *Dossier 12269*, « Notes infirmières [3 janvier 1969] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

²⁹⁹ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [30 juillet 1986] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁰⁰ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [26 novembre 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁰¹ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [4 octobre 1964] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁰² *Dossier 12416*, « Notes infirmières [7 mars 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁰³ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [23 août 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

médicaments. On doit le surveiller sans cesse³⁰⁴. » Le 15 décembre 1970, on doit « le contraindre à avaler ses pilules³⁰⁵ ».

Comme l'a souligné Majerus, l'administration d'un traitement constituant dans plusieurs cas l'une des rares interactions qu'avait le personnel avec les patients, il s'agit pour ces derniers d'un moment privilégié pour s'opposer à l'ordre de l'hôpital. Raymond, mis en cellule d'isolement de retour d'un congé d'essai le 24 avril 1965³⁰⁶, refuse ainsi catégoriquement injection et se fâche³⁰⁷. L'opposition des patients à l'autorité du personnel peut également se traduire par un refus de se soumettre au règlement ou de participer aux activités et thérapies de l'institution. Ainsi, le 8 février 1969, on note que Raymond trouve « bien fatigant » l'ergothérapie et tente toujours de s'en absenter. Il ne participe à aucune activité sur la salle pour les mêmes raisons³⁰⁸. Le 10 juin 1976, il est « surpris sur le département à prendre de la bière ». Bien qu'on lui explique que ce comportement ne peut être toléré à son département, on note qu'il « ne veut rien savoir des règlements du département. Dit qu'il est dans son droit³⁰⁹. » Le 28 décembre 1976, étant en état d'ébriété avancé et très turbulent, Raymond est mis sous contention. Dans la nuit du 28 au 29 décembre, il parvient à se détacher à trois reprises. Tout en demeurant non violent, il exprime le souhait de partir. Des contentions sont finalement installées sur ses chevilles et ses mains pour le

³⁰⁴ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [7 avril 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁰⁵ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [15 décembre 1970] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁰⁶ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [12 avril 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁰⁷ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [24 avril 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁰⁸ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [28 février 1969] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁰⁹ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [10 juin 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

reste de la nuit³¹⁰. De façon similaire à Raymond qui soutenait « être dans son droit » en juin 1976, Marie, le 30 décembre 1971, conteste la légitimité de la discipline qu'on tente de lui imposer. Une infirmière la réprimandant sur l'heure tardive à laquelle elle s'est levée, elle répond : « Vous n'avez pas d'affaire à chialer là-dessus, c'est pas de vos affaires. Ça vous regarde pas³¹¹. »

Serge résiste quant à lui à l'autorité du personnel lorsqu'on tente de lui faire fréquenter les activités thérapeutiques et occupationnelles. On note ainsi le 13 septembre 1977 un « essai infructueux pour l'occuper [à] passer le balai. Refuse et se fâche et crie si on insiste. Pour d'autres sortes d'activités c'est la même chose³¹². » Bien qu'on parvienne par la suite à le faire participer à certains ateliers et loisirs, il y demeure souvent réfractaire et refuse parfois d'y assister. À partir de l'année 1990, pour le motiver, on lui remet une fois son activité terminée des bordereaux avec lesquels il peut obtenir de l'argent de poche. Cette mesure semble fonctionner quelque temps ; on note qu'il « se rend à son activité trois fois par semaine et y demeure plus longtemps. [...] Auparavant le bénéficiaire se rendait seulement pour quelques minutes à l'atelier et remontait à l'unité sans avoir respecté le temps établi pour lui³¹³. » Mais cette motivation s'est déjà éteinte au début de l'année 1995. Il ne participe alors plus aux activités occupationnelles et dit « qu'il n'en voit pas la nécessité et qu'il n'aime pas s'y rendre³¹⁴ ». Pareil constat sur l'utilité des occupations

³¹⁰ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [29 décembre 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³¹¹ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [30 décembre 1971] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³¹² *Dossier 12416*, « Notes infirmières [13 septembre 1977] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³¹³ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [23 décembre 1990] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³¹⁴ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [9 janvier 1995] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

est également émis par Marguerite qui déclare le 12 septembre 1953 : « Quand même que je travaille, je ne réussis pas à me chasser ces idées noires³¹⁵. »

Si le refus des patients de participer aux activités, loisirs et thérapies occupationnelles rencontra souvent un certain succès, au moins temporairement, il en est tout autrement pour leur opposition à leur traitement physique qui, règle générale, ne parvint pas à y mettre un terme. Ainsi, Marie, bien qu'elle exprime ne plus vouloir recevoir d'ECT après huit séances au début de l'année 1962³¹⁶, a néanmoins subi huit autres séances lors des trois semaines suivantes³¹⁷. Raymond exprime quant à lui en mars 1977 vouloir cesser sa médication, mais sans succès³¹⁸. Monique adopte un propos similaire lorsqu'elle refuse ses médicaments au début de l'année 1961. Elle finit toutefois par les prendre, après « insistance de notre part³¹⁹ ». Elle a plus de succès 16 ans plus tard, en septembre 1977, le docteur Béland retirant à sa demande le panectyl de sa médication³²⁰.

Saint-Michel-Archange fut donc souvent un lieu de lutte contre l'ordre qu'on tentait d'y faire régner pour les patients dont nous avons analysé le dossier médical. La contrainte utilisée par le personnel de l'hôpital prit diverses formes ; parfois évidente, lorsque fut utilisée la contention et la mise en isolement ou lorsqu'on administra de force les médicaments prescrits ; parfois aussi plus insidieuse, par les effets sédatifs induits par la médication et les traitements d'ECT ; ou plus subtile, lorsque furent utilisées diverses menaces pour obtenir un « bon comportement ». La résistance qu'y

³¹⁵ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [12 septembre 1953] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³¹⁶ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [14 mars 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³¹⁷ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [4 avril 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³¹⁸ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [22 mars 1977] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³¹⁹ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [11 janvier 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³²⁰ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [7 septembre 1977] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

opposent les patients constitue évidemment une dimension importante de leur vécu à Saint-Michel-Archange. Elle est toutefois loin de résumer l'expérience de l'hôpital dont rendent compte les dossiers médicaux étudiés.

3.6.2. Saint-Michel-Archange comme espace refuge

L'idée selon laquelle l'hôpital psychiatrique joua le rôle de refuge pour certains n'est pas tout à fait nouvelle au sein de l'historiographie. Ce fut notamment un thème abordé par Thifault et Desmeules au sein de leurs travaux portant sur l'expérience de la désinstitutionnalisation à Saint-Jean-de-Dieu. Les parcours de patients qu'ils y documentent témoignent de la réticence à quitter l'institution qu'ont certains d'entre eux appréciant la vie à l'hôpital ou du moins s'en contentant³²¹. Dans *Dérives : Une histoire sensible des parcours psychiatriques en Ontario français*, ouvrage publié en 2021 qu'elle a coécrit avec Marie Lebel, Thifault relate le parcours de Gina (nom fictif), patiente dont l'admission au département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort lui permettait « de se protéger, de se reposer, de couper avec la société qu'elle subissait difficilement³²². » L'institution psychiatrique comme espace refuge a également été documentée par l'historienne britannique Stef Eastoe ayant travaillé sur le Imbecile Asylum situé dans la ville de Caterham en Angleterre à l'époque victorienne. Portant attention aux loisirs, aux occupations et au climat de care qu'abritait le Caterham Asylum, elle écrit : « The experience of living and working at Caterham was mixed. For some, it was an anxious time, for others, it was perhaps a respite and a source of comfort.

³²¹ Marie Claude Thifault et Martin Desmeules, *op. cit.*, 2014.

³²² Marie Claude Thifault et Marie Lebel, *op. cit.*, 2021, p. 104.

Patients adapted to asylum life in various ways, rejecting, challenging, submitting and perhaps sometimes enjoying it³²³. »

Comme Eastoe, nous constatons que l'hôpital a constitué, au moins périodiquement, pour certains patients de notre corpus un milieu de vie apprécié. Il existe un lien fort entre cette attitude qu'ils ont entretenue avec leur hospitalisation et le care qu'ils y ont reçu. Les politicologues Joan C. Tronto et Berenice Fisher définissent le care comme étant « a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our "world" so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, ourselves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web³²⁴. » Comme le souligne le psychiatre Bernard Pachoud, dans le contexte médical, le care – caractérisé par « l'attention portée à autrui, à ses besoins fondamentaux et à son bien-être » – se distingue du cure – « visant à lutter contre la maladie » – bien qu'ils soient particulièrement intriqués dans le domaine de la psychiatrie³²⁵. Il est en effet possible de catégoriser plusieurs gestes du personnel de Saint-Michel-Archange comme appartenant à la fois au cure, dans la mesure où leur pertinence thérapeutique est théorisée et connue, et au care, car ils répondent à des besoins identifiés et exprimés par les patients.

Il en est ainsi notamment du travail et des loisirs des patients. Si, comme nous l'avons mentionné plus tôt, diverses justifications thérapeutiques existent à l'égard de la thérapie occupationnelle, elle répond également concrètement aux besoins qu'expriment plusieurs de briser la monotonie de la vie en institution et de se divertir. Raymond, souffrant d'insomnie, déclare ainsi

³²³ Stef Eastoe, *Idiocy, Imbecility and Insanity in Victorian Society: Caterham Asylum, 1867–1911*, Palgrave Macmillan, 2020, p. 122.

³²⁴ Joan C. Tronto et Berenice Fisher, *Moral Boundaries : A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, 2020, p. 103.

³²⁵ B. Pachoud, « Aspects du care et de « l'éthique du care » en psychiatrie », *PSN*, vol. 8, n° 3 (2010), p. 152.

le 24 mars 1968 : « Je dormirais davantage si je travaillais³²⁶ ». Il répète ce même propos quelques jours plus tard : « Dort peu, parce qu'il dit s'ennuyer³²⁷. » L'attitude positive des patients par rapport à leur travail est en général décrite au sein de leur dossier de façon assez sommaire. On note ainsi que Pierre « travaille régulièrement à la lingerie [et dit] s'y plaire³²⁸ » ; que Marguerite « s'occupe du ménage au département [et] aime rendre service³²⁹ », déclarant « le travail ça me repose, ça me fait du bien³³⁰ » ; que Marie est « beaucoup plus stable dans son humeur depuis qu'elle a une occupation régulière à l'atelier d'occupation [et] se valorise beaucoup par son travail³³¹ » ; que Monique est « de bonne humeur lorsqu'elle travaille³³² » ; que les activités dirigées de Serge « le [font] sourire, il aime cela, ne s'irrite pas³³³ ». André, s'occupant de l'entretien des parterres en mai 1955, semble également apprécier les tâches qui lui sont confiées. On le dit « tout à son aise ici [et] aime son travail³³⁴ ». Signe de l'attention que porte le personnel de Saint-Michel-Archange aux demandes des patients, on lui accorde la permission de travailler en cuisine en avril 1959 lorsqu'il exprime vouloir un autre travail que l'entretien des parterres³³⁵. On accède également aux demandes qu'émet Raymond quant à ses occupations : il obtient d'abord la permission de

³²⁶ *Dossier 12269*, « Notes infirmières [24 mars 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³²⁷ *Dossier 12269*, « Notes infirmières [7 avril 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³²⁸ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [16 mai 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³²⁹ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [21 janvier 1964] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³³⁰ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [23 septembre 1964] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³³¹ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [7 mai 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³³² *Dossier 12397*, « Notes infirmières [22 août 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³³³ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [23 avril 1981] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³³⁴ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [13 mai 1955] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³³⁵ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [26 avril 1959] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

« travailler à l'équipe de l'extérieur³³⁶ » en janvier 1962, puis « d'aller travailler aux patates » en mars 1965³³⁷. En novembre de la même année, on note qu'il « parle beaucoup de son travail ». Il dit alors être chez lui à Saint-Michel-Archange et qu'il est intéressé à aller vivre en foyer, mais seulement s'il est assuré de pouvoir y travailler³³⁸. Dix ans plus tard, le travail est pour Raymond toujours aussi important ; on note qu'il « désire continuer son travail à la ferme avec M. Blouin à tout prix » ; « [il dit] qu'il se sauvera si on ne l'envoie pas à son travail³³⁹ ».

Les dossiers médicaux étudiés témoignent aussi de l'appréciation de plusieurs patients des loisirs et activités qui meublent leur quotidien. Marguerite est ainsi « très contente [et] remercie » à la suite d'une sortie au Cap-de-la-Madeleine effectuée le 16 août 1958³⁴⁰. Quelques années plus tard, en mars 1965, on observe qu'elle « s'intéresse à la musique depuis quelque temps³⁴¹ ». Denise, le 20 novembre 1961, « va rendre visite au père Noël » et est « bien contente de sa sortie qu'elle raconte à sa manière à ses intimes³⁴² ». Le 30 septembre 1967, elle va à l'exposition provinciale et « semble bien contente³⁴³ ». Le 18 septembre 1969, on note qu'elle est allée au Jardin zoologique, activité qu'elle « a bien aimée³⁴⁴ ». Le 1^{er} novembre 1967, on observe que Fernand « aime jouer

³³⁶ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [29 janvier 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³³⁷ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [1^{er} mars 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³³⁸ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [15 novembre 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³³⁹ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [2 juillet 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁴⁰ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [16 août 1958] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁴¹ *Dossier 2726*, « Notes infirmières [30 mars 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁴² *Dossier 11657*, « Notes infirmières [20 novembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁴³ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [30 septembre 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁴⁴ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [18 septembre 1969] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

aux quilles³⁴⁵ ». Au printemps 1973, Serge « était très heureux de venir à la cabane à sucre³⁴⁶. » En février 1974, il est « de bonnes humeurs [et] participe aux activités de groupe gymnastique, quilles, cinéma³⁴⁷ ». En avril 1973, Pierre aime descendre à la cantine « ce qui semble lui faire accepter mieux son hospitalisation parce qu'il dit qu'il se sent plus libre avec des petites permissions³⁴⁸ ». En septembre de la même année, on note qu'il « s'amuse à dessiner une maison³⁴⁹ ». Au début de l'année 1991, Claude « aime ses nouvelles activités d'artisanat et [est] toujours content de profiter de sorties extérieures³⁵⁰. » En 1994, on note qu'il est « souriant » lorsqu'il « va à la base plein air³⁵¹ » et qu'il « demande souvent [à y] aller³⁵² ».

Par ailleurs, plusieurs patients trouvent à Saint-Michel-Archange des ressources les aidant à faire face aux problèmes qu'ils ont rencontrés à l'extérieur. En effet, la dimension sédatrice des traitements administrés abordée précédemment ne doit pas faire perdre de vue la détresse à laquelle ils répondent souvent. Certains affichent ainsi une attitude favorable à leur égard et réclament parfois leur mise en œuvre. Marie demande par exemple en février 1962 « quelque chose pour la faire dormir », étant alors « en rechute³⁵³ » : « Dit qu'elle a mal dans tous les membres. [...] après le repas, pleure, dit qu'elle va mourir. Très agitée, saute sur son lit. Dit "qu'elle n'est pas capable

³⁴⁵ *Dossier 12269*, « Notes infirmières [1^{er} novembre 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁴⁶ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [24 avril 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁴⁷ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [28 février 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁴⁸ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [26 avril 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁴⁹ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [7 septembre 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁵⁰ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [7 janvier 1991] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁵¹ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [13 septembre 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁵² *Dossier 2851*, « Notes infirmières [16 octobre 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁵³ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [14 février 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

de rester [couchée]"³⁵⁴. » On accède le lendemain à sa demande en augmentant sa médication. L'infirmière note le jour suivant que « le sommeil a été bon la nuit dernière. Va un peu mieux ce matin, dit qu'elle a moins mal dans les membres³⁵⁵ ». Pierre est quant à lui « très délirant » au début de sa huitième hospitalisation le 23 mai 1975 :

"C'est la fin du monde, je le sais je suis Dieu." "Vous allez voir." Parle également qu'il a gagné la loto. [...] réagit de façon puérile, se met à pleurer. [...] Peu de contact avec les autres patients. Devient très anxieux par périodes. Réclame notre présence, "sent la terre trembler" et "ressent des coups aux côtes faits par Dieu"³⁵⁶.

Il se confie le 10 juin 1975 au sujet de l'anxiété que lui causent ses hallucinations à l'infirmière Cécile Morin : « Me raconte qu'il voit des "figures" de façon très précise et me montre à quel endroit il les voit et de quelle façon. Rassuré lorsque je lui dis qu'avec la médication et les traitements ça diminuera sûrement³⁵⁷. » Quatre jours plus tard, il exprime des idées suicidaires : « Dit bien radicalement qu'il voudrait qu'on le tue [...] Me fait remarquer que si ce n'était que physique ce ne serait pas si pire que cela³⁵⁸. » Le 26 juin 1975, après huit traitements d'ECT, on note : « Dit qu'il n'aime pas avoir des traitements mais avoue que cela lui fait du bien. Moins insécure, plus détendu³⁵⁹. »

L'attitude qu'a André par rapport à son traitement lors de son premier séjour à Saint-Michel-Archange est plus ambiguë. Hospitalisé le 17 novembre 1951, il est alors « conscient de

³⁵⁴ *Ibid.*

³⁵⁵ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [15 février 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁵⁶ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [23 mai 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁵⁷ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [10 juin 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁵⁸ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [14 juin 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁵⁹ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [26 juin 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

son état morbide » et dit : « Je marche lentement parce que je suis faible, j'ai des idées tristes³⁶⁰. » Lors de son premier mois d'hospitalisation, il se « défige³⁶¹ » graduellement jusqu'à paraître « assez gai³⁶² » le 12 octobre 1951. Neuf jours plus tard, il déclare : « je me sens bien, je suis prêt à partir³⁶³. » Mais il semble alors trop confus, euphorique et excité³⁶⁴ en plus d'afficher occasionnellement un comportement délirant³⁶⁵ pour obtenir un congé. Une note infirmière datant du 18 janvier 1952 paraît alors témoigner d'un changement radical d'attitude : il dit alors vouloir recevoir des électrochocs³⁶⁶. Est-ce le signe d'une acceptation du statut de malade que lui imposait le personnel de l'hôpital ? Peut-être, mais on peut également émettre l'hypothèse selon laquelle André cherche à subir ce traitement croyant que cela inciterait les autorités de l'hôpital à expédier sa sortie.

