

## INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

**The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.** Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

ProQuest Information and Learning  
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA  
800-521-0600

UMI<sup>®</sup>





# Université d'Ottawa · University of Ottawa

**PERMISSION DE REPRODUIRE  
ET DE DISTRIBUER LA THÈSE**

**PERMISSION TO REPRODUCE AND  
DISTRIBUTE THE THESIS**

<b>NOM DE L'AUTEUR / NAME OF AUTHOR:</b>	THIFAUULT, Marie-Claude
<b>ADRESSE POSTALE / MAILING ADDRESS:</b>	324 Daphné Laval, QC H7P 5N4
<b>GRADE / DEGREE:</b>	<b>ANNÉE D'OBTENTION / YEAR GRANTED</b>
Ph.D.(Histoire)	2003
<b>TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS:</b>	
L'enfermement asilaire des femmes au Québec : 1873-1921	

L'auteur permet, par la présente, la consultation et le prêt de cette thèse en conformité avec les règlements établis par le bibliothécaire en chef de l'Université d'Ottawa. L'auteur autorise aussi l'Université d'Ottawa, ses successeurs et cessionnaires, à reproduire cet exemplaire par photographie ou photocopie pour fins de prêt ou de vente au prix coûtant aux bibliothèques ou aux chercheurs qui en feront la demande.

The author hereby permits the consultation and the lending of this thesis pursuant to the regulations established by the Chief Librarian of the University of Ottawa. The author also authorizes the University of Ottawa, its successors and assignees, to make reproductions of this copy by photographic means or by photocopying and to lend or sell such reproductions at cost to libraries and to scholars requesting them.

Les droits de publication par tout autre moyen et pour vente au public demeureront la propriété de l'auteur de la thèse sous réserve des règlements de l'Université d'Ottawa en matière de publication de thèses.

The right to publish the thesis by other means and to sell it to the public is reserved to the author, subject to the regulations of the University of Ottawa governing the publication of theses.

N.B. LE MASCULIN COMPREND ÉGALEMENT LE FÉMININ

02-12-19  
DATE

  
(AUTEUR) SIGNATURE (AUTHOR)



Université d'Ottawa • University of Ottawa



# Université d'Ottawa · University of Ottawa

FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES  
ET POSTDOCTORALES

FACULTY OF GRADUATE AND  
POSTDOCTORAL STUDIES

THIFault, Marie-Claude

AUTEUR DE LA THÈSE - AUTHOR OF THESIS

Ph.D. (Histoire)

GRADE - DEGREE

Histoire

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT - FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

TITRE DE LA THÈSE - TITLE OF THE THESIS

L'enfermement asilaire des femmes au Québec : 1873-1921

André Cellard

DIRECTEUR DE LA THÈSE - THESIS SUPERVISOR

EXAMINATEURS DE LA THÈSE - THESIS EXAMINERS

R. Heap

T. Gelfand

J. Laplante

J. Moran

J.-M. De Koninck, Ph.D.

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES ÉTUDES  
SUPÉRIEURES ET POSTDOCTORALES

SIGNATURE

DEAN OF THE FACULTY OF GRADUATE  
AND POSTDOCTORAL STUDIES



**L'ENFERMEMENT ASILAIRE DES FEMMES AU QUÉBEC : 1873-1921.**

**Par**

**Marie-Claude Thifault**

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

**Université d'Ottawa**

© Marie-Claude Thifault, Ottawa, Canada, 2003



National Library  
of Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque nationale  
du Canada

Acquisitions et  
services bibliographiques

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file Votre référence*

*Our file Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

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

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

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

0-612-76505-9

Canada

## RÉSUMÉ

L'enfermement des femmes au Québec raconte le vécu asilaire de toutes celles qui ont été internées à St-Jean-de-Dieu au cours des années 1873 à 1921. Excessives, euphoriques, mélancoliques ou cataleptiques, les folles de St-Jean-de-Dieu perturbent, indignent et exaspèrent tous ceux qu'elles côtoient. Animées par des délires, des hallucinations ou des idées de persécutions, menaçantes, violentes et incontrôlables, elles ont été enfermées pour folie.

Les expériences pré-asilaire, asilaire et post-asilaire des femmes internées à St-Jean-de-Dieu nous ont surtout été révélées par les témoignages des membres de leur famille. Une correspondance passionnante, colligée dans les dossiers médicaux, nous a permis de mettre à jour le quotidien de plusieurs familles souvent dépassées par la responsabilité qu'incombe la garde d'une aliénée. Malgré les tourments, les peurs, les chagrins et les angoisses que leur faisait vivre leur malade, remarquablement, les époux, les mères, les sœurs ou les enfants, ayant demandé l'internement de leur folle, réclamaient rapidement son retour à la maison et cela malgré sa faible contribution au soutien de la cellule familiale.

Aussi nombreuses que les hommes à partager l'espace de la cité asilaire, elles n'ont cependant pu bénéficier de la même attention médicale qu'eux. Internées pour idiotie, folie ou démence, tout comme leur vis-à-vis masculin, elles étaient toutefois

considérées comme des patientes de deuxième classe et elles ont été traitées avec moins de soins que la clientèle masculine. S'il n'avait été de l'obstination des familles des aliénées à demander des bilans de santé mentale et à réclamer leur retour au sein du noyau familial, aucune note médicale ne témoignerait de l'évolution mentale des femmes internées pour folie. C'est dire que la majorité des femmes internées à St-Jean-de-Dieu, sans ressource externe, était oubliée derrière les murs asilaires et avait peu d'espoir de quitter un jour cet univers clos. Plus du tiers des patientes de la Longue-Pointe ont, cependant, pu échapper à ce triste scénario asilaire grâce à l'attention et au soutien de leur famille. Les femmes ont été marquées de façon plus significative que les hommes par l'inefficacité du système asilaire, tel qu'il a existé à la fin du 19<sup>e</sup> et au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle.

## **REMERCIEMENTS**

## REMERCIEMENTS

Je veux témoigner toute ma gratitude à André Cellard, professeur aux départements d'histoire et de criminologie de l'Université d'Ottawa, qui a accepté la direction de cette thèse et dont les encouragements, la disponibilité, les critiques constructives et les nombreux conseils ont été constants à toutes les étapes de cette longue entreprise. Sa patience, sa gentillesse et sa générosité ont été déterminantes dans l'achèvement de ce projet. Ma gratitude s'adresse également à Jean-Marie Fecteau, professeur au département d'histoire à l'Université du Québec à Montréal, qui a, tout au long de cette thèse, généreusement agi comme co-directeur. Sa rigueur historique, ses remarques judicieuses et la pertinence des réflexions qu'il a suscitées ont été indispensables à l'élaboration de cette thèse.

Je remercie le sous-groupe de recherche sur *Les populations marginalisées et l'enfermement à Montréal*, dirigé par André Cellard, ainsi que le *Centre d'histoire des régulations sociales*, dirigé principalement par Jean-Marie Fecteau, bénéficiaires de subventions du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSHC) et du Fonds FCAR du gouvernement du Québec, pour leurs supports financier, matériel et technique.

Je tiens à remercier la direction de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine de m'avoir autorisé l'accès à leurs archives. Je veux exprimer ma reconnaissance à Denise Champagne, directrice du service des archives, ainsi qu'à Jeannette Nault, assistante responsable, qui m'ont chaleureusement accueilli dans leur milieu de travail et ont grandement facilité mes recherches.

Des salutations sincères s'adressent à mes deux acolytes du CHRS, Éric Chalifoux et Daniel Dicaire sans qui le travail d'entrée de données n'aurait jamais connu un déroulement aussi... enrichissant. Je souligne également la contribution de Bruno Therrien pour son travail de mise en forme statistique des données et Bruno Jetté pour l'appui qu'il m'a accordé, à toutes les étapes de la recherche.

Je suis reconnaissante envers la direction des soins infirmiers de l'Hôpital Rivières-des-Prairies de m'avoir alloué un congé sans solde partiel. Je tiens à remercier Philippe Walker, bibliothécaire de la bibliothèque Hôpital Rivière-des-Prairies, pour la documentation qu'il m'a fait parvenir. Merci à Danielle Charrette, adjointe académique (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles) du département d'histoire pour sa disponibilité et tous les services rendus.

Enfin, je voudrais remercier ma famille et mes amitiés fidèles qui ont suivi avec intérêt l'évolution de ce long voyage historique ainsi que mon amoureux, Gaétan Babineau, qui a tout fait, en fin de parcours, pour me distraire du rythme de vie monacal qu'impose le travail de rédaction.

## **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

Sur des centaines et des centaines de visages féminins se lit une joie excessive, une excitation exaltée, une tristesse profonde, une totale absence, l'hébétude, la colère ou la méfiance. Les corps de ces femmes s'animent avec énergie, excitation, excès, violence ou plutôt sans coordination et sans entrain. Leurs pensées défilent au rythme de leurs délires mystiques, de leurs hallucinations, de leurs idées de persécution ou de leur imagination débordante d'enthousiasme. Trop heureuses, trop tristes, trop expressives ou trop silencieuses pour manifester librement leurs différences, elles sont devenues, malgré elles, les folles de la cité St-Jean-de-Dieu.

Il n'est certes pas facile de dévoiler la misère, le trouble, la faiblesse et l'aliénation des femmes. Les notions de fierté, de culture et d'intelligence sont mises au rancart. Mettre à jour une réalité qui défigure, qui blesse, qui choque, qui infantilise ce que l'être humain a de plus précieux est difficile. Attaquer la raison, la lucidité, l'esprit, la sagesse des femmes est une opération délicate, mais nécessaire à la découverte d'une vie de femme hors des parcours traditionnels. Cette thèse sur l'enfermement asilaire des femmes au Québec s'intéresse particulièrement à toutes les femmes qui ont été internées pour folie à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu de 1873 à 1921.

À l'aube du 21<sup>e</sup> siècle, le paysage social montréalais offre de bien tristes couleurs. Les rues sont les hôtes d'un nombre toujours plus grand d'itinérants, de marginaux et d'anciens psychiatisés. Comme un nouveau souffle au tournant des années soixante, la désinstitutionnalisation, idéologie moderniste, a balayé plus de trois siècles de cheminement vers une solution concernant les déviants mentaux. Après le grand renfermement, le cycle des portes tournantes fait figure de piètre solution aux besoins institutionnels. Comment devons-nous interroger l'histoire, quand la récurrence des problèmes sociaux semble être, de façon presque inévitable, le résultat d'un refus du passé ?

Le sujet de la folie au féminin a surtout été traité dans l'historiographie des années 1970 et le début des années 1980 par des ouvrages construits autour du concept d'oppression.<sup>1</sup> Ce qui a donné naissance à une littérature au sein de laquelle les femmes dites aliénées étaient victimes du patriarcat. L'exploitation du mâle dans l'univers de la maladie mentale de la gent féminine était alors une constante qui révélait le mal de vivre des femmes qui subissaient le mariage et la maternité. En fait, la folie au féminin était considérée comme étant un problème socio-culturel plutôt que médical. Ces études, profondément marquées par la négation de la folie chez la femme, ont fortement influencé l'approche privilégiée dans le cadre de cette recherche sur les femmes de St-Jean-de-Dieu. L'idée principale au centre de cette démarche intellectuelle est de mettre à jour la réalité asilaire des femmes placées en institution psychiatrique tout en reconnaissant la perte de raison, le dérèglement de l'esprit, l'aliénation, la maladie mentale, bref la folie de toutes celles qui ont fait

---

<sup>1</sup> Entres autres: CHESLER, Phyllis, *Les femmes et la folie*, Paris, Payot, 1979, 262 pages. RIPA, Yannick, *La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au XIX<sup>e</sup> siècle, (1838-1870)*, Paris, Aubier, 1986, 216 pages.

l'objet d'une procédure d'enfermement asilaire. Notre intérêt pour les femmes marginales et marginalisées ne doit pas être perçu comme une démarche cherchant à nier le sort des femmes qui ont été trompées, bafouées, exploitées et étiquetées d'un diagnostic de folie alors qu'elles étaient saines d'esprit. Cependant, sans être exclues de cette recherche, leurs histoires ne sont pas au centre de notre propos. La folie est une réalité qui s'est manifestée dans la vie de milliers de femmes et c'est le vécu de ces femmes « malades » enfermées à St-Jean-de-Dieu qui nous importe ici de dévoiler.

Avant même de pénétrer l'univers asilaire, à l'instar des travaux de Joan Busfield, Jill Harsin et Peter McCandless<sup>2</sup>, il nous importait d'explorer la dimension « genre et folie ». La perspective d'une maladie typiquement féminine devait être vérifiée au cœur même de la population asilaire féminine et masculine de la Longue-Pointe. L'idée que la folie est attribuable à un sexe en particulier ou précisément à ses caractéristiques biologiques spécifiques devait être soumise à une analyse statistique basée sur les mêmes données quantitatives disponibles tant pour les femmes que pour les hommes. Il était nécessaire, à notre avis, de revoir la « thèse de la surpopulation » féminine au sein des institutions asilaires et d'examiner les profils types des aliénés femmes et hommes avant de déterminer leurs traits insanes spécifiques. Les perceptions sociales vis-à-vis les comportements déviants des femmes et des hommes atteints de maladie mentale étaient-elles les mêmes? Le regard de l'aliéniste, spécialiste de la folie, était-il teinté de préjugés sexistes ou

---

<sup>2</sup> BUSFIELD, Joan, « The Female Malady? Men, Women and Madness in Nineteenth Century Britain », *Sociology*, vol. 28, no 1, February 1994, pp. 259-277. HARSIN, Jill, "Gender, Class, and Madness in Nineteenth-Century", *France, French Historical Studies*, 1992, vol. 17, no 4, pp. 1048-1070. McCANDLESS, Peter, "A

strictement médical ? Nos intentions sont claires : nous voulons élaborer cette recherche sur la folie des femmes sans la marquer de notions, d'idées ou de concepts basés sur des croyances populaires ou des acquis de l'historiographie de la folie. La folie de la femme est donc comparée à celle des hommes dans le but principal de mieux comprendre, mieux définir, mieux interpréter l'aliénation mentale féminine et pour ainsi interpréter de la meilleure façon l'exclusion sociale des femmes.

S'introduire à l'intérieur de l'univers asilaire pour y découvrir la vie de toutes celles qui ont quitté leur famille, sans le vouloir, sans le désirer ou même sans en être conscientes, suggère un minimum d'intérêt pour les raisons qui ont motivé cette réclusion. S'immiscer derrière les remparts de la folie pour y fureter en simple curieux ne permet pas de comprendre pourquoi les folles, les idiotes, les maniaques, les mélancoliques et les épileptiques sont gardées dans une forteresse qui s'impose par son austère façade. L'histoire pré-asilaire des femmes de St-Jean-de-Dieu est indispensable pour mieux comprendre qui étaient ces femmes avant d'être étiquetées de folles, de maniaques, d'idiotes ou de démentes. L'attention qu'elles recherchent, qu'elles obligent ou qu'elles méprisent explique les enjeux de l'enfermement asilaire et les principales récriminations de leur requérant. Nulle intention ici de chercher à nier leurs déviances, leurs manies ou leurs folies, mais plutôt un immense désir de découvrir les impondérables qu'impose la société à ses folles.

Suivre les patientes de St-Jean-de-Dieu tout au long de leur voyage individuel au cœur même de la cité asilaire; les accompagner dans la routine quotidienne qui régit la vie institutionnelle; connaître leurs demandes, leurs désirs et leurs espoirs les plus

chers ne se veut aucunement une démarche aux accents « pro-asilaire ». Il est vrai que certains passages de cette thèse vont surprendre et peut-être même suggérer des interprétations favorisant l'usage nécessaire de l'enfermement asilaire. Toutefois, que ce soit bien clair, il ne s'agit pas d'un plaidoyer pour ou contre l'isolement thérapeutique en institution asilaire. Il est ici question de la réalité quotidienne des femmes qui ont été internées pour folie. Des femmes atteintes d'aliénation mentale qui souffrent et qui sont dangereuses pour elles-mêmes ainsi que pour leur entourage. L'étude du milieu de vie asilaire ne cherche point à le promouvoir ou à le dénigrer, mais plutôt à illustrer l'encadrement institutionnel auquel les femmes enfermées pour folie ont dû se soumettre, tout en tenant compte des forces et des faiblesses de cet environnement particulier. Nous n'excluons pas le fait que le rythme, les rituels, l'encadrement et la rigidité qu'imposait l'institution asilaire n'étaient pas toujours pertinents et adaptés à toutes les pathologies nécessitant un enfermement. Nous reconnaissons que certaines mesures disciplinaires et sécuritaires étaient assurément requises pour plusieurs patientes, mais plutôt excessives pour d'autres.

L'expérience d'un diagnostic de folie, d'une mise à l'écart et d'un séjour à l'asile ne peut être lue sur un formulaire d'internement et ne peut transpirer des notes médicales inscrites au dossier. De là toute la complexité du sujet de la folie. Carroll Smith-Rosenberg<sup>3</sup> et Elaine Showalter<sup>4</sup> ont toutes deux participé à la mise en place de nouvelles perspectives quant à la folie au féminin. Leurs recherches ne sont pas uniquement inspirées du discours de la gent mâle. La richesse de leurs travaux est

---

*Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 1999, vol. 54, no 4, pp. 543-571.

<sup>3</sup> SMITH-ROSENBERG, Carroll, *Disorderly Conduct, Visions of Gender in Victorian America*, New York, 1985, 357 pages.

<sup>4</sup> SHOWALTER, Elaine, *The Female Malady, Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, New York, Pantheon Books, 1985, page 207.

d'avoir réussi à mettre à jour une réalité féminine selon des pensées, des expériences et un langage de femmes. Cette recherche sur l'enfermement asilaire des femmes, inspirée des travaux de ces historiennes, ne se limite toutefois pas à l'expérience et au vécu des femmes d'une seule classe sociale, en occurrence la classe bourgeoise au sein de laquelle l'exercice de l'écriture était plus commun comme le révèlent les journaux intimes qu'elles ont rédigés et les correspondances qu'elles ont entretenues.<sup>5</sup> Cette étude sur l'enfermement asilaire des femmes au Québec a le privilège de bénéficier d'une source extraordinaire qui permet d'entrer en contact avec la réalité des femmes et des hommes responsables de la garde d'une aliénée. Les nombreuses lettres colligées dans les dossiers médicaux rédigées par des hommes et des femmes de toutes les classes sociales et de toutes les régions du Québec offrent un échantillon exceptionnel de témoignages mettant en valeur le discours, non pas officiel des dirigeants de l'asile, mais bien de ceux et celles intimement impliqués dans une démarche thérapeutique d'isolement asilaire. C'est donc par la voix des femmes vivant l'expérience de l'isolement asilaire et par celle des membres de leur famille que nous avons pu découvrir, de façon plus explicite, toute la signification d'une exclusion sociale et les réelles intentions thérapeutiques qui ont motivé bons nombres de requérants. Les témoignages teintés de sentiments affectueux, chaleureux et amoureux livrant des émotions empreintes de chagrin, d'inquiétude et d'ennui ont favorisé de nouvelles interprétations sur l'acte d'exclure et réviser à la baisse les histoires de femmes abandonnées et oubliées derrière les murs de la folie.

---

<sup>5</sup> Voir SMITH-ROSENBERG, op. cit.

La vie paisible ou rocambolesque qui s'anime à l'ombre des remparts de la folie demeure encore aujourd'hui une curiosité. Entrer en contact avec l'étrange, le bizarre ou l'insolite que suppose la réunion de plusieurs centaines d'être animés par de la désinvolture, de l'indifférence, de l'insouciance et de l'impudeur soulève les plus grandes appréhensions face au mystère que suscite toujours l'univers asilaire. Inévitablement, ce maelström d'expressions, d'attitudes et de comportements inusités que seule la folie peut générer devait être contrôlé. Les femmes enfermées pour folie étaient donc confrontées aux règles strictes et autoritaires qui régissent la vie asilaire et, idéalement, soumises à des pratiques thérapeutiques bénéfiques à leur état mental. Pourtant, c'est bien derrière les murs de la Longue-Pointe que se jouent toutes les contradictions inhérentes à ce système d'exclusion sociale. C'est dans cet univers clos qu'il nous importe de mieux définir les mécanismes de prise en charge de la folie et par conséquent de mettre à jour les différences thérapeutiques indubitables qui se dressent entre les femmes et les hommes au cœur même de l'institution asilaire.

Certes, les témoignages de l'expérience de l'enfermement asilaire au féminin révèlent des propos étonnants et qui parfois relèvent davantage de l'exagération que du crédible, mais peu importe, il ne faut point en minimiser l'ampleur et les conséquences. Ignorer, éliminer, rayer du paysage la folie des femmes signifie, à notre avis, effacer un segment de l'histoire des femmes. Cette maladie qui détruit la personnalité, qui révèle la vulnérabilité et dévoile les sensibilités les plus intimes de milliers de femmes est une réalité sur laquelle il est nécessaire de se pencher, afin d'interpréter de façon juste les conséquences d'un style de vie, de règles sociales et

de faits culturels d'une époque bien précise, soit la fin du 19<sup>e</sup> et le début du 20<sup>e</sup> siècles.

Divisée en cinq parties, cette histoire des femmes enfermées à St-Jean-de-Dieu débute par l'étude de l'historiographie sur le sujet de la folie. Le premier volet de ce chapitre concerne, tout particulièrement, la perception sociale du fou et la prise en charge de sa folie, tandis que le deuxième volet s'intéresse à la perception sociale des femmes, reconnues comme étant «folles». La perception de la femme marginale, asociale ou insensée de la fin du 19<sup>e</sup> et du début du 20<sup>e</sup> siècles, telle qu'étudiée par les féministes historiennes, criminologues et sociologues d'origine européenne, américaine et canadienne, retient l'attention. Le deuxième chapitre, consacré à la méthodologie, fixe les principes de base sur lesquels repose cette histoire de la folie au féminin. La justification de la période choisie, les sources utilisées, leur exploitation ainsi que les principales règles méthodologiques suivies, tout au long de la recherche, sont explicitement exposées.

Suivent les chapitres trois, quatre et cinq qui sont le cœur de cette thèse sur l'enfermement asilaire des femmes au Québec. Au cours des différentes parties qu'ils composent, les stéréotypes sexuels de l'enfermement, basés sur une analyse statistique, sont présentés, dans le chapitre trois, afin de tracer le profil type de la citoyenne et du citoyen de St-Jean-de-Dieu. L'expression de la folie tant des femmes que des hommes est analysée et comparée afin de mettre en valeur les principales différences de genre qui caractérisent spécifiquement les folles et les fous de la Longue-Pointe.

Les principales distinctions de sexe bien établies, c'est le parcours de la femme aliénée qui retient toute l'attention. Son histoire pré-asilaire, asilaire et post-asilaire est explorée. L'essoufflement des ressources familiales et sociales ainsi que les raisons de l'internement, sont abordés avant d'étudier le rôle social que l'asile a joué au sein des sociétés des 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles. Bien entendu, nous ferons le tour de l'asile, en passant par les jardins, les dortoirs et les salles communes pour ensuite découvrir, au cours du chapitre quatre, qu'est-ce qui se passait vraiment au-delà des murs de la folie. Familiarisés avec l'espace asilaire ainsi que les règles et routines qui le gouvernent, c'est l'enfermement asilaire comme moyen thérapeutique qui est remis en question. La prise en charge de la famille, leurs espoirs et les doutes qui les accompagnent tout au long de cette démarche thérapeutique, sont examinés dans le chapitre cinq. C'est donc sur les traces de l'échec asilaire que prend fin cette exploration au sein de la cité asilaire. Le rôle des médecins, la gestion des dossiers, les faibles taux de guérison, la croissance de la population asilaire et le personnel soignant sont à tour de rôle évalués afin de mieux cerner les faiblesses de cette extravagante aventure institutionnelle qui a gardé claustrées plusieurs générations de femmes atteintes de folie.

Ce voyage historique nous conduit donc au cœur de la cité asilaire où il nous sera possible de mieux comprendre l'acte d'exclusion posé à l'égard des aliénées pour ensuite mieux saisir tous les enjeux qui découlent de ce geste. C'est la vie excentrique, banale, scandaleuse ou dangereuse de milliers de femmes qui sera exposée. C'est le vécu des femmes marginales et marginalisées par les sociétés du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècles qu'il nous importe de découvrir.

## **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

### 1. Sources :

#### 1.1. Sources manuscrites :

Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

*Adresses et Dialogues.*

Correspondances du surintendant médical, docteur Géo. Villeneuve.

Dossiers médicaux Hôpital St-Jean-de-Dieu, 1873 à 1921 et 1928.

*Registre des idiots de l'Asile de la Providence, 1873-1898.*

*Registre de la classification des maladies des aliénés, 1873-1898.*

Archives Nationales du Québec à Montréal

Habeas Corpus, 1877-1917, cote : TP11 S2 SS12.

#### 1.2. Sources imprimées :

Annuaire statistique de Québec, 1912-1922, 1928.

Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine :

*Traité élémentaire de matière médicale et guide pratique des sœurs de la charité de l'asile de la providence, 3<sup>e</sup> édition, 1890.*

BELLAY, C., *Histoire de l'hospice de Saint-Jean-de-Dieu, à la Longue Pointe*, Montréal, Arbour/Laperle, 1892, 138 pages.

Documents de la Session :

Rapports annuels des inspecteurs d'asiles de la province du Québec, 1874-1914.

Rapports annuels des sœurs supérieures de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, 1882, 1898-1914

Rapports annuels des surintendants médicaux de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu. 1875-1914.

Rapports annuels des surintendants médicaux du Protestant Hospital for the insane, 1890-1910.

Journaux et Revues :

*La Minerve.*

*La Patrie.*

*La Presse.*

*L'union médicale du Canada.*

## 2. Travaux contemporains :

### 2.1. Ouvrages de références :

*Dictionnaire Marabout de la médecine*, tome 1 et tome 2, Verviers, Marabout, 1979, 415 pages et 398 pages.

*Histoire du catholicisme québécois* dirigée par Nive Voisine, Montréal, Boréal Express, 1984 :

VOISINE, Nive et Philippe Sylvain, *Réveil et consolidation, Tome II, 1840-1898*, 507 pages.

HAMELIN Jean, et Nicole Gagnon, *Le 20<sup>e</sup> siècle, Tome I, 1898-1940*, 504 pages.

GARNIER, Marcel et Valery DE LA MARE, *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, 21<sup>e</sup> édition, Paris, Maloine, 1985, 873 pages.

LINTEAU, P.-A., *Histoire de Montréal depuis la confédération*, Montréal, Boréal, 1992, 613 pages.

LINTEAU, P.-A., DUROCHER, R., ROBERT, J.-C., *Histoire du Québec contemporain, De la confédération à la crise*, Montréal, Boréal Express, 1987, 658 pages.

POMMERAU, Xavier, *Dictionnaire de la folie*, Paris, Albin Michel, 1995, 493 pages.

### 2.2. Étude sur le féminisme, l'histoire des femmes et les religieuses.

ARNUP, K. et All., *Delivering Motherhood, Maternal Ideologies and Practices in the 19<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> Centuries*, New York, Routledge, 1990, 322 pages.

CLICHE M.-A., *Les pratiques de dévotion en Nouvelle-France. Comportements populaires et encadrement ecclésial dans le gouvernement de Québec*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1988, 354 pages.

Collectif Clio, *Histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, Montréal, Le Jour, 1992, 646 pages.

BOCK, Gesela, « Women's History and Gender History : Aspects of an International Debate », *Gender and History*, 1,1, Spring 1989, pp. 7-30.

BRYSON, Valerie, *Feminist Political Theory. An Introduction*, New York, 1992, 304 pages.

D'ALLAIRE, Micheline, *Les communautés religieuses de Montréal, tome I : Les communautés religieuses et l'assistance sociale à Montréal 1659-1900*, Montréal, Méridien, 1997, 165 pages.

DANYLEWYCZ, Martha, *Profession : religieuse. Un choix pour les québécoises : 1840-1920*, Montréal, Boréal, 1988, 246 pages.

- DUMONT, Micheline, *Découvrir la mémoire des femmes. Une historienne face à l'histoire des femmes*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 2002, 159 pages.
- DUMONT, Micheline, *Les religieuses sont-elles féministes?*, Québec, Bellarmin, 1995, 204 pages.
- EVANS, Judith, *Feminist Theory Today, An Introduction to Second-Wave Feminism*, London, Sage Publications, 1995, chapitres 1 et 2, pp. 1-25.
- LAPOINTE-ROY, Huguette, *Charité bien ordonnée. Le premier réseau de lutte contre la pauvreté à Montréal au 19<sup>e</sup> siècle*, Montréal, Boréal, 1987, 330 pages.
- LAURIN, Nicole et al., *À la recherche d'un monde Oublié. Les communautés religieuses de femmes au Québec de 1900 à 1970*, Louiseville, Le Jour Éditeur, 1991, 424 pages.
- LÉVESQUE, Andrée, « Réflexions sur l'histoire des femmes dans l'histoire du Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, numéro spécial du 50<sup>e</sup> anniversaire, 1997, pp. 271-299.
- PARR, Joy, « Gender History and Historical Practice », *Canadian Historical Review*, 76, 3, September 1996, pp. 354-376.
- ROSE, S.-O., "Gender History/Women's History: Is Feminist Scholarship Losing its Critical Edge?", *Journal of Women's History*, 5, 1, Spring 1993, pp. 89-101.
- SANGSTER, Joan, "Beyond Dichotomies: Re-Assessing Gender History and Women's History in Canada", *Left History*, 3, 1, Spring/Summer 1995, pp. 109-121.
- SCOTT, Joan, "Gender as a Useful category of Historical Analysis", *Gender and the Politics of History*, New York, 1988, pp. 28-50.
- TONG, Rosemary, *Feminist Thought. A Comprehensive Introduction*, Boulder, Colorado, 1989, 305 pages.

### 2.3. Études sur le sujet de la folie :

- ALEXANDER F.G. et S.T. SELESNICK, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin, 1972, 479 pages.
- BÉLANGER, Suzanne, et al., *Les femmes et la folie 5<sup>e</sup> colloque sur la santé mentale*, Montréal, Corporation du centre de santé mentale communautaire, 1980, 95 pages.
- BERTRAND, M.-A., « Les femmes, la folie et au-delà », *Santé mentale au Québec*, vol. IV, no 2, Nov. 1979, pp. 11-24.