Il s'agirait alors d'un exemple typique de ce que Goffman a qualifié d'adaptation secondaire, c'est-à-dire « toute disposition habituelle permettant à l'individu d'utiliser des moyens défendus, ou de parvenir à des fins illicites (ou les deux à la fois) et de tourner ainsi les prétentions de l'organisation relatives à ce qu'il devrait faire ou recevoir, et partant à ce qu'il devrait être³⁶⁷. » Goffman mentionne ainsi à titre d'exemple la fréquentation assidue de certains prisonniers de la bibliothèque visant à présenter un bon dossier à la commission de libération. Nous touchons ici à

³⁶⁰ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [17 novembre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁶¹ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [30 novembre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁶² *Dossier 3558*, « Notes infirmières [12 décembre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁶³ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [21 décembre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁶⁴ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [31 décembre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁶⁵ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [30 décembre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁶⁶ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [18 janvier 1952] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁶⁷ Erving Goffman, *op. cit.*, 1968, p. 245.

l'une des limites de nos sources ; ce genre d'activité ayant par définition lieu à l'insu du personnel le rédigeant, l'adaptation secondaire des patients est à peine visible au sein de leur dossier médical. Il est bien sûr possible d'émettre certaines hypothèses éclairées sur ce sujet. Nombreux peuvent par exemple ainsi avoir été ceux prenant part aux ateliers thérapeutiques, travaux et loisir pour échapper à l'autorité à laquelle ils étaient soumis lorsqu'ils n'y participaient pas. Comme André, plusieurs peuvent aussi possiblement y avoir pris part pour impressionner favorablement le personnel de l'hôpital et expédier leur sortie de l'institution. Goffman rapporte d'ailleurs ces paroles d'un patient de l'hôpital Ste-Elisabeth interrogé sur la démarche qu'il adopterait pour obtenir son congé : « Mon vieux, je vais participer à tout³⁶⁸. »

Mais nous ne pouvons émettre plus que des conjectures à ce sujet. Cette difficulté nous permet de souligner à nouveau la complexité des individus étudiés, de leur vécu et de leur point de vue dont nous ne saurions reconstituer toutes les dimensions. S'ils nous semblent au sein de nos sources pleinement connus, objets scrutés et décrits dans leur entièreté par le pouvoir psychiatrique, nous devons nous rappeler que ce n'est qu'apparence trompeuse. L'historienne Claudia Malacrida souligne ainsi à l'aide d'entrevues effectuées auprès d'anciens patients du Michener Center plusieurs épisodes de résistances échappant au regard du personnel de l'institution :

Other forms of resistance that inmates described included making surreptitious comments (often spoken at such distance that it was not likely that they would have been audible), covering up or pleading ignorance when being asked about other inmates or about misdemeanours, or working slower than they were capable of working. These descriptions of passive and almost invisible ways of addressing the inequality rampant in the institution are weapons of the weak which, because overt rebellion is too dangerous to take up for profoundly oppressed people, include things like avoidance, shirking, dishonesty, or failure to respond appropriately and assiduously to superiors³⁶⁹.

³⁶⁸ *Ibid.*, p. 281.

³⁶⁹ Claudia Malacrida, *op. cit.*, 2015, p. 124-125.

3.7. Conclusion

Malgré leurs angles morts, nos sources nous permettent néanmoins, comme on l'a vu dans ce chapitre, de documenter des perspectives et vécus nuancés et complexes. Les patients dont nous avons présenté le parcours sont à Saint-Michel-Archange soumis à différentes thérapies produisant chez eux des effets sédatifs ainsi qu'à un personnel exerçant parfois son autorité dans une optique punitive. Face à ces éléments, ils résistent, s'opposent et luttent. Mais ils paraissent également à d'autres moments apprécier les soins, les loisirs, les relations et l'occupation auxquels ils ont accès à l'institution. Il est tentant de supposer que ces deux attitudes traduisent deux points de vue bien distincts et qu'il existe en quelque sorte des patients heureux et d'autres malheureux de leur institutionnalisation. Or, plusieurs oscillent entre elles lors de leurs séjours. Raymond dit par exemple « qu'il est chez lui³⁷⁰ » à l'hôpital en novembre 1965 alors qu'il réclamait son retour au sein de son foyer au Saguenay trois ans plus tôt³⁷¹. André exprime lui aussi en mars 1970 vouloir « partir en foyer », mais « une fois décidé refuse d'y aller [et] se dit bien ici³⁷² ». Plusieurs patients paraissent ainsi avoir eu une expérience mixte et nuancée de l'institution ; s'ils y vivent des moments difficiles, ils y trouvent néanmoins un milieu de vie où sont comblés certains de leurs besoins, comme en témoignent les hésitations de plusieurs à la quitter que nous explorerons dans le prochain chapitre.

³⁷⁰ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [15 novembre 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁷¹ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [15 janvier 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁷² *Dossier 3558*, « Notes infirmières [8 mars 1970] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

CHAPITRE IV

SORTIR, REVENIR ET DEMEURER À SAINT-MICHEL-ARCHANGE

La création en 1978 de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) en vertu de la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées* adoptée la même année constitue, selon la monographie du psychiatre Jules Lambert sur l'histoire de Saint-Michel-Archange, la fin d'une époque pour les « déficients » de la province :

Par la suite, ce ne sera plus jamais pareil. Les déficients pris en charge par l'État dans les années 1970 bénéficieront enfin d'un réseau de services qu'intégrera définitivement au début des années 1990, au sein de chaque région administrative, le programme régional d'organisation des services (le PROS). Dans sa région, l'Hôpital Saint-Michel-Archange ne sera plus qu'un maillon de la chaîne appelé à assumer des services complémentaires à ceux du réseau pour les personnes atteintes de déficience intellectuelle présentant, en sus de cette déficience, une maladie mentale ou des troubles sévères du comportement. Les législateurs, sensibles à l'évolution de la société québécoise, venaient de changer considérablement la pénible situation des années 1950³⁷³.

Pourtant, selon la politique d'ensemble *À part... égale* de l'OPHQ publié en 1984, un réel mouvement de retour vers la communauté « des personnes ayant des limitations intellectuelles » n'avait pas encore été mis en œuvre :

Au 31 mars 1980, 4, 672 personnes ayant des limitations intellectuelles étaient hébergées dans des centres d'accueil, de type institutionnel alors que 484 demeuraient en foyer de groupe. [...] Au 31 mars 1981, 3, 432 personnes ayant une déficience intellectuelle étaient hébergées dans des centres hospitaliers psychiatriques ; 29 % de ces personnes ont une déficience légère ou moyenne ; 23 % y résident depuis moins de quatre ans, alors que 65 % y demeurent depuis plus de dix ans ; 45 % ont moins de 34 ans. À la même date, 176 personnes, soit 5,6 % de l'ensemble, y résidaient depuis moins d'un an alors que douze mois plus tard, le 31 mars 1981, 240 personnes, soit 6,96 % en étaient à leur première année de séjour. Ces chiffres démontrent que non seulement des personnes ayant une déficience intellectuelle continuent d'entrer dans des centres hospitaliers, mais encore que leur nombre augmente plutôt que de diminuer³⁷⁴.

³⁷³ Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 119.

³⁷⁴ *À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, *op. cit.*, p. 232-233.

C'est pourquoi il est alors important selon l'OPHQ de « donner la priorité aux ressources qui permettent aux personnes handicapées de demeurer ou de retourner vivre dans leur milieu³⁷⁵ ». 15 ans plus tard, en 1999, à l'occasion de la publication du rapport *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées*, l'OPHQ réaffirme l'importance de s'attaquer à cet enjeu³⁷⁶, constatant notamment :

Les services de soutien développés par l'Office des personnes handicapées du Québec et les ministères et organismes gouvernementaux ont été marqués par des problèmes de sous-financement récurrents. Ce sous-financement s'est traduit par l'existence de listes d'attente, soulagées à la pièce et de manière ponctuelle par des ajouts de nouvelles sommes accordées selon les disponibilités budgétaires gouvernementales³⁷⁷.

Conformément à ce qui est affirmé au sein de ces deux documents de l'OPHQ, les périodes d'institutionnalisation dont rendent compte les dossiers médicaux étudiés (voir annexe 3) ne semblent pas témoigner d'un réel point de rupture lors des années 1970, 1980 ou 1990. Mais, comme nous le verrons, le manque de ressource dont fait état le rapport de 1999 de l'OPHQ n'est qu'une difficulté rencontrée parmi d'autres qui permet d'expliquer le maintien pendant plusieurs années à Saint-Michel-Archange de nombreux patients dont nous avons étudié le dossier médical. Ce sont ces difficultés que fait émerger l'étude de leur parcours qui sont l'objet de ce chapitre. Les familles des patients constituant souvent la première ressource que les autorités de Saint-Michel-Archange envisagent mobiliser à leur sortie, il sera d'abord question du poids que représentait pour ces dernières le retour d'un proche institutionnalisé. Ce thème sera abordé à l'aide du parcours de Pierre ayant accumulé entre 1961 et 2005 13 hospitalisations au terme desquels il retourne presque systématiquement vivre auprès de ses sœurs. Son dossier témoigne de l'ampleur de la tâche que ces dernières assumèrent, devant notamment gérer les besoins quotidiens de leur frère, ses

³⁷⁵ À part... égale. *L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, op. cit., 1984, p. 243.

³⁷⁶ Suzanne Doré, *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées. Orientations et voies de solution pour l'avenir*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1984, p. 74.

³⁷⁷ *Ibid.*, p. 8.

comportements problématiques revenant périodiquement ainsi que ses allers-retours entre l'hôpital et leur foyer tout en occupant un emploi et en s'acquittant de diverses tâches quotidiennes. La plupart des patients dont nous avons étudié le dossier médical ont été confrontés à un moment où un autre au refus de leurs proches de les sortir de l'hôpital. Comme nous le verrons, cette décision ne s'accompagnait pas forcément d'un désintérêt à leur égard ; plusieurs familles, exprimant par exemple que c'est à l'hôpital que les besoins de leur « grand malade » étaient le mieux pris en charge, gardent contact avec lui et se montrent attentives à son sort pendant plusieurs années. À partir des années 1960, se développe au Québec un réseau de foyers et centres de réadaptation hébergeant des individus ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle, permettant à plusieurs patients ne pouvant retourner au sein de leur foyer de quitter l'hôpital. Nombre d'entre eux reviennent toutefois à Saint-Michel-Archange, la ressource résidentielle dont ils ont fait l'expérience à l'extérieur paraissant mal adapté à leurs besoins, exprimant alors le désir de demeurer au sein de l'institution. Selon certains des individus composant notre corpus, l'hôpital paraît en effet avoir été le milieu où leur était assurée la meilleure qualité de vie. D'autres ne quittèrent jamais Saint-Michel-Archange, leurs besoins ayant toujours été évalués trop importants pour permettre de tenter leur déshospitalisation.

4.1. Retourner dans son foyer

Les autorités de Saint-Michel-Archange semblent avoir avant tout compté sur le soutien des proches des patients pour assurer leur prise en charge à l'extérieur de l'hôpital ; selon la sociologue Françoise Boudreau, 53% des 1,675 patients libérés de cette institution en 1970 sont retournés

auprès de leur famille³⁷⁸. C'est également ce que réclamèrent lors de leur hospitalisation la plupart des patients dont nous avons étudié le parcours³⁷⁹. Ceux dont la famille était réceptive à les sortir de l'hôpital y demeurèrent rarement plus d'un an ; une fois les autorités de l'hôpital les estimant aptes à tenter un congé d'essai, leur famille était rapidement appelée à prendre le relais.

C'est notamment le cas de Bernard qui retourne vivre auprès de sa femme au terme de ses trois séjours à Saint-Michel-Archange. Le 23 mars 1967, lors de sa troisième hospitalisation, le service médico-social psychiatrique de l'hôpital effectue une enquête afin de se renseigner sur son milieu familial et son comportement précédant son arrivée à l'hôpital. L'infirmière licenciée Gertrude Tremblay responsable de cette enquête rend compte au sein de son rapport de ses comportements violents et de la situation difficile dans son foyer, notamment liée à la présence de ses beaux-parents :

Depuis un an, la famille [de Bernard] demeure avec les parents de [son épouse.] Ceci leur permet de partager le logement et la nourriture, aussi Madame souligne que cela lui permet d'avoir recours [à] ses parents lorsque son mari fait une crise. Lorsque [Bernard] prend de la boisson, il devient très malin et veut tout détruire dans la maison. Il [ferait à sa femme] des menaces. Encore dernièrement : "Je vais te sacrer une volée, je vais te laisser seulement le souffle". Avec ou sans boisson, il serait tout aussi agressif. [...] Un soir, [Bernard] était à se reposer. [Sa fille] et deux petites amies jouaient dans la maison, faisaient beaucoup de bruit. [Bernard] se leva, fit une scène de colère, ordonna à sa fille de s'en aller dans sa chambre, frappa à coups de poing dans le mur, Madame n'approuva pas [Bernard] qui la bouscula. [Le beau-père de Bernard] intervint, [Bernard] lui aurait donné un coup de poing sur la bouche. Le beau-père fit de même. Le cousin intervint lui aussi et reçut un coup dans l'estomac. [...] Le milieu familial me paraît surtout empoisonné par la présence des beaux-parents, surtout de la belle-mère. Tout le monde avoue que celle-ci a un caractère impossible. Quant à [la femme de Bernard], elle m'apparaît ne pas comprendre son mari, elle ne l'accepte pas tel qu'il est. Cependant, il faut admettre que [Bernard] n'a jamais été capable de faire

³⁷⁸ Cité dans Mireille Doré, « La désinstitutionnalisation au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, n° 2 (1987), p. 145.

³⁷⁹ Voir notamment : *Dossier 3558*, « Notes infirmières [10 août 1956] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 12269*, « Notes infirmières [23 mars 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11319*, « Notes infirmières [10 mai 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 12705*, « Notes infirmières [13 août 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 12362*, « Notes infirmières [21 octobre 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11268*, « Notes infirmières [26 juin 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec .

vivre sa famille. Tout lui demande un effort. Il est de plus en plus malin, selon Madame. Depuis 6 ans surtout, menace de lui donner la volée³⁸⁰.

En dépit des difficultés auxquels Bernard faisait alors face au sein de son milieu familial, c'est à nouveau pour aller vivre auprès de sa femme qu'il quitte l'hôpital le 20 octobre 1967³⁸¹. Mais le soutien de cette dernière semble alors être sur le point de s'étioler. Il fut en fait difficile de lui faire accepter pour une troisième fois le retour de son époux dans son foyer ; l'infirmière Tremblay note qu'elle « hésite à reprendre son mari ; accepte, à condition qu'il soit beaucoup amélioré³⁸² ».

Il faut dire que les défis que représentait la sortie de l'hôpital étaient nombreux pour les patients comme Bernard ; en plus des difficultés déjà importantes auxquelles était confrontée toute personne terminant un séjour en institution psychiatrique (stigma causé par le passage au sein de l'institution, difficultés liées au caractère chronique de certains troubles de santé mentale, réapprentissage des schèmes de comportements de la société « normale », réintégration d'un emploi et prise en charge de diverses tâches quotidiennes), les patients ayant reçu comme lui un diagnostic de retard mental doivent en plus composer avec des capacités cognitives limitant souvent leur productivité et leur autonomie. Rappelons par exemple que selon sa femme, Bernard « n'a jamais été capable de faire vivre sa famille³⁸³ ». Nombreux sont les patients dont nous avons étudié les dossiers médicaux à avoir connu une situation similaire ; André est « réduit à la mendicité³⁸⁴ » entre sa première et sa deuxième hospitalisation, Denise n'a jamais été capable « de

³⁸⁰ *Dossier 12107*, « Rapport du Service Médico-Social Psychiatrique [29 mars 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁸¹ *Dossier 12107*, « Notes infirmières [20 octobre 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec

³⁸² *Dossier 12107*, « Rapport du Service Médico-Social Psychiatrique [29 mars 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁸³ *Dossier 12107*, « Rapport du Service Médico-Social Psychiatrique [29 mars 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁸⁴ *Dossier 3558*, « Notes infirmières [3 février 1954] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

faire aucun ouvrage³⁸⁵ », Marguerite se dit « incapable de [...] travailler³⁸⁶ » et les sœurs de Pierre ont « de la misère à le faire travailler³⁸⁷ ». Plusieurs d'entre eux ont par ailleurs besoin de soutien pour satisfaire à leurs besoins de base. Ainsi, Denise « ne peut se protéger [seule]³⁸⁸ », Fernand « [mouille] sont lit [...] 3 à 4 fois par semaine³⁸⁹ », Marguerite a « un manque évident d'autonomie³⁹⁰ », Réal doit « se [rendre] au salon de coiffure pour se faire raser la barbe [deux fois par semaine] puisqu'il ne peut y voir lui-même³⁹¹ » et Claude « mange d'une manière lamentable³⁹² ». Tous ces éléments concourent à accroître la charge que représentait le retour de ces patients dans leur foyer pour eux et les membres de leur famille. C'est souvent submergé par l'ampleur de cette charge que ces derniers prirent la décision de les conduire à nouveau Saint-Michel-Archange.

Comme ce fut le cas pour Bernard, les proches des patients de notre corpus se montrèrent en général de plus en plus réticents à les sortir de l'hôpital et à prendre en charge leurs besoins au fur et à mesure que s'accumulaient leurs réadmissions. Alors que cinq d'entre eux retournent auprès de leur famille au terme de leur première hospitalisation, seul Pierre est dans une situation similaire au terme de sa quatrième hospitalisation (voir annexe 3). Son parcours est à plusieurs égards uniques au sein de notre corpus ; accumulant entre 1961 et 2005 les retours à l'hôpital, les congés

³⁸⁵ *Dossier 11657*, « Histoire de cas [5 avril 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁸⁶ *Dossier 2726*, « Notes évolutives & Ordonnances médicales [25 avril 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁸⁷ *Dossier 12362*, « Correspondance », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁸⁸ *Dossier 11657*, « Histoire de cas [5 avril 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁸⁹ *Dossier 12269*, « Correspondance [3 octobre 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁹⁰ *Dossier 2726*, « Correspondance [13 mai 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁹¹ *Dossier 12185*, « Service psychosociale [1^{er} juin 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁹² *Dossier 2851*, « Notes infirmières [14 mars 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

d'essais et les radiations en quantité plus importante que tout autre patient dont nous avons étudié le parcours, ses sœurs furent presque toujours présentes pour le recevoir dans leur foyer. En raison de l'importante période pendant laquelle elles prirent en charge ses besoins tout en maintenant un contact avec le personnel de Saint-Michel-Archange, son dossier médical foisonne d'informations permettant de mieux comprendre les défis que présentait le retour dans sa famille d'un patient vivant avec une déficience intellectuelle. Suivre sur près d'un demi-siècle le fil des allers-retours de Pierre entre l'hôpital et la communauté permet en effet de rendre compte des nombreux moments de crises qui ponctuèrent sa vie et de l'épuisement qui gagna souvent ses sœurs.

4.1.1. Étude de cas : le parcours de Pierre (1961-2011)

Pierre fut admis treize fois à Saint-Michel-Archange entre 1961 et 2005. Ses sœurs l'accueillirent chez elles au terme de douze de ces hospitalisations. Il leur échouait alors la tâche de surveiller et gérer les comportements problématiques de leur frère dont l'intensité les dépassa régulièrement. C'est ce dont elles rendent compte dans une lettre adressée au surintendant Larue écrite en 1962, quelque temps après sa première radiation de l'hôpital :

Dans le moment on lui fait des pansements avec [du permanganate.] Il est rempli de rougeurs dans la figure et ça lui pique. [Il s'est] fait traiter chez-vous pour cela, ça lui reprend par période. De [lui-même] il ne se cherche pas d'ouvrage. [C'est ma sœur et moi] qui faut lui en [trouver.] Il est très lent, si on [poussait] pas sur lui il [passerait] ses journées couché. [C'est] nous qui reste avec. Nous avons [de la misère] à le faire travailler. Il nous [répond] toujours brutalement. [On] ne peut pas lui faire [aucun] reproche. Il fume encore la nuit. [...] [C'est] toujours la même chose, faut toujours le prendre par la douceur. [Vous] le [connaissez ce sont] les mêmes [symptômes qu'avant,] il ne veut pas rien apprendre, il reste toujours dans ses [mêmes habitudes.] On a [tout] fait pour [l'améliorer,] il ne veut pas que voulez-vous on le [laisse] faire. [Le] matin faut pas le réveiller, il se fâche, il est [marabout. Il] se lève à 10 heures ma

sœur et [moi] on [s'en va] travailler. [Il] reste seul à la maison... nous sommes [toujours inquiètes³⁹³].

Peu après l'envoi de cette lettre, Pierre est hospitalisé du 5 mai au 30 décembre 1962. Une note du docteur Noël Mongrain relate les raisons ayant mené à son admission à Saint-Michel-Archange : « Ces derniers jours, il eut un peu de difficulté à dormir et on nota un certain trouble du comportement. Il avait peur de tout et de rien ; ceci s'exagéra jusqu'à ce qu'il fut difficile de le garder. Il voyait des choses bouger devant lui, l'hôpital se déplaçait devant ses yeux et il avait peur de tout. Il refusait d'être hospitalisé et il fallut faire appel à la police³⁹⁴. » À nouveau admis à l'hôpital du 18 mars 1963 au 20 juillet 1964, le comportement de Pierre semble plus problématique que jamais :

Brusquement samedi dernier il s'est mis à raconter qu'on voulait lui couper le pied, il avait à ce moment-là un pied d'athlète. Par la suite il se met à parler de Dieu ; entendait craquer les murs de la maison, il a tenté de violer une jeune fille ; on a dû le contrôler. Disant sans cesse : "J'aime les filles, j'aime les filles". [...] Depuis sa sortie il prenait régulièrement [de la] stélazine ; il a cessé il y a trois mois et demi. Or le patient est effectivement très délirant³⁹⁵.

Au terme de cette hospitalisation, Pierre demeura chez ses sœurs pendant près de dix ans. De retour à Saint-Michel-Archange le 12 mars 1973, il était alors « inquiet, nerveux » et « secoué par [un] délire religieux » depuis quelque temps. La nuit précédant son admission, il « fut saisi d'une grande frayeur. Fermait tous les rideaux des fenêtres, parlait seul et à voix basse. Les propos étaient incohérents, toutefois on a pu saisir qu'il parlait de religion³⁹⁶ ». Radié de l'hôpital le 10 juin 1973,

³⁹³ *Dossier 12362*, « Correspondance », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁹⁴ *Dossier 12362*, « Histoire du cas [8 mai 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁹⁵ *Dossier 12362*, « Formule I. Certificat médical, observations personnelles du médecin examinateur [28 mars 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁹⁶ *Dossier 12362*, « Service des enquêtes médico-psychiatriques », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

il y revint moins de trois mois plus tard, du 30 août au 1^{er} octobre suivant. On le dit alors « psychotique et délirant » ; il « ne dort pas [et] se sent poursuivi³⁹⁷ ».

La sœur de Pierre le conduit à nouveau à l'hôpital le 22 mai 1975. Son frère étant depuis quelque temps particulièrement actif et dérangeant la nuit, elle se fait explicite sur le poids que font peser sur elle ses comportements et explique « qu'elle travaille dans un hôpital et elle craint de ne pas être capable d'aller à son travail demain matin, parce qu'elle a peur que son frère la dérange cette nuit³⁹⁸. » Il semble alors nécessiter une surveillance accrue, ayant récemment presque incendié son logement en déposant « une bouilloire électrique sur le rond du poêle allumé³⁹⁹ » à trois heures du matin.

Radié de l'hôpital le 4 juillet 1975, Pierre y est réadmis le 4 mai 1990. Ses sœurs constataient alors une diminution des facultés de leur frère qui se montrait « plus confus durant la journée, [il était] porté à tomber plus souvent [et présentait] des épisodes d'incontinences⁴⁰⁰ ». On émet alors l'hypothèse que cette situation est causée par sa médication trop puissante. Une fois cette dernière ajustée et ses troubles paraissant être résorbés, Pierre sort à nouveau de Saint-Michel-Archange pour aller rejoindre ses sœurs le 24 mai 1990⁴⁰¹. Son comportement se détériore alors rapidement. Réadmis le 27 août 1990, le médecin chargé de son admission note :

Depuis qu'il est sorti de l'hôpital [...] et que sa médication a été changée, il tient des propos incohérents, fait des cauchemars la nuit, crie après sa sœur, se masturbe et pour se faire pardonner fait des prières [en] gémissant. Ne veut pas demeurer seul, a peur du feu. Ses sœurs qui le gardent ont de la difficulté à dormir la nuit et voudrait un

³⁹⁷ *Dossier 12362*, « Activité thérapeutique de groupe », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁹⁸ *Dossier 12362*, « Histoire de cas et examen physique [22 mai 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³⁹⁹ *Dossier 12362*, « Histoire de cas et examen physique [23 mai 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁰⁰ *Dossier 12362*, « Sommaire [19 juillet 1990] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁰¹ *Ibid.*

rajustement de sa médication car elle dit que sans cela [elles ne pourront] pas le garder⁴⁰².

Radié le 1^{er} novembre 1990⁴⁰³ Pierre demeure cette fois plus de dix ans à l'extérieur de l'hôpital. Un suivi est toutefois assuré par la clinique externe de l'hôpital où il se rend mensuellement avec ses sœurs en consultation. C'est à l'occasion de l'un de ses rendez-vous que la docteure Anne Potvin note le vieillissement de ses sœurs mettant en péril son maintien dans leur foyer :

Actuellement, il n'y a pas de difficultés majeures qui permettent de croire que [Pierre] ne pourrait continuer de rester à l'extérieur. Toutefois, il faut noter que son autre sœur, plus âgée, nécessite aussi de l'attention de sa sœur [...] qui s'occupe de lui. Ce sera la capacité de madame [...] à assumer le soin des deux qui déterminera la possibilité de garder [Pierre]⁴⁰⁴.

Mais c'est finalement la réapparition « d'éléments délirants⁴⁰⁵ » dans le comportement de Pierre, alors âgé de 76 ans, qui le fait revenir à Saint-Michel-Archange du 3 au 21 juin 2002. Ses sœurs décrivent alors certaines « bizarreries du comportement » : « embrasses des objets, a uriné sur la radio [et] se tient le pénis pendant de longues périodes⁴⁰⁶. » Par la suite, bien que le comportement de Pierre demeure alors somme toute non problématique pendant plusieurs années, il semble de plus en plus difficile pour ses sœurs de l'héberger. La psychiatre Diane Leblanc de la clinique externe remarque le 10 décembre 2002 que ses sœurs sont « [craintives] à tout changement à la médication anticipant un comportement agressif qui ferait en sorte [qu'elles] ne pourront plus garder leur frère⁴⁰⁷ ».

⁴⁰² *Dossier 12362*, « Urgence et clinique externe [27 août 1990] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁰³ *Dossier 12362*, « Notes infirmières [1^{er} novembre 1990] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁰⁴ *Dossier 12362*, « Clinique externe [21 mai 1996] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁰⁵ *Dossier 12362*, « Notes d'évolution [3 juin 2002] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁰⁶ *Ibid.*

⁴⁰⁷ *Dossier 12362*, « Notes d'évolution [10 avril 2003] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Lors d'un rendez-vous datant du 27 septembre 2006, la docteure Leblanc prend note de la détérioration de leur état de santé, la plus vieille vivant depuis plusieurs années avec un Parkinson sévère et la plus jeune souffrant maintenant de problème d'arthrose et ayant des « douleurs aux membres inférieurs⁴⁰⁸ ». Le 28 avril 2009, l'une d'elles confie à la docteure Leblanc ne plus s'estimer capable de prendre soin de son frère :

Je vois [Pierre] en compagnie de sa sœur qui se déplace maintenant très difficilement, qui a de la douleur, qui a de la difficulté à marcher sur la rue, ce qui la limite de plus en plus. Elle souhaiterait pouvoir voir son frère placé entre autres au CHSLD Notre-Dame de Lourdes, qu'il continue de fréquenter sur une base externe sur une base de quelques jours par semaine. Il semblerait même que là-bas, on l'aide en lui donnant son bain. Il s'agit d'un milieu qui semble bien connaître et [qu'il apprécierait peut-être.] Cependant, [Pierre] est tout à fait rébarbatif à l'idée d'être placé, perspective qu'on lui fait miroiter depuis des années s'il n'arrête pas de se comporter [comme] un enfant, c'est-à-dire ne pas écouter les directives de ses sœurs [s'impatiser] lorsqu'il n'obtient pas ce qu'il veut, etc. Il s'avère que l'autre sœur parkinsonienne qui vit avec le patient et la sœur qui l'accompagne actuellement seraient opposées également au placement⁴⁰⁹.

Le statu quo est finalement maintenu quant au placement de Pierre jusqu'à ce que, au printemps 2010, sa plus jeune sœur décède subitement d'un infarctus. Il est alors inscrit sur la liste d'attente du CHSLD Notre-Dame de Lourdes⁴¹⁰ où il est admis en septembre de la même année⁴¹¹. Il continue toutefois d'assister à ses rendez-vous à la clinique externe de l'hôpital accompagné de sa sœur. Le 29 juillet 2011, alors âgé de 85 ans, il décède au CHSLD Notre-Dame de Lourdes.

Les sœurs de Pierre furent ainsi souvent confrontées à des comportements problématiques de la part de leur frère. Parfois dangereux, parfois scandaleux, elles y répondirent en tentant de le surveiller, de le calmer, de le raisonner ou de tolérer ses agissements. Mais l'encadrement qu'elles

⁴⁰⁸ *Dossier 12362*, « Notes d'évolution [27 septembre 2006] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁰⁹ *Dossier 12362*, « Notes d'évolution [28 avril 2009] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴¹⁰ *Dossier 12362*, « Notes d'évolution [13 avril 2010] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴¹¹ *Dossier 12362*, « Notes d'évolution [12 octobre 2010] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

purent lui offrir fut limité, d'abord par leurs autres responsabilités et charges quotidiennes, puis plus tard par leur vieillissement et leur état de santé de plus en plus fragile. Ce fut ainsi en général épuisées par les agissements de leur frère et convaincues qu'il nécessitait une prise en charge professionnelle, au moins temporairement, qu'elles le conduisirent à Saint-Michel-Archange.

4.2. Refuser de sortir un proche

Nombreux sont les proches des patients dont nous avons étudié le parcours à faire état de difficultés similaires pour expliquer leur refus de les sortir de l'hôpital. C'est notamment le cas de la femme d'André, admis à Saint-Michel-Archange le 17 novembre 1951. Il y demeure lors de sa première hospitalisation un peu moins de six mois. Au moment de sa libération, sa femme, résidant à Amqui et n'ayant pas les moyens de venir le chercher à l'hôpital, lui envoie l'argent nécessaire pour son voyage de retour. Les mois suivants semblent avoir été particulièrement difficiles pour elle et ses enfants. Elle décrit dans une lettre adressée au surintendant Larue ses comportements de l'époque :

Des fois, on [dirait] qu'il a son bon [sens. Un] bon moment donné il nous fait une crise de [malice,] il se fâche à propos de rien et il pleure. [...] Il [se] fâche pour des choses de rien du tout et se fâchait après [les enfants.] Il [n'aimait] mieux pas [les] voir car il [les] bourassait ou bien il se fâche [après] moi. [...] Il me [disait] que [j'étais] une folle. [...] [Depuis] le 12 novembre 1953 [qu'il avait toujours dans l'idée de nous tuer ou d'en tuer d'autres] qu'il [nous] disait. [...] En [juillet] dernier il a [sauté] sur moi [puis] il [m'a précipité près de l'armoire. Il] ne voulait [plus] me [lâcher]. Il [m'a fait] mal [dans] le [dos] il a couru [après] moi. [...] [J'ai] caché [toutes les] armes. [...] [Depuis juillet] dernier il a [toujours] été de pire en pire⁴¹².

⁴¹² Dossier 3558, « Correspondance [16 mars 1954] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Le 3 février 1954, André est reconduit à Saint-Michel-Archange par un policier. On note à son arrivée : « Le patient raconte lui-même qu'il est porté à se décourager et à pleurer. [...] Il raconte que sa femme le trouve tapageur, que les exercices et le travail sont impossibles à cause de son état. Celui qui l'accompagne confirme ces dires et dit que le patient se décourage vite à cause de son état et alors "bourrasse" sa femme⁴¹³. » Le 14 juin 1954, le surintendant Larue écrit à l'épouse d'André pour lui annoncer qu'il est « maintenant assez bien pour pouvoir bénéficier d'un congé d'essai⁴¹⁴ ». Elle lui écrit alors une lettre pour s'opposer à la sortie de son mari :

Docteur

[Cela] me [fait] bien de la [peine] pour mon mari [mais s'il n'est] pas complètement bien [mentalement j'aimerais] mieux que vous le [gardiez] car entre nous deux moi je n'en suis pas [capable. Ici il me fera des crises. [...] Il est [peut-être moins pire mais] il [va commencer] a [s'en] faire [avec] le [travaille] et il [n'aura plus d'ouvrage] de personne [et] il [va] se [décourager] encore. Là il [pleure,] il se fâche et il se fatigue. [...] [Il veut s'enlever la] vie il [nous a] chanté [cela souvent l'année] passé et [cela me met] très grandement sur [les] nerfs et là il [devient qu'il ne] marche [plus.] [...] [Qu'est-ce que] je [vais] faire avec un grand malade de même. [...] [Avec] des [enfants c'est] pas gérable. [...] Il est bien brutal. Il garde pas [s'il peut] me faire mal et moi [j'en ai] peur après [tout] je [sais qu'il n'est] pas normal. [...] Il [nous] le [disait avant d'aller là-bas vous savez] pas ce [qu'il peut] vous arriver avec moi [donc] il [avait dans l'idée] quelque chose de grave. [...] Vous [êtes aussi] bien de le garder car il est bien [traitée]⁴¹⁵.