- BEVERIDGE, Allan, « Life in the Asylum : patients' letters from Morningside, 1873-1908 », *History of Psychiatry*, vol. 9, no 4, 1998, pp. 431-469.
- BEVERIDGE, Allan, « Madness in Victorian Edinburgh : a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908 », *History of Psychiatry*, vol. 6, no 1, pp. 21-54; no 2, 1995, pp. 133-156.
- BOUCHARD, Daniel et Simon DOUCET, *L'État et l'administration des institutions asilaires au Québec 1845-1895*, Mémoire de Maîtrise en histoire, UQAM, 1985, 216 pages.
- BOUDREAU, Françoise, *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Albert St-Martin, 1984, 272 pages.
- BROWN, Thomas E., « Dance of the Dialectic? Some Reflections (Polemic and Oteherwise) on the Present State of Nineteenth-Century Asylum Studies », *CBMH/BCHM*, vol. 11, no 2, 1994, pp. 267-295.
- BUSFIELD, Joan, « The Female Malady? Men, Women and Madness in Nineteenth Century Britain », *Sociology*, vol. 28, no 1, February 1994, pp. 259-277.
- CASTEL, Robert, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de minuit, 1976, 334 pages.
- CELLARD, André, « Folie, internement et érosion des solidarités familiales au Québec : une analyse quantitative », *Bulletin d'Histoire Politique*, vol. 10, no 3, été 2002, pp. 46-57.
- CELLARD, André, « Institutionnalisation de la folie et effritement des solidarités familiales au Québec au 19<sup>e</sup> siècle », *Régulation et gouvernance Modelar para gobernar*, Barcelone, Pedro Fraile ed, Universitat de Barcelona, 2001, pp. 307-323.
- CELLARD, André, « Note de recherche. Folie, norme et rôles sexuels au Québec dans la seconde moitié du XIXe siècle : quelques observations tirées des archives de la curatelle. », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, vol. 47, no 2, automne 1993, pages 245 à 255.
- CELLARD, André, *Histoire de la folie au Québec : 1600-1850*, Montréal, Boréal, 1991, 280 pages.
- CHESLER, Phyllis, *Les femmes et la folie*, Paris, Payot, 1979, 262 pages.
- COHEN, Sherrill, *The Evolution of Women's Asylums Since 1500*, New York, Oxford University Press, 1992, 262 pages.
- CONNOR, Patrick J., « Neither Courage Nor Perseverance Enough : Attendants at the Asylum for the Insane, Kingston, 1877-1905 », *Ontario History*, vol. 88, no 4, 1996, pp. 251-272.

- COURTEAU, Bernard, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H. Lafontaine. Évolution historique de l'Hôpital psychiatrique de Montréal*, Montréal, Méridien, 1989, 210 pages.
- DAVIS, Dona et Setha, LOW, *Gender, Health, and Illness*, New York, Hemisphere Publishing Corporation, 1989, 226 pages.
- DOHRENWEND, B. et B. Snell Dohrenwend, « Sex differences and Psychiatric Disorders » *American Journal of Sociology*, 81, 1976, pp. 1447-1454.
- DORVIL, Henry, « La désinstitutionnalisation : du fou de village aux fous des villes », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 10, no 3, été 2002, pp.88-104.
- DORVIL, Henry, *Histoire de la folie dans la communauté 1962-1987*, Montréal, Émile-Nelligan, 1988, 380 pages.
- DWYER, Ellen, *Homes for the Mad Life Inside Two Nineteenth-Century Asylum*, New Brunswick and London, Rutgers University Press, 1987, 309 pages.
- FECTEAU, Jean-Marie, « L'enfermement comme panacée. Sur l'institutionnalisation de l'assistance au Québec, 1840-1921 », *Régulation et gouvernance / Modelar para gobernar*, Barcelone, Pedro Fraile ed, Universitat de Barcelona, 2001, pp. 183-193.
- FOUCAULT, M., *Histoire de la sexualité, la volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, 211 pages.
- FOUCAULT, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, 583 pages.
- FRANCIS, Daniel, « The Asylum at Longue Ponte. Avictorian Scandal », *The Beaver*, Juin-Juillet 1989, pp. 33-38.
- GAMWELL, Lynn et Nancy TOMES, *Madness in America, Cultural and Medical Perceptions of Mental Illness Before 1914*, New York, Cornell University Press, 1995, 182 pages.
- GAUCHET, M. et SWAIN, G., *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Mayenne, Éditions Gallimard, 1980, 519 pages
- GOFFMAN, Erving, *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les éditions de Minuit, 1990, 447 pages.
- GOVE, W. et J.-F., Tudor, « Adult Sex Roles and mental Illness », *American Journal of Sociology*, 78, 1973, pp. 821-835.
- GRENIER, Guy, « La médecine légale des aliénés selon Georges Villeneuve (1895-1917) », *Bulletin d'Histoire Politique*, vol. 10, no 3, été 2002, pp. 23-33.

- GRENIER, Guy, *Les monstres, les fous et les autres. La folie criminelle au Québec*, Montréal, Édition du Trait d'Union, 1999, 353 pages.
- GRENIER, Guy, *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentale au Québec, 1885-1930*, Mémoire de maîtrise en histoire, Université de Montréal, 1990.
- GROB, Gerald N., « Deinstitutionalization : The Illusion of Policy », *Journal of Policy History*, 1997, vol. 9, no 1., pp. 48-73.
- GUYON, L. et L. NADEAU, « Le mouvement féministe et la santé mentale : que reste-t-il de nos amours ? », *Santé mentale au Québec*, 1990, XV, 1, pp. 7-28.
- GUYON, L., SIMARD, R., et NADEAU, L. *Va te faire soigner tes malades!*, Montréal, Alain Stanké, 1981, 158 pages.
- HARSIN, Jill, "Gender, Class, and Madness in Nineteenth-Century", *France, French Historical Studies*, 1992, vol. 17, no 4, pp. 1048-1070.
- HOCHMANN, Jacques, « La peur du fou », *Santé Mentale au Québec*, vol. VI, no 1, juin 1981, pp. 3-18.
- HOLLANDER, Russell, « Life at the Washington Asylum for the Insane, 1871-1880 », *The Historian*, vol. 44, no 2, 1982, pp. 229-241.
- JACOB, Françoise, « Grandeur et servitude des médecins aliénistes au 19<sup>e</sup> siècle en France : l'exemple d'Adrien Bouteille à Toulouse », *Histoire des Sciences Médicales [France]*, 1991, vol. 25, no 1, pp. 53-60.
- KEATING, Peter, *La science du mal. L'Institution de la psychiatrie au Québec, 1800-1914*, Montréal, Boréal, 1993, 208 pages.
- KELM, M.E., « A Life Apart : The Experience of Women and the Asylum Practice of Charles Doherty at British Columbia's Provincial Hospital for the Insane, 1905-15 », *CBMH BCHM*, vol. 11, no 2, 1994, pp. 335-355.
- KRASNICK WARSH, Cheryl, *Moments of Unreason. The Practice of Canadian Psychiatry and the Homewood Retreat, 1883-1923*, Mc Gill-Queen's University Press, 1989, 274 pages.
- LABRUM, Bronwyn, "Looking Beyond the Asylum: Gender and the Process of Committal in Auckland, 1870-1910," *New Zealand Journal of History [New Zealand]* 1992, vol. 26, no. 2, pp. 125-144.
- LAMARRE, Suzanne, « Les femmes et la maladie mentale : un problème culturel? », *Santé Mentale au Québec*, vol. 4, no 2, novembre, 1979, pp. 53-62.

- LÉVESQUE, Andrée, *La norme et les déviantes, des femmes au Québec pendant l'entre-deux-guerres*, Montréal, Les Édition du Remue-Ménage, 1989, 232 pages.
- LUCHINS, Abraham S., "Social Control Doctrines of Mental Illness and the Medical Profession in Nineteenth-Century America", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, vol. 29, no 1, 1993, pp. 29-47.
- LUCHINS, Abraham S., « The cult of curability and the doctrine of perfectibility : social context of the nineteenth-century American asylum movement », *History of Psychiatry*, vol. 3, 1992, pp. 203-220.
- MCCANDLESS, Peter, "A Female Malady? Women at the South Carolina Lunatic Asylum, 1828-1915". *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 1999, vol. 54, no 4, pp. 543-571.
- McGOVERN, Constance, « The Myths of Social Control and Custodial Oppression : Patterns of Psychiatric Medicine in Late Nineteenth-Century Institutions », *Journal of Social History*, vol. 20, no 1, 1986, pp. 3-23.
- MELOCHE, Monique, « Enfermer la folie », *Santé mentale au Québec*, vol. VI, no 2, nov. 1981, pp. 16-26.
- MILLETT, Kate, « Conférence-débat. La maladie mentale : une illusion », *Santé Mentale au Québec*, vol, XVI, no 1, juin, 1991, pp. 287-294.
- MITCHINSON, Wendy, *The Nature of Their Bodies : Women and Their Doctors in Victorian, Canada*, Toronto, University Press, 1991, 474 pages.
- MITCHINSON, Wendy, "The Toronto and Galesville Asylums: Humane Alternatives for the Insane in Canada and Australia?" *Bulletin of the History of Medicine* 1989, vol. 63, no 1, pp.52-72.
- MITCHINSON, Wendy, "Hysteria and Insanity in Women: A Nineteenth-Century Canadian Perspective", *Journal of Canadian Studies [Canada]*, 1986, vol. 21, no 3, pp. 87-105.
- MONGIN, Olivier, "Un nouveau regard sur l'histoire de la folie." *Esprit [France]* 1983, vol. 11, pp. 77-86.
- MORAN, James E., « Dangerous to be at large?: folie et criminalité au Québec et en Ontario au 19e siècle », *Bulletin d'Histoire Politique*, vol. 10, no 3, été 2002, pp. 15-22.
- MORAN, James E., *Committed to the State Asylum*, McGill-Queen's University Press, Montreal & Kingston, 2001, 226 pages.
- MORAN, James E., « The Ethics of Farming-out: Ideology, the State, and the Asylum in Nineteenth-Century Quebec », *Canadian Bulletin of Medical History [Canada]*, 1998, vol. 15, no 2, pp. 297-316.

- MORAN, James E., « Asylum in the Community : Managing the Insane in Antebellum America », *History of Psychiatry*, vol. 9, 1998, pp. 217-240.
- MORAN, James E., « Keepers of the Insane : The Role of Attendants at the Toronto Provincial Asylum, 1875-1905 », *Histoire Sociale/Social History*, vol. 28, no 55, may 1995, pp. 5174.
- NOOTENS Thierry, « Mainmise familiale sur la folie au 19<sup>e</sup> siècle? », *Bulletin d'Histoire Politique*, vol. 10, no 3, été 2002, pp.58-66.
- PARADIS, A., « Thomas J. W Burgess et l'administration du Verdun Protestant Hospital for the Insane (1890-1916) », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 14, number 1, 1997, pp.5-35.
- PARADIS, A. et al., « Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada (1800-1880) », *Recherche et Théories*, no 15, Département de philosophie, UQATR, 1977, 345 pages.
- PENFOLD, P. Susan, *Women and the psychiatric paradox*, Montréal, Eden Press, 1983, 329 pages.
- Penser la folie, Essais sur Michel Foucault*, Paris, Éditions Galilée, 1992, 195 pages.
- QUETEL, Claude et MOREL, Pierre, *Les fous et leurs médecines, de la Renaissance au XXe siècle*, Paris, Hachette, 1979, 302 pages.
- QUETEL, Claude, « L'asile d'aliénés en 1900 », *L'Histoire*, no 7, décembre 1978, pp. 25-34.
- RIPA, Yannick, « Le travail à l'asile au 19e siècle: thérapie ou esclavage caché? », *Milieux [France]*, 1986, vol. 27, pp.50-55.
- RIPA, Yannick, *La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au XIXe siècle, (1838-1870)*, Paris, Aubier, 1986, 216 pages.
- RISTICH DE GROOTE, Michèle, *La folie à travers les siècles*, Paris, Laffont, 1967, 373 pages.
- SAHLI, Nancy, « Sexuality and Woman's Sexual Nature », *Women, Health, and Medicine in America*, Edited by Rima D. Apple, New York & London, Garland Publishing, inc, 1990, pp. 81-99.
- SCULL, Andrew, "A Quarter Century of the History of Psychiatry", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 1999, vol. 35, no. 3, pp. 239-246.
- SCULL, Andrew, "Psychiatry and Social Control in the Nineteenth and Twentieth Centuries.", *History of Psychiatry [Great Britain]*, 1991, vol. 2, no 2, pp. 149-169.

- SCULL, Andrew, *Museum of Madness. The Social Organization of Insanity in Nineteenth-Century England*, Londre, Penguin Books, 1982, 275 pages.
- SHORTT, S.E.D., *Victorian Lunacy, Richard M. Bucke and the Practice of Late Nineteenth-Century Psychiatry*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986, 204 pages.
- SHOWALTER, Elaine, *The Female Malady, Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, New York, Pantheon Books, 1985, 312 pages.
- SMITH-ROSENBERG, Carroll, *Disorderly Conduct, Visions of Gender in Victorian America*, New York, 1985, 357 pages.
- SUEUR, Laurent, « La place de la religion catholique dans les asiles d'aliénées au 19e siècle » *Revue Historique [France]*, 1993, vol. 289, no 1, pp. 141-148.
- SWAIN, Gladys, *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1977, 171 pages
- SZASZ, Thomas S., *The manufacture of Madness. A Comparative Study of The Inquisition and The Mental Health Movement*, London, Routledge & Kegan Paul, 1972, 383 pages.
- TAYLOR, Verta, *Rock-a-by Baby*, New York, Routledge, 1996, 240 pages.
- THIFAUULT, M.-C., « Derrière les murs de Saint-Jean-de-Dieu, fin 19<sup>e</sup> début 20<sup>e</sup> siècles : illusion et désillusion », *Bulletin d'Histoire Politique*, vol. 10, no 3, été 2002, pp. 67-76.
- THIFAUULT, M.-C., « L'enfermement au Mont-Saint-Jean-de-Dieu, 1901-1913 : marginalisation féminine et fardeau municipal », *Bulletin d'Histoire Politique*, vol. 6, no 2, 1998, pp. 48-54.
- THIFAUULT, M.-C., *Folie et déviance des femmes aux Québec : 1901-1913*, Mémoire de maîtrise en histoire, UQAM, 1994, 166 pages
- TOMES, Nancy, *A generous confidence. Thomas Story Kirkbride and the art of asylum-keeping, 1840-1883*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, 387 pages.
- TOMES, Nancy, « Historical Perspectives on Women and Mental Illness », *Women, Health, and Medicine in America*, Edited by Rima D. Apple, New York & London, Garland Publishing, inc, 1990, pp.143-171.
- Un héritage de courage et d'amour ou la petite histoire de l'hospice St-Jean-de-Dieu à Longue-Pointe, 1873-1973*, Montréal, Thérien Frère Limitée, 1975, 119 pages.
- USSHER, Jane, *Women's Madness. Misogyny of Mental Illness ?*, Amherst, The University of Massachusetts Press, 1992, 341 pages.

VINET, A., « La vie quotidienne dans un asile québécois », *Recherches Sociographiques*, XVI, no 1, 1975, pp.85-113.

WALLOT, Hubert-Antoine, *Entre la compassion et l'oubli. La danse autour du fou*, Beauport, MNH, 1998, 456 pages.

WILLIE et al., *Mental Health, Racism, and Sexism*, Pittsburg, Université of Pittsburg Press, 1995, 440 pages.

## **CHAPITRE 1**

### **HISTORIOGRAPHIE. DE LA PERCEPTION DU FOU À LA FEMME INTERNÉE : DU 17<sup>e</sup> SIÈCLE AU DÉBUT DU 20<sup>e</sup>.**

**CHAPITRE 1**  
**HISTORIOGRAPHIE.**  
**DE LA PERCEPTION DU FOU À LA FEMME INTERNÉE :**  
**DU 17<sup>e</sup> SIÈCLE AU DÉBUT DU 20<sup>e</sup>.**

Retracer les principaux faits saillants d'une vie d'errance, de marginalité et d'insouciance ne suffit pas à mettre en place les principaux enjeux sociaux d'une procédure de mise à l'écart. Connaître le parcours de ceux qui ont connu une vie autre que celle vécue par la majorité, justifie tout l'intérêt porté à un groupe d'individus différents qui a fait l'objet d'une procédure d'exclusion. C'est par une meilleure connaissance du milieu de vie asilaire qu'il sera possible de saisir toute la réalité de la femme et de l'homme internés pour folie du 17<sup>e</sup> siècle jusqu'au début du 20<sup>e</sup>.

Divisé en deux parties, ce chapitre historiographique a pour but de présenter, dans un premier temps, le contexte socio-culturel de l'enfermement tout en s'intéressant à la perception du fou, comme aliéné sans genre. La particularité de l'étiquette de la folie au féminin prendra tout son sens dans la deuxième partie.

De façon plus précise, le premier volet de ce chapitre concerne, tout particulièrement, la perception sociale du fou et la prise en charge de sa folie. Ce voyage intellectuel inspiré d'ouvrages québécois, européens et américains à caractère historique, philosophique et sociologique trace les premières lignes de nouvelles façons de faire

dans l'art de raconter l'univers du fou. Les principaux thèmes sur lesquels portera cette démonstration sont la perception du fou, le traitement de la folie, l'art de contrôler la folie et l'univers asilaire au quotidien. Ces quatre sujets, qui ont tout particulièrement retenu l'attention des chercheurs, intéressés par le champ de la folie, permettront de mettre en place les éléments nécessaires, afin de mieux saisir tous les détails et les subtilités qui ont conduit le « fou du village » à l'asile.

Quant à la deuxième partie concernant l'enfermement au féminin, elle s'intéresse, tout particulièrement, à la perception sociale des femmes, reconnues comme étant «folles». Cette démarche n'a pas pour but de mettre en relief les dimensions médicales ou thérapeutiques de la folie. L'intérêt pour ce sujet est plutôt de nature sociale. La perception de la femme marginale, asociale ou insensée de la fin du 19<sup>e</sup> et du début du 20<sup>e</sup> siècles retient l'attention. La mise en place du contexte social de la période victorienne permettra de mieux comprendre comment était perçue la déviante ou l'aliénée. Cette deuxième partie mettra en place tous les éléments de réponse nécessaires à la compréhension de l'étiquette de la «folie» et à la particularité de l'enfermement au féminin.

C'est donc au cours du 20<sup>e</sup> siècle que l'histoire de la folie au féminin prendra vie. Basé sur les travaux de féministes historiennes, criminologues et sociologues d'origine européenne, américaine et canadienne, ce deuxième volet historiographique permettra une meilleure lecture de toute la dimension que peut prendre la variable du genre dans le contrôle et la régulation sociale des comportements. Cette recherche historiographique veut également confronter non seulement les valeurs, mais les limites acceptables fixées par la société en matière de comportements féminins ainsi que les tendances interprétatives basées sur les théories féministes.

### **1.1. La perception du fou et la prise en charge de sa folie, du 17<sup>e</sup> siècle jusqu'au début 20<sup>e</sup>.**

Fous, marginaux et scandaleux sont une nuisance au sein du paysage social. Les actes, les gestes et les comportements étranges attirent les regards. La différence choque et dérange. C'est au cours des 17<sup>e</sup>, 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècles que nous pouvons suivre l'évolution de la mise en place des procédures d'exclusion.

#### **1.1.1. Perceptions et jugements.**

L'intolérance, le rejet et la haine sont des sentiments qui persistent, au cours des trois derniers siècles, à l'égard des marginaux. La préoccupation d'exclure les femmes et les hommes différents de la majorité demeure une constante au sein de la collectivité. Les comportements hors normes dérangent. On cherche à les éliminer du paysage social. Bien que les raisons de l'exclusion, tributaires du contexte socio-culturel, fluctuent au cours des siècles, il n'en demeure pas moins que le regard qui se pose sur l'indésirable impose une démarcation bien définie entre ce qui est normal de ce qui est anormal.

André Cellard, auteur de *l'Histoire de la folie au Québec*, nous guide pendant près de trois siècles sur la route de la folie. On y découvre le fou du 17<sup>e</sup> siècle : « ...celui qui, par la confusion de son jugement, de sa parole et de ses gestes, pouvait nuire à lui-même ou aux autres, dans le sens de porter atteinte à sa vie ou à celle de la communauté »<sup>1</sup>. En Nouvelle-France, la situation diffère du contexte européen qui

---

<sup>1</sup> CELLARD, André, *Histoire de la folie au Québec : 1600-1850*, Montréal, Boréal, 1991, p. 37.

est d'une toute autre envergure.<sup>2</sup> Contrairement au contexte européen présenté par Foucault, la Nouvelle-France, comme le soulève Cellard, n'a pas fait l'objet d'un grand renfermement. Parmi les nombreuses tentatives pour guérir la folie au 18<sup>e</sup> siècle, celle de l'enfermement n'a pas connu la même popularité des deux côtés de l'Atlantique. « Au 18<sup>e</sup> siècle, il n'y eut jamais beaucoup de place à Montréal pour la garde des fous »<sup>3</sup>. En Nouvelle-France, tout comme en France, l'entreprise concertée entre l'État et le clergé dans la mise en place d'un réseau d'institutions de charité et de santé s'observe également. Néanmoins, le fardeau de la responsabilité et de la charge des insensés incombe encore, principalement, aux familles<sup>4</sup>.

À la définition du fou du 17<sup>e</sup> siècle s'ajoute, pour le 18<sup>e</sup> siècle, la dimension morale. Le fou devient porteur de germes de contagion morale; « il représente un danger pour sa réputation, celle de sa famille et pour la société en général »<sup>5</sup>. On redoute le fou et on le craint comme le lépreux. Les principaux comportements sur lesquels le regard social se pose à l'égard de l'insensé sont le mal fonctionnement de l'esprit, mais également les manifestations d'incapacité, d'irréligion et d'indécence.

Le vaste territoire colonial favorise, toujours, la garde de l'insensé par la famille. Le milieu rural, favorisant l'éloignement du voisinage et la flexibilité des heures de travail, non comparables à celles du capitalisme marchand en milieu urbain, repousse la nécessité de faire enfermer « le fou du village ». « Certains deviennent quêteux et

---

<sup>2</sup> En Europe, à la suite de l'édit de 1656, le roi de France, dans le cadre d'une campagne dans le monde de la misère, décrète l'érection d'hôpitaux généraux : « le grand renfermement ». FOUCAULT, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, p.61.

<sup>3</sup> Ibid., p. 109.

<sup>4</sup> CELLARD, op. cit., p. 115.

<sup>5</sup> Ibid., p. 99.

vagabonds, d'autres sont tolérés dans leur famille, attachés, mis en cage, enfermés dans une chambre secrète ou dans le hangar de la ferme ».<sup>6</sup>

[...] on retrouve encore parfois une chambre secrète derrière la cheminée, sans autre ouverture sur l'extérieur qu'un guichet, ou une pièce qui communique avec le cabinet de toilette par un étroit corridor, de façon à n'être découverte par personne.<sup>7</sup>

Toutefois, il appert que les conditions de vie des aliénés dans les Hôpitaux généraux n'ont pas été aussi cruelles que l'ont affirmé certains travaux historiques sur l'internement des fous.<sup>8</sup> L'idée préconçue des mauvais traitements infligés aux insensés est souvent alimentée par l'imaginaire collectif qui, dans la majorité des cas, propose des versions négatives sur le traitement réservé aux rejetés de la société.

L'élargissement de la définition de la folie au cours des siècles est très significatif par rapport à la montée de l'intolérance sociale. Cette intolérance est très bien illustrée par Cellard qui s'est intéressé, tout particulièrement, à la perception du fou. Le contexte familial, économique, social et culturel est très révélateur en ce qui concerne la perception sociale à l'égard des marginaux. Plus on s'approche de la fin du 18<sup>e</sup> et du début du 19<sup>e</sup> siècle, plus la démarcation entre la normalité et la marginalité se fait présente.

[...] l'individu est normal ou anormal par rapport aux normes qu'une société [...] s'est fixées à une époque donnée; il est normal ou anormal par rapport à un cadre socio-culturel familial et bien défini.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> BOUDREAU, Françoise, *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, St-Martin, 1984, p. 21.

<sup>7</sup> MELOCHE, Monique, « Enfermer la folie », *Santé mentale au Québec*, vol. VI, no 2, nov. 1981, p. 17.

<sup>8</sup> CELLARD, op. cit., p. 111.

<sup>9</sup> Ibid., p. 38.

Au 19<sup>e</sup> siècle, la médecine gagne en crédibilité, la folie est maintenant perçue comme étant une maladie.<sup>10</sup> Les signes physiques des marginaux attirent davantage les regards. La folie devient, par conséquent, d'un grand intérêt pour les médecins. L'importance accordée aux maisons d'internement prend un tout nouveau sens. De façon plus spécifique, les personnes insanes ou celles qui représentent un fardeau, un mauvais exemple ou une menace pour la société sont au centre des préoccupations sociales. Au cours de ce siècle, l'avènement de l'industrialisation, le développement économique, l'importance que représentait la force de travail de chaque individu et le nouveau contexte socio-culturel, ont contribué à redéfinir la place qui devait être réservée à ceux et celles qui ne pouvaient répondre aux nouveaux défis de l'ère capitaliste.

Selon l'auteur de *Museum of Madness*, Andrew T. Scull<sup>11</sup>, le développement idéologique, concernant la prise en charge des personnes insensées et déviantes, est né de conséquences socio-culturelles. La croissance économique anglaise a donné naissance à de nouvelles perceptions quant aux rôles que devaient jouer les citoyens, principale force de travail, et ainsi redéfinir la place que devaient occuper socialement ceux qui justement représentaient une force non productive. Scull rejoint ainsi les propos de Ellenberger<sup>12</sup> qui explique la prise en charge des fous comme étant une conséquence de la structure sociale, la déterminant ainsi comme un fait de culture. Toutefois, Scull, attribue aussi l'exclusion des fous et des démunis à des raisons socio-économiques et politiques. Nous y reviendrons.

---

<sup>10</sup> Ibid., p. 158.

<sup>11</sup> SCULL, Andrew T., *Museum of Madness. The Social Organization of Insanity in Nineteenth-Century England*, Londres, Penguin Books, 1982, 275 pages.

Tout comme de l'autre côté de l'Atlantique, le contexte socio-économique du Québec et le vaste mouvement de régulation sociale sont à l'origine de nouvelles valeurs et de nouvelles structures. Le développement du capitalisme industriel incite l'État bourgeois à s'immiscer partout et par conséquent à exercer un contrôle plus serré sur les marginaux de tout acabit. Dorénavant, on reconnaît la folie chez les individus adoptant des comportements d'errance, d'irrégion, d'indécence, de vice, de débauche, de paresse et d'ivrognerie.<sup>13</sup> De plus en plus, la folie fait honte et les comportements anticonformistes ne sont plus tolérés.

Vis-à-vis ceux qui adoptaient des comportements, des attitudes et des paroles inacceptables, une solution s'imposait. Le désir social de contrôler, de diriger et d'exclure les incompetents et les irresponsables, était devenu une priorité. C'est dans cet état d'esprit, qu'au cours du 19<sup>e</sup> siècle, une attention particulière est consacrée à la législation de la folie. L'enfermement asilaire comme « technique assistantielle »<sup>14</sup> a été très déterminant dans l'approche communautaire des défavorisés de la société.

L'institution psychiatrique que nous connaissons aujourd'hui est le résultat d'un long processus idéologique concernant les libertés et les restrictions sociales. L'émergence d'un lieu où les marginaux, les idiots et les dangereux se retrouveraient réunis, est bel et bien l'aboutissement d'une pensée sociale. De nombreuses

---

<sup>12</sup> ELLENBERGER, H.H., « La découverte de l'inconscient. » *Histoire de la psychiatrie dynamique*, Billeurbanne, Simep, 1974. Cité par Élisabeth Roudinesco dans *Penser la folie*.

<sup>13</sup> CELLARD, op. cit., p. 143 à 152.

comparaisons, entre ce qui est maintenant socialement acceptable et ce qui ne l'était pas il y a quelques décennies, sont très révélatrices en ce qui a trait à la mouvance des perceptions et des jugements à l'égard des marginaux ou précurseurs. À titre d'exemple, l'imagerie mentale évoquée par la chasse aux sorcières du temps de l'Inquisition est certes très fertile. L'exploitation cinématographique sur ce sujet; les scènes de violence, de tyrannie et d'humiliation sont vivement colorées. Le parallèle entre cet épisode de répression ecclésiastique et l'oppression psychiatrique exercée socialement évoque, de façon originale, l'art d'animer le triste sujet des exclus.

Cette figure rhétorique utilisée par Szasz<sup>15</sup> illustre de façon provocatrice et avant-gardiste le jugement social quant à la marginalité. L'approche constructiviste de Szasz suggère que « illness is metaphoric ». Cependant, cela ne suffit pas à expliquer qu'il y ait eu des fous et qu'il y en ait toujours. Les préoccupations de Szasz concernant la conception sociale de l'exclusion des indésirables sont d'une remarquable constance tout au long de *The Manufacture of Madness*. Qu'il s'agisse des sorcières, des fous ou des homosexuels, Szasz impose un questionnement sur les valeurs sociales en ce qui a trait à l'acceptation du marginal au sein de la communauté. Le souci de la critique et du jugement, à l'égard de ceux qu'il appelle des victimes, nous invite à considérer tous les torts que peuvent infliger une étiquette.

L'intolérance sociale envers les comportements dérangeants ou dangereux se mesure assez aisément à la lecture des registres d'admission des institutions asilaires.

---

<sup>14</sup> CASTEL, Robert, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de la l'aliénisme*, Paris, Éditions de minuit, 1976, pp. 104 à 152.

<sup>15</sup> SZASZ, Thomas S., *The manufacture of Madness. A Comparative Study of The Inquisition and The Mental Health Movement*, London, Routledge & Kegan Paul, 1972, 383 pages.

L'interrogation sur les raisons et les conditions d'internement sont internes sont d'une grande utilité dans la compréhension de l'enfermement. Le rythme de vie de la communauté ou de la cellule familiale ne doit pas être perturbé par les déviations d'un de ses membres. Dans ces cas bien précis, les procédures d'exclusions sont entreprises, afin de libérer la majorité des agissements hors normes de l'indésirable. Les maisons de retraite, les asiles privés et les asiles publics sont de bons tensiomètres du niveau de tolérance vis-à-vis la déviance.