Le surintendant Larue tente par la suite à plusieurs reprises de convaincre la femme d'André de le sortir en congé d'essai. Dans une lettre datant du 1^{er} juillet 1954, elle lui fait part des comportements violents de son époux justifiant selon elle son institutionnalisation permanente à Saint-Michel-Archange :

[Ici il] est seul avec moi. Il a le [dessus] sur moi. Il est [maître] de moi. Il [est] bien plus capable que moi. [...] Il sait qu'il a toute sorte d'armes sous la main. Chez vous il n'a pas [cela] et vous [autres] vous [êtes] plusieurs pour [l'arrêter. Moi je suis] seule

⁴¹³ *Dossier 12362*, « Histoire du cas [3 mars 1954] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴¹⁴ *Dossier 12362*, « Correspondance [14 juin 1954] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴¹⁵ *Dossier 12362*, « Correspondance [25 juin 1954] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

avec un garçon [de] 14 [ans] et une fille de 4 [ans. C'est] pas [eux-autres] qui [peuvent l'arrêter donc] docteur moi j'aime mieux que vous le [gardiez chez] vous toujours⁴¹⁶.

L'épouse d'André demeura ferme dans sa décision de ne pas sortir son mari de Saint-Michel-Archange. Lorsqu'il quitte l'hôpital le 27 octobre 1972 pour l'orphelinat Saint-Sauveur, on note que sa « famille a coupé toute relation⁴¹⁷ ». Le parcours de Fernand, qui devait lui aussi être en principe pris en charge par sa femme à sa sortie de Saint-Michel-Archange, fut bien différent. Au début de sa première hospitalisation, le 13 août 1961, on identifie chez lui un « déficit intellectuel assez important à la suite d'un trauma crânien survenu en 1961 à l'occasion d'un accident d'auto⁴¹⁸ ». À peine un mois plus tard, le 17 septembre 1962, il quitte l'hôpital en congé d'essai accompagné de son épouse pour retourner à sa résidence dans la région de Matapédia. On le dit alors amélioré « du côté du gâtisme, mais il demeure sans initiative [et] solitaire⁴¹⁹ ». La femme de Fernand fut rapidement submergée par les charges qu'impliquait le congé de l'hôpital de son mari. Elle écrivit le 3 octobre 1962 au docteur Gosselin pour lui faire part de son désarroi :

Docteur,

J'écris au sujet de mon mari que j'ai sorti sur congé d'essai. Je ne croyais pas que ce serait comme ça car j'ai beaucoup de misère avec, vous disiez qu'il mouillait son lit qu'à toutes les 3 [semaines. Ce] n'est [pas] ce qu'il [fait. Depuis] qu'il est ici ça lui arrive 3 à 4 fois par [semaine. Les] intestins aussi il fait plus souvent sur lui que dans la toilette, j'ai de la misère à le changer, il ne veut pas, puis il ne veut pas se coucher le soir et il dérange tous les enfants, il ne m'écoute pas du tout il fait ce qu'il veut, avec mes 9 enfants ça me donne beaucoup de trouble, il faut que vous fassiez quelque chose. [...] Répondez-moi tout de suite ce que vous allez faire car moi j'ai fait tout mon possible et je vois que c'est inutile je suis incapable de le garder⁴²⁰.

⁴¹⁶ *Dossier 12362*, « Correspondance [1^{er} juillet 1954] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴¹⁷ *Dossier 12362*, « Service social – Requête [2 mai 1972] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴¹⁸ *Dossier 12269*, « Sommaire [17 septembre 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴¹⁹ *Ibid.*

⁴²⁰ *Dossier 12269*, « Correspondance avec la famille [3 octobre 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Fernand effectue peu de temps après un séjour dans une autre institution psychiatrique, puis retourne auprès de sa femme en avril 1963. Cette dernière réécrit au docteur Gosselin le 30 octobre 1963 pour l'informer de sa situation devenue critique :

Depuis le mois d'avril que je le garde et je suis très fatiguée et nerveuse, car j'ai autant de misère après mon mari que j'en ai avec mes enfants. Il ne m'écoute pas du tout, il ne veut pas se coucher, il fume la nuit et je le [surveille. Imaginez] moi ici, il faut que je prenne du repos la nuit car je travaille beaucoup dans le jour. [...] C'est pas rose dans la maison je vous assure. Si vous ne faites rien nous allons tous être fous au printemps. J'ai neuf enfants il me faut la santé pour en avoir soin, je ne suis plus capable de le [garder. Je] vis sur une tension [nerveuse. Il] devient plus malin si on veut lui dire quelque chose il nous menace. Venez à mon secours je vous en supplie je n'en peux plus, je suis rendu au bout de mes forces et n'attendez pas qu'il soit trop tard⁴²¹.

La femme de Fernand se tourne finalement vers le sanatorium Bégin de Sainte-Germaine-du-Lac-Etchemin où elle admet son mari le 23 janvier 1964⁴²². Cet établissement étant assez isolé géographiquement, il revient finalement à Saint-Michel-Archange le 27 octobre 1966 à la demande de sa famille qui souhaitait pouvoir le visiter plus facilement⁴²³.

Bien que l'épouse de Fernand, comme celle d'André, refusa toujours par la suite de l'accueillir dans son foyer, elle maintint par la suite un contact avec lui par correspondance et en le visitant à l'occasion⁴²⁴. Mais ce fut surtout lorsqu'il quitta l'hôpital accompagné de sa sœur en congé d'essai le 27 novembre 1967⁴²⁵ que se manifesta l'attachement qu'avait toujours sa femme pour lui. Opposée à sa sortie et visiblement inquiète pour son bien-être, elle écrivit aux autorités de Saint-Michel-Archange le 29 février 1968 :

Monsieur,
J'écris au sujet de mon mari [...] qui était hospitalisé chez vous et que sa sœur a sorti

⁴²¹ *Dossier 12269*, « Correspondance avec la famille [30 octobre 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴²² *Dossier 12269*, « Correspondance avec Sanatorium Bégin [10 juin 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴²³ *Ibid.*

⁴²⁴ *Dossier 12269*, « Notes infirmière [4 avril 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec

⁴²⁵ *Dossier 12269*, « Notes infirmière [27 novembre 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec

sans ma signature. C'est regrettable mais je suis son épouse et je veux que vous veniez le chercher tout de suite car ce n'est pas une place pour lui. Premièrement la maison est trop petite il n'y a pas de bain ni d'eau chaude et c'est un grand malade et il couche deux dans la même [chambre. Ce] n'est pas hygiénique. [...] Moi ici j'ai 6 enfants et je reste dans 4 appartements c'est pour cette raison que je le garde pas alors je ne veux pas qu'il reste ailleurs après tout c'est mon mari et il est très malade. [...] Agissez promptement je serais très contente car je suis sur les nerfs et vous comprenez pourquoi⁴²⁶.

À la lumière de cette lettre, le refus de la femme de Fernand de sortir son mari de l'hôpital semble à la fois avoir été motivé par l'épuisement que provoque chez elle la cohabitation avec son époux et par le souci qu'elle avait de son bien-être. Fernand étant « un grand malade », ni elle ni sa sœur ne sont en mesure de lui garantir une qualité de vie. Selon son épouse, ses besoins particuliers font en sorte que son institutionnalisation en milieu psychiatrique, au sanatorium Bégin ou l'hôpital Saint-Michel-Archange, est nécessaire pour son bien-être.

La sœur de Raymond, autre patient dont nous avons étudié le dossier médical, a un propos similaire lorsqu'elle écrit au nom de sa famille au docteur Louis Roy le 18 février 1979 :

Cher Docteur,
 [...] [Les comportements de Raymond] lors de ses visites parmi nous sont assez durs à accepter car c'est une personne assez difficile à comprendre et il ne fait qu'à sa tête. Il aime beaucoup prendre un verre et vous comprendrai qu'ici avec les enfants c'est assez difficile de le surveiller pour qu'il ne lui arrive quelque chose car dans les [bars] c'est assez dangereux et vu que nous sommes en face [d'un bar,] il y allait assez souvent, trop souvent même, et on était tous très inquiet et très nerveux car il est assez malin et il ne veut accepter ni de conseil ni de remontrance de personne. [...] J'espère que vous lui ferai comprendre la chose. Sachez cependant que c'est bien dur et que ça fait bien mal de ne pas pouvoir recevoir notre petit frère à la maison mais mieux vaut le voir chez vous bien surveillé [et] bien soigné que de le voir ici faire peut-être des choses que l'on regretterait toute notre vie car c'est un grand malade et il a besoin de soins et de beaucoup de surveillance que nous ici ne pouvons lui donner⁴²⁷.

⁴²⁶ *Dossier 12269*, « Correspondance [29 février 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec

⁴²⁷ *Dossier 11268*, « Correspondance [18 février 1979] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

La famille de Raymond semble ainsi refuser de le sortir de l'hôpital, en partie parce qu'elle se sent inadéquate pour répondre à ses besoins, mais aussi parce qu'elle estime que la supervision et les soins auxquels il a accès à Saint-Michel-Archange lui sont vitaux ; le couper des ressources de l'institution serait dangereux pour lui. C'est un sentiment qu'a peut-être partagé la sœur de Gaston qui exprima vouloir le faire sortir de Saint-Michel-Archange près de 19 ans après le début de son hospitalisation. Elle amorce alors cette démarche, non pas pour le faire réintégrer la société, mais bien pour le faire transférer à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Montréal. Résidente de l'est de l'île, elle cherchait alors à pouvoir le visiter plus souvent, comme en témoigne cette lettre qu'elle adressa aux autorités de Saint-Jean-de-Dieu le 7 janvier 1970 :

Monsieur,

Si je vous écris c'est au sujet de mon frère qui est dans une institution de Québec à Saint-Michel-Archange. Je ne peux pas aller le voir souvent ainsi que les autres membres de notre [famille. En] quinze ans je ne suis allé qu'une [fois. Je n'ai] pas de machine et [ne suis] pas assez argenté pour prendre les autobus tandis que si il serait ici à St-Jean-de-Dieu je pourrais aller le voir au moins une fois par [mois. J'ai] une autre de mes sœurs qui est dans la même situation que [moi. J'ai] un fils qui pourrait aussi allé le [voir. Vous] savez ces pauvres malades [mentaux] ont besoin de nous⁴²⁸.

Bien que la sœur de Gaston ait exprimé dans cette lettre la responsabilité qu'elle se reconnaissait à l'égard de son frère, notamment en vertu de son statut de « malade mental », elle n'y évoque nulle part la possibilité de le déshospitaliser. Elle aussi semble avoir estimé que son frère, étant donné ses besoins et les ressources lacunaires auxquels il aurait accès à l'extérieur d'un hôpital psychiatrique, doit demeurer institutionnalisé.

Denise demeura quant à elle à Saint-Michel-Archange jusqu'à son décès le 20 mai 1976. Comme nous l'avons brièvement mentionné au chapitre I, c'était sa sœur qui en avait la charge depuis le décès de son père en 1956. Mais cette dernière, en avril 1961, ne s'estimait plus capable

⁴²⁸ Dossier 2905, « Correspondance [7 janvier 1970] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

d'en prendre soin, souffrant de « dépression nerveuse et physique⁴²⁹ ». Son époux attribuait d'ailleurs « son état de santé [...] au fait qu'elle doit prodiguer passablement de soins à [sa sœur] ». La famille de Denise ne paraît pas avoir entamé de démarche pour la faire sortir de Saint-Michel-Archange lors des quinze années qui sépare son entrée à l'hôpital de son décès. On aurait toutefois encore une fois tort d'y voir le désintérêt de sa famille à son égard ; elle reçoit chaque semaine la visite d'un ou plusieurs membres de sa famille (surtout ses sœurs et sa mère)⁴³⁰ qui effectuent également régulièrement avec elle des sorties⁴³¹. Ils l'accompagnent par exemple pour aller à l'Exposition provinciale⁴³², au Jardin zoologique⁴³³ ou voir le père Noël⁴³⁴. La famille de Denise maintient avec elle un contact pour toute la durée de son hospitalisation ; c'est entouré de ses proches qu'elle décède à Saint-Michel-Archange le 20 mai 1976⁴³⁵.

Il est possible que la proximité qu'a entretenue avec Denise sa famille tout au long de son hospitalisation ait contribué à son maintien à Saint-Michel-Archange. Ses proches sont en effet témoin de son adaptation et de son attachement à son nouveau milieu ; lors d'une sortie à l'Exposition provinciale « avec sa parenté » le 8 septembre 1961, elle dit à sa sœur « avoir hâte de

⁴²⁹ *Dossier 11657*, « Correspondance Ministère des Affaires des anciens combattants [30 mars 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴³⁰ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [28 avril 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11657*, « Notes infirmières [octobre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11657*, « Notes infirmières [9 juillet 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11657*, « Notes infirmières [7 janvier 1964] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11657*, « Notes infirmières [octobre 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11657*, « Notes infirmières [avril 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11657*, « Notes infirmières [février 1969] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11657*, « Notes infirmières [31 mai 1971] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴³¹ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [6 mai 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴³² *Dossier 11657*, « Notes infirmières [septembre 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴³³ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [18 septembre 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴³⁴ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [décembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴³⁵ *Dossier 12269*, « Notes infirmière [20 mai 1976] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

revenir [à Saint-Michel-Archange]⁴³⁶ » ; en avril 1962, on note qu'elle est « bien contente d'avoir de la visite mais voit partir ses gens sans regret⁴³⁷ ! » ; en juin 1962, on observe qu'elle est « toujours contente de sortir mais aussi contente de revenir⁴³⁸ ». Le 15 juillet 1966, une grève frappant tous les hôpitaux de la province, Saint-Michel-Archange est privé du service de 1300 de ses employés⁴³⁹. La sœur de Denise vient alors la chercher le 14 juillet avec l'intention de l'héberger « chez elle pour la durée de la grève⁴⁴⁰ ». Bien que le conflit de travail ait duré jusqu'au 3 août 1966, Denise est de retour à Saint-Michel-Archange dès le 19 juillet. L'infirmière note à son retour : « Il paraît qu'elle s'ennuyait⁴⁴¹... » Visiblement soucieuses du bien-être de Denise, il est possible que ses sœurs et sa mère aient insisté pour qu'elle demeure à Saint-Michel-Archange, milieu qu'elle appréciait manifestement.

4.3. Foyers d'accueil et Centres de réadaptation

Différentes ressources résidentielles se développent à partir des années 1960 donnant une alternative aux patients désirant quitter l'hôpital, mais ne pouvant retourner vivre auprès de leur famille⁴⁴². La mise en place de ce réseau va de pair avec les réformes orientées vers la désinstitutionnalisation de la psychiatrie québécoise amorcées la même décennie, dont le coup

⁴³⁶ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [8 septembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴³⁷ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [avril 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴³⁸ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [juin 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴³⁹ Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 111.

⁴⁴⁰ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [14 juillet 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁴¹ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [19 juillet 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁴² Henri Dorvil et Guylaine Racine, *op. cit.*, 1999, p. 127 ; Mireille Tremblay, Guylaine Boucher, et Yves Charbonneau, *op. cit.*, 2000, p. 47.

d'envoi est donné par la formation en 1962 de la Division des services psychiatriques au sein du ministère de la Santé. C'est notamment grâce au leadership de cette division que la décennie 1960 voit diverses initiatives visant à assurer un meilleur suivi à l'externe des patients radiés⁴⁴³. Se développe également progressivement un ensemble de ressources résidentielles visant à faciliter la sortie des patients prêts à quitter l'institution. En 1971, la réforme Castonguay donne un second souffle au mouvement québécois de désinstitutionnalisation psychiatrique. De nouvelles cliniques externes se développent alors que l'offre des ressources intermédiaires s'élargit⁴⁴⁴. Les centres d'accueil de réadaptation et les centres de services sociaux jouent également un rôle de plus en plus grand dans l'organisation des services d'hébergements des individus vivant avec une déficience intellectuelle⁴⁴⁵. Dans ce contexte, une forte pression est exercée afin de diminuer la population des hôpitaux psychiatriques de la province dont le nombre de lits par 1000 habitants passe de 4 à 2,9 entre 1961 et 1974⁴⁴⁶. En 1986, la province compte en psychiatrie 4 251 lits de moins qu'en 1971 et 7 760 lits de moins qu'en 1962⁴⁴⁷. À Saint-Michel-Archange, le nombre de patients hospitalisés diminue de moitié entre 1962 et 1970⁴⁴⁸. Le personnel de Saint-Michel-Archange semble s'être montré particulièrement actif pour orienter vers des ressources résidentielles les patients jugés aptes à vivre à l'extérieur et motivés à quitter l'institution.

Le service social de l'hôpital, coordonnant le placement des patients à l'extérieur⁴⁴⁹, rencontre toutefois quelques difficultés auprès des individus dont nous avons jusqu'ici présenté le parcours.

⁴⁴³ Hubert Wallot, *op. cit.*, 1998, p. 237.

⁴⁴⁴ Henri Dorvil et Guylaine Racine, *op. cit.*, 1999, p. 130.

⁴⁴⁵ Mireille Tremblay, Guylaine Boucher, et Yves Charbonneau, *op. cit.*, 2000, p. 72.

⁴⁴⁶ Hubert Wallot, *op. cit.*, 1998, p. 226.

⁴⁴⁷ Henri Dorvil et Guylaine Racine, *op. cit.*, 1999, p. 130.

⁴⁴⁸ Hubert Wallot, *op. cit.*, 1998, p. 235.

⁴⁴⁹ Un service social médico-psychiatrique s'occupant du placement des patients ne pouvant retourner dans leur famille existe à Saint-Michel-Archange depuis 1947. Cette fonction est toutefois prise en charge par un nouveau service social créé à Saint-Michel-Archange en 1963 grâce au financement du ministère de la Santé. Karine Aubin, *op. cit.*, 2019, p. 292 ; Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 101.