L'étude de Krasnick Warsh, *Moments of Unreason*,<sup>16</sup> permet de jeter un regard sur les procédures d'exclusion de nos voisins ontariens et ainsi d'établir une perspective canadienne quant à la réalité institutionnelle des aliénés et, de façon plus générale, des indésirables. Le fait que les recherches de Krasnick Warsh portent sur une institution privée, The Homewood Retreat of Guelph, permet d'ouvrir une nouvelle parenthèse sur l'acte d'exclure une personne. Car la dimension du privé dans l'acte d'exclure entre en opposition avec l'idée d'un asile où on enferme les pauvres et les démunis. C'est, également, ce qui intéressait l'historienne Nancy Tomes, auteure de *A Generous Confidence*,<sup>17</sup> dans son choix d'étudier une institution privée. Ses recherches sur le Pennsylvania Hospital for the Insane voulaient, justement, mettre en relief les raisons qui poussaient les membres de l'élite à faire interner leurs proches dans un hôpital psychiatrique et, par conséquent, mieux saisir les dynamiques familiales.

---

<sup>16</sup> KRASNICK WARSH, Cheryl, *Moments of Unreason*, Mc Gill-Queen's University Press, 1989, 272 pages.

<sup>17</sup> TOMES, Nancy, *A Generous Confidence, Thomas Story Kirkbride and the art of asylum-keeping, 1840-1883*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, 387 pages.

L'asile ou la maison de retraite était l'hôte d'individus qu'on préférait mettre à l'écart, afin de préserver une certaine paix publique. « La personne » qui nuisait à la famille ou à la communauté était placée selon les capacités financières de l'une ou de l'autre. Tel que le suggèrent les études de Krasnick Warsh et de Nancy Tomes, l'analyse du geste d'exclure un membre de la société, afin qu'il puisse bénéficier de soins de santé adaptés à ses maux, permet de redessiner complètement l'habituel schéma des démunis et de l'institution « totalitaire », décrite par Goffman.<sup>18</sup> Plusieurs institutions ont la caractéristique d'être perçues, vues ou imaginées comme étant des endroits où nulle ne peut y trouver chaleur, réconfort et bien-être. L'institution totalitaire est l'une d'entre elles. Qu'est-ce qu'une institution totalitaire? Selon Goffman c'est :

[...]un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées.<sup>19</sup>

Goffman nous invite, dans son ouvrage intitulé *Asiles*, à pénétrer dans des lieux réservés aux exclus de la société. Il s'intéresse tout particulièrement aux sentiments et aux comportements des personnes cloîtrées et soumises à un contrôle et un pouvoir très restreignant. Le voyage sociologique de Goffman, au cœur de ces univers totalitaires, engage une réflexion sur toute la signification que peut prendre la vie de tous les jours, au sein d'un environnement où les libertés sont circonscrites. Le contexte d'isolement y est saillant et le sens de l'exclusion s'interprète davantage comme étant une solution sociale au bénéfice de la communauté plutôt qu'une solution réelle aux troubles mentaux des malades y étant gardés.

---

<sup>18</sup> GOFFMAN, Erving, *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les éditions de Minuit, 1990, 447 pages.

<sup>19</sup> Ibid., p. 41.

### 1.1.2. Le traitement de la folie.

S'il existe un thème populaire lorsqu'il est question du sujet de la folie, c'est bien celui des traitements infligés aux aliénés. Les documents littéraires et cinématographiques ont, certes, participé à la mise en place d'une imagerie mentale fertile à l'égard du soin des aliénés. Nul besoin de chercher longtemps pour que rapidement surgisse la vision de pratiques relevant, à prime abord, davantage de la barbarie que de la médecine. Les douches écossaises, les camisoles de force, les cachots humides et infects n'ont pas leur pareil dans l'art de peindre la folie.

Encore aujourd'hui, plusieurs maladies mentales demeurent inexplicées et la médecine reconnaît qu'elle peut, tout au mieux, en contrôler les symptômes, non pas les guérir. L'autisme et les comportements d'automutilation qui souvent l'accompagnent, par exemple, demeurent un mystère pour bien des chercheurs psychiatres et psychologues qui n'arrivent point, dans certain cas, à soulager la souffrance destructive de l'enfant replié sur lui-même. Au-delà des catégorisations et des classifications fluctuant au cours des siècles, les déviants mentaux sont toujours les hôtes d'un mal pour lequel trop peu de réponses sont synonymes de soulagement. Pouvons-nous parler de soins thérapeutiques à l'égard du fou du 17<sup>e</sup> et du 18<sup>e</sup> siècles? Existait-il une science médicale au 19<sup>e</sup> siècle?

Les 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècles ont intéressé, entre autres, Franz G. Alexander et Sheldon T. Selesnick, dans leur ouvrage « Histoire de la psychiatrie »<sup>20</sup> ainsi que les auteurs de *l'Histoire de la folie à l'âge classique* et *l'Histoire de la folie au Québec*. M. Foucault et A. Cellard, tout comme l'historiographie des sciences, tracent l'esquisse des différentes approches thérapeutiques en vigueur à l'aube de l'avènement de la spécialisation médicale. La recherche de la solution au traitement de la folie demeure une constante durant ces deux siècles où les magiciens, les guérisseurs, les religieux au même titre que les médecins, tentent de trouver la panacée miracle. « Le monde de la guérison, au 18<sup>e</sup> siècle, demeure en grande partie dans cet espace de la généralité abstraite ».<sup>21</sup> La nature demeure la principale source par laquelle on croit puiser l'essence thérapeutique guérissante « des maladies de la tête ».

Les procédures thérapeutiques du 17<sup>e</sup> siècle cherchaient à éliminer le problème mental en s'appuyant sur la théorie des humeurs. Cette approche thérapeutique, caractérisée par la même ambiguïté que l'on attribuait à la folie, devait rétablir et régulariser l'équilibre des humeurs. La botanique et le monde animal servaient de composantes principales aux différentes mixtures médicinales; qui s'avèrent plus originales qu'efficaces.<sup>22</sup> Médecins et guérisseurs du 18<sup>e</sup> siècle composent davantage avec une pharmacopée, de plus en plus variée, qui agit directement sur le physique. Les fortifiants, les toniques et les calmants retiennent de plus en plus l'attention car ils agissent directement sur l'individu. Cette nouvelle tendance cadre

---

<sup>20</sup> ALEXANDER F.G., et S.T. SELESNICK, *Histoire de la psychiatrie. Pensée et pratique psychiatriques de la préhistoire à nos jours.*, Paris, Armand Colin, 1972, 479 pages.

<sup>21</sup> FOUCAULT, op. cit., p. 319.

<sup>22</sup> CELLARD, op. cit., p. 57.

avec l'interprétation des causes de la folie, qui au cours de ce siècle, sont principalement associées à l'affaiblissement du cerveau ou à la tension des nerfs.<sup>23</sup>

Dans la grande lancée médicale du 19<sup>e</sup> siècle, l'univers psychiatrique offrait toutes les possibilités d'explorer et d'exploiter, de façon nouvelle, l'art médical auprès de ceux et de celles qui jusque-là étaient considérés irrécupérables. Les méthodes utilisées pour calmer, occuper ou maîtriser les personnes folles relevaient, comme déjà évoqué, plus souvent de l'originalité que de l'intervention scientifique. La période victorienne, caractérisée par la spécialisation de la science médicale, vient remédier à la pratique de techniques abstraites, pour faire place aux bases théoriques de la psychiatrie. Dans quelles circonstances et selon quels préceptes l'asile, l'ancêtre de l'institution psychiatrique, a vu le jour? Pourquoi l'enfermement est devenu une nécessité dans le traitement de la folie? Quels ont été les bienfaits de cette thérapie et quelles ont été les différentes approches favorisées dans le traitement de l'aliénation?

Les explications théoriques, d'origine morale et psychologique, de Pinel en 1801 étaient basées sur les principes de curabilité et d'incurabilité. Avec ces principes, émerge l'idée de l'asile au sens moderne qui prend toute sa signification dans la croyance de la curabilité de l'aliénation mentale. Le regroupement des malades dans un établissement unique a pour conséquence d'introduire, dans l'univers institutionnel, l'instauration d'un pouvoir médical et la transformation du cadre thérapeutique. Voilà que dans *L'ordre psychiatrique* de Robert Castel,<sup>24</sup> le défi de la

---

<sup>23</sup> Ibid., p. 103.

<sup>24</sup> CASTEL, Robert, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris. Éditions de minuit, 1976, 334 pages.

folie est décrit comme en étant un de prise en charge. À partir du constat de l'échec du partage des responsabilités entre l'État, la justice et la famille, le besoin pressant de légaliser l'exclusion du fou devient prioritaire. « La nouvelle relation de tutellarisation va se définir et se modifier à travers la mise en place et la transformation du dispositif de la médecine mentale. »<sup>25</sup>

La naissance de l'asile dans la démarche psychiatrique sera une solution à la séquestration des fous. L'exclusion du fou est faite sur une base scientifique appuyée par les théories médicales. L'asile se transforme donc en un grand laboratoire où les fous sont des objets d'étude. La médecine mentale, rejetée par les universitaires, privilégiant un traitement basé sur des signes et symptômes, est introduite dans les asiles. Cette approche exploratrice contribuera à la classification nosographique des aliénés. Ainsi, les aliénistes sont devenus les seuls experts concernant la folie et par la même occasion, selon Castel, le troisième pouvoir politique. Le médecin est le seul spécialiste pouvant confirmer l'irresponsabilité de l'aliéné et le seul ayant la compétence de mettre fin à son internement.

Suivront les théories basées sur le mental et le physique. Dès 1820, une nouvelle approche s'intéresse à l'individu aliéné plutôt qu'aux seules causes de l'état d'aliénation. C'est le développement du traitement moral. Cette approche pseudo-scientifique est décrite par Peter Keating<sup>26</sup> comme étant une doctrine fondatrice, à la base du cadre conceptuel de l'intervention médicale, dans le traitement de l'aliénation mentale. Contrairement à Castel, Keating perçoit le rôle du médecin

---

<sup>25</sup> Idem., p. 55.

<sup>26</sup> KEATING, Peter, *La science du mal. L'Institution de la psychiatrie au Québec, 1800-1914*, Montréal, Boréal, 1993, 208 pages.

aliéniste comme étant celui d'un maître en l'art de traiter la folie. Doté d'une science médicale psychiatrique, le médecin n'est pas celui qui régularise les problèmes sociaux, mais bien celui qui guérit la folie, ou du moins, tend à le faire.

L'autorité absolue du médecin administrateur, tel que présenté par Castel, entre également en contradiction avec la perception du rôle intrinsèque de l'aliéniste tel qu'énoncé par Swain et Gauchet.<sup>27</sup> Ces derniers définissent le rôle du médecin psychiatre, plutôt, comme étant un intervenant direct auprès des aliénés. Le traitement moral est basé sur une approche qui a pour but de contrôler l'environnement du fou afin de le guérir. Il est le résultat d'une révolution sociale quant à la perception du fou. Ce mouvement philanthropique, qui a précédé la réforme psychiatrique, est animé d'une volonté d'honorer l'homme, du moins, la parcelle d'intelligibilité qui habite l'aliéné.

Le traitement moral en tant que thérapie basée sur la douceur est une approche qui retient trop rarement l'attention des spécialistes du milieu asilaire. L'étude de Gauchet et de Swain se distingue par la préoccupation des auteurs à mettre en valeur la présence des aliénés au sein de l'asile en tant qu'individus et non plus en tant que spécimens de laboratoire. Après les études sur le milieu asilaire, les théories thérapeutiques, les causes et les symptômes de la maladie mentale, un nouveau chapitre s'ouvre, non plus sur la perception du fou, mais bien sur l'individu, l'aliéné en tant qu'être humain atteint de folie. Quant à l'implication spécifique du médecin dans l'élaboration et la mise en place du traitement moral, Swain et Gauchet

---

<sup>27</sup> GAUCHET, M. et SWAIN, G., *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Mayenne, Éditions Gallimard, 1980, 519 pages.

exagèrent peut-être le rôle que les aliénistes ont réellement joué auprès des malades internés à l'asile. Il suffit de consulter les registres d'admission des asiles pour se rendre compte du grand nombre d'individus internés et de les comparer à la liste des médecins œuvrant dans ces mêmes établissements pour constater l'immensité de la tâche médicale. Comme l'a soulevé Jill Harsin<sup>28</sup>, plusieurs études sur le 19<sup>e</sup> siècle ont effectivement démontré la situation de surpeuplement qui prévalaient dans les asiles et par conséquent la quasi-impossibilité pour les médecins d'entrer en étroite relation avec leurs malades, tel que le suggère le traitement moral. C'est ce qu'ont observé, entre autres, Ellen Dwyer<sup>29</sup> à l'Utica Asylum de New York et Wendy Mitchinson<sup>30</sup> au Gladesville Asylum d'Australie ainsi qu'au Toronto Asylum.

Étant donné le contexte institutionnel, il semble plus réaliste de croire que les soins particuliers prodigués aux femmes et aux hommes internés à l'asile, basés ou non sur les principes proposés par le traitement moral, étaient des attentions que seuls les religieuses et les surveillants ou gardiens pouvaient leurs accorder. Une des principales difficultés à mettre à jour cette réalité asilaire est certainement la rareté des documents y faisant explicitement référence. Qu'il s'agisse de la correspondance des inspecteurs d'asiles, du surintendant ou des employés, cette documentation demeure souvent silencieuse sur les relations affectives entre surveillant et patients. James E. Moran, auteur de l'article *Keepers of the Insane : The Role of Attendants at*

---

<sup>28</sup> HARSIN, Jill, « Gender, Class, and Madness in Nineteenth-Century France », *French Historical Studies*, 1992, vol. 17, no. 4, p. 1063.

<sup>29</sup> DWYER, Ellen, *Homes for the Mad Life Inside Two Nineteenth-Century Asylums*. New Brunswick and London, Rutgers University Press, 1987, 309 pages.

<sup>30</sup> MITCHINSON, Wendy, « The Toronto and Galesville Asylums: Humane Alternatives for the Insane in Canada and Australia? » *Bulletin of the History of Medicine*, 1989, vol. 63, no. 1, p. 52-72.

*the Toronto Provincial Asylum, 1875-1905*<sup>31</sup>, a réussi à mettre en relief le rôle crucial qu'ont joué les surveillants auprès des aliénées dans les institutions asilaires du 19<sup>e</sup> siècle.

La doctrine du traitement moral fut rapidement confrontée à la réalité institutionnelle où un nombre de plus en plus élevé de cas chroniques y était admis. « [L]e psychiatre en chef d'un grand asile où la vaste majorité des patients sont des incurables n'a qu'à regarder autour de lui pour observer la chronicité ».<sup>32</sup> L'hébergement d'une clientèle d'incurables au sein des asiles suscitait la remise en question de la raison même de l'institution. Il va sans dire que des questions administratives étaient étroitement liées à cette situation. Plus précisément, la responsabilité pénale de ces êtres dépourvus de raison était au centre de bien des litiges entre le gouvernement et les propriétaires d'asiles. C'est vers la deuxième moitié du 19<sup>e</sup> siècle qu'une nouvelle doctrine sera à l'origine d'une réforme institutionnelle et d'un consensus sur des questions de pathologie mentale. La théorie de la dégénérescence « a [...] constitué le terrain sur lequel les maladies mentales et les maladies nerveuses, jusqu'alors séparées à la fois institutionnellement et nosographiquement, ont pu se rejoindre par le biais de l'étiologie ».<sup>33</sup>

Les possibilités thérapeutiques de la période victorienne ont également favorisé une pratique médicale inspirée de la médecine organique. La recherche du siège de la folie a été à l'origine d'interventions chirurgicales effectuées sur les femmes et les

---

<sup>31</sup> MORAN, James E., "Keepers of the Insane : The Role of Attendants at the Toronto Provincial Asylum, 1875-1905", *Social History*, vol. 28, no 55, may 1995, pp. 51-75.

<sup>32</sup> KEATING, op., cit., p. 21.

<sup>33</sup> Ibid., p. 113.

hommes internés pour aliénation mentale. L'ouvrage de Shortt,<sup>34</sup> *Victorian Lunacy* regroupe une multitude d'informations concernant les différentes approches thérapeutiques privilégiées au London Asylum. Les passages sur les chirurgies pelviennes, pratiquées chez l'homme et la femme, sont un exemple, parmi tant d'autres, de la diversité des tentatives thérapeutiques mise en œuvre au 19<sup>e</sup> siècle. C'est en 1877 que le Dr Bucke tente de remédier aux problèmes d'insanité dû à la masturbation.

Bucke began his attack on self-abuse in march 1877 by adopting a surgical procedure devised by Dr. David Yellowlees of Glasgow for the insertion of a silver wire through the foreskin of the penis.<sup>35</sup>

L'étude de Shortt sur les travaux du Dr Bucke ne laisse apparaître aucune ségrégation basée sur le sexe du malade lors de ces opérations. Toutefois, en ce qui concerne les traitements aux électrochocs, Elaine Showalter démontre que les sujets féminins subissaient plus fréquemment que les hommes ce type de thérapie.

Much psychiatric literature on ECT,<sup>36</sup> [...], recommends it for the less-skilled persons whose livelihoods are not dependant on the use of memory and intellect; housewives can be seen as excellent candidates on these terms.<sup>37</sup>

En fait, les femmes étaient les cobayes idéales. Les effets secondaires qu'occasionnait ce genre de traitement, telles les pertes de mémoire, étaient un moindre mal pour la gent féminine, considérant le rôle social auquel elle était vouée. L'interprétation de Shortt, quant à ces moyens thérapeutiques plutôt extrémistes, met plutôt en valeur le contexte dans lequel de telles opérations ont eu lieu sans

---

<sup>34</sup> SHORTT, S.E.D., *Victorian Lunacy, Richard M. Bucke and the Practice of Late Nineteenth-Century Psychiatry*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986, 204 pages.

<sup>35</sup> Ibid., p. 128.

<sup>36</sup> ECT : electroconvulsive therapy.

faire référence aux différentes approches thérapeutiques privilégiées selon le sexe des malades.

### 1.1.3. L'art de contrôler la folie.

Les structures de la prise en charge institutionnelle ont soulevé un tollé général au tournant des années soixante. La parution des mémoires de l'ex-psychiatrisé Jean-Charles Pagé<sup>38</sup> a contribué à sonner l'alarme des injustices faites aux reclus de la société. L'ère du « grand renfermement » était révolu et ses vertus piétinées sur le parvis des droits et des libertés de celui que maintenant on interpelle comme étant un « patient » psychiatrisé, un « bénéficiaire » de soins en santé mentale ou un « client » du réseau des services de santé. Le fou n'existait plus. Son asile, il restait à le détruire.

L'institutionnalisation des indésirables, des dangereux et des idiots au cours du 19<sup>e</sup> siècle et jusqu'à la première moitié du 20<sup>e</sup> siècle soulève, depuis quelques décennies, d'importantes réflexions quant à la nature du pouvoir sur les êtres. Certains parleront de contrôle, d'autres d'abus de pouvoir. L'historiographie sur l'histoire de la folie laisse sa trace. Elle décrit les scènes de la folie sous le chapiteau de despotes en puissance. L'expérience totalitaire de l'art de contrôler la folie nous est enseignée tout en pointant du doigt le responsable de tous les maux de la psychiatrie.

---

<sup>37</sup> SHOWALTER, Elaine, *The Female Malady, Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, New York, Pantheon Books, 1985, page 207.

L'ostracisme des plus démunis de la société, selon Scull, s'explique par les théories marxistes sur la force du travail que représente chaque individu. L'État capitalise sur l'érection de lieux spécialement conçus pour accueillir ceux et celles qui ne peuvent contribuer à l'expansion économique du pays. Ainsi, Scull base l'évolution idéologique concernant l'exclusion des fous et des démunis sur des raisons principalement socio-économiques et politiques. L'approche sociologique de Boudreau rejoint les idées de Scull quant à l'influence du pouvoir politique sur l'essor des institutions. Bien que l'ouvrage de Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, couvre l'avènement de la psychiatrie depuis la Nouvelle-France jusqu'aux années quatre-vingt, l'auteure tisse en une cinquantaine de pages à peine le canevas du début des loges (1714-1717) jusqu'à l'âge d'or de la psychiatrie (les années 1960)<sup>39</sup>. L'analyse de Boudreau est surtout axée sur les discours entre les modernistes et les traditionalistes ainsi que sur les batailles pour le pouvoir politique. L'influence des courants politiques sur les réorganisations institutionnelles est vivement soulignée par Boudreau. Les doctrines, les croyances et les traitements ayant trait à la folie ont finalement oscillé au gré des tempêtes politiques.

Le fait de reconnaître les agents d'un pouvoir de nature sociale, politique, religieuse ou médicale ne minimise en rien le réel pouvoir exercé sur les femmes et les hommes internés. Le système asilaire, érigé de façon à contrôler la folie, devient tout au long de la démonstration de Castel, le royaume du médecin psychiatre. Les propos de Castel dans *L'ordre psychiatrique* mettent en relief l'ampleur du pouvoir décisionnel incontournable du médecin psychiatre. Ce dernier fait sa place comme

---

<sup>38</sup> PAGÉ, J.-C., *Les fous crient au secours*, Montréal, Les Éditions du Jour, 1961, 156 pages.

<sup>39</sup> BOUDREAU, op., cit.

autorité absolue au sein de l'asile et cherche également à étendre son pouvoir sur la scène judiciaire. Castel donne peut-être trop d'importance au rôle du médecin psychiatre. La présence des religieuses, du moins dans les institutions québécoises, étant donné les postes administratifs qu'elles occupaient, ne permettait pas aux surintendants médicaux de représenter l'autorité absolue au sein de l'asile. Néanmoins, le pouvoir de l'aliéniste est suffisamment important pour en redouter les conséquences les plus désastreuses. Nous ne pouvons omettre que le pouvoir de l'aliéniste a un impact direct sur la clientèle qu'il interne, qu'il traite et qu'il décide ou non de garder recluse. En ce sens, il est facile d'imaginer la clientèle asilaire comme étant les otages d'un système d'exclusion sociale contrôlé par le médecin. « [L]es médecins disposent d'une souveraineté de fait quant à la sortie des patients ». <sup>40</sup> À cet effet, il sera intéressant de comparer la durée de l'internement des hommes et des femmes en contact avec leur famille, avec celle des internés ayant comme unique ressource l'asile. L'influence du diagnostic médical dans un cas comme dans l'autre sera peut-être révélatrice d'une réalité davantage sociale que médicale.

Certes, Gauchet et Swain n'abondent pas dans le même sens que Castel. Ils ont minutieusement mis en place tous les éléments nécessaires, afin de démontrer le rôle quasi indispensable du médecin et non de l'administrateur au sein de l'institution psychiatrique. En aucun cas, Gauchet et Swain ne cherchent à remettre en question le pouvoir médical. Aucun reproche, aucun blâme n'est dirigé vers les pionniers de la profession médicale spécialisée en psychiatrie. L'interprétation historique de l'origine de la psychiatrie est revue et corrigée, mais certainement pas le rôle du

---

<sup>40</sup> CASTEL, op., cit., p. 173.

médecin psychiatre. S'il est question de pouvoir, c'en est un d'origine sociale, « [e]n théorie et en pratique, c'est la société qui produit le pouvoir.<sup>41</sup>

À l'intérieur des murs de l'asile québécois, le regard du curieux s'aventure, cherchant à détruire et assurément à dénoncer les responsables de l'échec institutionnel. Les coupables sont celles qui ont eu le pouvoir de ne point refuser de venir en aide aux démunis, aux rejetés, aux marginaux et aux idiots. Celles qui ont accueilli ceux qu'on ne voulait plus voir dans les rues, dans la famille, dans le paysage d'une société de plus en plus intolérante vis-à-vis la déviance. Au fil du temps et « [d]e manière cyclique, ce qui est perçu comme thérapeutique devient oppression ».<sup>42</sup> La thèse de Wallot offre un temps d'arrêt sur l'évolution des méthodes et des critères de prise en charge de la folie et permet de mieux cerner les forces et les faiblesses d'un système qui, à toute fin pratique, n'a que trop peu changé. L'approche de Wallot met en perspective ce qu'ont été les interventions du pouvoir civil sur les déviants, les indésirables, les « anormaux ». L'institutionnalisation, la médicalisation et la « masculinisation » font partie des grands changements qui ont conduit à l'humanisation des soins prodigués aux fous, mais à quel prix? Le bilan de la vague moderniste qui a assailli les institutions psychiatriques, proposé par Wallot, est, somme toute, assez négatif. Les communautés religieuses, au cœur de l'action administrative et thérapeutique sont convoquées au banc des accusées.

---

<sup>41</sup> GAUCHET et SWAIN, op., cit., p. 104.

<sup>42</sup> WALLOT, Hubert-Antoine, Histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec, p. 3.

Le monopole du médecin psychiatre tel que présenté par Castel, se voit contraint et partagé dans les institutions québécoises avec les religieuses, maîtresses des lieux. Keating, au fil de ses explications sur le rayonnement de la science médicale, situe la place de la femme dans la hiérarchie asilaire. Effectivement, les Soeurs de la Providence ont bel et bien été détentrices d'un pouvoir habituellement réservé à la gent masculine. La détermination des Soeurs de la Providence dans tout le débat qui a entouré la loi de 1885, en particulier, les conflits entre le gouvernement et les Soeurs en raison du contrat qui les liait concernant l'asile St-Jean-de-Dieu, illustrent avec justesse la place stratégique que les religieuses occupaient au sein de l'institution et le pouvoir qu'elles détenaient.

#### **1.1.4. La vie asilaire au quotidien.**

Vu de l'extérieur, la vie à l'asile semble mystérieuse, secrète, occulte. Le désir de franchir le seuil de ce non lieu, où norme et normalité composent un hymne mystique, fait frémir. Les chants a capela, les cris aigus et les éclats de rire généreux qu'on y entend sont déconcertants. Pénétrer cette enclave, c'est accepter de reconnaître la faiblesse de l'esprit, la déchéance humaine et l'absence de contrôle de ces individus sur leur destinée.

Le voile nébuleux qui recouvre les us et les coutumes de la vie à l'intérieur de l'asile demeure opaque. Les historiens, les philosophes, les sociologues, les psychologues et les psychiatres, qui se sont intéressés à l'univers asilaire, ont été peu bavards quant à la réalité institutionnelle au quotidien. Chacun s'évertue à placer sa parcelle de vérité trouvée. Certains cherchent à comprendre d'où vient la folie; est-ce que la

folie est un fait de nature ou un fait de culture.<sup>43</sup> D'autres s'interrogent sur la genèse de l'institution asilaire et sur la folie comme objet d'une science, afin d'en déterminer le pouvoir médical. Bien des sujets émanent de celui de la folie. Plusieurs avenues s'ouvrent au chercheur passionné par l'univers du fou et de sa folie. Les ouvrages de Paradis<sup>44</sup>, de Henry Dorvil<sup>45</sup> et de André Cellard<sup>46</sup> comptent parmi les rares études qui ont contribué à définir quelle était la place réservée au fou dans la société québécoise. Mais qu'en est-il de la vie de tous les jours dans cet univers clos qu'est l'asile?

C'est avec simplicité et souci du détail que Shortt nous permet d'entrer au London Asylum, où le Dr Bucke a œuvré pendant plusieurs années. Cette version canadienne de l'asile met en perspective les différentes occupations quotidiennes auxquelles les femmes et les hommes internés se consacraient. Le travail occupait une partie de la journée des aliénés, du moins certains d'entre eux, et les activités spéciales couronnaient, à l'occasion, la soirée des pensionnaires. Ces tâches et ces distractions n'étaient pas de simples passe-temps. Elles faisaient partie du traitement moral auquel les patients et les patientes étaient soumis.

On two evening a week during the fall and winter, employees were required to attend dances and were explicitly instructed to dance with patients. Each activity of the day that required patients to leave the ward, including mealtimes, work parties, and evening entertainment, demanded

---

<sup>43</sup> ROUDNESCO, Élisabeth, « Lectures de l'histoire de la folie (1961-1986), Introduction » dans *Penser la folie, Essais sur Michel Foucault*, Paris, Éditions Galilée, 1992, 195 pages.

<sup>44</sup> PARADIS, A. et Al., « Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada (1800-1880) », *Recherche et Théories*, no 15, Département de philosophie, UQATR, 1977, 345 pages.

<sup>45</sup> DORVIL, H., *Histoire de la folie dans la communauté 1962-1987*, Montréal, Émile-Nelligan, 1988, 380 pages.

<sup>46</sup> CELLARD, 1991, op. cit.

close supervision by the attendants stationed in various strategic areas. They were expected to prevent both violence between patients and any ill-advised attempts at escape.<sup>47</sup>

Ce court extrait nous enseigne une réalité sur le fait asilaire dans sa quotidienneté. La présence des surveillants lors des soirées dansantes ainsi que leur participation en tant que danseurs révèle toute une facette de la vie à l'intérieur des murs qui n'a pas encore été explorée. Les liens qui existaient entre les patients et ceux qui en avaient soins demeurent un mystère dans l'histoire de l'internement de la folie.

*L'évolution historique de l'Hôpital psychiatrique de Montréal*, présenté par Bernard Courteau, offre une version québécoise de l'asile. À Saint-Jean-de-Dieu, tout comme au London Asylum, le cours de la vie quotidienne était rompu par des activités de toute nature. Fanfares, « sauteriers », soirées dramatiques et représentations cinématographiques étaient organisées dans le but de distraire les pensionnaires de l'asile. Au cours des ans, ces activités se multiplient et elles ne sont pas organisées qu'en fonction de visées thérapeutiques. Les propos du Dr Villeneuve, cité par Courteau, sont très explicites à ce sujet :

Je suis énergiquement en faveur de l'exercice et des distractions en plein air pour les malades, et le travail, non pas seulement au point de vue productif, mais organisé systématiquement, comme moyen d'occupation, sans égards aux autres avantages pratiques qu'il peut comporter.<sup>48</sup>

Le travail, qui faisait partie de la routine journalière, consistait, par exemple, à l'entretien ménager des salles ou encore à la culture des jardins. Ces tâches quotidiennes étaient, cependant, réservées aux patients les plus gaillards, robustes et

---

<sup>47</sup> SHORTT, op. cit., p. 44.

alertes. Cette façon d'occuper le temps des patients à l'intérieur des murs de l'asile était très normalisante. Chacun s'affairait à une tâche qui convenait à ses aptitudes et à son talent, tout en participant au bon fonctionnement de l'institution. Selon Ripa, le travail était plutôt une forme d'exploitation et d'esclavage perfide des aliénés mentaux et assurément une perversion de l'institution asilaire. « L'asile, lieu de vie, est devenu lieu d'exploitation des malades mentaux. La fonction thérapeutique du travail est totalement pervertie : ce qui, à l'origine, devait être un moyen de divertir les malades mentaux devient contrainte par corps. »<sup>49</sup>

Le travail et les distractions récréatives étaient considérés comme étant les principales activités de nature thérapeutique et occupationnelle auxquelles se consacraient les aliénés de l'asile. Les thérapies de type balnéaire, par exemple, prodiguées selon un but thérapeutique précis, faisaient également partie du quotidien des pensionnaires de l'institution. Finalement les activités hospitalières favorisaient la prise en charge des hommes et des femmes internés. Cependant, le temps réel alloué au soin direct et à la rencontre médicale, tel que préconisé par le traitement moral, semble avoir été tout à fait négligeable. En fait, c'est la présence des religieuses et des surveillants qui était sollicitée, afin de superviser le ou la malade dans l'exécution des tâches qui lui étaient attribuées. Un passage très intéressant de l'ouvrage de Courteau, tiré du rapport médical du Dr Villeneuve, met en valeur la contribution du travail des religieuses. « Je désire rendre tout spécialement témoignage aux Révérendes Soeurs, pour la sublime charité avec

---

<sup>48</sup> COURTEAU, Bernard, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H. Lafontaine. Évolution historique de l'Hôpital psychiatrique de Montréal*, Montréal, Méridien, 1989, p. 76.

<sup>49</sup> RIPA, Yannick, « Le travail à l'asile au dix-neuvième siècle : thérapie ou esclavage caché? », *Milieux*, vol. 27, p. 54.

laquelle elles soignent les malades confiés à leur soin ». <sup>50</sup> Rarissime sont les extraits de cette nature dans les ouvrages sur le sujet de la folie. Cette simple phrase soulève plusieurs interrogations. Car c'est dans la signification de la « charité » des Religieuses que se trouve l'essence même de la chimie qui existait entre elles et leurs patients.

Cette conception de la vie asilaire, passée entre le travail et les activités récréatives, est une interprétation que partagent Shortt et Courteau. De manière différente, selon d'autres perspectives, Goffman souligne une autre facette du milieu institutionnel. Goffman tend plutôt à mettre en valeur les sentiments que vivent les exclus, soumis à une liberté qu'il qualifie de circonscrite. Goffman illustre cette réalité, réservée aux reclus, en proposant sa théorie des objets inanimés. Le personnel soignant est comparé à des commis de magasins et les patients sont représentés comme étant la marchandise entreposée. Patients et soignants sont des matériaux humain; « des machines bien huilées vouées à des fins officiellement affichées et non moins officiellement approuvées ». <sup>51</sup>

Cette contradiction entre ce que font effectivement les institutions totalitaires et ce qu'elles sont censées faire selon les déclarations des responsables constitue l'arrière-plan sur lequel s'inscrit l'activité quotidienne du personnel d'encadrement. <sup>52</sup>

Goffman offre une vision assez restreinte du rôle des intervenants. « La tâche du personnel d'encadrement n'est pas d'effectuer un service, mais de travailler sur des objets, des produits, à cela près que ces objets, ces produits, sont des hommes ». <sup>53</sup>

Les propos de Goffman ramènent à sa plus simple expression l'état de patient de

---

<sup>50</sup> COURTEAU, op. cit., p. 76.

<sup>51</sup> GOFFMAN, op., cit., p. 121.

<sup>52</sup> Ibid.

même que le rôle de l'intervenant. Contrairement à Scull, Goffman ne fait aucunement référence au contexte socio-culturel relié à l'internement des patients. Des hommes et des femmes sont enfermés dans une institution totalitaire, privés de toute liberté et soumis à des interventions coercitives. Selon James E. Moran, dans son article sur le rôle des préposés au Toronto Provincial Asylum, le travail des surveillants, en contacts journaliers avec les patients, permettait de fournir des indications précieuses au surintendant médical qui reconnaissait la pertinence des informations que seuls les surveillants étaient en mesure de connaître. La présence des surveillants auprès des patients était nécessaire au bon déroulement des approches thérapeutiques en vigueur au Toronto Provincial Asylum.<sup>54</sup> Ce qu'a notamment observé Cheryl Warsh dans son ouvrage *In Moments of Unreason* : « The success of moral treatment depended on the capabilities and sympathies of the nurses and attendants who dealt with the patients on a daily basis. »<sup>55</sup> D'autres historiens et historiennes se sont également intéressés au travail des « attendants », parmi eux nous retrouvons les travaux de Ellen Dwyer, Thomas Brown, Nancy Tomes, Allan Beveridge et Gerald Grob.<sup>56</sup>

Oser franchir le seuil de l'indifférence, pénétrer l'univers clos de l'aliéné, fureter à l'intérieur de ses quartiers et saisir la vie dans sa quotidienneté représente tout un défi. Au rythme des décennies, ce milieu protégé, qu'était l'asile, a accueilli des

---

<sup>53</sup> Ibid.

<sup>54</sup> MORAN, op. cit., p. 57.

<sup>55</sup> WARSH, op. cit., p. 107.

<sup>56</sup> DWYER, op. cit., pp. 163-185; BROWN, "Living with God's Afflicted: A History of the Provincial Lunatic Asylum at Toronto, 1830-1911" (Ph. D. Thesis, Queen's University, 1980), pp. 260-265; TOMES, op. cit., pp. 181-187; BEVERIDGE, "Life in the Asylum: patients' letters from Monrningside, 1873-1908", *History of Psychiatry*, vol. 9, no 4, pp. 442-445; GROB, *Mental Illness and*

milliers d'hommes et de femmes étiquetés comme anormales. Les murs des maisons d'enfermement détiennent le secret de ce qu'a vraiment pu être la vie de tous ces exclus qui y ont laissé, d'une certaine manière, leurs traces. Une odeur, un soupir, un éclat de rire, une toux, un chagrin, un amour, une douleur, un malheur, une victoire sont peut-être l'essence même de la vie de tous les jours de ces marginaux retirés de la société. Difficile d'en saisir l'empreinte sur papier. Une lueur d'espoir vacille sur le silence d'un univers à découvrir.

La vie à l'intérieur de l'enceinte de pierre, là où vivent ensemble l'aliéné, le personnel soignant et les gardiens, demeure un mystère. Cette réalité asilaire a capté la curiosité de Postel et Bing.<sup>57</sup> Ils ont tenté d'extirper une parcelle de vérité sur ce qu'à pu être la vie d'aliéné tout en tentant de définir ce qu'ont pu être les liens qui existaient entre les fous et les surveillants qui partageaient, d'une certaine manière, le même milieu de vie. *Asiles*, de Goffman, livre le témoignage de l'existence d'une stratégie de survie à l'intérieur de cet univers fermé. La loi du plus fort ou du plus habile y règne comme n'importe où ailleurs. C'est ce que Goffman appelle les techniques d'exploitation du système hospitalier.<sup>58</sup> Selon des règles et des codes adaptés à ce milieu, où les libertés y sont restreintes, les plus débrouillards y trouvent leur compte.

Cette première partie a surtout tenté de mettre en valeur les principaux écrits portant sur l'être insane et sa prise en charge. Cette rétrospective historique a permis

---

*American Society, 1875-1940*, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1983, pp. 19-22.

<sup>57</sup> POSTEL, Jacques et François BING, « Philippe Pinel et les concierges. » dans *Penser la folie*, op., cit., p. 43-61.

<sup>58</sup> GOFFMAN, op., cit., p. 265.

d'établir l'évolution de la prise en charge de la folie et cela depuis le 17<sup>e</sup> siècle. L'utilité de cet exercice a été de mettre en relief les principaux thèmes exploités par les chercheurs ainsi que de déterminer les principales tangentes reliées aux interprétations du milieu asilaire. L'étude de la perception du fou, comme aliéné sans genre, avait pour but de bien situer le contexte socio-culturel de l'enfermement avant même d'en saisir les ségrégations de sexe, qui font l'objet de la section suivante.

## **1.2. Ces femmes internées pour folie, fin 19<sup>e</sup>, début 20<sup>e</sup> siècles.**

Sans la connaître on la reconnaît. La folie fait rire, parfois elle fait peur. On s'en éloigne, mais on la suit du regard parce qu'elle fascine, elle surprend, elle étonne. Elle prend vie dans l'esprit et dans le corps d'un voisin, d'un ami, d'un parent ou d'un enfant. Elle est parfois homme, parfois femme. Elle bouleverse les habitudes et transforme l'individu à l'intérieur duquel elle prend vie.

### **1.2.1. L'étiquette de la folie.**

Enfouie dans la tête, dans le cœur, dans le sexe de la femme, la folie prend le contrôle d'un corps abandonné par la raison. La marginale, la déviante, l'asociale, la non conformiste est pointée du doigt. L'hébétude de son regard, sa démarche scandaleuse, sa tenue négligée, ses paroles immorales sont les preuves visuelles et auditives que la folie l'habite. L'incohérence du discours, l'humeur instable, l'accès

d'agitation, les manières étranges, le non respect des règles et des conventions sociales confirment la présence de la folie.

Les perceptions sociales, quant à la marginalité, la déviance, la démence d'un individu, sont-elles les mêmes qu'il s'agisse d'une femme ou d'un homme ? Le regard posé sur l'être insane diffère-t-il selon son sexe ? Le premier volet de ce chapitre historiographique sur « La perception du fou et la prise en charge de sa folie » a révélé l'élargissement de la définition de la folie et la montée de l'intolérance à l'égard du fou. Il est vrai que la réalité féminine de la folie a suscité trop peu d'intérêt. Il importe donc de découvrir les dimensions que peuvent prendre la variable du genre chez la femme aliénée.

#### 1.2.1.1. Perceptions sociales.

*A serious historical study of the female malady should not romanticize madness as one of women's wrong any more than it should accept an essentialist equation between femininity and insanity. Rather, it must investigate how, in a particular cultural context, notions of gender influence the definition [...] of mental disorder.*

*Élaine Showalter*<sup>59</sup>

L'histoire de la folie est étroitement liée à celle de la culture. La folie bien avant d'être une maladie diagnostiquée par les aliénistes était décelée par tous et chacun, qui sans en connaître de façon claire et précise l'origine et la cause, en connaissaient les symptômes. *The Female Malady, Women, Madness and English Culture* est une contribution importante à l'histoire des femmes et de la psychiatrie. Centrée sur le concept du genre, Showalter nous offre un ouvrage indispensable à la compréhension de l'histoire culturelle de la folie des femmes. Spécialiste de la littérature anglaise,

Showalter pose un nouveau regard sur l'histoire de la folie des femmes. Les œuvres artistiques et littéraires ainsi que les mémoires et les journaux intimes des femmes du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècles complètent la documentation médicale sur les femmes internées. Cette habile composition sert judicieusement le sujet de la folie et nous permet d'entendre la voix des femmes. Le contexte anglais se prête avantageusement, comme l'exprime Showalter, à l'étude de la folie : « [...] England is a particularly rich area for investigation because of the long-standing, cohesive, and fascinating notion of the cultural specificity of English madness ». <sup>60</sup>

La folie des femmes au 19<sup>e</sup> siècle n'est pas perçue ni définie comme étant une simple perte de la raison, elle est plutôt identifiée comme un comportement déviant non accepté socialement. Cette affliction, cette déviance, cette maladie, bien qu'elle soit également familière à la gent masculine, est étroitement liée au cycle hormonal féminin. La maladie mentale au masculin s'explique par un surmenage intellectuel ou encore par des préoccupations d'ordre économique. Chez la femme, la maladie mentale est, inévitablement, associée à sa nature féminine, tout simplement. <sup>61</sup>

Yannick Ripa, spécialiste du 19<sup>e</sup> siècle français, s'est intéressée, tout particulièrement, aux liens très étroits existants entre la physiologie féminine et la folie. Son ouvrage, *La ronde des folles*, <sup>62</sup> démontre, statistiques à l'appui, qu'effectivement l'apparition des troubles mentaux correspond à des âges précis, voire apparaît comme significativement liée aux différentes transformations

---

<sup>59</sup> SHOWALTER, Elaine, op., cit., p. 5.

<sup>60</sup> Ibid., op., cit., p. 6.

<sup>61</sup> Ibid., p. 7.

<sup>62</sup> RIPA, Yannick, *La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au XIXe siècle, (1838-1870)*, Paris, Aubier, 1986, 216 pages.

biologiques vécues par la femme. Qu'il s'agisse de la puberté, de la maternité ou de la ménopause, ces périodes sont extrêmement décisives dans la vie de la femme et par conséquent, peut-être responsables de déséquilibres, autres que ceux qui sont simplement hormonaux. Ripa, contrairement à l'explication médicale, ne considère pas que le cycle hormonal soit à lui seul responsable des désordres mentaux féminins, mais que le contexte dans lequel se produisent ces changements influence inévitablement l'adaptation de la femme cherchant à acquérir un nouvel équilibre.

Les facteurs biologiques ne suffisent pas à expliquer les perturbations neurologiques que connaissent alors ces internées. Entre en jeu leur « appréhension » des rythmes de la vie, surtout chez les pubertaires et les ménopausées ; la dédramatisation de ces phénomènes grâce à une meilleure connaissance de leur corps, la diminution des tabous qui rendaient mystérieuses et donc terrifiantes ces transformations, une normalisation sociale de ces périodes physiologiques sont des éléments déterminants dans la diminution de l'exploitation des troubles mentaux directement liés à la vie biologique. Ce constat indique a posteriori le rôle du facteur culturel dans la genèse des troubles neurologiques.<sup>63</sup>

L'ouvrage de Ripa, tout comme celui de Chesler *Les femmes et la folie*,<sup>64</sup> est construit autour du concept d'oppression. C'est l'image de la femme victime du patriarcat qui est mise en valeur. Ces deux ouvrages, respectivement français et américain, s'intéressent à la place de la femme dans la société et au rôle très précis qu'elle doit y jouer. Qu'il s'agisse des femmes du 19<sup>e</sup> siècle ou du 20<sup>e</sup> siècle, elles sont inévitablement soumises à des règles et des conventions qui nuisent à leur potentiel. Ainsi, selon ces deux auteures, la folie est la maladie qu'entraîne le mal de vivre de toutes celles qui subissent le mariage et la maternité. La folie est présentée comme étant un problème socio-culturel plutôt que médical.

---

<sup>63</sup> Ibid., p. 69.

<sup>64</sup> CHESLER, Phyllis, *Les femmes et la folie*, Paris, Payot, 1979, 262 pages.

Cette idée que la folie est étroitement liée au cycle féminin, telle que démontrée par Showalter, Ripa et Chesler, demeure une croyance populaire et médicale, jusqu'à la première Guerre Mondiale. La maladie mentale est principalement associée à des désordres physiques ou héréditaires. L'anorexie, l'hystérie et la neurasthénie, tel que mentionné par Showalter, sont les principaux troubles nerveux diagnostiqués chez les femmes. Ces trois études féministes portant sur la folie des femmes du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècles ont surtout tenté de démontrer les causes de cette maladie. Elles cherchent à expliquer ce qui a conduit les femmes à la frigidité, à la dépression, au suicide ou à la schizophrénie. Selon Chesler, ces femmes sont singulièrement obstinées, agressives et talentueuses. Leurs comportements déviants ou insanes sont le résultat de leurs difficultés à vivre dans une société qui ne permet pas aux femmes de s'épanouir selon leurs propres aspirations. C'est au cours des années quatre-vingt-dix que s'effectue une relecture des travaux de Showalter. Plusieurs historiens et historiennes, tels que Bronwyn Labrum, Joan Busfield et Peter McCandless rejettent l'idée de la féminisation de la folie telle qu'avancée par Showalter.<sup>65</sup>

Cette lecture féministe de la folie au féminin contribue, il est vrai, à éclairer une facette de l'histoire concernant le sort de plusieurs femmes diagnostiquées folles et exclues de la société à cause de leurs comportements marginaux et de leur refus des stéréotypes féminins. Comme le démontre l'historienne Smith-Rosenberg dans son

---

<sup>65</sup> LABRUM, "Looking beyond the Asylum", *New Zealand Journal of History [New Zealand]* 1992, vol. 26, no. 2, p. 126; BUSFIELD, « The Female Malady? Men, Women and Madness in Nineteenth Century Britain », *Sociology*, vol. 28, no 1, February 1994, p. 260; McCANDLESS, "A Female Malady? Women at the South Carolina Lunatic Asylum, 1828-1915". *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 1999, vol. 54, no 4, p. 545.

ouvrage *Disorderly Conduct*<sup>66</sup>, il faut, cependant, être prudent dans l'interprétation analytique des sources détentrices du secret d'une vie à l'écart, d'une vie à l'asile. Il faut nuancer le message qui se dégage des documents, tel les dossiers médicaux et les rapports d'inspecteurs d'asiles, rédigés principalement par des hommes et par conséquent révélant des perceptions et des interprétations masculines, afin de reconstruire certains aspects de la vie des femmes étiquetées comme folles. Influencée par le féminisme socialiste et la nouvelle histoire sociale, Smith-Rosenberg consacre une attention toute particulière à la voix des femmes qu'elle veut faire entendre et partager par le biais de leurs expériences. Selon elle « the male medical vision of women's physiology and sexuality served to reinforce a conservative view of women's social and domestic roles ».<sup>67</sup> Par conséquent :

By returning to traditional male historical sources- advice books and children's literature, the writings of prominent male physicians, theologians, and educators- I had begun to see women, not as they had experienced themselves, but as men had depicted them.<sup>68</sup>

L'expérience d'un diagnostic de folie, d'une mise à l'écart et d'un séjour à l'asile ne peut être lue sur un formulaire d'internement et ne peut transpirer des notes médicales inscrites au dossier. De là toute la complexité du sujet de la folie. Smith-Rosenberg et Showalter ont toutes deux participé à la mise en place de nouvelles perspectives quant à la folie au féminin. Leurs recherches ne sont pas uniquement inspirées du discours mâle. La richesse de leurs travaux est d'avoir réussi à mettre à jour une réalité féminine selon des pensées, des expériences et un langage de femmes. Toutefois, un bémol s'applique à cette contribution à l'histoire des femmes qui se limite aux expériences des représentantes de la classe bourgeoise :

---

<sup>66</sup> SMITH-ROSENBERG, Carroll, *Disorderly Conduct, Visions of Gender in Victorian America*, New York, 1985, 357 pages.

<sup>67</sup> Ibid., p. 23.

To find the female perspective on insanity, we must turn to Victorian women's diaries and novels. Although this literature deals exclusively with the experience of middle class and aristocratic women, the letters and journals [...] give us a more subtle and complex way of understanding the crises of the female life-cycle than the explanations of Victorian psychiatric medicine.<sup>69</sup>

Contrairement à Chesler, Smith-Rosenberg et Showalter ne cherchent pas à occulter l'existence de la folie chez la femme. Mettre à jour l'expérience, le vécu, les paroles de celles qui ont vécu la folie permet une meilleure compréhension de cet état d'aliénation, de démence, de perte de contrôle qui caractérise l'insanité. Comment voit-on, pense-t-on et contrôle-t-on les femmes de la période victorienne ? Comment s'est-on approprié le corps des femmes au nom d'un savoir médical ?

#### **1.2.1.2. La période victorienne et le «mystère du sexe féminin».**

C'est au cours du 19<sup>e</sup> siècle qu'une attention toute particulière est accordée à la déviance féminine. Déposée tel un voile transparent sur la femme, l'infamie se lit dans le regard des quidams qui s'arrêtent sur leur chemin pour reluquer, observer, dévisager, celle qui n'agit pas selon la norme imposée à son sexe. Ce mauvais exemple de la féminité suscite la stupéfaction. La marginale, la déviante, en fait la folle dérange le paysage social. Souvent incomprise, parfois crainte, sa présence est un obstacle à la préservation de la paix publique.

Le 19<sup>e</sup> siècle, plus particulièrement sa première moitié, est caractérisé comme étant une période très conformiste et des plus normalisante. Cela est d'autant plus vrai quant à l'intolérance envers les marginaux. Les distinctions entre ce qui est

---

<sup>68</sup> Ibid., p. 25.

<sup>69</sup> Ibid., p. 61.

«normal» et ce qui est «anormal» sont de plus en plus précises. Les comportements qui ne correspondent pas aux normes sociales sont rapidement identifiés et dénoncés.

En cette période de réorganisation, où le conformisme et l'ordre social émergent en tant que valeurs dominantes, certains comportements des déments deviennent répulsifs, au point d'être remarqués, dénoncés et considérés comme symptômes mêmes de la folie.<sup>70</sup>

Le 19<sup>e</sup> siècle correspond à une période de grands changements économiques et sociaux. L'effervescence urbaine et le capitalisme marchand entraînent un nouveau style de vie qui renforcent les valeurs et les normes sociales très conformistes. Celles-ci se précisent de façon toute particulière pour la femme. L'idée qu'on a de la femme, du moins l'idéal social que l'on veut promouvoir, bouleverse les habitudes de vie. L'accent est mis sur la nature féminine de la femme. L'être féminin se doit d'être dévot, tendre et gentil : « woman was to have 'passive virtues' ». <sup>71</sup> Les rôles d'épouses et de mères sont valorisés. La révolution industrielle entraîne une spécification des rôles sociaux par la bourgeoisie. L'homme et la femme sont maintenant confinés dans des sphères séparées dont celle du public est réservée à la gent masculine. « Separation of spheres was a major ideological construct in the Victorian period and no woman who lived in Victorian Canada could help but be aware of it ». <sup>72</sup>

Tout comme le paysage européen, le territoire canadien se transforme et s'adapte au défi de la modernité. Le milieu de vie s'urbanise, les lieux de travail se centralisent et les habitudes de vies subissent de grandes mutations. Là ne s'arrête pas le monde du progrès. La période victorienne a également été génitrice de progrès

---

<sup>70</sup> CELLARD, André, op., cit., page 207.

<sup>71</sup> MITCHINSON, Wendy, *The Nature of Their Bodies : Women and Their Doctors in Victorian, Canada*, Toronto, University Press, 1991, p. 16.

extraordinaires dans l'univers médical. Ainsi voit-on apparaître au cours du 19<sup>e</sup> siècle le développement de nouvelles spécialités médicales telles la gynécologie et l'obstétrique. La prise en charge des naissances, jusque là monopole féminin, passe aux mains de la médecine. Cet intérêt marqué pour la biologie féminine entraînera, également, le développement de ce que nous appelons aujourd'hui la psychiatrie.

Le corps de la femme devient, plus qu'il ne l'a jamais été, un centre d'intérêt très spécial pour la médecine. L'historienne canadienne Wendy Mitchinson s'est intéressée dans son ouvrage *The Nature of Their Bodies* au développement de la science médicale. Avec talent, elle met en perspective les perceptions sociales à l'égard de la femme et de sa santé. Mitchinson démontre que le développement de la médecine s'est effectué au détriment du corps de la femme. Le rôle et la place que devait occuper la femme au sein de la société ont définitivement, selon elle, influencé l'approche thérapeutique qui lui était réservée.

Au cours du 19<sup>e</sup> siècle, la médecine s'intéresse de plus en plus au corps de la femme, qu'elle différencie du corps de l'homme. Katherine Arnup et Jane Lewis, qui ont participé à l'ouvrage collectif *Delivering Motherhood*,<sup>73</sup> ont clairement démontré l'influence qu'a eu la spécialisation médicale sur le corps des femmes. C'est de par sa fonction sociale qu'on cherche à découvrir, à connaître et à comprendre ce corps féminin. Le rôle de mère, central dans la vie de la femme, détermine tout l'intérêt qu'on porte au «mystère de son sexe». Sa mission de reproductrice détermine, à bien des égards, la perception qu'on a d'elle. Socialement elle est celle qui met au monde

---

<sup>72</sup> Ibid., p. 14.

<sup>73</sup> ARNUP, K. et ALL., *Delivering Motherhood, Maternal Ideologies and Practices in the 19<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> Centuries*, New York, Routledge, 1990, 322 pages.

l'homme de demain. Selon les médecins, elle est la porteuse d'une mécanique complexe qui sert à la reproduction. Le cœur de la femme se situe dans son ventre, dans ses organes génitaux internes, dans son utérus. « Darwinistic victorian science conflated sex and gender differences and derived psychological and cultural difference between men and women from male and female biology ». <sup>74</sup> La médecine a pris en charge le corps de la femme et a tenté de le traiter en fonction de ses connaissances sur la biologie masculine. La complexité du système reproducteur féminin est devenu l'objet de curiosité par excellence de la biologie humaine.

Du même coup, la déviante, l'asociale cette femme marginale du 19<sup>e</sup> siècle l'est en fonction des normes, des règles et des conventions sociales victoriennes. Il est clair qu'au cours de cette période, l'attention en ce qui concerne la femme est centrée sur ce qui biologiquement la différencie de l'homme, mais plus spécifiquement, sur la complexité de son utérus. Cet organe logé dans la cavité pelvienne de la femme devient l'unique responsable de tous les troubles féminins.

### **1.2.1.3. L'hystérie.**

Elle parle seule, elle chante, elle crie, elle hurle. Elle est agitée, elle bouge sans cesse, elle court, elle danse. Elle imite le vol de l'hirondelle sur le parvis de l'église. Elle suscite la gêne, la crainte, le rejet. Soudain, elle quitte cette scène pour cueillir les feuilles qui tapissent les rues d'un automne tardif. Sa tenue négligée révèle les formes d'une femme qui n'a plus vingt ans. Avec empressement, les représentants de l'ordre l'abordent et la saisissent fermement pour la conduire loin des regards.

---

<sup>74</sup> LEWIS, J., « Motherhood issues in the late nineteenth and twentieth centuries »

Comme l’oiseau qu’on veut mettre en cage, elle se débat. Elle donne des coups de pied. Elle tente de mordre la main qui lui serre le poignet. Elle vocifère des blasphèmes, des menaces, des injures. Un bouquet de feuilles orangées vole au vent. Tranquillement, les passants se dispersent. On entend plus que des chuchotements... Mon dieu, elle est folle ! Hystérique !

Plusieurs scénarios s’imposent dans notre esprit lorsqu’on invoque l’hystérie. L’excès, la démesure, la perte de contrôle apparaissent spontanément comme étant des comportements relevant de l’hystérie. Au 19<sup>e</sup> siècle, ce diagnostic médical désignait « des troubles d’origine sexuelle, des troubles psychiques et neurologiques. Déclarée ‘indéfinissable’ »<sup>75</sup>. En somme, les maux de la femme victorienne, impossibles à déceler, étaient susceptibles d’être diagnostiqués comme étant de l’hystérie. Il n’est pas étonnant que l’hystérie ait été l’une des maladies les plus classiques du 19<sup>e</sup> siècle.<sup>76</sup> Si l’hystérie a été si populaire et si la femme en a été si souvent étiquetée, c’est sans contredit à cause du grand intérêt que les médecins portaient au mystère de son sexe.

Hysteria commenced with puberty and ended with menopause, while ailments as varied as menstrual pain and irregularity prolapsed or tipped uterus, uterine tumor, vaginal infections and discharges, sterility could all -doctors were certain- cause hysteria.<sup>77</sup>

L’idéologie victorienne qui proclame le caractère vulnérable de la «nature» féminine comme une valeur de base sur laquelle peut s’appuyer la société, a certes contribué à limiter les capacités féminines. L’homme médecin y souscrit fidèlement. La

---

dans *Delivering Motherhood*, op., cit., p. 6.

<sup>75</sup> RIPA, op., cit., p.200.

<sup>76</sup> SMITH-ROSENBERG, op., cit., p. 197.

<sup>77</sup> Ibid., p. 206.

faiblesse, la fragilité et la passivité attribuées à la femme prédisposaient «naturellement» celle-ci aux maladies de l'esprit, aux «maux de la tête», à la démence. « [W]omen because they were female were at risk ». <sup>78</sup>

L'hystérie évoquée dans un trop grand nombre de cas, où finalement l'incertitude envahissait le cercle de la connaissance médicale, a soulevé un débat fort intéressant. Le mystère de l'organe reproducteur féminin suscite un intérêt soutenu par la caste des médecins, cette majorité mâle à la recherche du contrôle de l'organe femelle. Au-delà de la compréhension de l'habileté reproductrice de la matrice, l'homme demeure impuissant devant l'obscurité de cet organe au sein duquel, croit-il, se cache l'énigme de la sexualité féminine. Plusieurs chercheuses féministes ont analysé les rapports entre la sexualité et l'interprétation masculine de la folie des femmes.

Ripa, qui aborde le sujet de la femme, de la folie et de l'enfermement au 19<sup>e</sup> siècle dans *La ronde des folles*, a basé ses recherches sur des histoires de cas inscrites dans les registres médicaux de la Salpêtrière. Elle y a observé, entre autre, que les déviances sexuelles entraînent d'office l'internement. L'érotomanie est la cause la plus probante. <sup>79</sup>

Plasticité des comportements féminins, rigidité des réactions masculines... Il s'agit de condamner le désordre ; la sexualité féminine vénale ou séductrice doit être muselée. Le placement des érotomanes atteintes de manie lubrique, fureur utérine, manie hystérique, manie érotique, penchant à la masturbation, nymphomanie s'impose parce que leur activité sexuelle débridée est contraire au projet d'une sexualité socialement maîtrisée où désir et plaisir sont l'apanage de l'homme. <sup>80</sup>

---

<sup>78</sup> MICHINSON, op., cit., p. 280.

<sup>79</sup> RIPA, op., cit., p. 27.

<sup>80</sup> Ibid., p. 28.

Bien que la fonction première de la femme, au cours de la période victorienne, soit la reproduction, le discours fait fi de toute sexualité féminine. Deux poids, deux mesures pour cette réalité qui rappelle le contexte québécois tel que présenté par André Lévesque dans *La norme et les déviantes*.<sup>81</sup> Malgré l'ébranlement conjoncturel qui affecte les valeurs et les mœurs sociales québécoises pendant l'entre-deux-guerres, le discours religieux et politique insiste sur l'idéal de la pureté et du rôle essentiellement maternel des femmes. Les grossesses non désirées et la prostitution sont les deux thèmes par lesquels Lévesque transmet la réalité d'une époque non favorable à une sexualité féminine. Ainsi entrent, dans un univers marginalisé, toutes celles qui enfreignent les codes moraux et sociaux.

L'un des maîtres qui a le plus exprimé sa volonté de savoir sur le sujet de la sexualité est Michel Foucault. Sa lecture des discours du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècles suggère de nouvelles interprétations quant à l'importance qu'on accordait à la sexualité. À savoir, si la répression du sexe est bel et bien une évidence historique et si la mécanique du pouvoir est essentielle dans l'ordre de la répression, Foucault cherche à comprendre s'il y a une réelle rupture historique entre l'âge de la répression et l'analyse critique de la répression.<sup>82</sup>

C'est au cœur des sociétés bourgeoises du 18<sup>e</sup> siècle qu'émerge le débat d'un âge de répression. Foucault met en perspective la relation du pouvoir au centre de ces discours sur le sexe. Discours que s'approprie d'abord la médecine par l'intermédiaire des «maladies de nerfs». Suivra l'analyse des psychiatres qui

---

<sup>81</sup> LÉVESQUE, Andrée, *La norme et les déviantes, des femmes au Québec pendant l'entre-deux-guerres*, Montréal, Les Édition du Remue-Ménage, 1989, 232 pages.

créeront une taxinomie sexuelle servant de base à l'étiologie des maladies mentales. Ainsi les «excès», «l'onanisme» et les «fraudes à la procréation» feront l'objet de contrôles sociaux, soit d'une action judiciaire, soit d'une intervention médicale.