Le réseau de ressources résidentielles destinées à recevoir les patients des hôpitaux psychiatriques atteint en effet rapidement un état d'engorgement allongeant les listes d'attente pour y accéder⁴⁵⁰. C'est notamment une difficulté à laquelle fut confronté Raymond qui, ayant depuis longtemps un « très bon comportement »⁴⁵¹, est « référé au service social en vue d'un placement⁴⁵² » à l'été 1968. Puisqu'il « s'y connaît dans le "jardinage", le sarclage et l'entretien du jardin », c'est un foyer de Lotbinière ayant « besoin d'un travailleur de ce genre⁴⁵³ » qui fut sélectionné pour l'accueillir en juin 1968. Mais aucune place n'y est alors disponible. Attendant impatiemment son départ de l'institution, Raymond répète souvent qu'il est « non malade et prêt à quitter l'hôpital⁴⁵⁴ ». Il rejoint finalement le foyer de Lotbinière le 8 juillet 1968⁴⁵⁵. Gaston dut quant à lui attendre trois ans après avoir exprimé le désir de quitter Saint-Michel-Archange pour être finalement radié de l'institution. Le docteur Lemelin note en effet le 17 novembre 1967 : « Aujourd'hui, il exprime le désir de retourner dans sa famille. Étant donné la régionalisation, il serait peut-être à considérer que ce patient pourrait retourner à Gaspé où il serait beaucoup plus près de sa famille⁴⁵⁶ ». Comme nous l'avons vu, ce n'est toutefois qu'en septembre 1970, que Gaston quitte Saint-Michel-Archange pour l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Montréal où habitent maintenant ses proches.

Marie exprime elle aussi rapidement vouloir quitter l'hôpital ; moins d'une semaine après le début de son hospitalisation, le 27 novembre 1961, on note qu'elle dit commencer « à avoir hâte

⁴⁵⁰ Henri Dorvil et Guylaine Racine, *op. cit.*, 1999, p. 127.

⁴⁵¹ *Ibid.*

⁴⁵² *Dossier 11268*, « Histoire du cas [8 juillet 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁵³ *Dossier 11268*, « Service social – Requête [10 juin 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁵⁴ *Dossier 11268*, « Histoire du cas [19 mars 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁵⁵ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [8 juillet 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁵⁶ *Dossier 2905*, « Histoire du cas [27 novembre 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

de partir⁴⁵⁷ ». Elle désire alors retourner auprès de sa mère, mais cette dernière, n'étant pas en mesure de la « reprendre à la maison », déclare plutôt souhaiter que sa fille « soit placée dans une institution à Québec⁴⁵⁸ ». On observe trois jours plus tard que l'état mental de Marie est « satisfaisant pour lui permettre de travailler dans un couvent sous surveillance⁴⁵⁹ ». Elle quitte ainsi l'hôpital le 23 septembre 1963 pour effectuer un congé d'essai à la maison Saint-Bernard de la congrégation des Sœurs de Notre-Dame du Perpétuel Secours à Saint-Damien⁴⁶⁰. Elle est toutefois de retour à Saint-Michel-Archange dès le 9 octobre 1963 « dans un état de confusion et de panique⁴⁶¹ ». On note alors : « Revient de congé – très anxieuse, malade pleure et dit qu'elle perd son sang et que le cœur lui fait mal – ne peut dormir [et] dérange ses compagnes⁴⁶². » Ce n'est par la suite qu'en mai 1964 qu'elle affiche un « meilleur comportement⁴⁶³ ».

Elle demande alors à nouveau à aller vivre en foyer⁴⁶⁴, mais sans succès ; selon une note de l'infirmière Plante du service social prise cinq ans plus tard, le personnel de l'hôpital ne l'estime toujours pas apte à sortir : « À chaque occasion où nous avons voulu rencontrer cette patiente [pour évaluer les possibilités de placement], l'infirmière et le médecin nous ont affirmé que son état

⁴⁵⁷ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [27 novembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁵⁸ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [17 septembre 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁵⁹ *Dossier 12705*, « Histoire du cas [20 septembre 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁶⁰ *Dossier 12705*, « Histoire du cas [23 septembre 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁶¹ *Dossier 12705*, « Histoire du cas [10 octobre 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁶² *Dossier 12705*, « Notes infirmières [9 octobre 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁶³ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [25 mai 1964] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁶⁴ Voir notamment : *Dossier 12705*, « Notes infirmières [26 avril 1964] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 12705*, « Notes infirmières [29 janvier 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 12705*, « Notes infirmières [24 juin 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 12705*, « Notes infirmières [8 novembre 1970] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 12705*, « Notes infirmières [21 janvier 1972] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 12705*, « Notes infirmières [7 mai 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

mental précaire ne pouvait permettre de songer à une sortie⁴⁶⁵. » Anxieuse quant à son avenir, Marie demande souvent aux infirmières : « si elle va passer toute sa vie ici à l'hôpital⁴⁶⁶ ». Elle prend néanmoins part à des séances d'art thérapie et d'activités dirigées où elle « fait preuve de bon vouloir⁴⁶⁷ ». Sa participation à ces activités produit chez elle « une amélioration notable de la personnalité⁴⁶⁸ » qui est remarquée puisqu'on envisage la possibilité de la placer à l'été 1973 à l'Habitat 2525, centre de réadaptation adapté situé sur le site de l'hôpital⁴⁶⁹. Mais Marie est à nouveau déçue ; son niveau d'intelligence est estimé « inférieur à celui exigé par "Habitat 2525"⁴⁷⁰ ». C'est finalement pour un foyer à Orsainville⁴⁷¹ qu'elle quitte l'hôpital en janvier 1974.

À son départ, le docteur Guy Paradis note :

[Grâce à un travail d'équipe soutenue, Marie] a atteint une bonne autonomie, s'entretenait mieux, organisant ses loisirs, se montrait plus responsable, son comportement est devenu aussi plus acceptable et son rendement au travail plus que bon. Cependant reste fragile aux frustrations et conserve une certaine tendance à dramatiser. Demeure aussi puérile et immature⁴⁷².

Elle ne revint par la suite à Saint-Michel-Archange que pour de courts séjours motivés par des soucis de santé physique. Ainsi, bien que Marie ait exprimé dès sa première semaine à Saint-Michel-Archange vouloir quitter l'hôpital, elle n'en est radiée que douze ans plus tard. Le refus de sa mère de l'accueillir à nouveau dans son foyer eut bien sûr un rôle à jouer dans le maintien de sa fille à l'hôpital. Mais, comme nous l'avons vu, d'autres alternatives sont rapidement tentées. Si

⁴⁶⁵ *Dossier 12705*, « Service social – Requête [11 mai 1971] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁶⁶ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [24 juin 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁶⁷ *Dossier 12705*, « Service sociale – Requête [15 novembre 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁶⁸ *Ibid.*

⁴⁶⁹ Jules Lambert, *op. cit.*, 1995, p. 125.

⁴⁷⁰ *Dossier 12705*, « Correspondance "Habitat 2525" », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁷¹ *Dossier 12705*, « Notes infirmières [28 janvier 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁷² *Dossier 12705*, « Histoire du cas [28 janvier 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Marie demeure aussi longtemps à Saint-Michel-Archange, c'est également parce que ces alternatives répondent difficilement à ses besoins. Son congé d'essai au foyer Saint-Bernard ne dure que quelques semaines, la congrégation qui y œuvre ne pouvant faire face à l'anxiété aiguë qu'elle y développe. Plus tard, sa candidature est à nouveau rejetée par une autre ressource affiliée à Saint-Michel-Archange, Habitat 2525, mais cette fois en amont en raison de ses capacités cognitives jugées trop faibles. Le personnel de l'hôpital qui l'a côtoyé l'a par ailleurs pendant longtemps estimé non apte à vivre à l'extérieur de l'institution. Ils ne changent d'avis qu'au terme d'un long processus pendant lequel Marie développe des compétences lui permettant de mieux faire face à la vie à l'extérieur de l'institution.

Serge suivit un programme similaire. Admis à Saint-Michel-Archange le 16 septembre 1961, on note un an plus tard qu'il « s'informe souvent de sa sortie⁴⁷³ ». Il est toutefois alors trop agité pour envisager une radiation. Alternant les comportements agressifs et apragmatiques et faisant fréquemment des crises d'épilepsie, le docteur Bouchard écrit à son sujet le 20 décembre 1966 : « Patient que l'on doit tenir pratiquement somnolent car il devient impulsif lorsque les crises épileptiques reprennent à une incidence grave, désagrégé, méfiant, incohérent, impulsif à la moindre contrariété, passe sa journée assis, somnolent⁴⁷⁴ ». Sept ans plus tard, en été 1973, on note à propos de son comportement : « Très changeant, une journée il est souriant coopère assez, le lendemain il peut être très impulsif (même frapper). Halluciné parfois. [...] Il a besoin de surveillance et même d'aide pour se laver⁴⁷⁵. »

⁴⁷³ *Dossier 12416*, « Histoire du cas [26 juin 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁷⁴ *Dossier 11268*, « Histoire du cas [20 décembre 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁷⁵ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [29 juillet 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Mais ses troubles se résorbent progressivement. Le 19 février 1981, on note qu'il « participera à une programmation, dans laquelle il aura à faire différentes activités d'apprentissage⁴⁷⁶ ». Apprenant alors la confection de tapis et le calcul mental par des jeux éducatifs, le docteur Gobeil observe qu'il « devient plus autonome dans ses activités de la vie quotidienne [et] l'agressivité se manifeste presque exclusivement sur le plan verbal⁴⁷⁷ ». Ce n'est toutefois qu'en 1996 que les progrès qu'il a effectués sont estimés suffisants pour lui permettre de vivre à l'extérieur. Ainsi le 7 janvier 1996, après plus de 34 ans à Saint-Michel-Archange, Serge quitte l'institution pour aller rejoindre le centre de réadaptation La triade qui l'oriente par la suite vers un foyer adapté situé dans la ville de Stoneham. Lui aussi ne revient à l'hôpital par la suite que pour de courts séjours liés à des problèmes de santé physique.

Claude effectue à Saint-Michel-Archange un parcours similaire. Hospitalisé le 8 octobre 1951⁴⁷⁸, ses premières décennies à l'institution sont marquées par des périodes d'excitation et d'instabilités suivies par des moments d'inactivités pendant lesquels il est parfois proche de la catatonie. Il est ainsi « confus [et] délirant » ayant des « propos vulgaires et érotiques⁴⁷⁹ » le 1^{er} novembre 1951, « incohérent [et] instable⁴⁸⁰ » le 20 janvier 1957, « surexcité [et] agité, [agaçant] les patients sur la salle⁴⁸¹ » le 18 avril 1966 et « très sournois⁴⁸² » le 5 juillet 1974. Au contraire, il

⁴⁷⁶ *Dossier 12416*, « Notes infirmières [19 février 1981] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁷⁷ *Dossier 12416*, « Feuille sommaire », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁷⁸ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [8 octobre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁷⁹ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [1^{er} novembre 1951] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁸⁰ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [20 janvier 1957] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁸¹ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [18 avril 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁸² *Dossier 2851*, « Notes infirmières [5 juillet 1974] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

« ne s'intéresse à rien⁴⁸³ » le 6 juillet 1955, on ne peut établir avec lui « aucun contact verbal⁴⁸⁴ » le 26 septembre 1967 et il ne présente « aucune activité⁴⁸⁵ » le 30 octobre 1971. Son comportement s'améliore à partir du début des années 1990. Il intègre alors un « atelier d'artisanat » et participe à « des activités de jeux⁴⁸⁶ ». C'est finalement le 12 décembre 1994, « après une préparation adéquate⁴⁸⁷ », que Claude quitte l'hôpital, plus de 43 ans après son arrivée, pour aller rejoindre un foyer d'accueil à St-Fabien de Panet.

Ainsi, alors même que sont affirmés en 1962 par le rapport Bédard et réaffirmés lors de la réforme Castonguay les principes de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec prônant le retour des patients dans leur communauté, Marie, Serge et Claude demeurèrent hospitalisés à Saint-Michel-Archange pendant des années voir des décennies. C'est que, selon les autorités de l'institution, ils ne sont en mesure d'être placés à l'extérieur de l'hôpital qu'au terme d'un long processus d'apprentissage pendant lequel ils s'autonomisent et apprennent à gérer leurs troubles de comportement. Ce lent apprentissage ne produisit parfois jamais les résultats attendus. Ainsi à aucun moment ne semble-t-on avoir envisagé de sortie pour Monique qui est demeurée à Saint-Michel-Archange depuis son admission le 13 septembre 1961⁴⁸⁸ jusqu'à son décès le 10 juin 1986⁴⁸⁹. On note rapidement qu'elle « aime [...] attirer l'attention⁴⁹⁰ » en simulant « des

⁴⁸³ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [6 juillet 1955] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁸⁴ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [26 septembre 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁸⁵ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [30 octobre 1971] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁸⁶ *Dossier 2851*, « Notes infirmières [23 mars 1992] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁸⁷ *Dossier 2851*, « Sommaire [26 décembre 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁸⁸ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [13 septembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁸⁹ *Dossier 12397*, « Centre hospitalier Robert Giffard », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁹⁰ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [22 novembre 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

absences⁴⁹¹ », en pleurant « pour des riens⁴⁹² », en se plaignant de différents malaises⁴⁹³ et en provoquant « des disputes⁴⁹⁴ ». Ce genre de comportement se maintient chez elle tout au long de son hospitalisation. Le dossier médical de Monique témoigne également de moments plus heureux. On note par exemple le 22 septembre 1966 : « S’occupe au tricot à la salle. Travaille à l’artisanat. De bonne humeur lorsqu’elle travaille. Aussitôt qu’elle ne fait rien, se trouve des bobos⁴⁹⁵. » On remarque à nouveau un bon comportement de la part de Monique le 11 septembre 1973 : « Humeur un peu plus stable. Plus sociale avec son entourage, du fait qu’elle se rend plus responsable et plus mature en lui confiant des petites commissions⁴⁹⁶. » Mais de façon globale, la vie de Monique à l’hôpital fut marquée par de récurrentes crises de colères et de larmes ainsi que de nombreux conflits avec ses compagnes.

4.4. Choisir de demeurer à Saint-Michel-Archange

D’autres patients semblent s’être mieux acclimatés à la vie à Saint-Michel-Archange, réclamant parfois d’y demeurer. C’est le cas notamment de Denise qui, à peine deux semaines après son admission, « semble se plaire avec ses compagnes⁴⁹⁷ ». On note à nouveau un mois plus

⁴⁹¹ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [18 avril 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁹² *Dossier 12397*, « Notes infirmières [15 avril 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁹³ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [1^{er} janvier 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁹⁴ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [24 septembre 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁹⁵ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [22 septembre 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁹⁶ *Dossier 12397*, « Notes infirmières [11 septembre 1973] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁹⁷ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [18 avril 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

tard, le 6 mai 1961 qu'elle « semble se plaire au milieu » et qu'elle « s'amuse avec une poupée⁴⁹⁸ ». Ce genre d'observation ponctue le dossier de Denise tout au long de son hospitalisation ; elle « fait de beaux sourires⁴⁹⁹ » le 21 juillet 1961, est « toujours la même bonne malade⁵⁰⁰ » le 20 novembre 1961, est « plutôt gais, sautille [et] danse⁵⁰¹ » le 2 juillet 1963, « se fâche bien rarement⁵⁰² » le 17 juillet 1964 et « semble bien contente⁵⁰³ » le 30 septembre 1967. Son dossier médical rend par ailleurs compte de l'affection réciproque qui se développe entre elle et les personnes qu'elle côtoie sur son unité. On note ainsi le 9 août 1961 : « Prend Plaisir à faire toute sorte de gambades. Ça amuse tout le monde⁵⁰⁴! » Allant rendre visite au père Noël le 20 novembre 1961, on observe à son retour qu'elle est « bien contente de sa sortie qu'elle raconte à sa manière à ses intimes⁵⁰⁵ ». Témoignant du paternalisme qui semble avoir marqué la relation qu'a entretenue le personnel de Saint-Michel-Archange avec Denise, elle est à plusieurs reprises qualifiée au sein des notes infirmières de « bon bébé⁵⁰⁶ ».

Raymond qui, comme nous l'avons vu, quitte l'hôpital le 8 juillet 1968 pour rejoindre un foyer à Lotbinière, a quant à lui exprimé à plusieurs reprises au cours de son parcours le désir de retourner

⁴⁹⁸ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [6 mai 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁴⁹⁹ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [21 juillet 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁰⁰ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [20 novembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁰¹ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [2 juillet 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁰² *Dossier 11657*, « Notes infirmières [17 juillet 1964] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁰³ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [30 septembre 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁰⁴ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [8 août 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁰⁵ *Dossier 11657*, « Notes infirmières [20 novembre 1961] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁰⁶ Voir notamment : *Dossier 11657*, « Notes infirmières [28 février 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11657*, « Notes infirmières [7 juin 1963] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; *Dossier 11657*, « Notes infirmières [31 décembre 1971] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ;

et demeurer à Saint-Michel-Archange. Il y est en effet à nouveau admis à peine trois semaines après son départ pour Lotbinière. Déçu par le rythme de vie qu'il était contraint d'y adopter, il déclare : « Je travaillais beaucoup trop fort là-bas, je ne veux plus y retourner⁵⁰⁷ ». Le docteur Oskoui note au moment de sa réadmission : « Il nous dit qu'on le faisait travailler dur de 5.30 a.m. à 9 p.m. et cela pour dix dollars par semaine. Il semble à premier abord qu'on cherche un bon rendement de nos malades sans trop se préoccuper de leur réhabilitation sociale. Le patient nous dit avoir demandé de lui-même de revenir à l'Hôpital St-Michel-Archange et se propose de reprendre son travail [à la ferme]⁵⁰⁸. » On note peu après qu'il occupe à nouveau avec plaisir son travail sur la ferme de l'hôpital⁵⁰⁹. Il exprime par la suite le désir de retourner dans sa famille, mais cette dernière refuse de l'accueillir depuis un congé d'essai tumultueux effectué en avril 1965⁵¹⁰. Il se dit alors enclin à quitter Saint-Michel-Archange, mais uniquement pour un « foyer tranquille⁵¹¹ ». Une place se libéra finalement pour Raymond dans un foyer de pension situé dans la municipalité Les Éboulements qu'il rejoint le 21 novembre 1969⁵¹².