L'expression physique de nature sexuelle est soigneusement renfermée, retenue, muette. Est donc chassé du paysage social celui ou celle qui s'adonne à des plaisirs charnels inféconds. Au nom d'une économie et d'une politique conservatrices, la sexualité est réglementée et toutes pratiques exercées hors des normes imposées prouvent l'imminence de la maladie mentale.

À travers tant de discours, on a multiplié les condamnations judiciaires des petites perversions ; on a annexé l'irrégularité sexuelle à la maladie mentale ; de l'enfance à la vieillesse, on a défini une norme du développement sexuel et caractérisé avec soin toutes les déviations possibles ; on a organisé des contrôles pédagogiques et des cures médicales ; autour des moindres fantaisies...<sup>83</sup>

Foucault ne s'est pas particulièrement préoccupé des rapports de genre liés à la sexualité. L'intérêt de Foucault se situe au niveau du discours et inévitablement sur les relations de pouvoir exercées sur la population en général. Il est toutefois nécessaire de spécifier que les disciplines du corps ne concernaient pas, à priori, les classes populaires. C'est à la fin du 19<sup>e</sup> siècle que s'exercera un contrôle judiciaire et médical des perversions au nom d'une protection générale de la société et de la race.<sup>84</sup> C'est à partir de ce moment que s'est élaboré, de façon fort complexe, par et pour les classes privilégiées, un dispositif de « sexualité » dans le corps social tout entier.

---

<sup>82</sup> FOUCAULT, M., *Histoire de la sexualité, la volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, p. 18.

<sup>83</sup> Idem., p. 50.

Contrairement à Foucault qui décrit le sexe (tant masculin que féminin) comme étant pur objet de pouvoir et de savoir, Showalter et Smith-Rosenberg présentent la sexualité féminine comme étant un objet de contrôle masculin. «Nineteenth century medical treatments designed to control the reproductive system strongly suggest male psychiatrists' fears of female sexuality»<sup>85</sup>. Smith-Rosenberg souligne, également, l'aspect sexuel mis en cause dans les cas de folie chez la femme. L'hystérie a souvent été la solution dans les cas de diagnostics ambivalents. D'autant plus que les croyances de l'époque contribuaient à marginaliser bon nombre de comportements, aujourd'hui considérés tout à fait normaux, comme étant des preuves flagrantes d'insanité. «Throughout the nineteenth century, physicians believed that masturbation was widespread among America's females and a frequent cause of hysteria and insanity»<sup>86</sup>. Paradis, co-auteur de *l'Essai pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada*,<sup>87</sup> a établi, sans toutefois tenir compte de la variable du genre, que le dérèglement des comportements sexuels, comme dérogation aux bonnes mœurs, représentait l'évidence de la folie.

[...] la masturbation fût l'une des voies royales conduisant au dérèglement morbide des facultés que la folie, de ce fait, ne pût être dans une large mesure du moins, que l'aboutissement naturel du vice.<sup>88</sup>

Hystérique, marginale, trop masculine ou trop fragile, la gent féminine attire l'attention du mâle. Les attributs propres à son sexe, le mystère de sa matrice et sa nature «naturellement» passive font d'elle, selon Chesler et Ripa, la victime idéale. L'être insane, la déviante, l'asociale fait l'objet d'une procédure d'exclusion.

---

<sup>84</sup> Idem., p. 161.

<sup>85</sup> SHOWALTER, op., cit., p. 74.

<sup>86</sup> SMITH-ROSENBERG, op., cit., p. 206.

<sup>87</sup> PARADIS, A. et al., op., cit., 345 pages.

### **1.2.2. L'enfermement au féminin.**

Insensible aux jeux sociaux, politiques et éthiques, la marginale, la déviante, l'aliénée, de façon consciente ou inconsciente, fait fi des conventions, des règles, des normes et des lois de la société à laquelle elle appartient. Sa marginalité l'entraîne dans un tourbillon de procédures légales qui confirme sa folie et permet son éviction du paysage social. Elle sera exclue, isolée, internée.

Heureuse ou malheureuse, euphorique ou mélancolique, hystérique ou cataleptique, la folle, loin des regards, derrière les murs de pierre qui se dressent entre la norme et la déviance, est confinée avec ses semblables. Son discours incohérent y est usuel, ses manières étranges y sont communes et ses excès deviennent banals. Elle est le reflet, l'image, la jumelle de toutes ses sœurs enfermées pour folie. Ont-elles été nombreuses ?

#### **1.2.2.1. Norme et stéréotypes sexuels.**

Un peu, beaucoup ou dangereusement folles, les marginales (comme les marginaux d'ailleurs) font l'objet d'une procédure d'exclusion. Comment savoir si l'étiquette de la folie est juste et non discriminatoire ? Le regard du juge, du médecin ou du prêtre est-il le même s'il se pose sur la femme ou sur l'homme ? La folie des femmes est-elle jugée selon les mêmes critères d'évaluation que la folie des hommes ? Comment déceler, comprendre, interpréter la validité du diagnostic médical confirmant l'insanité ? Conduite au banc des accusées, l'asociale est

---

<sup>88</sup> Ibid., p. 12.

questionnée, observée, examinée non pas seulement comme un être potentiellement insane, mais comme une femme du 19<sup>e</sup> siècle avec tous les stéréotypes que cela comporte.

Les rôles sexuels ont été déterminants dans l'explication de la déviance et cela est d'autant plus vrai chez la population féminine. André Cellard a basé ses recherches sur la perception de la folie sur les dossiers d'interdiction et curatelle. D'une richesse exceptionnelle, cette documentation a la particularité de donner la parole non seulement aux intervenants de l'ordre et aux requérants, mais également aux aliénés. Dans son article «Folie, norme et rôles sexuels au Québec»,<sup>89</sup> publié au début des années quatre-vingt-dix, Cellard met en relief la question du genre dans son analyse sur la norme telle que perçue par les représentants de la justice.

Cellard démontre qu'effectivement les rôles sexuels influençaient la procédure des juges et des protonotaires. La sphère séparée dans laquelle les femmes du 19<sup>e</sup> siècles sont cantonnées, ainsi que la norme établie en fonction de leur sexe, influencent de façon flagrante les questions des juges adressées aux prétendues aliénées. Tant pour les hommes que pour les femmes, les écarts à la décence et à l'ordre public révèlent l'incapacité mentale. La pratique de la religion catholique est également un critère sur lequel est évaluée la santé mentale des dits aliénés hommes et femmes. Les principales différences dans la procédure interrogatoire de l'interdiction et curatelle se situent au niveau des rôles sociaux de sexe sur lesquels sont fondées les assises de la société du 19<sup>e</sup> siècle. Les questions portant sur l'occupation ou le métier de la

---

<sup>89</sup> CELLARD, André, « Note de recherche. Folie, norme et rôles sexuels au Québec dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle : quelques observations tirées des archives de

personne dont on cherche à faire la preuve d'insanité reviennent dans 60% des cas lorsque le sujet est mâle et dans seulement 11% des cas lorsque le sujet est une femme.<sup>90</sup> L'interrogatoire du juge et du protonotaire aborde le thème des enfants, on s'en doute, plus fréquemment et avec plus d'insistance auprès des femmes : dans 11% plus des cas.<sup>91</sup> Les questions portant sur l'état civil des candidats à l'interdiction s'adressent à 80% aux femmes et à 38% aux hommes.

En somme, les références à la norme sont très explicites et étroitement liées à la position que les femmes doivent occuper au sein de la société. On l'a vu, la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle a particulièrement bouleversé les habitudes de vie et marqué l'économie domestique. Le collectif Clio, dans leur *Histoire des femmes au Québec*, relate ce passage, principalement pour les femmes de la bourgeoisie, de la sphère publique à la sphère privée :

Les hommes redéfinissent seuls la nouvelle société qui s'instaure en fonction de ce qu'ils font eux, et ils en excluent les femmes. Ils définissent également ce que sont les femmes, ce qu'elles doivent faire et ne pas faire. Ils leur réservent une toute petite place où elles sont reines prisonnières : la sphère domestique.<sup>92</sup>

Il s'avère tout à fait concluant que l'état d'aliénation des femmes soit évalué en fonction de leur état civil et que les questions qui leur sont posées portent sur le sujet qu'elles connaissent le mieux ; les enfants. Statistiquement parlant, tel que l'a démontré Cellard, la déviance des femmes ne se compare pas à celles des hommes. Le regard du juge, du curé, du médecin ou du requérant n'est pas le même s'il se

---

la curatelle. », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, vol. 47, no 2, automne 1993, pages 245 à 255.

<sup>90</sup> Ibid., p.252.

<sup>91</sup> Ibid., p. 253.

<sup>92</sup> Collectif Clio, *Histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, Montréal, Le Jour, 1992, p.246.

pose sur la femme ou sur l'homme. Il n'en demeure pas moins qu'il est tout à fait plausible et réaliste d'imaginer qu'un homme et une femme soient tous les deux internés pour folie, parce qu'ils affichent les mêmes symptômes, les mêmes manies, les mêmes traits d'insanité. Mais lorsqu'il est question de marginalité, les limites normatives sont plus étroites pour celle qui doit jouer le rôle de la bonne épouse mère de famille. Ainsi, un regard plus que suspect se posera sur la célibataire, bien que l'homme seul, sans épouse, ne fasse l'objet d'aucun étonnement. Cependant, le fait de n'avoir aucun travail éveillera des soupçons chez l'homme seulement. Il sera alors interrogé avec insistance sur cette situation. Ce constat établi, il reste à considérer si les doubles standards persistent lorsque l'analyse s'intéresse à des variables autres que celle du genre. Pouvons-nous parler de stéréotypes basés sur la religion, la classe ou la race dans l'identification de sujets insanes ? Selon l'étude de la sociologue Dona Davis et de la psychologue Seta Low *Gender, Health, and Illness*, tout porte à croire qu'effectivement les variables telles que la classe et la race ont une influence certaine sur l'équilibre mental et l'état de nervosité tant des hommes que des femmes.<sup>93</sup> Le collectif *Mental Health, Racism, and Sexism*,<sup>94</sup> produit par des chercheurs psychologues et psychiatres américains, oriente, également, le débat sur la question du racisme comme cause, non négligeable, influençant la santé mentale des minorités ethniques.

---

<sup>93</sup> DAVIS, Dona et Seta, LOW, *Gender, Health, and Illness*, New York, Hemisphere Publishing Corporation, 1989, 226 pages.

<sup>94</sup> WILLIE et al., *Mental Health, Racism, and Sexism*, Pittsburg, Université of Pittsburg Press, 1995, 440 pages.

Le récent article « A Female Malady? Women at the South Carolina Lunatic Asylum, 1828-1915. », <sup>95</sup> de Peter McCandless, dans lequel sont utilisées les variables d'analyse de genre, de classe et de race, permet justement de mettre en valeur l'expérience asilaire selon des critères nouveaux qui fournissent des données beaucoup plus complètes. McCandless présente donc les patients et les patientes du South Carolina Lunatic Asylum de façon plus globale en s'intéressant au milieu de vie, aux conditions de vie ainsi qu'à l'état de santé physique des hommes et des femmes internés pour folie. Les cas de pauvreté, de discrimination et de malnutrition sont quelques-uns des nombreux « stéréotypes » qui pourraient être fixés à l'étiquette discriminatoire que peut représenter le diagnostic de folie. McCandless démontre ainsi, contrairement à l'expérience asilaire anglaise telle qu'exposée par Showalter, qu'aux Etats-Unis, du moins en Caroline du Sud, l'état d'aliénation n'a pas été stigmatisé comme étant une maladie de femmes. Bien au contraire, au cours du 19<sup>e</sup> siècle la population asilaire était constituée d'une majorité d'hommes. Mais là n'est pas le point de McCandless, son étude présente l'expérience psychiatrique tant des femmes que des hommes de race blanche ou de race noire qui sont en fait les victimes d'une réalité sociale qui les a conduits au South Carolina Lunatic Asylum.

#### **1.2.2.2. Le concept d'oppression.**

La littérature sur le thème « femme et folie » a suscité un intérêt croissant depuis les années 1970. Il demeure, toutefois, difficile d'établir de façon juste et précise l'histoire de milliers de femmes qui ont été internées pour folie. Cela est d'autant plus

---

<sup>95</sup> McCANDLESS, Peter, « A Female Malady? Women at the South Carolina Lunatic Asylum, 1828-1915. », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 1999, vol 54, no 4, p543-571.

vrai pour les femmes du 19<sup>e</sup> siècle. La vague féministe des années soixante-dix a privilégié un discours militant qui a transposé le concept marxiste d'exploitation d'une classe par une autre à celui de l'oppression des femmes par le patriarcat. Ainsi, était attribué le rôle de victime à toutes celles qui se retrouvaient enfermées pour aliénation mentale. Faisant souvent fi de la maladie, des symptômes et de la souffrance qu'occasionnait la folie, l'intérêt était porté sur la femme internée, cette victime de la caste des mâles.

Le sujet de la folie des femmes a fait couler beaucoup d'encre. Principalement, celle des féministes qui ont interprété ce volet de l'histoire de l'enfermement comme étant un abus de pouvoir. Les tensions entre les hommes et les femmes furent alors le point central à partir duquel s'élaboraient les théories sur l'oppression masculine infligée aux femmes. L'analyse mettait en relief sous le joug des mâles « les réalités multiples de la vie individuelle ou collective des femmes »<sup>96</sup> C'est aussi à la fin des années soixante, caractérisées par l'engouement pour l'anti-psychiatrie, qu'on remettait en doute la nature même des rapports entre le médecin et son patient. Selon Guyon et Nadeau, qui signent un éditorial dans la revue *Santé mentale au Québec*, la parution du livre sur la vie de Mary Barnes,<sup>97</sup> *Le voyage à travers la folie*, a profondément marqué la crédibilité allouée à la psychiatrie traditionnelle. Ainsi, était dénoncée « la violence de la psychiatrie comme instrument de répression

---

<sup>96</sup> GUYON, L. et L. NADEAU, « Le mouvement féministe et la santé mentale : que reste-t-il de nos amours ? », *Santé mentale au Québec*, 1990, XV, 1, p. 10.

<sup>97</sup> Son cas représente la réussite la plus exemplaire des méthodes préconisées par l'antipsychiatrie, opposée aux techniques médicales chimiques de la psychiatrie traditionnelle. BARNES, M., et J. BERKE, *Mary Barnes un voyage à travers la folie*, Paris, Édition du Seuil, 1973, 445 pages.

sociale ». <sup>98</sup> La thérapeutique psychiatrique servait donc de prétexte à la régulation des comportements sociaux plutôt qu'à la guérison du trouble mental.

C'est également au début des années soixante-dix qu'un autre ouvrage vient marquer l'histoire de la folie au féminin. Il s'agit du livre de Chesler dont nous avons déjà parlé. Les idées de Chesler ne sont pas sans rappeler celles soutenues par l'anti-psychiatrie. À l'exemple de la théorie marxiste adaptée à la question féminine, les relations médecin/patient ainsi que la notion de normal et de pathologique en psychiatrie sont transposées au féminin. Guyon et Nadeau définissent la pensée de Chesler en précisant que « la folie des femmes est une stratégie adaptative, logique et cohérente face aux contraintes de rôle subies par les femmes dans une société où elles sont au service des hommes ». <sup>99</sup> À l'instar de Chesler, Ripa attribue la folie des femmes, dans bien des cas, davantage aux facteurs sociaux et culturels qu'à l'émergence de troubles d'ordre psychiatrique. L'image de l'homme dominateur est récurrente dans les travaux de Chesler et de Ripa. La caste des hommes s'avère la responsable des problèmes émotifs et psychologiques des femmes. Parce que se sont les hommes qui exercent un contrôle sur les femmes et qui les maintiennent dans un rôle de servitude. Parce que ce sont les hommes qui ont le pouvoir d'évaluer, de diagnostiquer et d'interner les femmes. Parce que ce sont les hommes qui déterminent quand commence la folie et quand elle se termine. Parmi la population masculine, ce sont les médecins qui sont les plus craints, parce qu'ils ont effectivement le pouvoir d'apposer l'étiquette de l'insanité. Mais ce n'est pas tout : ils sont également les seuls autorisés à la retirer.

---

<sup>98</sup> GUYON et NADEAU, op., cit., p.10.

À la lecture des recherches historiques sur les femmes et la santé mentale, on ne peut s'empêcher de constater que la majorité de ces publications des années soixante-dix, sont basées sur des théories féministes cherchant à conduire au banc des accusés le clan des mâles responsables des souffrances de la gent féminine. La révélation de l'oppression patriarcale se dessine comme étant la meilleure façon d'en finir avec les rôles sociaux dictés par les hommes. La déviance, la mélancolie et la folie des femmes s'expliquent davantage par les pressions sociales exercées sur elles, les problèmes intimes avec leur mari et l'abus de pouvoir de leur médecin. Cette approche a quand même eu l'avantage de dépeindre une réalité sociale qui effectivement nuisait à l'épanouissement des femmes comme être humain. Cependant, le côté sombre de cette approche est d'avoir laissé pour compte l'histoire de toutes celles qui souffraient de névroses ou de psychoses en refusant d'attribuer aussi l'origine de leurs maux à un problème d'ordre métabolique.<sup>100</sup>

L'idée d'une oppression exercée sur les femmes, dans l'historiographie traitant du sujet « femmes et folie », s'atténue considérablement à la fin des années quatre-vingt et au cours de la décennie suivante. C'est au cours des années quatre-vingt-dix, plus précisément, qu'apparaît une nouvelle façon d'aborder le sujet de la folie des femmes. Celle-ci est marquée par l'usage du concept analytique du «genre». Ainsi, le concept d'oppression patriarcale est nuancé et de nouvelles pistes d'analyse concernant la folie des femmes émergent. Il est dès lors possible d'interpréter plus objectivement une réalité féminine et, par le fait même, d'anticiper l'étude de la folie au féminin comme étant un état connu et vécu par des milliers de femmes.

---

<sup>99</sup> Idem.

Les ouvrages de Ellen Dwyer et de Nancy Tomes, respectivement, *Homes for the Mad Life Inside Two Nineteenth-Century Asylums*<sup>101</sup> et *A Generous Confidence*<sup>102</sup> témoignent du tournant qu'a effectivement pris le sujet de la folie dans l'historiographie canadienne et américaine. Ces deux auteures s'intéressent tout particulièrement à la vie à l'intérieur de l'asile, là où les folles et les fous sont gardés exclus de la société. La gent masculine tout comme la gent féminine sont racontés dans un milieu de vie particulier. Cette approche a l'avantage d'enrichir l'historiographie sur la folie de nouvelles dimensions tel que le quotidien au sein de l'asile, le rôle de la famille dans le processus d'internement ainsi que les relations entre les malades et leurs gardiens. L'histoire sociale a assurément grandement élargi les horizons de l'histoire des femmes et inévitablement l'histoire de la folie en générale et celle des femmes et de la folie en particulier, en récolte les effets positifs. Une relecture des milieux de vie asilaire du 19<sup>e</sup> siècle a connu une certaine popularité auprès des auteurs canadiens, américains et européens qui ont utilisé le concept analytique du « genre » : Jill Harsin auteure de « Gender, Class, and Madness in Nineteenth-Century France »<sup>103</sup>, Bronwyn Labrum auteure de « Looking Beyond the

---

<sup>100</sup> En 1988, le Dr. Chrousos, endocrinologue, établissait avec son équipe de recherche que « la dépression n'est pas seulement une maladie d'ordre psychiatrique, mais aussi une maladie organique ». Dans *Châtelaine*, octobre 1998, p.92.

<sup>101</sup> DWYER, Ellen, *Homes for the Mad Life Inside Two Nineteenth-Century Asylums*, New Brunswick and London, Rutgers University Press, 1987, 309 pages.

<sup>102</sup> TOMES, Nancy, *A Generous Confidence, Thomas Story Kirkbride and the Art of Asylum-keeping, 1840-1883*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, 387 pages.

<sup>103</sup> HARSIN, Jill, « Gender, Class, and Madness in Nineteenth-Century France », *French Historical Studies*, 1992, vol. 17, no. 4, p. 1048-1070.

Asylum »<sup>104</sup>, Wendy Mitchinson auteure de « The Toronto and Galesville Asylum »<sup>105</sup> et Peter McCandless dont l'article a été présenté précédemment.

L'ère des condamnations plutôt abusives concernant la responsabilité du mâle dans l'état d'aliénation des femmes est dépassée et laisse place à des perspectives d'analyse beaucoup plus étendues qui permettent, entre autres, de mieux définir la réalité asilaire des hommes et des femmes en les comparant sans les opposer. On ne tend plus à nier la folie des femmes, mais bien à l'expliquer tout en respectant la spécificité féminine dans les causes de déséquilibres mentaux. À cet effet, *Rock-a-by Baby*<sup>106</sup>, de la sociologue américaine Verta Taylor, sur la dépression post-partum, est un bel exemple de l'orientation que prennent les études portant sur la maladie mentale au féminin.

Subséquentement, comme l'ont démontré Showalter, Mitchinson et Smith-Rosenberg, il est essentiel de tenir compte du contexte particulier de la période victorienne au cours de laquelle, nous l'avons vu, une attention toute particulière était accordée aux mystères de la biologie féminine. Par conséquent, il devient peut-être possible, sinon nécessaire d'aborder la question du pouvoir sur les aliénées en précisant qu'il s'agit d'un pouvoir, principalement, de nature médicale. « [...] perhaps it is more important to see the doctor not just as a man but as a practitioner<sup>107</sup> ».

---

<sup>104</sup> LABRUM, Bronwyn, « Looking Beyond the Asylum. Gender and the Process of Committal in Auckland, 1870-1910. », *New-Zealand Journal of History*, 1992, vol. 26, no. 2, p. 125-144.

<sup>105</sup> MITCHINSON, Wendy, « The Toronto and Galesville Asylum. Humane Alternatives for the Insane in Canada and Australia? », *Bulletin of the History of Medicine*, 1989, vol. 63, no. 1 p. 52-72.

<sup>106</sup> TAYLOR, Verta, *Rock-a-by Baby*, New York, Routledge, 1996, 240 pages.

L'idée d'une oppression exercée sur les aliénées s'est développée en même temps que l'élaboration de théories féministes cherchant à expliquer (nier) la folie des femmes. Cette manière d'aborder ce sujet est de toute évidence très limitative et conduit difficilement à des éléments de réponses facilitant la compréhension de l'état d'insanité vécu au féminin. Il a été démontré qu'effectivement les normes sociales influençaient la perception que les juges, les prêtres et les médecins avaient des déviantes, des hystériques et des folles. L'expérience des hommes et des femmes n'était pas interprétée selon les mêmes bases et les mêmes critères. Cela ne dit pas, qu'en conséquence, les femmes étaient automatiquement plus nombreuses à être diagnostiquées folles. D'ailleurs, de plus en plus nombreuses se font les études qui tentent plutôt de démontrer que les femmes étaient moins nombreuses que leurs vis-à-vis masculins au sein des institutions psychiatriques et que dans la majorité des cas elles étaient libérées en plus grand nombre. Tomes, Busfield, Dwyer et McGovern comptent parmi celles et ceux qui ont avancé de nouveaux chiffres tentant de nuancer l'interprétation selon laquelle les femmes étaient plus nombreuses que les hommes dans les asiles.<sup>108</sup>

## **CONCLUSION.**

La première partie de ce chapitre historiographique avait pour but de mettre en place les principaux scénarios de la vie du fou, recréés par les spécialistes historiens,

---

<sup>107</sup> SMITH-ROSENBERG, *op. cit.*, p. 216.

philosophes, sociologues, psychiatres et psychologues qui vouent une passion toute particulière à ces marginaux qui font l'histoire de nos institutions psychiatriques. Cités à tour de rôle, selon leurs interprétations similaires ou contradictoires, leurs témoignages offrent la substance essentielle à la compréhension de l'attention concédée aux aliénés. Les auteurs ont cherché à découvrir une parcelle de vie du fou, du marginal, du scandaleux. Il nous a été possible de constater que bon nombre d'écrivains se spécialisaient sur les traitements prodigués à l'aliénée. D'autres cherchaient, plutôt, à prouver l'existence d'un pouvoir de nature médicale, sociale ou religieuse exercé sur celui qui a été exclu.

Il est intéressant de retenir de cette démonstration que l'élargissement de la définition de la folie au cours des trois derniers siècles est très révélatrice quant à la montée de l'intolérance sociale. Au fil des décennies, les marginaux sont de plus en plus nombreux. Les comportements dérangeants se multiplient et les institutions asilaires s'agrandissent, afin d'accueillir un toujours plus grand nombre d'indésirables. C'est au tournant des années soixante, seulement, que ce scénario sera dénoncé.

Concernant les femmes internées pour folie, elles le sont parce qu'elles ont fait réagir, elles ont dérangé, elles ont nui, elles ont détruit, elles ont frappé et elles ont fait fi des codes et des règles. Leur non-conformité aux standards sociaux trop limitatifs les ont conduites devant les autorités. Elles ont été évaluées, jugées, interdites. Elles ont été exclues de la société.

---

<sup>108</sup> Tomes, *op. cit.*, pp. 324, 326; McGovern, "The Myths of Social Control", pp. 8, 10; Dwyer, "A Historical Perspective," pp. 25, 39; Busfield, "Men, Women and Madness in 19<sup>th</sup> Century Britain", p. 266-267

La procédure d'exclusion semble sévère, injuste et peut-être même sexiste. Historiennes, criminologues, sociologues, psychologues et féministes ont tenté de percer le mystère qui entoure l'histoire de la folie au féminin. La seconde partie de ce chapitre historiographique a cherché à illustrer les principales tendances interprétatives concernant l'étiquette de la folie et l'enfermement au féminin.

Cloisonnée dans un univers où les rôles sociaux de sexe sont déterminés et extrêmement limitatifs pour les femmes, la gent féminine soulève les plus vives critiques si elle ose délaissé, quitter ou fuir son rôle d'épouse et de mère. Mais cela seulement n'explique pas la folie des femmes. La tendance à occulter la folie dans l'univers féminin est une constante qui a séduit plusieurs féministes des années soixante-dix. Toutefois, cette approche a plutôt contribué à négliger tout un volet de la réalité asilaire des femmes internées pour folie. Découvrir l'univers asilaire au féminin, c'est faire la lumière sur une foule de concepts et d'idées préconçues, c'est donner vie à une nouvelle dimension de l'histoire des femmes.

C'est un défi qu'ont tenté de relever les historiennes, les sociologues et les psychologues qui, en utilisant le concept analytique du «genre», ont su révéler une autre réalité, une nouvelle image de la femme souffrant de troubles mentaux. Il est clair que le féminisme socialiste et la nouvelle histoire sociale ont considérablement influencé le récit portant sur celles étiquetées comme étant «folles». L'historiographie des années 1990 propose des interprétations analytiques basées sur l'expérience et le discours des femmes. La difficulté que représente l'accessibilité aux sources nécessaires sinon indispensables, à la mise en valeur de l'histoire des

femmes racontée par elles, demeure un obstacle majeur dans la recherche historique. C'est pourquoi, à mon avis, les études des sociologues et des psychologues sur les femmes et la folie, portant sur la fin du 20<sup>e</sup> siècle, sont plus nombreuses et révèlent, à elles seules, l'obstacle auquel est confrontée l'historienne cherchant à faire revivre le passé des femmes internées au cours du 19<sup>e</sup> siècle et des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle. Interroger l'univers asilaire, s'y introduire pour comprendre la folie, vivre la démesure, l'excès, et l'irrationnel, c'est faire un voyage en un temps révolu, en un lieu transformé où règne encore le silence et la confusion.

## **CHAPITRE 2**

### **MÉTHODOLOGIE : DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME ASILAIRE AU QUÉBEC ET RÉFÉRENCES ARCHIVISTIQUES**

## **CHAPITRE 2**

### **MÉTHODOLOGIE : DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME ASILAIRE AU QUÉBEC ET RÉFÉRENCES ARCHIVISTIQUES.**

C'est à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu de la Longue-Pointe, situé à l'extrémité Est de la métropole, que la trame historique de cette recherche sur l'enfermement asilaire des femmes au Québec prend vie. Cette institution asilaire, reconnue comme étant le plus grand asile d'aliénés au Canada, s'est présentée comme étant le premier et le meilleur choix pour découvrir la vie des femmes enfermées pour folie au Québec. Cet asile, devenu hôpital au début du 20<sup>e</sup> siècle, dessert une clientèle montréalaise, mais également originaire de tous les coins de la province de Québec. Cette particularité offre le privilège d'avoir sous le même toit un échantillon de population représentatif non pas exclusivement de la métropole, mais du Québec tout entier. Le grand nombre de femmes et d'hommes sous traitement dans cette maison de la folie ajouté au nombre toujours croissant d'admissions annuelles caractérise ce lieu comme étant le plus grand berceau de cas de folie au Québec. C'est au cœur de cet édifice érigé pour traiter les folles et les fous que l'on retrouve la plus grande variété de troubles insanes. Ces raisons justifient pleinement le choix de l'asile de la Longue-Pointe où était internée une population qui témoigne de la majorité des différents types de causes asilaires au Québec.

Cette recherche tente de mettre à jour la réalité asilaire des femmes ayant été enfermées pour folie au cours des années 1873 à 1921. L'année 1873 correspond à l'année d'ouverture de l'asile St-Jean-de-Dieu. Fondée par les sœurs de la Providence, cette institution ne cessera de croître pendant toute la période étudiée. Le demi-siècle sur lequel porte cette recherche se termine en 1921. Cette décennie, particulièrement marquée par une détérioration du milieu asilaire, illustre une nouvelle histoire de l'asile qui a peu à voir avec celle de la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Il est vrai qu'en 1920 le gouvernement verse une contribution plus substantielle pour l'hospitalisation des aliénés, jusque-là presque exclusivement, pour les catholiques, sous le contrôle de l'Église. Cependant, il n'en demeure pas moins que les conditions de vie à l'intérieur de l'asile et les soins prodigués aux malades se dégradent considérablement et annoncent un nouveau cycle concernant l'hospitalisation des aliénés.

### **2.1. Réseau asilaire au Québec.**

Au cours de la période étudiée, six institutions asilaires existent au Québec. Le plus ancien, fondé en 1845, est l'asile St-Michel-Archange de Beauport. Ce dernier admet en moyenne chaque année une cinquantaine d'hommes et de femmes pour aliénation. Le nombre total de pensionnaires en 1845 est de 90, soit 46 hommes et 44 femmes. Lors de l'ouverture de l'Asile St-Jean-de-Dieu, en 1873, la population totale de l'asile de Beauport, toujours croissante, compte 438 hommes et 477 femmes. L'asile de la Longue-Pointe, tenu par les sœurs de la Providence de

Montréal, est considéré, dans ses premières années d'existence, comme étant un asile secondaire spécialisé dans le traitement des aliénés tranquilles et incurables, les idiots et les imbéciles. L'Asile St-Julien à St-Ferdinand, fondé en 1872 et tenu par les sœurs de la Charité de Québec, est lui aussi considéré comme étant un asile secondaire qui accueille une clientèle incurable, en majorité, composée d'idiots et d'imbéciles. La création de ces deux asiles avait pour but de désencombrer l'Asile de Beauport de tous les cas incurables qui en définitive ne correspondaient nullement à la clientèle cible de cet asile de premier ordre<sup>1</sup>.

Suivent l'ouverture des asiles de St-Benoit-Joseph en 1885, de Verdun en 1890 et de Ste-Anne-de-Beaupré en 1891. Parmi ces six institutions asilaires en opération pendant la période de cette étude, cinq sont subventionnées par le gouvernement et l'autre est indépendant. L'Asile St-Benoit-Joseph, de la Longue-Pointe, est une institution indépendante et ne reçoit que des patients privés. Comme nous le verrons plus en détails au cours du chapitre quatre, St-Jean-de-Dieu s'agrandit rapidement et se spécialise de plus en plus dans le traitement de la folie des curables. Une clientèle tant espérée et désirée au sein de l'institution. Les asiles de St-Julien et de Ste-Anne sont quant à eux reconnus comme étant des refuges pour les idiots et les idiotas. L'Asile de Verdun, non dirigé par une communauté religieuse, accueille une clientèle principalement montréalaise et protestante. Au cours de l'année 1921, l'asile Ste-Anne a admis 56 aliénés, St-Benoit 38, St-Julien aucun, St-Jean-de-Dieu 675, St-Michel-Archange 413 et The Protestant Hospital 232. Ces admissions porte le

---

<sup>1</sup> Document de la session, vol. 9, Session 1875, p. 39.

nombre total d'aliénés au sein des institutions québécoises, pour l'année 1921, à 5 708 dont 52% sont gardés à St-Jean-de-Dieu<sup>2</sup>.

## 2.2. Cadre structurel.

Au Québec, deux formes de placement sont en vigueur en ce qui concerne l'internement des aliénés. Il existe le placement volontaire et le placement officiel. Le premier demeure l'affaire de la famille. Celle-ci ou un tiers peuvent obtenir l'entrée de la malade en s'adressant aux propriétaires de l'asile. Cette procédure implique que la famille doit assumer les frais d'entretien de leur malade. Le second mode de placement dit officiel est la responsabilité du gouvernement qui par conséquent doit honorer les frais d'entretien de la malade. Cette procédure d'internement connaît cependant des failles que la nouvelle loi sur les asiles de 1879 tente de corriger. Jusque là, une population asilaire de plus en plus nombreuse était internée à la charge du gouvernement. Dans le but de réduire la population asilaire, la politique générale du gouvernement inscrit un nouvel article très clair au sujet des cas admissibles dans les institutions asilaires

Ne seront admis aux asiles à la charge du gouvernement, que les aliénés qui n'auront pas par eux-mêmes ou par quelques parents obligés par la loi à les soutenir, les moyens de payer en tout ou en partie, leur pension dans un asile d'aliénés.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Rapport annuel des inspecteurs d'asiles pour l'année 1921, p. 164.

<sup>3</sup> Statut du Québec 1879, vol. 13, p. 31 dans BOUCHARD et DOUCET, *L'État et l'administration des institutions asilaire au Québec, 1845-1895*, mémoire de maîtrise en histoire, UQAM, 1985, p. 72.

Toujours dans le but de réduire le nombre d'admissions d'aliéné-e-s incurables dans les asiles et afin, également, d'exclure un trop grand nombre de citoyens habilités à démontrer leur incapacité d'assumer les frais d'internement de leur malade, la loi précise que :

Les idiots ou imbéciles ne seront pas admis comme pensionnaires du gouvernement aux asiles, à moins qu'ils ne soient dangereux ou une cause de scandale, sujets à des accès d'épilepsie ou d'une difformité monstrueuse.<sup>4</sup>

Cette volonté du gouvernement d'exercer une surveillance plus stricte sur la question des asiles québécois se précise davantage en 1880. La loi sur les asiles implique un nouveau partenaire dans le partage des frais d'entretien des aliéné-e-s dans les asiles. La nouvelle responsabilité des municipalités à l'égard de l'internement des aliéné-e-s favorise une vérification plus scrupuleuse des demandes d'internement aux frais du gouvernement.

Dans tous les cas où un aliéné sera interné dans un asile, sur l'ordre du Lieutenant-Gouverneur ou du Secrétaire de la province, en vertu des dispositions de cet acte, les frais d'entretien de cet aliéné dans le dit asile, seront payés moitié par le gouvernement et moitié par la municipalité où l'aliéné aura eu son dernier domicile tel que déclaré ci-dessus.<sup>5</sup>

Ces mesures prises par le gouvernement dans le but de diminuer le nombre d'admission dans les asiles d'aliéné-e-s de la province n'ont cependant pas connu tout le succès espéré. Toujours est-il que 20 ans plus tard l'augmentation du nombre d'admission à l'institution St-Jean-de-Dieu persiste et inquiète. La loi des aliénés est critiquée par le surintendant de l'asile : « la loi des aliénés est défectueuse et l'on devra adopter plusieurs changements ».<sup>6</sup> Du côté des municipalités aussi les insatisfactions sont perceptibles. En 1904, le maire Laporte livre une bataille afin

---

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Statut du Québec 1880, vol. 14 p. 106 dans Bouchard et Doucet op. cit., p. 74.

que les familles aptes à déboursier les frais d'internement de leur malade s'exécutent. « La ville est bien décidée d'avoir soin de ses malades et de ses pauvres, mais je ne vois pas pourquoi elle paierait pour l'entretien de tel malade dont la famille est à l'aise sous le prétexte qu'il est fou. »<sup>7</sup> L'année suivante le problème persiste à un point tel qu'un département spécial a été créé à l'Hôtel-de-Ville afin d'enquêter sur la capacité de payer des gens qui font interner leurs parents<sup>8</sup>. En 1908, le problème subsiste. Considérant le nombre croissant des admissions et le coût toujours élevé qu'occasionne l'internement de des aliéné-e-s, le maire Payette doit, lui aussi, user de stratégies afin de minimiser les frais d'un tel programme d'aide sociale. En collaboration avec les autres municipalités, la vigilance est de mise lors de la signature des documents officiels permettant l'internement<sup>9</sup>.

En ce qui concerne, plus spécifiquement, les documents d'admission. La demande d'admission est habituellement complétée par un parent, un ami ou un protecteur de la patiente. Il est à noter que les requérants sont dans la majorité des cas un membre de la famille de l'aliénée.<sup>10</sup> Cette formule doit contenir les noms, la profession, l'âge et le domicile, tant de la personne qui l'a faite, que de celle dont le placement est réclamé. On doit pouvoir y trouver le degré de parenté ou la nature des relations qui existent entre le requérant et la malade. Cette demande doit être signée par celui qui l'a faite. Le certificat médical doit accompagner la demande d'admission. Le formulaire « C » et son annexe indiquent les particularités de la maladie et la

---

<sup>6</sup> Rapport annuel du docteur Villeneuve dans *La Patrie*, 3 février 1900, p. 7.

<sup>7</sup> Maire Laporte, *La Patrie*, 3 mars 1904, p. 10.

<sup>8</sup> *La Patrie*, 20 juillet 1905.

<sup>9</sup> *Ibid*, 12 mars 1908, p. 8.

<sup>10</sup> Les années 1898 et 1921, respectivement, fournissent à 90% et 89% l'information à savoir qui est le requérant. Il s'avère donc, d'après ces deux années de notre échantillon, que le requérant est dans 86% des cas un membre de la famille.

nécessité de traiter dans un asile d'aliénés la malade. Dans les cas d'idiotisme ou d'imbécillité, le médecin doit démontrer de façon explicite que la malade est dangereuse ou qu'elle représente une cause de scandale. D'aucune façon, ce certificat peut être signé par un médecin parent ou allié, au troisième degré inclusivement, du propriétaire de l'asile ou de la personne qui demande l'admission de l'aliénée. Afin de compléter la demande d'admission, les formulaires « D », « E » et « K », certificats devant être signés par le curé, le maire ou son remplaçant, attestent l'état d'aliénation de la malade ainsi que son lieu de résidence. Ces formules permettent, entre autre, d'établir l'incapacité du requérant à payer l'entretien de la malade pendant le séjour asilaire. Ces formalités complétées dans la même langue que celle dont le formulaire est rédigé (disponible en anglais et en français), il revient au surintendant médical de décider s'il doit admettre la patiente provisoirement et porte sa décision à la connaissance des intéressés.<sup>11</sup>

Au sein de l'asile, à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, l'État s'est fait reconnaître le droit de surveillance des soins médicaux. Les médecins assurent les soins aux aliénés tandis que les sœurs de la Providence sont en charge de tout le volet administratif de l'institution. La communauté religieuse est donc soumise aux directives médicales du surintendant de l'asile qui est le seul à autoriser l'admission et la libération des aliéné-e-s. Le gouvernement verse environ \$100 par patient par année en subvention au propriétaire de l'asile.

La vie à l'intérieur des murs asilaires qui s'érigent entre la norme et la déviance au cours des années 1873 à 1921 retient tout particulièrement notre attention. C'est au

---

<sup>11</sup> Statuts de la province de Québec, chap. XXX, p. 117 à 120.

sein de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, réservé à l'enfermement des folles et des fous que nous cherchons à découvrir, parmi les sources que le temps n'a pas effacé, détruit ou perdu, l'histoire de cette population marginale.

### **2.3. Les archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.**

Les portes des archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine nous ont été toutes grandes ouvertes. Guidés par la responsable des archives madame Denise Champagne et l'assistante responsable madame Jeannette Nault, nous avons découvert des documents extrêmement intéressants. Après quelques jours passés dans la « voûte », lieu d'entreposage des documents archivistiques, nous avons repéré le *Registre des idiots de l'Asile de la Providence, 1873-1898* et le *Registre de la classification des maladies des aliénés, 1873-1898*, des livres aussi qui rendent compte des admissions, de l'état mensuel des pensionnaires, des congés et des décès, un registre des naissances, un état mensuel des pensionnaires privés, le *Traité élémentaire de matière médicale*, des documents sur les pensionnaires privés, le *Registre des dépôts*, des cahiers statistiques sur les jours d'hospitalisation, des listes trimestrielles, des rapports d'autopsie et le *Registre des décès à l'infirmerie des hommes*. En somme, plusieurs documents qui excèdent souvent la période étudiée. Nous avons aussi fait la découverte d'un intéressant livre intitulé *Adresse et Dialogue* qui raconte le déroulement des festivités d'occasions spéciales, les chants, les adresses et les pièces de théâtre présentés les jours de fêtes. À l'extérieur de la voûte, les dossiers médicaux sont gardés jusqu'en 1910 dans les « Boîtes Rouges », jusqu'à 1917 sur

microfiches et jusqu'à aujourd'hui classés sur les filières des archives. Une boîte, trouvée par hasard, dans une armoire de la salle principale des archives contenait la correspondance du docteur Villeneuve et plusieurs coupures de journaux sur certains cas qu'il traitait et qui avaient fait les manchettes.

Le dépouillement de tout ce matériel nous a permis d'évaluer chacun des documents et le potentiel d'information qu'il représentait pour la recherche. Rapidement, le *Registre des idiots de l'Asile de la Providence, 1873-1898* et le *Registre de la classification des maladies des aliénés, 1873-1898* se sont avérés comme étant des sources essentielles de données qui allaient nous permettre de tracer le profil des populations féminine et masculine de l'asile. La stratégie de travail fut d'entrer toutes ces données sur support informatique pour ensuite en faire une analyse informatisée. Les principales informations recueillies dans ces deux registres sont : numéro de dossier, date d'admission, nom, âge, sexe, religion, origine, résidence, occupation, état civil, maladie, complications physiques, date de sortie, état du malade, date du décès, nature du décès, remarques. En somme, toutes les informations pertinentes et nécessaires sur la clientèle asilaire féminine et masculine aptes à reconstituer les profils types des folles et des fous internés à St-Jean-de-Dieu à la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Nous avons utilisé le logiciel Filemaker Pro pour enregistrer les données<sup>12</sup>, préalablement codées numériquement, concernant les 6110 malades ayant fait l'objet d'une procédure d'admission à St-Jean-de-Dieu du 25 novembre 1873 au 31 décembre 1898. Cette première partie du travail, bien que longue et monotone, fut la plus simple et la plus facile à réaliser. Aucun autre registre sur les

---

<sup>12</sup> Le fichier créé est protégé par un code d'accès afin de conserver la confidentialité des informations nominatives enregistrées dans la banque de données. Il est à noter

populations féminine et masculine des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle n'était conservé dans les archives. Une nouvelle méthode de travail devait être envisagée afin de retrouver dans les dossiers médicaux du 20<sup>e</sup> siècle les mêmes données réunies jusqu'ici sur les patientes et les patients du 19<sup>e</sup> siècle.

Un travail de recherche plus complexe a donc été mis en oeuvre afin de répertorier dans des milliers de dossiers les renseignements déjà fournis dans les registres pour le 19<sup>e</sup> siècle. Cette tâche n'était pas simple. Les dossiers de la première décennie du 20<sup>e</sup> siècle, tous conservés dans les « Boîtes Rouges », demandaient une manipulation délicate et fréquente pour réunir les quelques données nécessaires pour chacun des patients. Ce qui entre autre ne rendait pas le travail d'entrée de données des plus opérationnel. Chaque « Boîte Rouge » conserve environ une quarantaine de dossiers, soit des centaines de feuilles empilées les unes sur les autres et réunies par deux anneaux de métal. Après vérification du contenu de plusieurs dossiers, nous avons constaté que la grande majorité d'entre eux contenaient le *Formulaire « C »*. Cette annexe du certificat médical, complétée par le requérant, fournit au médecin toutes les informations que l'on retrouve dans les registres, avec en plus des données qualitatives sur l'histoire familiale du malade et des renseignements pertinents sur l'évolution de sa maladie. Un document des plus intéressants à partir duquel seraient puisées les données essentielles concernant chacun des malades admis à St-Jean-de-Dieu. De nouvelles rubriques<sup>13</sup> ont donc été ajoutées à la fiche informatique déjà créée pour les données tirées des registres du 19<sup>e</sup> siècle. Ces nouvelles informations disponibles sur le *Formulaire « C »* n'avaient donc pas été intégrées dans les 6110

---

que les prénoms des aliénés utilisés tout au long des chapitres sont les vrai prénoms des femmes et des hommes internés.

fiches déjà existantes. Pour la majorité de ces admissions, les données n'étaient tout simplement pas disponibles. Quelques données qualitatives supplémentaires puisées sur les feuilles « État mental » complétées par le médecin lors de l'examen médical à l'admission ou sur le *Formulaire « C »* ont toutefois pu être ajoutées à la banque de données de 1890 à 1898, après avoir trouvé dans les « Boîtes Rouges » le même numéro de dossier et le même nom pour chacune des fiches déjà existantes. Ceci nous a contraint à la vérification de 2360 dossiers.

Il faut bien imaginer que les « Boîtes Rouges » conservent de 1900 à 1910 près de 3000 dossiers médicaux. Cette quantité importante de dossiers à parcourir et les milliers de feuilles à manipuler pour retrouver le *Formulaire « C »* pour chacun des dossiers, alourdissaient considérablement le travail d'entrée de données informatiques devant être effectué. Il a donc été décidé de sélectionner un échantillon pour la période du 20<sup>e</sup> siècle. Puisque les données sur toutes les admissions du 19<sup>e</sup> siècle avaient systématiquement été recueillies et considérant le classement des dossiers du 20<sup>e</sup> siècle, il a été convenu qu'une année sur trois de 1900 à 1921 constituerait l'échantillon de cette étude. Il était important que les années choisies des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle soient complètes afin de pouvoir les comparer avec celles du 19<sup>e</sup> siècle. Les dossiers médicaux des années 1900, 1903, 1906 et 1909 ont été répertoriés dans vingt et une « Boîtes Rouges » et représentent, pour cette première décennie du 20<sup>e</sup> siècle, 966 femmes et hommes admis à St-Jean-de-Dieu.

---

<sup>13</sup> La fiche compte finalement 40 champs d'informations codées. Voir fiche type en annexe.

En ce qui concerne les admissions de la deuxième décennie du 20<sup>e</sup> siècle, les dossiers de cette période sont conservés sur microfiches ou classés dans les filières des archives. L'échantillon d'une année sur trois, maintenu également pour la deuxième décennie, nous fait rechercher les dossiers médicaux des années 1912, 1915, 1918 et 1921. Il est donc question ici de près de 1500 dossiers. Sept cent vingt-cinq dossiers sont classés sur microfiches. Outre le problème de lecture qu'occasionnent les dossiers de 1912 et de 1915, il est facile d'y repérer le *Formulaire « C »* et d'effectuer le travail d'informatisation. C'est à partir de 1918 seulement que les dossiers sont classés individuellement dans des chemises. Leur manipulation est plus exigeante, mais il est facile d'y trouver le *Formulaire « C »*, ce qui ne sera pas le cas pour l'année 1921. À la simple manipulation de chacun des dossiers, nous constatons déjà que leur contenu est diminué. Le *Formulaire « C »* est maintenant inexistant, mais chaque dossier contient une fiche d'identification personnelle qui semble avoir été complétée à l'admission du malade. C'est donc ce document qui sera utilisé pour compiler les données de cette dernière année de notre échantillon. Malheureusement, plusieurs informations qualitatives sur l'histoire familiale et l'évolution de la maladie du patient demeurent inexistantes.

Toutes ces données accumulées sur les femmes et les hommes internés à St-Jean-de-Dieu à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles allaient servir, principalement, à tracer le profil de la population asilaire afin d'établir les stéréotypes sexuels spécifiques à l'enfermement des folles et des fous. Pour ce faire, les données numériques ont été soumises aux analyses informatisées du progiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Ensuite, le logiciel Excel a été utilisé pour présenter visuellement sous forme de graphiques les données et pourcentages fournis par SPSS.

Le travail dans les dossiers ne s'est pas limité à la recherche du *Formulaire « C »*. Le dépouillement de ces nombreux documents nous a fait découvrir d'autres formulaires qui ont retenu notre attention. Le *Formulaire « J »*, entre autres, trouvé de plus en plus fréquemment dans les dossiers du 20<sup>e</sup> siècle, est une demande exprimée par le requérant pour garder temporairement un aliéné en congé d'essai. Lors d'un congé d'essai, la malade peut quitter l'asile pour une période de trois mois et cela même si son état n'est qu'amélioré ou même encore non-amélioré. Cette période peut être prolongée si tout se passe bien. L'aliéniste qui autorise le congé oblige toutefois les requérants à envoyer au surintendant médical tous les trente jours, pendant la garde de l'aliéné, un rapport de son état physique et mental. Si le médecin demeure sans nouvelle de la malade, il communique avec la famille afin de rappeler à celle-ci qu'elle doit rendre compte de l'état de la patiente. C'est donc grâce à cette procédure qu'il nous est possible d'établir les liens entre la famille et sa malade pendant l'internement et de connaître également certains détails sur le déroulement du séjour hors de l'asile des malades en congé d'essai.

Rapidement évoquée, un peu plus tôt, la feuille « État mental » ou « Évolution mentale », rédigée lors de l'examen médical à l'admission et complétée selon l'état du patient les jours qui suivent, abonde aussi de détails captivants. Les principales informations que l'on retrouve systématiquement sur ces formules d'admission sont l'état du patient à son arrivée, les manifestations comportementales déviantes pour lesquelles le patient a été interné ainsi qu'une longue partie consacrée aux antécédents du patient incluant l'histoire familiale de celui-ci. La particularité de ce document est qu'il nous permet de plonger littéralement dans le bureau d'examen et

d'assister virtuellement à la rencontre du médecin avec son patient. L'entrevue menée par l'aliéniste, textuellement rapportée sur les feuilles « résultat de l'examen », nous introduit d'une part le patient à partir des notes d'observation du médecin, mais également à partir des propos du patient, ceux-ci également retranscrits sur ce document. Cette source, très précieuse, a la qualité de fournir des informations rarissimes à partir desquelles il est possible de reconstruire le milieu de vie dans lequel évoluait le malade, de mettre à jour les relations qu'il entretenait avec ses proches, de savoir s'il était orienté dans le temps et l'espace et même d'avoir une description, par exemple, de ses hallucinations visuelles ou auditives. Le comportement du patient à l'asile et les relations qu'il entretenait avec ses pairs sont également relatées lors des entretiens subséquents. Cette formalité n'a toutefois pas été complétée de façon régulière au cours de toute la période de notre étude.

Une correspondance inespérée alourdissait bon nombre de dossiers. Des petits bouts de papiers cartonnés, des feuilles de papier pelure, ou des feuilles à l'en-tête d'une firme quelconque parfois pliés, parfois encore dans leur enveloppe, empilés entre les différents formulaires qui composent le dossier médical, se sont avérés une source captivante remplie de surprises, de passion, de tendresse et de vérités sur le milieu asilaire, source inexploitée jusqu'à ce jour. C'est à partir des lettres composées par un mari inquiet, une mère épuisée, un fils attristé que nous pouvons tracer les premières lignes de l'histoire pré-asilaire des femmes internées ainsi que les liens familiaux gardés maintenus pendant l'hospitalisation. Nombreuses sont ces correspondances qui sollicitent des nouvelles de leur malade auprès de l'aliéniste. Cette formalité administrative a de toute évidence créé l'obligation d'une réponse de la part du surintendant médical dont une copie de la lettre envoyée à la famille se

trouve dans le dossier. Les notes médicales inscrites dans les dossiers permettent rarement d'établir l'évolution de la maladie mentale des patientes. Toutefois, les comptes rendus sur l'état de santé des patientes adressés aux familles fournissent de nouveaux éléments d'analyse sur le milieu asilaire et plus spécifiquement sur les pratiques thérapeutiques exercées à St-Jean-de-Dieu.

Une correspondance entre le malade et les membres de sa famille ou du requérant avec la sœur supérieure ou encore le surintendant médical n'est pas présente dans chacun des dossiers. Malheureusement, nombreux sont les dossiers composés d'à peine deux ou trois formulaires. Cependant, considérant que les dossiers médicaux avec correspondance représentent plus du tiers de la population asilaire, nous avons cru bon de ne point négliger cette source et d'en tirer les informations pertinentes en lien explicite avec le vécu des femmes enfermées à St-Jean-de-Dieu. Dans cette correspondance, quelques lettres écrites par les patientes elles-mêmes et adressées à leur famille ou au surintendant médical sont des documents très rares qui nous permettent de tracer quelques lignes d'histoire à partir du discours de la femme internée. Une source vraiment exceptionnelle qui donne la parole aux femmes de toutes les classes sociales. Ses peines, ses soucis, ses requêtes, parfois ses petites joies y sont décrites dans une écriture simple qui nous permet enfin d'entendre celles qui sont au centre de cette étude, les femmes enfermées pour folie.

Toutes les lettres conservées dans les dossiers médicaux, tant des femmes que des hommes, ont été photocopiées et dans un premier temps classées par numéro de dossiers, soit chronologiquement d'après la date d'admission. Toutes les photocopies ont ensuite été étiquetées d'onglets de couleurs dont chacun

correspondait à une particularité sur le contenu de la lettre. Ainsi il était facile de repérer : les propos de la malade, les propos de la famille, les raisons d'internement, l'état mental et comportemental de la malade, les informations sur la vie asilaire et les demandes de congé d'essai. L'analyse du contenu des lettres de la famille a révélé la nécessité d'une deuxième codification afin de savoir rapidement s'il s'agit de propos avant l'internement, pendant la période d'enfermement ou lors du congé d'essai. C'est donc à partir de cette documentation qu'il nous a été possible de mettre en valeur l'essoufflement des ressources familiales et sociales vis-à-vis la responsabilité et la surveillance qu'exige une aliénée, quelques éléments sur le milieu asilaire et l'intérêt de la famille pour leur malade pendant l'isolement thérapeutique.

Outre les dossiers médicaux, le registre d'admission et le registre des classifications médicales ainsi que le livre *Adresse et Dialogue*, peu de documents pertinents à la recherche sur l'enfermement asilaire des femmes à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et au début du 20<sup>e</sup> sont gardés dans les archives de Louis-H. Lafontaine. Aucun document ne met en relief la vie au quotidien quant à l'organisation du travail, les routines journalières, la répartition du travail entre le personnel soignant et la distribution des tâches aux patients. Aucun livre de rapports hebdomadaires ou mensuels des différentes salles, en particulier les salles des femmes comme les salles Ste-Véronique, Ste-Anne, Ste-Marguerite n'a été repéré, même si nous savons que de tels documents ont existé. L'exploitation d'un autre fond d'archives fut donc envisagée.

#### **2.4. Les archives des sœurs de la Providence.**

Une demande d'accès aux archives des sœurs de la Providence s'avérait être un incontournable. Un contact fut établi avec sœur Pierrette Chevrette responsable des archives des sœurs de la Providence. Après plusieurs contacts par écrit, par téléphone et une visite à la maison mère des sœurs de la Providence, Sr Chevrette est disponible et accepte de prendre en considération une requête par écrit citant les documents spécifiques faisant l'objet de notre demande de consultation. Il est certes difficile de demander des documents que nous espérons trouver, mais dont nous ne connaissons pas nécessairement l'existence et encore moins le titre ou la simple appellation. Peu importe, un exposé détaillé sur les buts de la recherche et les éléments de recherches nous intéressant lui sont envoyés. Elle nous assure de sa collaboration. Malheureusement, avant d'avoir obtenu l'accès aux archives privées des sœurs de la Providence, l'affaire des « enfants de Duplessis » a fait abondamment les manchettes télévisées et journalistiques. Les sœurs de la Providence sont pointées du doigt et accusées de bien des torts. Elles ferment alors leurs portes et refusent d'autoriser l'accès à leurs documents, peu importe les intentions de recherche des demandeurs. Ainsi prenait fin tout espoir de découvrir de nouvelles sources portant sur la vie au quotidien des femmes internées à St-Jean-de-Dieu. Toutes mes demandes subséquentes auprès de sœur Chevrette ont été infructueuses, mes prières à sœur Gamelin (!) sont demeurées vaines et les portes des archives closes... Tels sont les aléas d'une recherche qui dépend des archives privées des communautés religieuses...

## 2.5. Les sources imprimées.

Il a donc fallu se rabattre sur les informations tirées des Rapports annuels des inspecteurs d'asiles, des Rapports annuels du surintendant médical de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu et des Rapports annuels de la sœur supérieure de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu. Ces documents, tous colligés dans les Documents de la Session, nous ont permis, imparfaitement certes, de reconstruire le milieu de vie asilaire où étaient internées les femmes atteintes de folie à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles. Ces rapports officiels nous informent surtout sur les conditions de vie et les traitements réservés à la population asilaire. Ils nous mettent en contact avec la réalité, du moins la réalité « officielle » concernant cette institution. Les discours tenus par les auteurs de ces rapports sont très révélateurs quant à la mission de cette maison d'enfermement et nous permettent de mieux définir les rôles et les buts visés par cette procédure d'exclusion thérapeutique, selon qu'il s'agit des représentants du gouvernement, des surintendants médicaux ou des sœurs de la Providence.

Le dépouillement systématique du journal *La Patrie*, des années 1890 à 1910, a surtout fourni des informations sur les perceptions sociales concernant l'enfermement asilaire. Ce journal a, également, joué un rôle certain dans la promotion de cet environnement thérapeutique « idéal » pour les personnes malades mentalement. La revue scientifique *L'union médicale du Canada* nous a plutôt sensibilisé à toute la complexité de la pratique de la médecine spécialisée en maladies mentales. Cette source nous a permis, il est vrai, de mieux comprendre la démarche thérapeutique pratiquée par les aliénistes, mais surtout d'en saisir toute la

complexité au niveau de la reconnaissance de leur travail auprès de leurs confrères généralistes.

## **2.6. Les Archives du district judiciaire de Montréal.**

La recherche d'informations toujours plus révélatrices sur le fonctionnement des institutions asilaires nous a conduit aux Archives Nationales du Québec à Montréal où nous avons consulté, dans les archives du district judiciaire de Montréal, les dossiers d'habeas corpus<sup>14</sup>. Les causes d'habeas corpus concernent des requêtes pour être interné, pour faire interner, pour faire libérer et d'autres demandes de même nature. De 1876 à 1918, soixante-dix-neuf dossiers concernent surtout les asiles St-Jean-de-Dieu et St-Benoît-Joseph. Parmi tous ces dossiers, seulement une dizaine sont des causes impliquant des femmes. La plus célèbre d'entre elles est certes l'affaire Lyman. Ces documents mettent en valeur la confusion entourant les critères d'internement dans un asile et fournissent de petites indications, très détaillées, sur la vie institutionnelle. Ces petites perles d'informations, cependant, ont été trouvées dans seulement huit dossiers. Nos recherches n'ont pas été aussi fructueuses que souhaitées dans les ANQM, mais quelques traces de la vie au quotidien derrière les murs asilaires s'ajoutent, malgré tout, à toutes les informations recueillies.