Son adaptation à ce nouveau milieu de vie semble bien se dérouler, mais il ne peut y rester longtemps ; le foyer ferme ses portes trois ans après son arrivée. Il est alors redirigé vers un nouveau foyer de pension situé à St-Édouard qui ferme lui aussi ses portes deux ans plus tard⁵¹³. Cette fois,

⁵⁰⁷ *Dossier 11268*, « Histoire du cas [29 juillet 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁰⁸ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [29 juillet 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁰⁹ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [30 septembre 1968] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵¹⁰ *Dossier 11268*, « Histoire du cas [26 avril 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵¹¹ *Dossier 11268*, « Histoire du cas [21 novembre 1969] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵¹² *Ibid.*

⁵¹³ *Dossier 11268*, « Centre de services sociaux de Québec (filiale Lévis) – Demande d'admission [11 avril 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Raymond refuse un nouveau placement en foyer de pension comme le rapporte un document du Centre de services sociaux de Québec :

[Raymond] s'oppose à aller demeurer dans une autre pension surveillée de notre territoire. Il menace de "faire un mauvais coup" si on le place ailleurs. Il répète constamment que sa place est à St-Michel-Archange et qu'il n'ira pas ailleurs que là. Nous avons essayé à quelques reprises d'amener notre client [...] à accepter d'aller dans une autre pension au moins pour voir s'il s'y plairait, quitte à faire des démarches du côté de St-Michel-Archange si ça ne fonctionnait pas. Il a refusé catégoriquement et a menacé de plus belle avec beaucoup d'agressivité. De plus, il a eu l'occasion de visiter certaines de nos pensions surveillées lors du transfert des autres pensionnaires [de son foyer.] Ces visites ne donnèrent aucun résultat : [Raymond] demeure convaincu que sa place est à St-Michel-Archange⁵¹⁴.

Raymond est donc réadmis à Saint-Michel-Archange le 24 avril 1975. Son frère se montre alors intéressé à le prendre en charge à l'extérieur de l'hôpital. Un congé est tenté le 16 juin suivant, mais Raymond revient à Saint-Michel-Archange deux semaines plus tard. Il déclare alors : « Je ne peux vivre à l'extérieur, ça fait trop longtemps que je suis ici⁵¹⁵ ». Il ajoute qu'il « veut vivre le reste de sa vie ici⁵¹⁶ ». Il exprime néanmoins à nouveau le désir de quitter l'hôpital, cette fois pour vivre en famille d'accueil, quatre ans plus tard⁵¹⁷. C'est finalement un foyer situé dans la ville de Saint-Lazare du comté de Bellechasse qui l'accueille le 19 octobre 1979⁵¹⁸.

Il demeure par la suite à l'extérieur de l'hôpital jusqu'au 10 mai 1984, y revenant à cette date à sa demande. On note alors qu'il est « convaincu d'avoir fait son temps à l'extérieur [et demande] depuis plus d'un an à revenir avec insistance⁵¹⁹ ». Raymond se fait plus explicite à son admission

⁵¹⁴ *Ibid.*

⁵¹⁵ *Dossier 11268*, « Histoire de cas et examen physique [1^{er} juillet 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵¹⁶ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [1^{er} juillet 1975] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵¹⁷ *Dossier 11268*, « Service social - Requête [9 mars 1979] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵¹⁸ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [19 octobre 1979] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵¹⁹ *Dossier 11268*, « Demande d'admission au centre d'accueil », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

sur les raisons le poussant à réclamer son retour à l'hôpital. C'est à nouveau l'emploi du temps qu'il a été contraint d'adopter qui lui pose problème. Il le trouve alors, non pas trop demandant comme seize ans auparavant au foyer de Lotbinière, mais trop peu chargé. L'infirmière note lors de sa première journée à l'hôpital : « Son gros problème c'est qu'il est fatigué de ne rien faire au foyer. [...] Il aimerait travailler plus que de l'occupation⁵²⁰ ». Lorsqu'on lui propose quelques jours plus tard de retourner en foyer, « il se dit "tanné" de se bercer et de se balancer⁵²¹ ». Il ne montre à nouveau de l'intérêt pour « aller vivre dans un foyer protégé⁵²² » que trois ans plus tard, au printemps 1987. Il visite le 24 avril une famille d'accueil à Stoneham. On note alors : « S'est montré très intéressé par les lieux physiques et posait des questions. Il a également aimé le grand terrain et la rivière. Il a apprécié sa bière et son repas à la brasserie ce midi et s'est bien comporté. Il était très emballé d'aller y vivre et au retour a exprimé sa joie au personnel⁵²³. »

Le 30 avril 1987, Raymond « se montre maintenant très intéressé à aller vivre à Stoneham » et est « motivé à travailler sur place à couper et à fendre du bois⁵²⁴. » Il rejoint finalement sa nouvelle résidence le 4 mai 1987, « très heureux de ce départ⁵²⁵ ». Une infirmière du service social de l'hôpital le visite un mois plus tard et note : « Nous accueille avec le sourire et une poignée de main. [...] Il prend des marches à l'extérieur et ira visiter le village en fin de semaine avec [un accompagnateur⁵²⁶.] » Un suivi est par la suite effectué par la clinique externe. On y note en

⁵²⁰ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [11 juillet 1984] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵²¹ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [17 juillet 1984] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵²² *Ibid.*

⁵²³ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [24 avril 1987] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵²⁴ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [30 avril 1987] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵²⁵ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [4 mai 1987] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵²⁶ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [7 mai 1987] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

novembre 1990 que Raymond « se dit heureux de vivre en [famille d'accueil] », qu'il « fait sa marche extérieure quotidienne et participe bien aux activités organisées ainsi qu'aux cours d'alphabétisation qu'il suit en groupe⁵²⁷ ». Il demeure par la suite satisfait de son foyer et des occupations auxquelles il participe.

Son dossier médical ne contient aucun document datant d'après mars 1996, mis à part un rapport sommaire faisant état de son décès le 20 décembre 2000⁵²⁸. Si Raymond semble finalement avoir trouvé à la fin de sa vie un milieu à l'extérieur de l'hôpital lui convenant ce n'est qu'au terme d'une démarche laborieuse s'échelonnant sur plus de 15 ans. Il fait au cours de sa vie l'expérience de multiples ressources résidentielles qui se sont avérées inadéquates pour son maintien dans la communauté ; le contraignant à un travail trop lourd, lui offrant un emploi du temps trop peu chargé ou la ressource fermant tout simplement ses portes, ce n'est pendant longtemps qu'à Saint-Michel-Archange qu'il trouve un mode de vie et une stabilité qui lui convient. Lors de ses dernières années à l'hôpital, il participe régulièrement aux activités organisées dans son unité, est sociable avec son entourage, « se dit heureux de son sort et ne demande pas plus de la vie⁵²⁹ ». Il apprécie par ailleurs « se promener sur la salle et sur la galerie » et « sort prendre une petite bière à l'occasion à la taverne près de l'hôpital avec un autre bénéficiaire⁵³⁰ ».

Claude, semble également avoir apprécié ses dernières années à Saint-Michel-Archange. Comme nous l'avons vu, son comportement s'améliorant à partir du début des années 1990, on l'autorise à effectuer diverses sorties à l'extérieur de l'hôpital. Il fréquente alors régulièrement la

⁵²⁷ *Dossier 11268*, « Observations de l'intervenant [29 novembre 1990] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵²⁸ *Dossier 11268*, « Décès externe », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵²⁹ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [10 janvier 1986] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵³⁰ *Dossier 11268*, « Notes infirmières [19 mars 1987] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

base plein air⁵³¹ et le casse-croûte à proximité de Saint-Michel-Archange⁵³² et va occasionnellement à la cabane à sucre au printemps⁵³³ et au camp de jour en été⁵³⁴. On note à l'époque qu'il est généralement de « belle humeur » et « souriant⁵³⁵ ». Il semble par ailleurs s'attacher au personnel de l'institution, demandant souvent aux infirmières « si on sera là demain⁵³⁶ ». Ainsi, lorsqu'il quitte l'hôpital, « après une préparation adéquate⁵³⁷ » le 12 décembre 1994 pour aller rejoindre un foyer d'accueil à St-Fabien de Panet, Claude semble nostalgique. Il demande en effet souvent à la travailleuse sociale qui l'y accompagne « quand nous le ramènerons⁵³⁸ ». Lorsqu'elle le visite à nouveau le 19 décembre 1994, elle note :

En me voyant il me demande si je viens pour le chercher mais semble-t-il qu'il ne l'avait pas demandé depuis lundi dernier. Je lui dit que non. [...] Il m'a fait signe que oui lorsque je lui ai demandé s'il aimait sa nouvelle maison. Peu de réactions durant la fête. Il est docile et fait ce qu'on lui demande. Les responsables sont enchantés de lui et de son comportement⁵³⁹.

Réal semble quant à lui s'être acclimaté rapidement à la vie à Saint-Michel-Archange. Admis le 29 juillet 1961, il occupe rapidement ses journées en travaillant sur la ferme de l'hôpital⁵⁴⁰ et en

⁵³¹ Dossier 2851, « Notes infirmières [23 mars 1992] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; Dossier 2851, « Notes infirmières [1^{er} avril 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec ; Dossier 2851, « Notes infirmières [1^{er} avril 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵³² Dossier 2851, « Notes infirmières [23 mars 1992] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵³³ Dossier 2851, « Notes infirmières [6 avril 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵³⁴ Dossier 2851, « Notes infirmières [25 juillet 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵³⁵ Dossier 2851, « Notes infirmières [2 juin 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵³⁶ Dossier 2851, « Notes infirmières [7 janvier 1991] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵³⁷ Dossier 2851, « Sommaire [26 décembre 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵³⁸ Dossier 2851, « Notes infirmières [12 décembre 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵³⁹ Dossier 2851, « Notes infirmières [19 décembre 1994] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁴⁰ Dossier 12185, « Histoire du cas [7 octobre 1962] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

jouant aux quilles⁵⁴¹. On note au cours de son hospitalisation qu'il « semble satisfait de son sort⁵⁴² », qu'il « n'exprime aucun désir de départ ou de changement de situation⁵⁴³ » et qu'il « se plaît dans le milieu⁵⁴⁴ ». Il est pourtant apte à intégrer une ressource résidentielle à l'extérieur de l'hôpital. En effet lorsqu'une amie de ses parents le connaissant depuis sa tendre enfance contacte les autorités de l'hôpital pour proposer de le prendre en foyer de pension en 1971, aucune préparation ne semble nécessaire ; au moment de sa radiation, le docteur Lemelin note « Étant donné qu'une dame consent à le prendre en foyer de pension et qu'aucun trouble n'est noté au point de vue du comportement et de la prise de médication, une libération est accordée pour ce patient⁵⁴⁵ ». Il ne fut par la suite jamais nécessaire de réhospitaliser Réal à Saint-Michel-Archange. Ainsi, le maintien de Réal à l'hôpital entre 1961 et 1971 ne semble pas avoir été lié à un quelconque trouble de comportement ou à un manque d'autonomie l'empêchant de vivre à l'extérieur. Il paraît en fait plus probable que, semblant se plaire « dans le milieu », l'accès d'autres patients à des ressources résidentielles au nombre de places limité fut priorisé.

⁵⁴¹ *Dossier 12185*, « Notes infirmières [11 octobre 1965] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁴² *Dossier 12185*, « Notes infirmières [26 juin 1966] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁴³ *Dossier 12185*, « Histoire du cas [15 septembre 1967] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁴⁴ *Dossier 12185*, « Notes infirmières [9 mars 1971] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

⁵⁴⁵ *Dossier 12185*, « Sommaire [1er juin 1971] », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

4.5. Conclusion

Les parcours, hospitalisations, radiations et tentatives de placement présentés dans ce chapitre témoignent des facteurs nombreux et complexes ayant joué dans le maintien à Saint-Michel-Archange des patients dont nous avons étudié le dossier médical. Rappelons d'abord que pour ceux qui y demeurent à plusieurs années, le retour au sein de leur foyer ne paraît pas être une option viable ; leurs proches, souvent épuisés par le soutien qu'ils leur ont prodigué par le passé, refusent leur retour. Leur seule option est donc le placement au sein d'un foyer ou centre de réadaptation. Mais les places y sont rares et le diagnostic de déficience intellectuelle y restreint l'accès, comme en témoigne l'expérience de Marie auprès d'Habitat 2525. Le fait que la sortie de Denise et Monique, deux patientes aux besoins particulièrement importants, ne paraît jamais avoir été envisagée suggère qu'aucune ou très peu de ressources résidentielles se développent à l'extérieur de l'hôpital pour les personnes dans une situation similaire. Une fois le processus laborieux pour rejoindre un nouveau milieu de vie hors de l'institution complété, certains sont déçus par leur expérience. C'est le cas notamment de Raymond qui trouve d'abord qu'il y travaille trop fort, puis que son emploi du temps n'y est pas assez chargé. Il exprime finalement le désir de retourner et demeurer à Saint-Michel-Archange, où il trouve un rythme de vie qui lui convient mieux. Serge n'est quant à lui orienté vers un centre de réadaptation en janvier 1996 que parce qu'il adopte un comportement plus calme 15 ans plus tôt lui permettant de prendre part à des activités d'apprentissage accroissant progressivement son autonomie. L'attitude qu'il affiche lorsqu'il quitte Saint-Michel-Archange nous rappelle les expériences complexes qu'en ont eues ses patients. Serge y a vécu des moments particulièrement difficiles passant plusieurs semaines en isolement lorsqu'il y est admis. Mais, y ayant vécu 35 ans, l'hôpital était aussi son chez-lui, un lieu dont il connaissait

l'ordre et les règlements, où il avait une routine, des habitudes, des loisirs, des relations et sur lequel il porte un regard nostalgique lorsqu'il en est radié.

CONCLUSION

I went back to [Rome State School] on 15 September 1928, I was 15 years old. [...] We arrived at Rome around 1.30 in the afternoon and went to the administration building to admit me. [...] I said goodbye to my dad in the administration building. He was not allowed to come to the ward. I felt sad but I didn't cry because I didn't think I was going to be there long⁵⁴⁶.

Thomas F. Allen

C'est ainsi que Thomas F. Allen relate le début de son séjour de 45 ans à la Rome State School dans l'État de New-York, institution hébergeant des personnes ayant un diagnostic de « mental retardation ». Il s'y oppose rapidement à l'autorité du personnel : « I was determined to have my way and wanted to make some of the decisions about what I did and when. The staff did not agree. » Après plusieurs confrontations, il est finalement transféré sur l'aile H, où logent les patients les moins autonomes de l'institution. Il y développe de meilleures relations avec le personnel. Lorsque lui est donnée la chance de rejoindre une autre aile de l'institution, il refuse, choisissant plutôt « to stay where I got along with people ». Certaines tâches lui sont alors confiées, ce qui l'aide à briser la monotonie de la vie institutionnelle : « The work was also good for me. It gave me something to do. In an institution you have all this time on your hands and many people will do almost anything to have something to occupy them. Having nothing to do makes time go very, very slowly. The work also gave me self-respect and the feeling that I was doing something worthwhile. » Ayant demeuré sur l'aile-H pendant plus de deux décennies, il tire un bilan mitigé de cette période de sa vie : « Some of the 22 years in this building were good and some were bad. »

⁵⁴⁶ Thomas F. Allen, Rannveig Traustadottir, et Lisa Spina, « Sixty Years in the Institution », Kelley Johnson et Rannveig Traustadottir, éd., *Deinstitutionalization and People with Intellectual Disabilities. In and Out of Institutions*, London, Jessica Kingsley Publishers, 2005, p. 40.

Le potentiel heuristique qu'offre ce récit réside en partie dans le fait que Thomas F. Allen y affirme son individualité et son humanité, combattant le stigma et les stéréotypes accompagnant son diagnostic de « mental retardation », en décrivant des sentiments, des intérêts, des pensées, et un vécu et qui lui est propre. Cette thèse a été entamée avec l'intuition qu'explorer cette individualité qu'Allen souligne, ces différents points de vue et expériences jusqu'à maintenant peu touchés par l'historiographie québécoise, était essentiel pour comprendre le maintien à Saint-Michel-Archange des patients dont le dossier médical compose notre corpus. Loin de souhaiter poser un jugement unique et final sur les traitements qu'ils y ont subis, nous avons plutôt cherché à rendre compte du point de vue nuancé, complexe et changeant qu'ils ont eu sur l'institution. Après tout, si Thomas F. Allen écrit avoir passé de bon et de mauvais moments à la Rome State School, pourquoi en serait-il autrement de Claude, Gaston, André, Bernard, Juliette, Monique, Denise, Raymond, Marie, Serge, Fernand, Réal, Marguerite et Pierre à Saint-Michel-Archange ?