C'est donc à partir de toutes ces sources que nous avons utilisées conjointement avec l'historiographie portant sur le sujet de la folie, qu'il nous a été possible de présenter

---

<sup>14</sup> Le travail de repérage effectué dans les archives judiciaires a été effectué par le groupe de recherche du Centre d'Histoire des Régulations Sociales, dirigé principalement par Jean-Marie Fecteau.

un profil comparatif des populations féminine et masculine internées à St-Jean-de-Dieu à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles. Toutes les lettres trouvées dans les dossiers médicaux ont été une belle découverte et sont une source exceptionnelle, très riche d'informations sur la vie pré-asilaire des folles enfermées à la Longue-Pointe, mais aussi sur les liens maintenus entre l'aliénée et sa famille. La correspondance conservée dans les dossiers médicaux a été une source essentielle, dont l'analyse faite dans les chapitres quatre et cinq, respectivement sur la nécessité de l'enfermement asilaire et sur la prise en charge familiale, s'inspire généreusement. Tous les autres formulaires et documents énumérés dans ce chapitre ont contribué à peaufiner cette histoire sur l'enfermement des femmes. La vie au quotidien, les expériences, les attentes et les espoirs des femmes de la cité de St-Jean-de-Dieu peuvent aujourd'hui se raconter de façon un peu plus détaillée.

### **CHAPITRE 3**

### **LES STÉRÉOTYPES SEXUELS DE L'ENFERMEMENT.**

## CHAPITRE 3

### LES STÉRÉOTYPES SEXUELS DE L'ENFERMEMENT

Suffisamment loin de la ville et de l'effervescence métropolitaine, l'asile cache en ses murs les fous et les folles de la cité. Vulgaires, bruyants, excessifs ou violents, leurs comportements gênent, dérangent, importunent et troublent la vie paisible tant souhaitée dans les rues de la cité montréalaise, mais aussi dans les rangs des campagnes avoisinantes. Telle une tanière pour hommes et femmes indésirables au sein de la société rurale ou urbaine, l'asile garde en retrait les mélancoliques, les maniaques, les épileptiques et les idiots. De sexe féminin ou masculin, rejetés du paysage public, les aliénés font partie d'une caste d'exclus. Le regard curieux, indigné ou méprisant qui se pose sur la femme ou sur l'homme dont les manières étonnent, indisposent ou consternent est-il le même ? Le sexe des aliénés suggère-t-il des explications ou au contraire condamne-t-il encore plus vivement l'acte insane ?

Pouvons-nous parler de la folie en terme de caractéristiques ou de comportements spécifiques à un sexe ? Est-ce que les surintendants médicaux de St-Jean-de-Dieu donnaient à leurs malades des diagnostics spécifiquement reliés à leur sexe ? Pouvons-nous présumer d'une sur-représentation féminine à St-Jean-de-Dieu ?

Divisé en deux parties, ce chapitre sur les stéréotypes sexuels de l'enfermement présente, dans un premier temps, le profil des populations féminine et masculine

internées à St-Jean-de-Dieu à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et au début du 20<sup>e</sup>. Cette analyse basée sur les données quantitatives tirées du *Registre des idiots de l'Asile de la Providence* et, pour le 20<sup>e</sup> siècle, de l'annexe « C » du certificat médical, permettra d'établir les réelles distinctions qui caractérisent les femmes et les hommes enfermés pour folie. C'est en découvrant leur représentation respective au sein de l'asile ainsi que leur âge, leur état civil, leur niveau éducationnel et leur occupation avant l'internement que nous serons en mesure d'établir le portrait type de la femme et de l'homme internés à St-Jean-de-Dieu tout en gardant en perspective la notion de genre et folie. L'objet de cette analyse n'est pas tant d'établir un profil exhaustif de la population asilaire, mais d'en révéler les principales distinctions spécifiques soit à la gent féminine, soit à gent masculine.

La deuxième partie s'intéresse particulièrement aux distinctions de sexe spécifiquement liées à l'acte insane tel qu'interprété par les requérants et les aliénistes. Il sera alors question des premières manifestations de l'acte insane, de la durée de l'état insane avant l'admission et des causes probables de la maladie. Une analyse sociale finalement des comportements marginaux, immoraux et inacceptables dans les sociétés du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècles. L'étude de l'acte insane sera complétée par l'analyse médicale des comportements déviants, soit l'opinion de l'aliéniste qui confirme l'état d'aliénation et qui se reflète dans les diagnostics qu'il attribue à chacun de ses malades.

Grâce au travail effectué dans les archives de St-Jean-de-Dieu par le sous-groupe de recherche sur *Les populations marginalisées et l'enfermement à Montréal : 1840-*

1921, dirigé par André Cellard<sup>1</sup>, nous sommes maintenant en mesure, pour la période étudiée, de tracer le profil de la population féminine et masculine de la Longue-Pointe et de faire la lumière sur la supposé sur-représentation féminine. Notre échantillon compte 8 537 malades admis entre les murs de l'institution de la Longue-Pointe de 1873, année de l'ouverture de l'Asile St-Jean-de Dieu, à 1921. Toutes les admissions, hommes et femmes, de 1873 à 1898 ont été entrées sur support informatique. Les données recueillies pour le 20<sup>e</sup> siècle sont toutes les admissions d'une année sur trois de 1900 à 1921. Le bassin de population étudié est des plus considérable.

L'Hôpital St-Jean-de-Dieu est une institution publique dirigée par les sœurs de la Providence. La clientèle qu'elle accueille est composée à 92% de patients publics et à 8% de patients privés. Quatre-vingt-seize pour cent des patients sont de religion catholique et d'origine canadienne à 82%. Les aliénés admis à la Longue-Pointe proviennent à 63.5% d'un milieu urbain et à 36.5% d'un milieu rural. Peu d'études portant sur les populations asilaires, plus particulièrement sur les femmes internées, ont eu le privilège de se pencher sur un échantillon aussi imposant et aussi diversifié. Les femmes et les hommes de tous les milieux et de toutes les classes sociales sont réunis sous le même toit, celui de St-Jean-de-Dieu.

Les données qui seront présentées au cours de ce chapitre seront inévitablement comparées aux études faites à partir d'autres institutions en occident, afin de mettre en perspective les résultats avancés concernant la population de la Longue-Pointe. Bien que les statistiques proposées par exemple par le Pennsylvania Hospital, le

---

<sup>1</sup> Groupe de recherche associé au CHRS dirigé principalement par Jean-Marie-

Homewood Retreat of Guelph, le Royal Edinburgh Asylum of Scotland, le Auckland Lunatic Asylum, le British Columbia's Provincial Hospital for the Insane et le South Carolina Lunatic Asylum ne concernent pas une population identique à celle à laquelle cette recherche s'applique, il sera intéressant de voir les similitudes et les différences qui se dressent entre ces institutions et les populations qu'elles ont accueillies.

Nancy Tomes<sup>2</sup> s'est intéressée à une institution privée, le Pennsylvania Hospital, pour son analyse qu'elle préférait concentrer sur les classes supérieures de la société. Ainsi, elle se disait en mesure de mieux comprendre l'acte d'isoler sans que ce geste d'exclusion soit motivé par le désir d'exclure du paysage social les pauvres ou les immigrés. Son étude reconstruit la vie quotidienne derrière les murs de l'asile, de 1840 à 1883, à partir du point de vue des patients et de la direction du Pennsylvania Hospital. Cheryl Krasnick Warsh<sup>3</sup> s'est également intéressée à une institution privée. L'institution ontarienne, The Homewood Retreat of Guelph, accueille une clientèle de la classe moyenne pour des désordres nerveux et mentaux. Krasnick Warsh a étudié pour les années 1883 à 1920 20% de la gent masculine et le tiers de la gent féminine admises dans cette maison de santé. Cet échantillon reflète les ratios hommes et femmes lors de l'admission après l'année 1900. Cette étude porte donc

---

Fecteau ainsi que par André Cellard, Jean Trépanier et Janice Harvey.

<sup>2</sup> TOMES, Nancy, *A Generous Confidence, Thomas Story Kirkbride and the art of asylum-keeping, 1840-1883*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, 387 pages.

<sup>3</sup> KRASNICK WARSH, Cheryl, *Moments of Unreason. The Practice of Canadian Psychiatry and the Homewood Retreat, 1883-1923*, McGill-Queen's University Press, 1989, 274 pages.

sur une population de 567 hommes et 567 femmes. Par ailleurs, Peter McCandless<sup>4</sup> s'est intéressé aux ségrégations de sexe et de classe particulières des femmes blanches et des femmes noires internées au South Carolina Lunatic Asylum au cours des années 1828 à 1915. Son étude basée sur le concept du genre a inévitablement été confrontée à la variable de classe qui prenait une dimension toute particulière au South Carolina. Les aliéné-e-s admis dès l'ouverture de cette institution américaine sont des hommes et des femmes de race blanche et de toutes les classes sociales. Le profil de la population se modifie sérieusement au cours des années soixante-dix. Les patients de race noire sont maintenant admis au South Carolina et l'asile compte un nombre toujours plus élevé de ruraux et de pauvres.

Contrairement à Tomes et McCandless, Bronwyn Labrum<sup>5</sup> ne privilégie aucunement la division de classe dans son étude sur le Auckland Lunatic Asylum. L'intérêt de Labrum est plutôt de mettre en relief, au cours des années 1870 à 1910, les distinctions de sexe qui caractérisent l'internement des femmes et des hommes et de revoir non seulement le rôle, mais également la responsabilité de la famille dans l'acte de faire interner. Son analyse, basée sur le concept du genre, concerne une population mixte originaire d'une vaste région géographique tant urbaine que rurale. Allan Beveridge<sup>6</sup> a également basé ses recherches sur une population asilaire réunissant toutes les classes sociales. La clientèle privée et les pauvres du Royal

---

<sup>4</sup> McCANDLESS, Peter, "A Female Malady? Women at the South Carolina Lunatic Asylum, 1828-1915". *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 1999, vol. 54, no 4, pp. 543-571.

<sup>5</sup> LABRUM, Bronwyn, "Looking Beyond the Asylum: Gender and the Process of Committal in Auckland, 1870-1910," *New Zealand Journal of History [New Zealand]* 1992, vol. 26, no. 2, pp. 125-144.

<sup>6</sup> BEVERIDGE, Allan, « Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908 », *History of Psychiatry*, vol. 6, no 1, pp. 21-54; no 2, 1995, pp. 21-54.

Edinburgh Asylum composent l'échantillon de Beveridge, soit un échantillon d'une admission sur dix pour les patients publics et d'une admission sur quatre pour les patients privés. Au cours des années 1873 à 1908, 9 876 femmes et hommes ont été internés, mais seulement 1 116, soit 596 femmes et 565 hommes, ont été retenus pour l'étude de Beveridge.

Le long travail d'entrée de données, effectué en collaboration avec l'équipe de recherche d'André Cellard, allait enfin nous permettre d'établir la réalité du « sex-ratio » et les principales différences qui caractérisent les patientes et les patients traités à St-Jean-de-Dieu.

### **3.1. Profil de la population asilaire, 1873 à 1921.**

Tenant entre nos mains le *Registre des idiots de l'Asile de la Providence*, nous pouvons enfin connaître le sexe de chacun des malades enregistrés au 19<sup>e</sup> siècle à St-Jean-de-Dieu. Il suffit de tourner les pages, noircies d'une calligraphie minutieuse, de ce manuscrit témoin de toutes les admissions de l'asile du 19<sup>e</sup> siècle. Page numéro un, 25 novembre 1873, première admission inscrite dans le *Registre des idiots de l'Asile de la Providence* : Sarah. Deuxième admission : Ann. Troisième : Marguerite. Quatrième : John. Cinquième : Alphonse. Cinq personnes ont été admises au cours de la première journée. Trois femmes et deux hommes figurent sur les premières lignes de ce document archivistique. Cette première journée est-elle révélatrice d'une tendance quelconque?

La criminologue, Marie-Andrée Bertrand, s'est intéressée au débat portant sur le lien privilégié existant entre le sexe féminin et la folie. Son article « Les femmes, la folie et au-delà »<sup>7</sup> présente le débat existant sur la question du «sex-ratio» des malades mentaux. Il est vrai que cet article date de la fin des années soixante-dix, mais aucune autre recherche ne semble, jusqu'à ce jour, s'être intéressée spécifiquement, dans les institutions québécoises, à la sur-représentation féminine. Showalter, qui a étudié la croissance de la maladie mentale chez la femme, maintient que dès 1850 les femmes étaient sur-représentées. Selon les registres de Dickens au St. Luke's Hospital, Showalter démontre qu'effectivement, au cours de l'année 1871, plus de 1182 femmes étaient internées pour 1000 hommes admis au St-Luke<sup>8</sup>. En 1872, sur les 58 640 certificats d'aliénation émis en Angleterre et au pays de Galle 31 822 s'appliquaient à des femmes<sup>9</sup>. Cette faible sur-représentation féminine dans les institutions anglaises est-elle plus perceptible dans les institutions québécoises ? Contrairement à Showalter, Cellard est d'avis que ce n'est qu'à la fin du 19<sup>e</sup> siècle que se dessine une augmentation de la présence féminine au sein des institutions asilaires<sup>10</sup>. Ce n'est qu'au 20<sup>e</sup> siècle que les patients masculins deviennent minoritaires dans les hôpitaux psychiatriques<sup>11</sup>. Les données recueillies à St-Jean-de-Dieu pour la fin du 19<sup>e</sup> siècle et les premières décennies du siècle suivant

---

<sup>7</sup> BERTRAND, M.-A., « Les femmes, la folie et au-delà », *Santé mentale au Québec*, vol. IV, no 2, Nov. 1979, pp. 11-24.

<sup>8</sup> SHOWALTER, op., cit., p.52,

<sup>9</sup> Idem.

<sup>10</sup> Cette augmentation de la population féminine en institution asilaire s'expliquerait par un contrôle social plus serré exercé sur les marginaux. Ainsi, les comportements violents et dangereux, habituellement attribués aux hommes, ne sont plus les seules raisons justifiant l'internement.

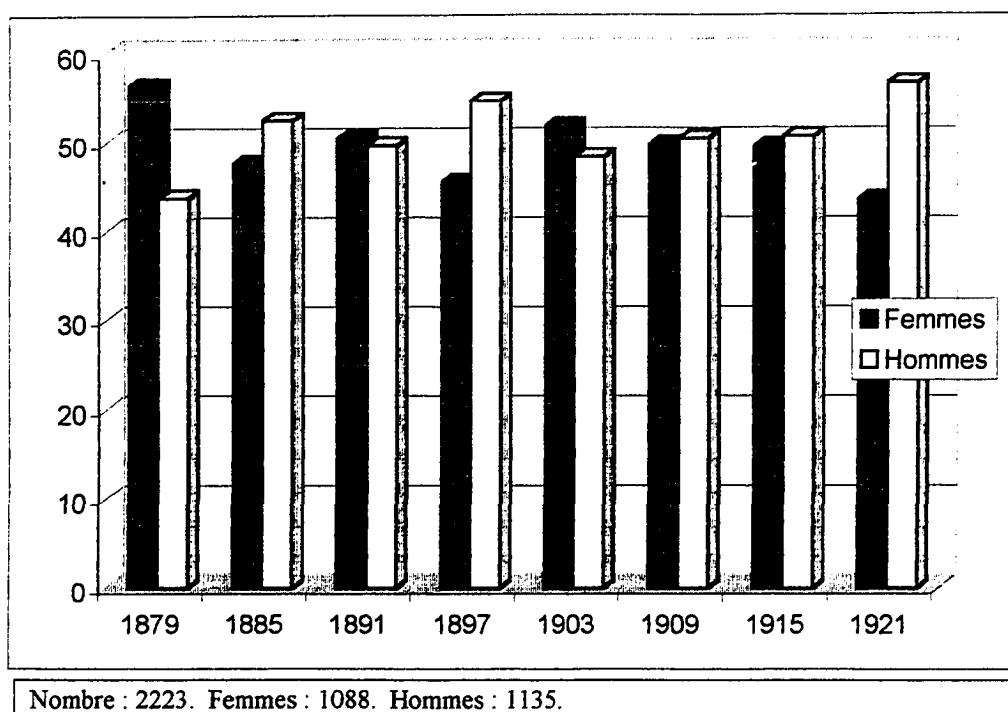
<sup>11</sup> CELLARD, A. « Folie, norme et rôles sexuels au Québec dans la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle : quelques observations tirées des archives de la curatelle », *RHAF*, vol 47, no 2, automne 1993, pp. 254-255.

confirment-elles la thèse de Cellard basée sur les documents d'interdictions et de curatelle ?

**TABLEAU 1**

**Population asilaire admise à St-Jean-de-Dieu,  
fin 19<sup>e</sup> début 20<sup>e</sup> siècles.**

	<u>Femmes</u>	<u>Hommes</u>	<u>Total</u>
<b>1877</b>	116	118	234
<b>1878</b>	111	131	242
<b>1879</b>	102	79	181
<b>1880</b>	73	83	156
<b>1881</b>	88	115	203
<b>1882</b>	61	83	144
<b>1883</b>	81	90	171
<b>1884</b>	96	136	232
<b>1885</b>	117	129	246
<b>1886</b>	113	118	231
<b>1887</b>	136	159	295
<b>1888</b>	145	136	281
<b>1889</b>	161	169	330
<b>1890</b>	174	179	353
<b>1891</b>	193	190	383
<b>1892</b>	138	141	279
<b>1893</b>	111	97	208
<b>1894</b>	93	116	209
<b>1895</b>	81	113	194
<b>1896</b>	109	110	219
<b>1897</b>	111	133	244
<b>1898</b>	124	147	271
<b>1900</b>	91	114	205
<b>1903</b>	106	99	205
<b>1906</b>	126	125	251
<b>1909</b>	151	153	304
<b>1912</b>	174	197	371
<b>1915</b>	175	179	354
<b>1918</b>	225	206	431
<b>1921</b>	133	173	306
<b>Total</b>	<b>3715</b>	<b>4018</b>	<b>7733</b>



**Graphique 1. : Pourcentage de femmes et d'hommes admis à St-Jean-de-Dieu, de 1879 à 1921.**

Au cours des dernières décennies du 19<sup>e</sup> siècle, plus précisément du 25 novembre 1873 au 31 décembre 1898, 6110 patients dont 2983 femmes et 3127 hommes ont été admis à St-Jean-de-Dieu. L'échantillon d'une année sur trois pour couvrir les premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle donne un total de 2427 admissions. Au cours de cette période qui compte huit années complètes, l'Hôpital St-Jean-de-Dieu a accueilli 1181 femmes et 1246 hommes. Le cumulatif des admissions du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècles donne un total de 4164 femmes et 4373 hommes internés pour troubles mentaux. Conséquemment, au cours de toute la période étudiée, la population asilaire était composée à 48.8% de femmes et à 51.2% d'hommes.

Ces données sur les admissions féminines et masculines de St-Jean-de-Dieu sont quasiment identiques à celles fournies par le docteur Roy de l'Asile de Beauport pour la période précédant l'ouverture de l'asile de la Longue-Pointe, soit de 1845 à 1873.

Effectivement, à Québec, les hommes représentent 52.2% et les femmes 47.8% de toutes les admissions. Comme le mentionnait le docteur Roy dans son rapport annuel de 1873 :

La différence qui existe dans le nombre des admissions chez les hommes et les femmes est, comme l'année dernière, trop peu sensible pour nous faire soupçonner que l'aliénation mentale soit plus fréquente chez un sexe que chez l'autre, malgré la différence matérielle des causes prédisposantes et excitantes d'aliénation mentale chez l'un ou l'autre sexe.<sup>12</sup>

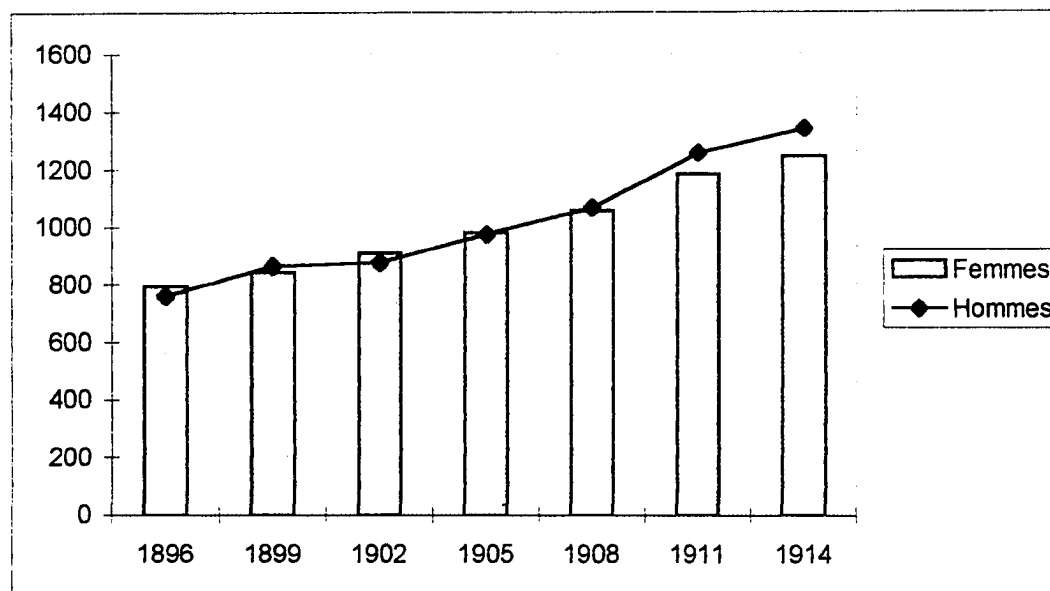
Sur les trente années qui composent également notre échantillon, soit de 1877 à 1921, 52% des admissions sont masculines et 48% sont féminines. Nous constatons donc que sur une soixantaine d'années, considérant les admissions de Beauport et celles de St-Jean-de-Dieu, aucune augmentation significative dans l'admission des femmes n'a pu être observé. La prédominance des admissions masculines a également été vérifiée au Protestant Hospital for the Insanes. De 1900 à 1921, selon l'échantillon d'une année sur trois, les femmes représentent 44.7% et les hommes 55.3% de toutes les admissions de l'asile de Verdun.<sup>13</sup>

La thèse de Showalter qui estime que la maladie mentale est plus probante chez la femme ne s'applique donc pas ici dans le cas de la population québécoise. Il faut cependant vérifier si malgré leur nombre pratiquement équivalent à celui des hommes lors de l'admission, elles ne représentent toutefois pas une majorité significative sur le nombre total d'internés.

---

<sup>12</sup> Rapport annuel du docteur Roy de l'Asile de Beauport pour l'année 1873. Document de la session no 26, 1874/1875, p. 54.

<sup>13</sup> Informations tirées de la banque de données du groupe de recherche *Populations marginalisées et l'enfermement à Montréal*.



**Graphique 2. : Population totale internée à St-Jean-de-Dieu de 1896 à 1914<sup>14</sup>.**

Jusqu'en 1908, nous ne pouvons pas parler d'une réelle tendance à la hausse en ce qui concerne la population féminine comparativement à celle des hommes traitée à St-Jean-de-Dieu. Les femmes composent, en moyenne, 50.3% de la population asilaire totale, alors que leurs vis-à-vis masculins représentent 49.7% de ce même groupe. Bref, un léger écart de seulement 0.6% sépare le nombre total de femmes et d'hommes internés. Une situation presque similaire est évoquée par Peter McCandless dans son article « A Female Malady? » portant sur le South Carolina Lunatic Asylum à l'époque où cette institution admettait des hommes et des femmes de toutes les classes sociales et était considérée comme étant parmi les plus riches asiles des états américains.

To judge by the asylum's records, madness cannot be described as a female malady in nineteenth-century South Carolina. [...] men constituted the majority of patients resident in the institution's early years. Thereafter, women patients sometimes outnumbered men, but the difference between their numbers was insignificant before 1900.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Données tirées des Rapports d'inspecteurs d'asiles.

À partir de 1908 et jusqu'à 1914 un léger écart se creuse entre le nombre de femmes et d'hommes traités à St-Jean-de-Dieu. Les femmes représentent 48.5% et les hommes 51.5% de la population totale internée. La gent masculine est majoritaire et cette tendance se maintient jusqu'en 1914 où les hommes comptent pour 52% et les femmes pour 48% de tous les patients traités à la Longue-Pointe. Malheureusement, ces données tirées des rapports d'inspecteurs d'asiles n'existent plus dans les documents de la session après 1914<sup>16</sup>. Cependant, l'annuaire statistique du Québec de 1921 indique que la population totale traitée à St-Jean-de-Dieu en 1919 comptait 1 315 femmes et 1 556 hommes<sup>17</sup>. L'écart entre les hommes et les femmes continue de se creuser. Les femmes représentent donc en 1919 45.8% de la population totale de l'asile.

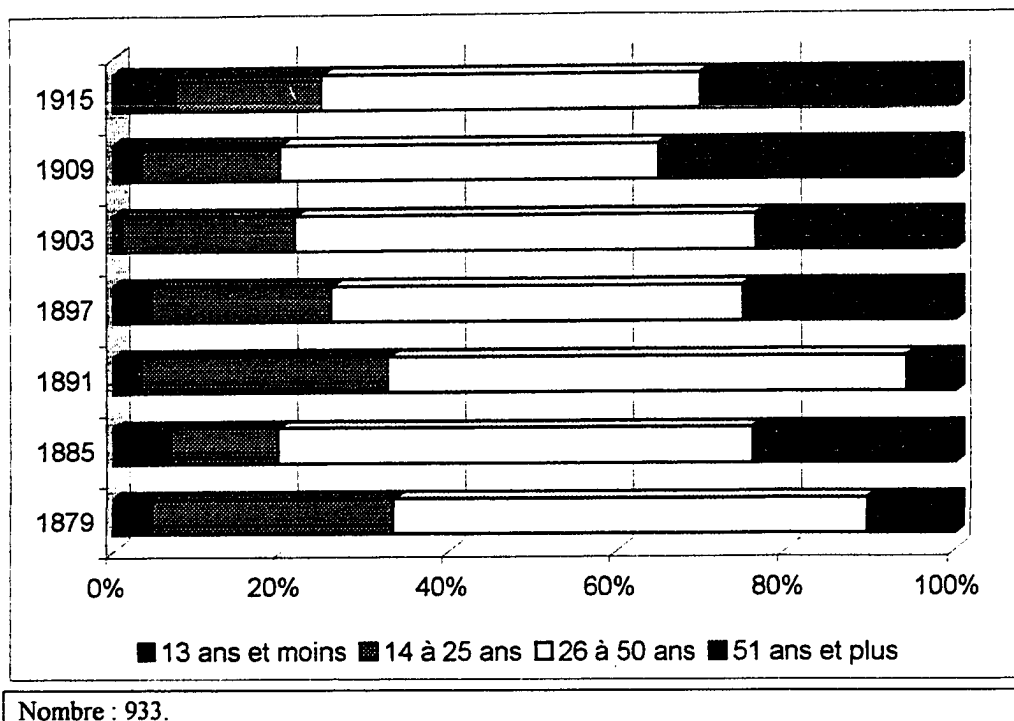
Outre la seule distinction de sexe qui caractérise les malades de St-Jean-de-Dieu et les divise en deux groupes presque égaux, pouvons-nous trouver, dans ce contexte asilaire, d'autres déterminants spécifiques à la gent féminine et la gent masculine ? Quelques indices sur l'âge, l'état civil, le niveau éducationnel et l'occupation principale des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu permettront de tracer le profil type des aliénés femmes et hommes.

---

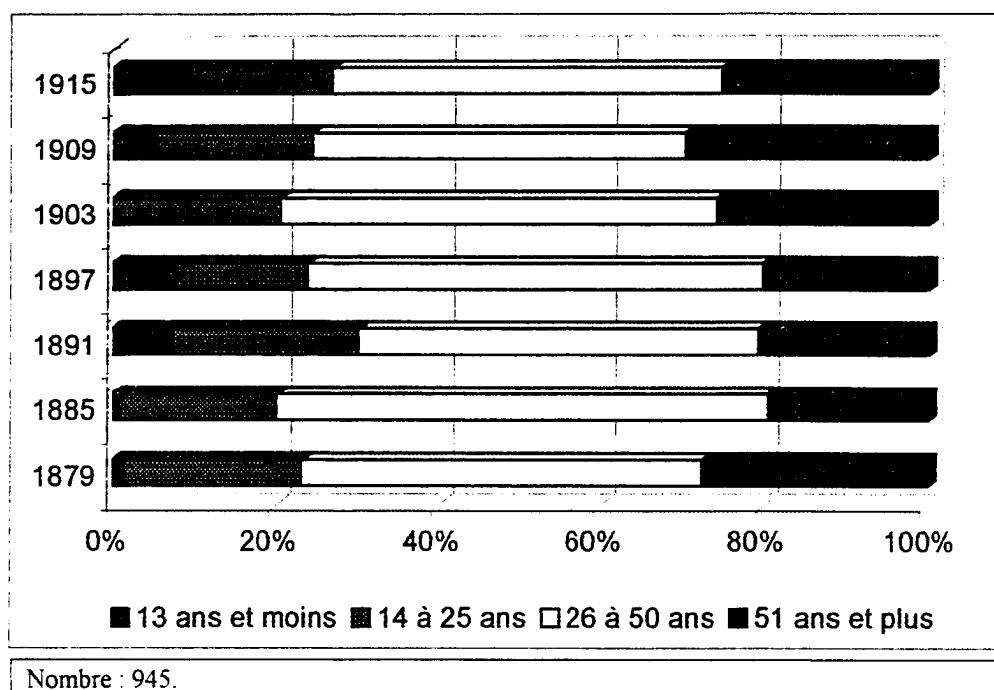
<sup>15</sup> McCANDLESS, *op. cit.*, p. 554.

<sup>16</sup> En 1914, le Bureau des Statistiques a été chargé de recueillir les statistiques, jusque là produites par les inspecteurs du gouvernement, de les compiler d'après un plan uniforme, faisant voir la situation dans chaque institution, de même que celle de l'ensemble pour toute la province.

<sup>17</sup> Annuaire statistique du Québec, 1921, p. 230.



**Graphique 3. : Âge de la population féminine admise à St-Jean-de-Dieu, fin 19<sup>e</sup> début 20<sup>e</sup> siècles.**



**Graphique 4. : Âge de la population masculine admise à St-Jean-de-Dieu, fin 19<sup>e</sup> début 20<sup>e</sup> siècles.**

La population asilaire de la Longue-Pointe, fin 19<sup>e</sup> début 20<sup>e</sup> siècles, est constituée d'une majorité de femmes et d'hommes âgés entre 26 et 50 ans. Ce groupe d'âge réunit à lui seul 52,7% de la clientèle féminine et 50,9% de la clientèle masculine. Indépendamment du sexe des aliénés, les moins de 14 ans représentent, en moyenne, moins de 5% de toute la population asilaire. Les patients âgés entre 14 et 25 ans comptent pour 20,7%, tandis que les aînés, les plus de 50 ans, représentent 22,5% des femmes et des hommes internés. Aucune disparité significative ne se dessine, entre les femmes et les hommes admis à St-Jean-de-Dieu. Les femmes et les hommes de 25 ans et moins représentent respectivement 24,4% et 23,9% de la population féminine et masculine. Ne comptant que pour le quart de la population internée, la garde d'un malade de ce groupe d'âge n'apparaît pas comme étant des plus problématique pour l'entourage. Passé 25 ans, le nombre de malades internés augmente. La situation familiale semble alors devenir beaucoup plus complexe.