L'étude de leur point de vue nous permettait également d'aller au-delà de la critique de l'institution, un pas de côté qui nous paraissait particulièrement pertinent en lien avec notre problématique. Pour expliquer le maintien de patients à Saint-Michel-Archange alors que sont affirmés et réaffirmés les principes de la désinstitutionnalisation, il était en effet nécessaire de décentrer notre regard des côtés les plus sombres que présente l'institution. Leur étude est assurément pertinente pour reconstituer l'expérience des patients, mais elle est insuffisante et doit laisser place à d'autres questionnements portant par exemple sur leur appréciation globale de la vie à l'hôpital, sur leurs besoins et les ressources disponibles pour les prendre en charge à l'extérieur.

Deux stratégies ont été adoptées pour dépasser cette critique. D'abord, comme nous l'avons déjà évoqué, nous avons été attentifs aux divers points de vue des patients dont rendent compte nos sources afin de reconstruire l'expérience de Saint-Michel-Archange qui a été la leur. Loin d'être

monolithique, cette dernière ne peut être comprise qu'en intégrant et en considérant dans leur ensemble ces moments où ils combattent l'autorité du personnel et s'opposent au régime de l'hôpital et ceux où ils apprécient visiblement les soins, le care, les loisirs, les ateliers, les occupations, la stabilité et les relations auxquels ils y ont accès. Ensuite, toujours afin d'aller au-delà de la critique de l'institution et d'avoir un portrait plus complet du vécu des individus dont nous avons étudié le dossier médical, nous avons choisi de ne pas limiter notre recherche à leur hospitalisation, mais plutôt d'y inclure également leur expérience à l'extérieur des murs de Saint-Michel-Archange.

C'est pourquoi nous avons débuté notre thèse en explorant leurs motifs d'admission, les événements ayant mené à leur entrée à l'hôpital étant en général le point le plus loin auquel nos sources nous permettent de reculer. A alors été notée la diversité de leur réalité précédant le moment de leur institutionnalisation. Certains sont en effet entièrement dépendants pour leurs besoins de base du support de leurs proches ; d'autres sont plus autonomes, bien qu'ils aient de la difficulté à gagner leur vie ; d'autres encore ont femme et enfants et sont à la tête d'un foyer lorsqu'ils sont institutionnalisés. L'objet principal de ce deuxième chapitre était toutefois de documenter, non pas ces situations diverses, mais plutôt les raisons de leur institutionnalisation. Comme nous le soulignons déjà en introduction, il s'agit d'un questionnement important dans le cadre de notre thèse puisque les éléments rendant problématique leur présence au sein de leur communauté sont plus tard susceptibles de ressurgir et de faire obstacle à leur retour en société. C'est le cas par exemple de Réal qui, rappelons-le, entre à l'hôpital parce qu'il ne peut vivre seul et qu'aucun de ses proches n'est alors disposé à le prendre en charge. Il ne peut quitter l'institution dix ans plus tard que parce qu'une amie de sa famille s'est portée volontaire pour l'héberger.

Mais, d'après notre corpus de sources, rares sont les patients ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle à entrer à Saint-Michel-Archange pour des raisons similaires à celles de Réal. Les motifs d'hospitalisation de la plupart des individus dont nous avons présenté le parcours diffèrent en fait peu de ceux des autres personnes institutionnalisées en milieu psychiatrique à la même époque. Ils sont en effet habituellement admis à Saint-Michel-Archange en raison de comportements problématiques (dangereux ou scandaleux) souvent éventuellement interprétés comme symptomatiques de troubles mentaux. On observe encore une fois un lien clair entre ces motifs d'hospitalisation et le moment de leur libération de l'hôpital. Par exemple, Claude qui y est admis en 1951 en raison de comportements délirant et anxieux n'en sort que plus de 40 ans plus tard après que son comportement s'y soit amélioré.

Nous avons dans un deuxième temps cherché à reconstituer les vécus et expériences à Saint-Michel-Archange dont rendent compte nos sources. Se posait alors pour nous un problème de taille : comment rendre compte des moments plus heureux à l'hôpital dont elles témoignent, sans nier la dimension oppressive de l'institution. Pour pallier ce problème, nous avons débuté ce troisième chapitre en documentant l'optique sédative des traitements prodigués à Saint-Michel-Archange. Les individus dont nous avons étudié le parcours s'y trouvaient en effet dans un environnement où une attitude calme et docile était conçue comme synonyme d'un bon état de santé mental. Les comportements s'éloignant de cet idéal étaient au contraire définis comme pathologiques et donc bien souvent répondus par la mise en œuvre de divers traitements. Ces derniers, qu'il s'agisse d'ECT ou de l'administration de neuroleptiques ou de barbituriques, sont utilisés dans une optique sédative dans la mesure où ils sont utilisés pour faire adopter aux patients une attitude calme et docile, objectifs qui est explicite au sein de nos sources. La sédation occupant ainsi une place si centrale au sein des traitements administrés à Saint-Michel-Archange, nul doute

qu'il s'agit d'un poids qui a accablé les individus dont nous avons présenté le parcours au cours des nombreuses années pendant lesquelles ils y ont vécu.

Il est difficile d'évaluer la place que cette dimension de l'institution a occupé pour eux au quotidien. La commentant souvent et s'en insurgant à l'occasion, ils en ont clairement conscience. Mais ont-ils toujours eu une perception aiguë de son caractère révoltant ou l'ont-ils progressivement considérée comme essentiellement acceptable ? En d'autres mots, le climat oppressif de l'institution a-t-il toujours été subi par les patients comme éminemment pénibles ou a-t-il fini par être considéré et accepté comme faisant partie de leur nouvelle norme ? Nous touchons ici à l'une des limites de nos sources ; si elles offrent la possibilité de reconstituer le point de vue des patients, nous devons nous rappeler que cette démarche ne peut aboutir qu'à une approximation malheureusement insuffisante pour répondre à ce questionnement. L'étude des dossiers médicaux constituant notre corpus nous permet toutefois de constater que certains, en dépit de ce climat, expriment aimer leur vie à Saint-Michel-Archange, affichant par exemple une attitude positive à l'égard des soins que leur administre le personnel, des relations qu'ils nouent à l'hôpital ou des loisirs et occupations auxquels ils y ont accès. Les individus dont nous avons présenté le parcours ont donc joué un rôle actif dans le cadre de leur institutionnalisation, résistant aux interventions du personnel qu'ils estimaient abusives, négociant la mise en œuvre de leur traitement, verbalisant leur mécontentement ou au contraire exprimant leur appréciation de certains aspects de la vie à l'hôpital. Ils agissent en somme selon un point de vue qui leur fut propre.

Cette expérience de l'institution que révèle l'étude de nos sources est fascinante et pertinente, notamment parce qu'elle met à mal le stéréotype associant déficience intellectuelle et passivité, mais ne suffit pas à répondre à notre problématique. Expliquer le maintien à Saint-Michel-Archange de plusieurs patients ayant un diagnostic de déficience intellectuelle impliquait en effet

également d'étudier les possibilités de réintégration de la société qui s'offraient à eux. Nous avons rapidement constaté que les autorités de l'hôpital, comme d'ailleurs les patients, estiment d'abord préférable qu'ils réintègrent leur foyer. Mais, comme nous l'avons observé à partir du parcours de Pierre, leur retour implique pour leur famille une prise en charge de leurs besoins qui peut s'avérer particulièrement exigeante. Plusieurs des individus dont le dossier médical a été étudié ont en effet besoin de soutien ou de supervision pour leur hygiène ou leur alimentation. Peuvent par ailleurs ressurgir chez eux une fois à l'extérieur de l'hôpital les mêmes comportements dangereux ou scandaleux ayant initialement causé leur institutionnalisation. Ces éléments font en sorte que tous les patients dont nous avons présenté le parcours à l'exception de Bernard ne peuvent, au terme de l'une ou l'autre de leurs hospitalisations à Saint-Michel-Archange, retourner auprès de leur famille. Ils doivent alors se tourner vers un réseau de centre de réadaptations et de foyers adaptés qui se développe au Québec à partir des années 1960. Ces ressources étant toutefois rapidement engorgées, le processus pour y obtenir une place est long et laborieux. L'offre est par ailleurs restreinte pour les patients ayant un diagnostic de déficience intellectuelle, leur quotient intellectuel étant jugé trop faible pour qu'ils intègrent certaines résidences.

Lorsqu'ils quittent finalement Saint-Michel-Archange, certains sont déçus de leur nouveau milieu de vie. C'est le cas par exemple de Raymond qui demande à revenir et demeurer à l'hôpital, d'abord en 1968 alors qu'il est exaspéré par le travail trop lourd qu'il est contraint d'effectuer au foyer de Lotbinière, puis en 1975 lorsqu'il est insatisfait des occupations qu'il trouve inintéressantes au foyer de St-Édouard. Mais tous ne choisissent pas de demeurer à Saint-Michel-Archange ; plusieurs y sont contraints. C'est le cas notamment de Monique qui y demeure de 1961 jusqu'à sa mort en 1986 et pour qui l'institutionnalisation paraît particulièrement pénible. Ses comportements erratiques posent obstacle à sa déshospitalisation ; aucune ressource disponible à

l'extérieur de l'hôpital ne semble accueillir des individus ayant des besoins aussi importants que les siens. La sortie de Denise, demeurée à Saint-Michel-Archange entre 1961 et 1976, ne paraît, elle non plus, jamais avoir été envisagée. Mais, contrairement à Monique, cette dernière y vit des moments heureux, développant par exemple des liens affectueux avec le personnel de l'institution. C'est le cas également de Claude qui, lorsqu'il quitte l'hôpital en décembre 1994 après y être demeuré plus de 40 ans, paraît s'ennuyer de son ancien milieu de vie.

Comme nous le mentionnions en introduction, les conclusions de cette thèse nous poussent à adopter une posture critique par rapport au chapitre psychiatrique de la Révolution tranquille. En effet, si nos sources témoignent bel et bien au cours des années 1960 et 1970 d'une diversification des loisirs et ateliers à Saint-Michel-Archange et du développement d'un réseau de ressources résidentielles à l'extérieure, force est d'admettre qu'elles ne témoignent pas de la rupture franche décrite par certains qu'aurait provoquée l'arrivée triomphale des psychiatres modernistes à la tête des institutions de la province⁵⁴⁷. Ce récit est en effet difficilement réconciliable avec ce que vécurent les individus dont nous avons présenté le parcours. Bien que la plupart d'entre eux parviennent un jour à quitter définitivement Saint-Michel-Archange, ce n'est la plupart du temps qu'au terme d'un long et laborieux processus ponctué de nombreux aller-retour entre la communauté et l'hôpital. Rappelons également que le départ de l'institution ne constitue pas pour certains un évènement positif ; Raymond considère par exemple que c'est à l'extérieur et non à l'intérieur de Saint-Michel-Archange qu'il « fait son temps⁵⁴⁸ ».

Son propos exemplifie la critique du mouvement de désinstitutionnalisation qui émerge de notre thèse. Il ne s'agit pas d'une condamnation de ses idéaux. Il ne fait aucun doute selon nous

⁵⁴⁷ Jules Lambert, *op. cit.*, 1995 ; Hubert Wallot, *op. cit.*, 1998.

⁵⁴⁸ *Dossier 11268*, « Demande d'admission au centre d'accueil », Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

que l'institution tel qu'elle apparaît au sein de nos sources est éminemment critiquable, lieu de discipline, de sédation et de privation de libertés. Il ne fait également aucun doute que les patients dont nous avons présentés le parcours ont été des victimes et des survivants de l'institution et qu'il aurait donc été préférable pour eux d'avoir un autre milieu de vie, répondant à leurs besoins et dépouillé des aspects sinistres de l'hôpital psychiatrique. Encore aurait-il fallu que ce dernier ait existé, qu'il ait été pensé, qu'il ait été mis en place et qu'il ait été accessible. En ce sens, parce que nous avons échoué à produire un tel milieu, les personnes dont le parcours a été présenté ont été ultimement victimes et survivants de leur société les ayant oubliés.

Nous avons par ailleurs souligné à plusieurs reprises dans le cadre de notre thèse les différences importantes entre les parcours présentés. Les patients dont nous avons étudié le dossier médical ont eu des points de vue qui leur sont propres sur leur vie à l'institution. Certains y ont développé des relations amicales, d'autres plus conflictuelles ; certains participent avec enthousiasme aux occupations et loisirs de l'hôpital, d'autres sont réticents à y prendre part ; certains s'opposent aux traitements qu'ils y reçoivent, d'autres sont impatients de les voir mis en œuvre. Tout au long de cette thèse, nous avons cherché à documenter cette individualité, notamment pour mettre à mal l'image d'un groupe monolithique qui nous semblait émerger de l'historiographie québécoise portant sur la déficience intellectuelle. C'est pourquoi nous avons jusqu'ici négligé d'aborder les éléments qui sont communs à tous les vécus dont rendent compte les dossiers médicaux composant notre corpus. Nous craignons en effet qu'en mettant ainsi l'accent sur ces similarités, sur ce qui unit comme groupe les personnes dont nous avons présenté le parcours, nous reconduirions comme tant d'autres l'image de personnes définies par leur handicap.

Mais après avoir affirmé tout au long de notre thèse leur individualité, cette figure a peut-être été maintenant assez attaquée pour nous permettre de proposer quelques réflexions sur leur vécu dans une perspective plus globale. Faisons d'abord une observation évidente, mais dont les conséquences sont non négligeables : ils ont tous dû vivre avec le poids de l'étiquette « retardé mental ». De nombreuses recherches soulignent les multiples préjudices avec lesquelles vivent les personnes ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle, ayant par exemple en général des conditions socioéconomiques inférieures, des relations interpersonnelles de moins bonne qualité et un accès plus restreint à l'emploi et au loisir⁵⁴⁹. Nos sources tendent à confirmer ces études, des difficultés financières, l'isolement social et l'exclusion du marché du travail étant des éléments récurrents au parcours des individus dont le dossier médical compose notre corpus. Presque tous durent également accepter à un moment ou un autre qu'ils ne retourneraient pas vivre auprès de leurs proches. Dans un contexte où il existe peu de service pour leur venir en aide à l'extérieur de l'institution, leur productivité et leur autonomie inférieure à la « norme », souvent conjuguées à des comportements problématiques revenant périodiquement, vinrent en général tôt ou tard à bout du soutien de leur entourage.

Chacun d'entre eux a également vu à l'institution ses droits niés. Pour comprendre le peu d'égard qu'y accorde la société, il suffit en effet de jeter un coup d'œil aux nombreux épisodes dont rendent compte nos sources pendant lesquels ils ont été séquestrés, mis sous contention ou ont subi des traitements contre leurs grés. Pareils abus tirent assurément leur source dans un vaste ensemble de cause que nous ne saurions étudiés dans le cadre de cette thèse. Mentionnons néanmoins que semble les sous-tendre une perception des individus ayant reçu un diagnostic de

⁵⁴⁹ Pour une revue de la littérature, voire : Suzie Beart, Gillian Hardy et Linda Buchan, « How People with Intellectual Disabilities View Their Social Identity : A Review of the Literature », *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 18 (2005), p. 47-56.

déficiences intellectuelles les confinant au statut de citoyen de seconde classe ; ayant des capacités inférieures, on ne saurait les considérer comme sujet de droit au même titre que le reste de la population dite normale. On ne saurait également considérer leur point de vue comme pertinent pour explorer le passé. Comme nous l'avons démontré dans cette thèse, ce préjugé est tout à fait infondé. Les personnes ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle ont un discours sur leur vécu et ce dernier présente un potentiel heuristique important dans le cadre d'une recherche historique. Il nous a permis de tracer un portrait nuancé de la vie à l'institution, de mettre en lumière plusieurs failles des mouvements de désinstitutionnalisation québécois et d'offrir une critique du réseau de ressources résidentielles qui se développent au cours de la deuxième moitié du XXe siècle.

C'est parce que nous sommes convaincus que ce point de vue peu documenté a encore tant à offrir que nous souhaitons le conserver au centre de nos recherches futures. Ayant toutefois constaté au cours de cette thèse combien son étude pouvait être entravée par l'utilisation de sources où domine le point de vue de leurs soignants, un changement de méthode s'impose. Nous chercherons ainsi plutôt à recueillir et étudier directement la voix de personnes ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle en effectuant auprès d'eux une série d'enquêtes orales. Ainsi à l'écoute de leur voix, des récits qu'ils ont à offrir et de leur subjectivité qui en est sous-jacente, nous espérons pouvoir compléter ce que nous avons ici initié en voyant accorder à leur mémoire sa juste place dans notre histoire.

BIBLIOGRAPHIE

Sources d'archives

Rapport annuel 1965, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec, 114 p.

Rapport annuel 1966, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec, 78 p.

Rapport annuel 1967, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec, 51 p.

Rapport annuel 1970, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec, 91 p.

Dossier 11268, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 11319, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 11657, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 11753, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 12107, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 12185, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 12269, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 1229, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 12362, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 12397, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 12402, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 12416, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 12705, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 2765, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 2726, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 2851, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 2905, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Dossier 3558, Québec, Beauport, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Sources imprimées

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., Washington, D.C, American Psychiatric Association, 2013, 1275 p.

DENIS, Jean-François « Les antipsychotiques en psychiatrie », *Santé mentale au Québec*, vol. 6, n° 2 (novembre 1981), p. 62-70.

DESRAUCHERS, Jeanne. « Saint-Jean-de-Dieu : démembrer le dinosaure », *La Presse*, 2 juin 1971, p. D6.

DORÉ, Suzanne. *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées. Orientations et voies de solution pour l'avenir*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1984, 103p.

DUBÉ, Charles-Henri. « Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées », *Gazette officielle du Québec*, vol. 110, n° 2 (1978), p. 4781.

GAUTHIER, C. A *et al.* « Un aspect du traitement psychiatrique en hôpital général : l'électroplexie », *Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 2, n° 2 (avril 1957), p. 92-101.

GEOGHEGAN, J. J., « The "Shock Therapies" at the Ontario Hospital, London », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 56, n° 1 (Janvier 1947), p. 15-24.

GIBSON, David. « Euphemistic Nomenclature in Mental Retardation », *The Canadian Psychiatric Journal*, vol. 8, no 5 (octobre 1963), p. 349-351.

JEFFRIES, J. J. et V. M. RAKOFF, « ECT As a Form of Restraint », *Canadian Journal Psychiatry*, vol. 28, n° 12 (décembre 1983), p. 661-663.

LAPOINTE, Jean L. « Reorganization of Services in a Large Institution for Mentally Retarded Children », *Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 10, n° 5 (1965), p. 372-375

LAZURE, Denis. « Arriération mentale : coordination des services », *The Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 10, no 6 (décembre 1965), p. 474-480.

LEHMANN, Heinz. « Chlorpromazine in Psychiatric Conditions », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 72, n° 1 (Janvier 1955), p. 88-102.

LEMASSON, Morgane et al., *Profil d'utilisation de l'électroconvulsivothérapie au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 18 p.

MACKINNON, A. L. « Electric Shock Therapy in a Private Psychiatric Hospital », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 58, n° 5 (mai 1948), p. 478-483.

MOYER, John H. *et al.* « Chlorpromazine as a Therapeutic Agent in Clinical Medicine », *A. M. A. Archives of Internal Medicine*, vol. 95, n° 2 (février 1995), 210-222.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, « Electroconvulsive Therapy », *Consensus Development Conference Statement*, 10-12 juin 1985.

THE COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS OF THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1ere edition, Washington, American Psychiatric Association, 1952, 132 p.

THE COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS OF THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2e edition, Washington, American Psychiatric Association, 1968, 119 p.

À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1984, 443 p.

« Changement de nom pour Robert-Giffard », *Le Soleil*, vol. 113, n° 96 (4 avril 2009), p. 30.

« Child of the Devil : Enfant du bon Dieu », *The Canadian Medical Association Journal*, vol. 75 (15 août 1956), p. 312-313.

Études

ALLEN, Thomas F., Rannveig TRAUSTADOTTIR et Lisa SPINA. « Sixty Years in the Institution ». JOHNSON, Kelley et Rannveig TRAUSTADOTTIR, éd. *Deinstitutionalization and People with Intellectual Disabilities. In and Out of Institutions*. London, Jessica Kingsley Publishers, 2005, p. 33-49.

AUBIN, Karine. « En quête de financement pour la création d'une clinique externe et d'un service social comme parachèvement de la désinstitutionnalisation à l'Hôpital Saint-Michel-Archange de Beauport, 1961-72 ». *Canadian Bulletin of Medical History = Bulletin Canadien D'histoire De La Medecine*, vol. 36, n° 2 (2019), p. 281-307.

BACOPOULOS-VIAU, Alexandra et Aude FAUVEL. « The Patient's Turn Roy Porter and Psychiatry's Tales, Thirty Years on ». *Medical history*, vol. 60, n° 1 (2016), p. 1-18.

BELANGER, Damien Claude. *Prejudice and Pride: Canadian Intellectuals Confront the United States, 1891-1945*. Toronto, University of Toronto Press, 2011, 320 p.

BOGDAN, Robert. *Inside out: the social meaning of mental retardation*. Toronto ; Buffalo, University of Toronto Press, 1994, 239 p.

BOUCHARD, Jean Marie. « La famille : impact de la déficience mentale et participation à l'intervention ». IONESCU, Serban, éd. *L'intervention en déficience mentale. Problèmes généraux Méthodes médicales et psychologiques*. Bruxelles, Pierre Mardaga, éditeur, 1987, p. 99-114.

BOUCHER, Guylaine. *60 ans (1951-2011) d'engagement au coeur de nos vies*. Montréal, Association du Québec pour l'intégration sociale, 2011, 87 p.

- BOUDREAU, Françoise. *De l'asile à la santé mentale : les soins psychiatriques : histoire et institutions*. 1^{ère} éd. Montréal, Éditions Saint-Martin, 1984, 338 p.
- BURGHARDT, Madeline C. *Broken: institutions, families, and the construction of intellectual disability*. Montreal [Quebec] ;, McGill-Queen's University Press, 2018, Coll. McGill-Queen's/Associated Medical Services studies in the history of medicine, health, and society, 50.
- CELLARD, André et Marie Claude THIFAUT. « Sur quelques visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu au tournant du siècle dernier ». *Histoire sociale*, 2006, p. 451-465.
- CELLARD, André et Marie Claude THIFAUT. *Une toupie sur la tête : visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*. Montréal, Boréal, 2007, 324 p.
- COHEN, David. « Les « nouveaux » médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé? » *Sociologie et sociétés*, vol. 28, n° 2 (1996), p. 17-33.
- DORÉ, Mireille. « La désinstitutionnalisation au Québec ». *Santé mentale au Québec*, vol. 12, n° 2 (1987), p. 144-157.
- DORVIL, Henri et Guylaine RACINE. « 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996. » *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale - Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, p. 175.
- DUBUC, Alain. « Les effets pervers d'une révolution inachevée ». *La Révolution tranquille en héritage*. Québec, Boréal, 2011c, p. 135-156.
- DUFORT, Jean Yves. « La déficience intellectuelle au Québec entre 1867 et 1921: De l'idiotie à l'arriération mentale ». M.A., Canada, Université de Sherbrooke (Canada), 1999, 122 p.
- EASTOE, Stef. *Idiocy, Imbecility and Insanity in Victorian Society: Caterham Asylum, 1867–1911*. Palgrave Macmillan, 2020, Coll. Mental Health in Historical Perspective.
- FERGUSON, Philip M. « The Social Construction of mental Retardation ». NAGLER, Mark, éd. *Perspectives on disability: text and readings on disability*. Palo Alto, Calif, Health Markets Research, 1990, p. 203-211.
- FERRETTI, Lucia. « Reynald Rivard, prêtre psychologue trifluvien, l'essor de l'éducation spécialisée au Québec et la fin des orphelinats ordinaires (1947-1968) ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 62, n° 3-4 (2009), p. 533-564.
- FERRETTI, Lucia. « De l'internement à l'intégration sociale : L'Hôpital Sainte-Anne de Baie-Saint-Paul et l'émergence d'un nouveau paradigme en déficience intellectuelle, 1964-1975 ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, n° 2-3 (2011a), p. 331-361.
- FERRETTI, Lucia. « La «Grande noirceur», mère de la Révolution tranquille ? » *La Révolution tranquille en héritage*. Québec, Boréal, 2011b, p. 27-46.
- FERRETTI, Lucia. « Quand des parents se constituent en lobby : déficience intellectuelle et concurrence Ottawa/Québec à l'époque de l'État-providence, 1958-1985 ». *Bulletin d'histoire politique*, vol. 24, n° 2 (2016), p. 137-162.

FERRETTI, Lucia. « Le Conseil du Québec de l'enfance exceptionnelle : réseaux internationaux, promotion des droits et intégration sociale en déficience intellectuelle dans les années 1960-1975 ». *Bulletin d'histoire politique*, vol. 27, n° 2 (2019), p. 146-157.

FERRETTI, Lucia et Louise BIENVENUE. « Le Bureau international catholique de l'enfance : réseau et tribune pour les spécialistes québécois de l'enfance en difficulté (1947-1977) ». *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, n° 12 (2010), p. 155-176.

FOURNIER, Daniel. « Que s'est-il passé au Québec ? La fin du Canada français ». *Société*, vol. 20/21, (1999), p. 57-94.

GOFFMAN, Erving. *Asiles*. Paris, Les Éditions de Minuit, 1968, 447 p.

GUILLEMAIN, Hervé. « Les effets secondaires de la technique. Patients et institutions psychiatriques au temps de l'électrochoc, de la psychochirurgie et des neuroleptiques retard (années 1940-1970) ». *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, vol. 67, n° 1 (2020), p. 72.

HARRIS, Ben. « Therapeutic work and mental illness in America, c. 1830-1970 ». ERNST, Waltraud et Waltraud ERNST, éd. *Work, psychiatry and society, c. 1750–2015*. Manchester, University Press, 2016, p. 55-76.

HARRISSON, Sandra. « Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort : une source archivistique incontournable en santé mentale ». *Santé mentale au Québec*, vol. 41, n° 2 (2016), p. 69-82.

JARRETT, Simon. *Those they called idiots. The idea of the disabled mind from 1700 to the present day*. Cornwall, Reaktion Books LTD, 2020, 352 p.

LAMBERT, Jules. *Mille fenêtres*. Beauport, Centre hospitalier Robert-Giffard, 1995, 209 p.

LAWS, Jennifer. « Crackpots and basket-cases: a history of therapeutic work and occupation ». *History of the human sciences*, vol. 24, n° 2 (2011), p. 65-81.

LEBLANC, Line, Marie ROBERT et Thierry BOYER. « L'expérience de la stigmatisation du point de vue des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble de l'autisme : comprendre la présence ou non de l'auto-stigmatisation ». *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 27, (2016), p. 75-87.

MAJERUS, Benoît. *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au 20e siècle*. Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, 305 p.

MAJERUS, Benoît. « Surveiller, punir et soigner ? Pratiques psychiatriques en Europe de l'Ouest du XIXe siècle aux années 1950 ». *Histoire, médecine et santé*, n° 7 (2015), p. 51-62.

MAJERUS, Benoît. « Making sense of the "chemical revolution". Patients' voices on the introduction of neuroleptics in the 1950s ». *Medical History*, vol. 60, n° 1 (2016), p. 54-66.

MALACRIDA, Claudia. *A special hell: institutional life in Alberta's eugenic years*. Toronto, University of Toronto Press, 2015, 320 p.

- MALOUIN, Marie Paule. *L'univers des enfants en difficulté au Québec entre 1940 et 1960*. Montréal, Éditions Bellarmins, 1996, 458 p.
- MASSIN, Veerle. « Les archives psychiatriques : une occasion de saisir l'expérience du patient (Belgique, entre-deux-guerres) ». *Santé mentale au Québec*, vol. 41, n° 2 (2016), p. 83.
- MCDONAGH, Patrick. *Idiocy: A Cultural History*. Liverpool, Liverpool University Press, 2008, 369 p.
- MEUNIER, E. Martin. « Intellectuel-militant catholique et théologie de l'engagement. La consécration d'un prophète en Saint-Jérôme ». *Société*, vol. 20/21, (1999), p. 255-312.
- MEUNIER, E. Martin et Jean Philippe WARREN. *Sortir de la Grande noirceur: Horizon « personnaliste » de la Révolution tranquille*. Sillery, Québec, Septentrion, 2002, 214 p.
- MIGUÉ, Jean Luc. *Etatisme et déclin du Québec. Bilan de la révolution tranquille*. Montréal, Varia, 1998, 208 p.
- MONCRIEFF, Joanna. *The Bitterest Pills: The Troubling Story of Antipsychotic Drugs*. London, Palgrave Macmillan UK, Palgrave Macmillan, 2013.
- PACHOUD, B. « Aspects du care et de « l'éthique du care » en psychiatrie ». *PSN*, vol. 8, n° 3 (2010), p. 152-157.
- PAGÉ, Jean Charles. *Les fous crient au secours*. 4. éd. Montréal, Éditions du Jour, 1961, 156 p.
- PAGÉ, Jean Charles. *Les fous crient au secours !* Montréal, Écosociété, 2018, Coll. Collection retrouvailles.
- PAQUET, Gilles. *Oublier la Révolution tranquille*. Montréal, Liber, 1999, 160 p.
- PELLETIER-AUDET, Alexandre et André CELLARD. « Le second conflit mondial et la genèse de la désinstitutionnalisation ». *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 2014, p. 13-41.
- PERREAULT, Isabelle et Michel GUILBAULT. « Des molécules dans la fosse aux serpents ». THIFAUULT, Marie Claude et Henri DORVIL, éd. *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 2014, p. 43-62.
- PERREAULT, Isabelle et Marie Claude THIFAUULT. « Les Soeurs de la Providence et les psychiatres modernistes : enjeux professionnels en santé mentale au Québec, 1910-1965 ». *Études d'histoire religieuse*, vol. 78, n° 2 (2012), p. 59-79.
- PORTER, Roy. « The Patient's View: Doing Medical History from below ». *Theory and Society*, vol. 14, n° 2 (1985), p. 175-198.
- PORTER, Roy. *A Social History of Madness. The World Through the Eyes of the Insane*. New York, Dutton, 1989, 261 p.
- PRUD'HOMME, Julien. *Professions à part entière: histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2011, 223 p.

PRUD'HOMME, Julien. *Instruire, Corriger, Guérir?: Les Orthopédagogues, l'adaptation Scolaire et les Difficultés d'apprentissage Au Québec, 1950-2017*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 2018, 200 p.

RACINE ST-JACQUES, Jules. *Georges-Henri Lévesque, un clerc de la modernité*. Québec, Boréal, 2020, 480 p.

REAUME, Geoffrey. « Keep Your Labels Off My Mind! or "Now I Am Going to Pretend I Am Crazy but Dont Be a Bit Alarmed": Psychiatric History from the Patients' Perspectives ». *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 11, n° 2 (1994), p. 397-424.

ROUSSEAU, Jacques. *La Réinsertion sociale des personnes déficientes intellectuelles ayant vécu en institution : bilan des expériences québécoises et évaluation de la qualité de vie*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1988, 121 p.

SHORTER, Edward. *Shock therapy: a history of electroconvulsive treatment in mental illness*. New Brunswick, N.J, Rutgers University Press, 2007, xii+382 p.

SIMMONS, Harvey G. *From Asylum to Welfare*. Downsview, National Institute on Mental Retardation, 1982, 355 p.

STUBBLEFIELD, Anna. « "Beyond the Pale": Tainted Whiteness, Cognitive Disability, and Eugenic Sterilization ». *Hypatia*, vol. 22, n° 2 (2007), p. 162-181.

SZASZ, Thomas. *Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. Reprint edition. Syracuse, N.Y, Syracuse University Press, 1997, 406 p.

THIFAUULT, Marie Claude. « Sentiments et correspondance dans les dossiers médicaux des femmes internées à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, de la fin du XIXe au début du XXe1 ». *Recherches féministes*, vol. 21, n° 2 (2008), p. 127-142.

THIFAUULT, Marie Claude. « Le nursing psychiatrique à l'École des gardes-malades de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu : "le côté spirituel en tête du côté technique" ». *Scientia Canadensis*, vol. 33, n° 1 (2010), p. 95-118.

THIFAUULT, Marie Claude. « « Où la charité règne, le succès est assuré ! » Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1901-1962 ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, n° 2-3 (2011), p. 179-201.

THIFAUULT, Marie Claude. « « C'est une impossibilité scientifique et matérielle que de garantir l'avenir ». Idiots, aliénés incurables ou déments séniles en congé d'essai, fin XIXe début XXe siècle2 ». *Globe : Revue internationale d'études québécoises*, vol. 16, n° 2 (2013), p. 75-94.

THIFAUULT, Marie Claude. « Les contrecoups de la déshospitalisation psychiatrique: L'exemple du parcours transinstitutionnel de Françoise ». *La fin de l'asile? : Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle?* Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2018.

THIFAUULT, Marie Claude et Martin DESMEULES. « Sortir de Saint-Jean-de-Dieu : expériences de la désinstitutionnalisation, 1930-1976 ». THIFAUULT, Marie Claude et Henri DORVIL, éd. *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec : 1930-2013*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 2014, p. 63-86.

THIFAULT, Marie Claude et Marie LEBEL. *Dérives Une histoire sensible des parcours psychiatriques en Ontario français*. Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2021, 165 p., Coll. 21e - Société, histoire et cultures.

THIFAULT, Marie Claude et Isabelle PERREAULT. « Premières initiatives d'intégration sociale des malades mentaux dans une phase de pré-désinstitutionnalisation. L'exemple de Saint-Jean-de-Dieu, 1910-1950 ». *Histoire sociale / Social History*, vol. 44, n° 88, p. 197.

TISON, Stéphane et Hervé GUILLEMAIN. *Du front à l'asile, 1914-1918*. Paris, Alma, 2013, 416 p. p.

TREMBLAY, Mireille, Guylaine BOUCHER et Yves CHARBONNEAU. *Le chemin parcouru. De l'exclusion à la citoyenneté*. Longueuil, Fédération québécois des CRPDI, 2000.

TRENT, James. *Inventing the Feeble Mind: A History of Intellectual Disability in the United States*. Berkeley, California, University of California Press, 1995, 345 p.

TRONTO, Joan C. et Berenice FISHER. *Moral Boundaries : A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge, 2020.

WALLOT, Hubert. *La danse autour du fou : survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours*. Québec, MNH, 1998, 456 p.

WARREN, Jean Philippe. « Gérard Pelletier et Cité libre : la mystique personnaliste de la Révolution tranquille ». *Société*, vol. 20/21, (1999), p. 313-346.

Les idées mènent le Québec: essais sur une sensibilité historique. Sainte-Foy, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, 250 p.