La situation semble plus problématique lorsqu'il s'agit de garder une aliénée de cinquante ans et plus. En 1879, la population asilaire féminine était constituée de 10,3% de patientes de plus de 50 ans. Dès 1885, ce groupe de femmes âgées compte maintenant pour 24% de toutes les admissions féminines et atteindra les 35% en 1909 pour ensuite diminuer de 5% en 1915 et d'un autre 5% en 1921. L'augmentation de la présence féminine âgée est plus marquée que celle des hommes. Ces derniers, en moyenne, représentent 24% des admissions masculines et ce taux varie seulement de plus ou moins 5% de 1879 à 1921. Cette présence de plus en plus nombreuse de patients âgés inquiétait le docteur Villeneuve en 1906 qui soulignait que cette tendance prévalait déjà en 1891.

Nous admettons, chaque année, un certain nombre de vieillards des deux sexes atteints de démence sénile. Avant l'ouverture de l'asile des aliénés

de la Longue-Pointe, ces vieillards étaient gardés dans les familles ou dans les hospices. Aujourd'hui l'on est moins tolérant pour eux et sachant qu'ils seront bien soignés à l'asile on profite de la moindre manifestation délirante pour les y envoyer au frais du gouvernement.<sup>18</sup>

Le groupe d'âge le plus touché par la maladie mentale est celui de la vie adulte. Une interprétation féministe, comme celle de Ripa<sup>19</sup>, associerait ce groupe cible des 26-50 ans assurément aux âges de la maternité et de la ménopause. Cependant, le fait que les hommes aussi soient plus nombreux à être admis à l'asile entre 26 et 50 ans, alors que ces derniers ne subissent aucun bouleversement hormonal dans ces âges, suggère de relativiser l'explication de Ripa. Le cycle féminin, ses répercussions sur la sexualité, les émotions et le contrôle rationnel de la femme, tel que le suggère Showalter<sup>20</sup>, ne peuvent expliquer à eux seuls la maladie mentale. Contrairement à Chesler,<sup>21</sup> nous ne croyons pas non plus que la folie des femmes est le résultat d'un mariage malheureux. Cette période de la fin vingtaine jusqu'à la fin quarantaine reflète davantage les nombreuses responsabilités qui incombent tant à l'homme qu'à la femme. La vie n'est plus un simple projet d'avenir, mais une lutte quotidienne dans un contexte, bien souvent, de survie. Ici entrent donc en ligne de compte les effets du support familial qui s'effritent alors que la ou le malade doit compter sur ses parents devenus trop vieux ou ses enfants eux-mêmes devenus parents. Nous reviendrons, un peu plus loin, sur les causes de la maladie mentale qui fragilisent tant les femmes que les hommes âgés entre 26 et 50 ans.

---

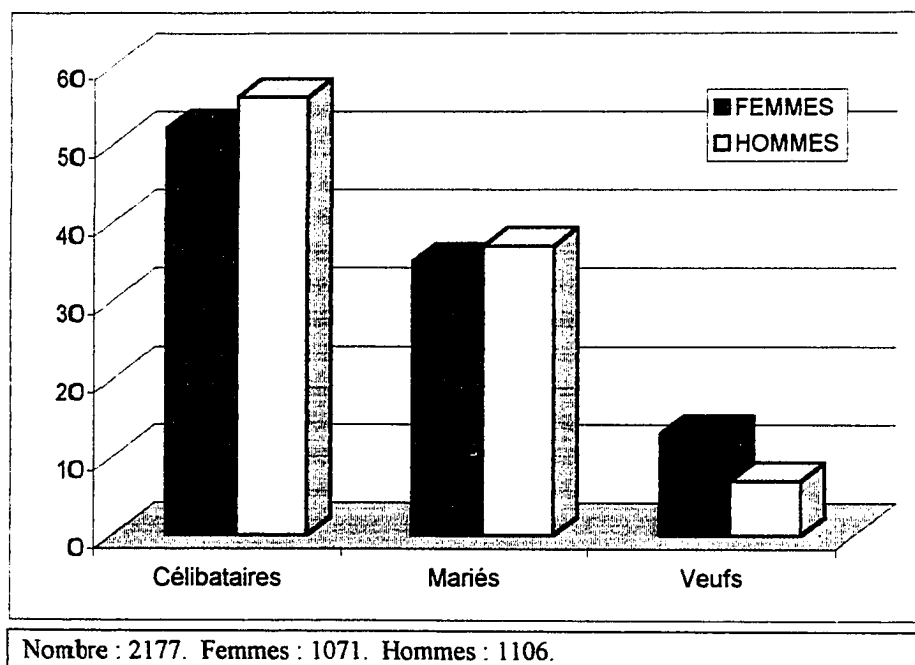
<sup>18</sup> Rapport annuel de 1891 du docteur Duquet, cité par le docteur Villeneuve dans son rapport annuel de 1906, p. 199.

<sup>19</sup> RIPA, Yannick, *La ronde des folles*, Paris, Aubier, 1986, p. 69.

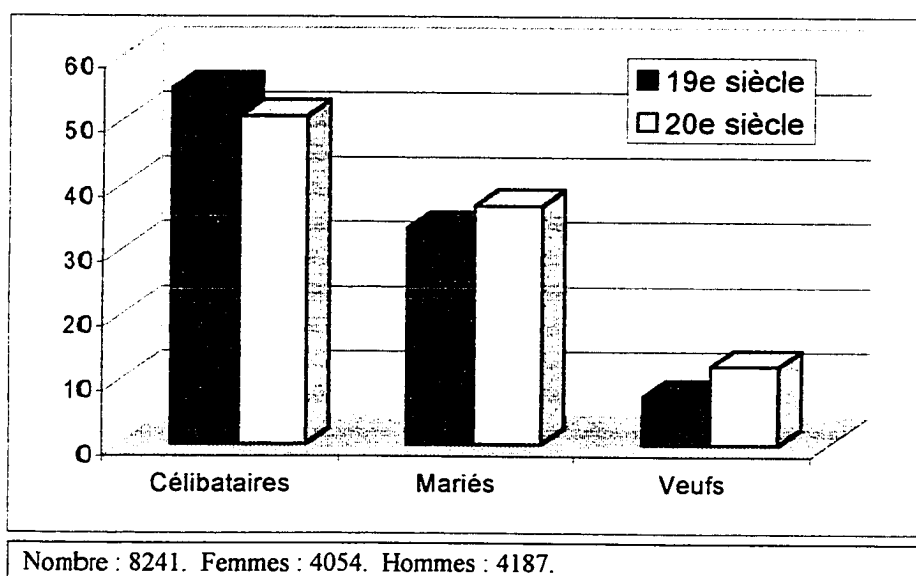
<sup>20</sup> SHOWALTER, op. cit., p.144.

<sup>21</sup> CHESLER, Phyllis, *Les femmes et la folie*, Paris, Payot, 1979, 262 pages.

Afin de compléter le profil de la population asilaire et par la même occasion vérifier la véracité de certaines croyances populaires sur l'état marital des femmes enfermées pour folie, voici deux graphiques présentant les femmes et les hommes admis à St-Jean-de-Dieu, cette fois ci répartis selon leur état civil.



**Graphique 5. : État civil, en pourcentage, de la population asilaire de 1879 à 1921, une années sur six.**



**Graphique 6. : État civil, en pourcentage, de la population asilaire, femmes et hommes confondus, fin 19<sup>e</sup> début 20<sup>e</sup> siècles.**

Comme l'indique le graphique numéro « 5 », le scénario marital des femmes et des hommes est globalement le même. Indépendamment du sexe des aliénés, les célibataires sont majoritaires, les veuves et les veufs composent la fraction minoritaire et finalement les gens mariés se situent entre ces deux pôles. Plus précisément, 52% des femmes et 56% des hommes sont célibataires, 35% des femmes et 37% des hommes sont mariés alors que 13% sont veuves et 7% sont veufs. De façon plus détaillée, considérant toutes les années de notre échantillon pour le 19<sup>e</sup> siècle seulement, les femmes et les hommes sont célibataires à 57%, mariés respectivement à 33% et 37%, veuves à 10% et veufs à 5%. Le profil de la population asilaire demeure inchangé au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle. Les femmes et les hommes célibataires font toujours partie du groupe le plus nombreux soit 48% de la population féminine et 54% de la population masculine. Plus du tiers des aliénés sont mariés, soit 36% des femmes et 38% des hommes tandis que les veuves, deux fois plus nombreuses que les veufs, comptent pour 16% de la gent féminine. Ces pourcentages de veuves et de veufs dépassent largement ceux que nous retrouvons dans la population en général. D'après les recensements du Canada de 1901, 1911 et 1921, seulement 4.8% des femmes sont veuves et 4.4% des hommes sont veufs<sup>22</sup>. Ces données viennent confirmer l'état de vulnérabilité et de dépendance dans lequel se trouvent les personnes seules et/ou âgées.

De toute évidence, les célibataires, les veuves et les veufs, qui représentent plus de 65% de la population asilaire, composent le groupe le plus vulnérable. La prise en charge d'un aliéné par les parents, la fratrie ou les enfants semble beaucoup plus complexe et moins engageante que celle confiée à un époux ou à une épouse. Il faut

---

<sup>22</sup> Recensement du Canada, 1921, vol. 2, p.117.

toutefois considérer également, comme le mentionnaient les docteurs Landry et Roy dans leur rapport médical de 1875 : « [...] beaucoup d'individus ne se marient pas parce qu'ils sont imbéciles, nés de parents aliénés ou parce qu'ils sont aliénés eux-mêmes; ils grossissent ainsi le nombre de célibataires placés dans les asiles, alors que leur folie ne saurait être imputée à leur état civil ». <sup>23</sup>

Finalement, une grande solitude et une certaine détresse caractérisent ces statuts maritaux tant chez les femmes que chez les hommes pour qui les liens familiaux paraissent plus fragiles et moins présents. Ces statistiques viennent donc invalider les croyances populaires et intellectuelles comme quoi le mari était le principal requérant des femmes internées pour folie. Les chiffres tendent davantage à reconsidérer le mauvais rôle des maris qui, en somme, apparaissent comme étant plus fiables que les épouses pour assurer la garde d'une ou d'un aliéné. D'autant plus que les époux responsables d'une aliénée font interner leur femme dans 6% moins de cas que les femmes dont leur mari souffre de maladie mentale et cela même s'il est le principal pourvoyeur de la famille.

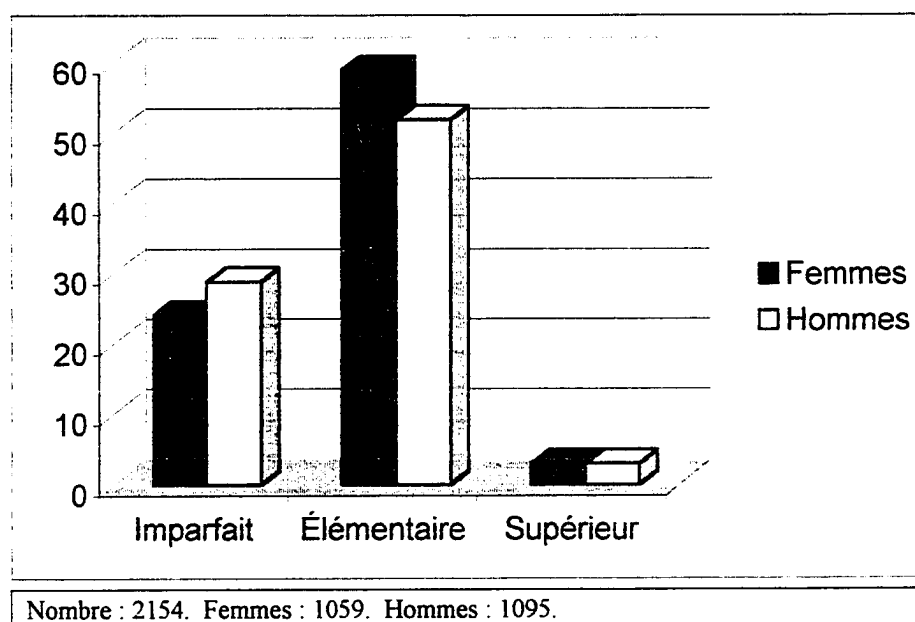
Qu'il s'agisse du 19<sup>e</sup> ou du 20<sup>e</sup> siècle, les hommes mariés sont toujours plus nombreux que les femmes mariées au sein de l'asile. Toutefois, au cours du 20<sup>e</sup> siècle, une augmentation de 4% du nombre de gens mariés est observée. Ce groupe d'individus, pour qui un soutien familial est plus probant, malgré tout, se retrouvent plus nombreux derrière les murs asilaires. S'agit-il ici d'une tendance « pro-internement » qui se développe à la toute fin du 19<sup>e</sup> siècle comme l'ont observé les inspecteurs De Martigny, Aylen et Chèvrefils : « [...] il s'est produit un revirement

---

<sup>23</sup> Rapport médical des docteurs Landry et Roy de l'Asile de Beauport pour l'année

de l'opinion sur nos asiles qui est de nature à y faire affluer les malades. Autrefois on répugnait à y faire interner un parent, aujourd'hui, au contraire, tout le monde voudrait y faire interner au frais du gouvernement ». <sup>24</sup> Peut-être qu'il s'agit tout simplement des traces d'un désengagement des familles vis-à-vis l'un des leurs ? Nous tenterons de revenir sur cette question au cours des chapitres quatre et cinq dans lesquels les relations familiales sont explicitement élaborées.

L'analyse du niveau éducationnel et du type d'emploi occupé par ces femmes et ces hommes admis à St-Jean-de-Dieu peaufinera le profil tracé jusqu'ici de la population asilaire tout en nous permettant de vérifier nos doutes quant à l'état de vulnérabilité dans lequel sont les folles et les fous.



**Graphique 7. : Niveau éducationnel, en pourcentage, de la population asilaire de 1900 à 1921, une année sur trois.**

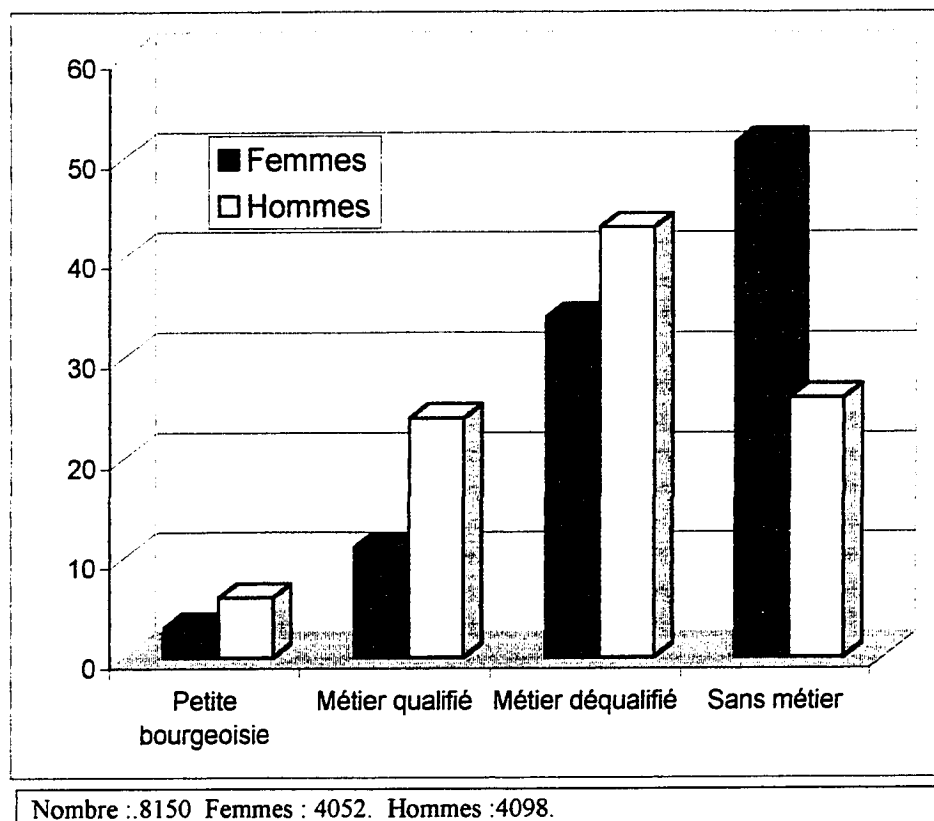
1875, p.27.

<sup>24</sup> Rapport des inspecteurs d'asiles pour l'année 1898, p. 172.

Les valeurs manquantes sur le niveau éducationnel des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu, au cours du 19<sup>e</sup> siècle, dépassent largement les 70%. Il est donc impossible d'établir quelconques tendances significatives pour cette fin de siècle. Heureusement, il en est tout autrement pour les données recueillies pour la période couvrant les premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle. Les valeurs manquantes sur le niveau éducationnel, pour le 20<sup>e</sup> siècle, représentent moins de 15%. Parmi les fiches qui fournissent les informations concernant le niveau éducationnel de la population asilaire, celles-ci démontrent que les femmes ont une scolarité « imparfaite » à 24%. C'est à dire qu'elles savent lire ou écrire un peu. Les hommes dont le niveau éducationnel est imparfait composent 29% de la population masculine. Un peu plus de la moitié de la population féminine et masculine sait lire et écrire. Toutefois, les femmes internées pour folie ont à 59% un niveau éducationnel élémentaire comparativement à 52% des hommes. Ce qui est relativement faible comparé à la population en général. Selon les recensements de 1911 et 1921, 85% des hommes et 89% des femmes savent lire et écrire<sup>25</sup>. Ces données reflètent, probablement, les capacités intellectuelles déficientes de près de 40% de la clientèle asilaire. Contre toutes attentes, 3% des femmes et des hommes ont répondu, lors de leur admission, qu'ils avaient un niveau éducationnel supérieur. Considérant que l'éducation des filles était ni très à la mode ni très encouragée au début du 20<sup>e</sup> siècle, une proportion plus importante d'hommes présentant une scolarité supérieure à la moyenne correspondrait davantage aux stéréotypes sociaux par rapport à l'éducation. Nul inconvénient ressenti à s'éloigner ici, un peu, des standards.

---

<sup>25</sup> Recensement du Canada de 1921, p. 600.



**Graphique 8. : Occupations, en pourcentage, déclarées par les hommes et les femmes, lors de leur admission à St-Jean-de-Dieu, fin 19<sup>e</sup> début 20<sup>e</sup> siècles.**

L'analyse des métiers qu'occupaient les femmes et les hommes avant leur internement à la Longue-Pointe est assurément l'un des éléments les plus révélateurs sur les conditions de vie de cette clientèle asilaire. Ces informations sont les seules à nous fournir les principaux indices à savoir si ces aliénés hommes et femmes étaient en mesure de subvenir seuls à leurs besoins ou si au contraire ils étaient dépendants des membres de leur famille.

Aucune surprise concernant les disparités entre les occupations des femmes et celles des hommes. Ces derniers sont plus nombreux que les femmes à gagner leur vie. Plus de la moitié des femmes ont déclaré n'avoir aucun métier comparativement aux

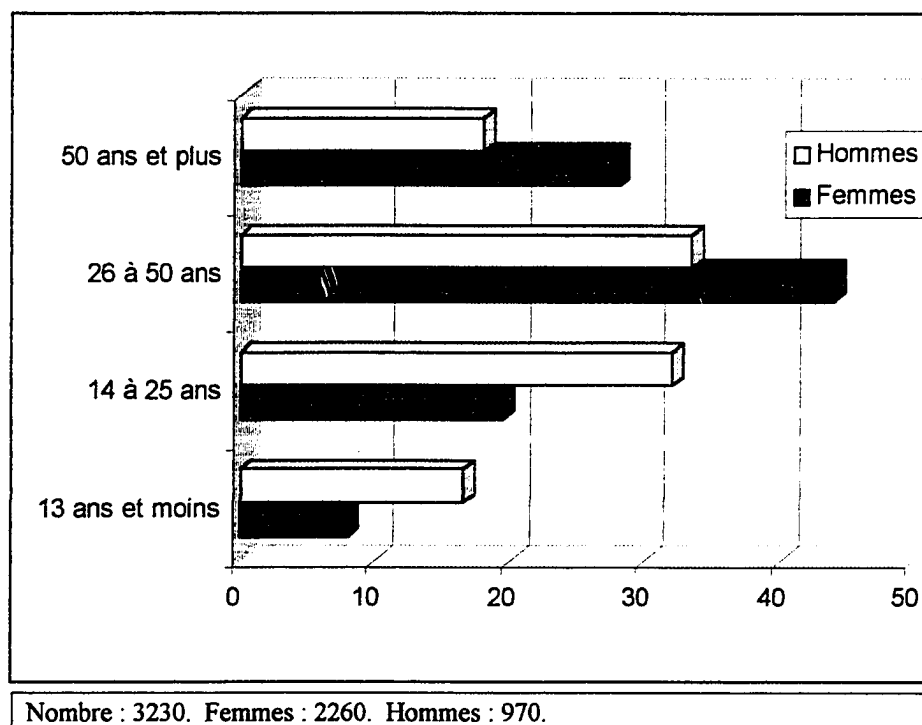
hommes qui sont 26% à être dans la même situation<sup>26</sup>. Le tiers de la population féminine occupe un métier déqualifié. Elles se retrouvent principalement dans les métiers de service. Quelques-unes seulement, 10%, ont un métier qualifié. Ces dernières œuvrent surtout dans les différents secteurs du textile. Le profil classique de la population féminine en général, selon le collectif Clio, révèle plutôt que les Québécoises en 1891 représentaient 10% de la main-d'œuvre féminine et 13% en 1901<sup>27</sup>. Cela dit, il est étonnant de constater que plus de 40% des femmes internées à St-Jean-de-Dieu ont déclaré être engagées dans une occupation rémunérée. Certaines ont sûrement déclaré l'emploi de leur père ou de leur mari, soit de la personne qui les avait à charge<sup>28</sup>. Toutefois, il semble évident que plusieurs aliénées, dans l'obligation d'avoir un travail rémunéré, se trouvaient dans des conditions difficiles de pauvreté. Quant aux hommes, pour la majorité, ils ont déclaré occuper un emploi : 26% un métier qualifié et 43% un métier déqualifié. Le quart de la population masculine travaille comme ouvrier ou artisan tandis que la grande majorité des hommes ont plutôt déclaré être journaliers.

---

<sup>26</sup> Nous avons classé sous la rubrique sans métier toutes les fiches où aucune information sur l'occupation n'était inscrite.

<sup>27</sup> Collectif Clio, *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, Montréal, Le Jour, 1992, p. 211.

<sup>28</sup> Question numéro 8 du *Formulaire « C »* : « Quel est son métier ou occupation, et, si c'est une femme ou un enfant, quel est celui de son mari ou de son père? » Seul un métier est inscrit comme réponse, aucune mention à savoir qui le pratique.



**Graphique 9. : Population asilaire ayant déclaré être sans métier lors de leur admission à St-Jean-de-Dieu, fin 19<sup>e</sup> début 20<sup>e</sup> siècles. (En pourcentage).**

Ce portrait de la population asilaire, tracé à partir des occupations des femmes internées, dévoile toute la vulnérabilité de la gent féminine. Ces dernières sont en majorité célibataires et sans emploi. Inévitablement, elles sont dépendantes des ressources familiales. Si soutien familial il y a. Indépendamment de la maladie mentale qui sévit, les femmes sont déjà en situation précaire puisqu'elles ne peuvent assurer leur pleine autonomie. Elles doivent obligatoirement dépendre de ressources extérieures, familiales ou autres. Âgées entre 26 et 50 ans, elles sont 44% sans occupation, comparativement à 33.5% des hommes à être dans la même situation.. Nous savons également qu'il y a deux fois plus de veuves que de veufs. Ces femmes et ces hommes, ayant perdu leur conjoint, sont âgés à 68% de plus de 50 ans. Les femmes admises à St-Jean-de-Dieu sont soit dépendantes de leurs parents vieillissants, de la fratrie en âge de s'occuper de leur propre famille ou, pour les plus vieilles ayant été mariées, de leurs enfants eux-mêmes occupés à assumer les

responsabilités qu'exige une jeune famille. Les liens de dépendance sont présents bien avant que la maladie vienne bouleverser l'univers familial de ces femmes incapables de garantir leur propre subsistance.

Le profil des hommes, même s'il est très ressemblant à celui des femmes en plusieurs points, permet d'établir un scénario de vie complètement à l'opposé de celui de la population asilaire féminine. Les hommes sont en majorité responsables de leur subsistance et dans certain cas de celle de leur famille. Rares sont ceux qui ne déclarent pas de métier et qui vivent une situation de dépendance. Même si les hommes sont des pourvoyeurs, et dans bien des cas l'unique source de revenu de la famille, ils sont quand même aussi nombreux que les femmes à franchir le sol de l'asile. Il apparaît donc clairement que les femmes et les hommes internés à St-Jean-de-Dieu ne le sont pas principalement à cause de leur manque d'autonomie et du lien de dépendance qu'ils entretiennent avec leur famille. La maladie joue un rôle beaucoup plus important que ce qu'on en a dit jusqu'ici. Elle vient rompre les habitudes, la stabilité et l'équilibre de la famille et de l'entourage. Toute la famille devient fragile et vulnérable lors de l'internement d'un de ses membres et cela est d'autant plus vrai lorsqu'il est l'unique source de revenu de cette famille. Les données cumulées pour établir le profil de la population asilaire féminine et masculine internée pour folie sont insuffisantes lorsque vient le temps d'interpréter et de comprendre les raisons de l'internement spécifique aux femmes et aux hommes. Seul la compréhension de l'acte insane peut tenter d'expliquer les raisons qui motivent le geste d'interdire, d'exclure, d'isoler, d'interner.

### 3.2. L'acte insane.

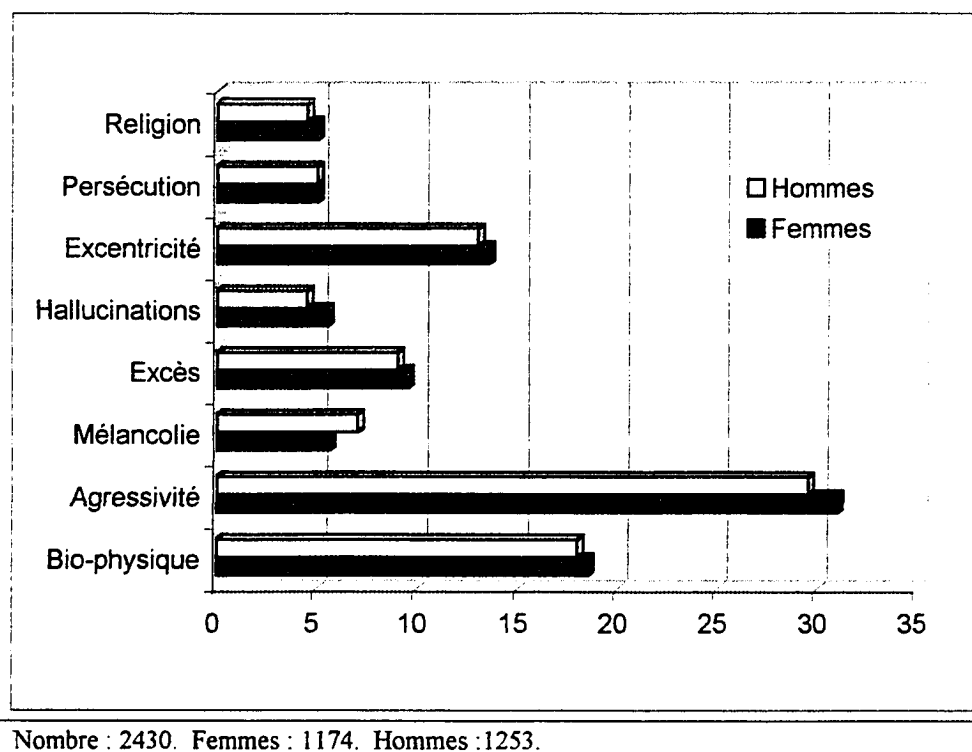
Déchiffrer la complexité des gestes et des paroles d'un être dépossédé de sa raison est une réelle difficulté, surtout lorsque les seules traces de ces comportements insanes sont une vague description gribouillée sur un bout de papier par une personne presque analphabète. Le regard se pose sur un être différent, absent, parfois trop présent, excité, agité, maniéré, obsédé, loquace, euphorique ou catatonique et totalement triste. Comment définir, interpréter, caractériser cette différence qui n'est pas toujours claire et évidente ? Il suffit d'un mot de trop, d'un geste excentrique ou d'un regard qui plonge dans le vide pour soudain soupçonner des traces de folie. La démesure, l'excès, l'irrationalité tout comme l'introversion, la peur morbide et le délire peuvent tous suggérer l'aliénation.

Docteur, « il est fou », « je vous dis qu'elle est folle !!! ». Ces réponses simples et spontanées ne suffisaient toutefois pas à confirmer la folie chez l'individu dont on demandait l'internement. Il fallait être plus précis, plus descriptif et tenter d'expliquer, entre autre, comment s'étaient manifestés les premiers signes de folie. Exercice auquel devait obligatoirement se plier la ou le requérant contraint de répondre à toutes les questions du *Formulaire « C »*, document annexé au certificat médical. Ces formules apparaissent à partir de 1890 dans les dossiers médicaux des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu. Ces précieux documents nous ont permis de mieux définir qu'est-ce que l'on qualifiait de manifestations insanes et quelles étaient les principales causes attribuées à la maladie mentale à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et au cours des premières décennies du siècle suivant.

### 3.2.1. Premières manifestations des comportements insanes.

Sans qu'on la connaisse ou qu'on l'attende, soudain elle prend vie à l'intérieur d'un corps et se manifeste par l'apparition de nouvelles habitudes, de nouvelles pensées et d'un nouveau discours. L'intérêt pour un individu, une activité ou une idée prend, au quotidien, des proportions exagérées. L'obsession, l'excès, l'excentricité sont au rendez-vous. Parfois, au contraire, l'inertie, l'indifférence et l'apathie soulèvent les plus vives inquiétudes. Les jours passent et ces petits comportements inconnus jusque là se manifestent avec plus d'intensité. À la lecture des 8 537 dossiers, au centre de cette étude, 246 manifestations différentes ont été répertoriées. Parmi les premières manifestations de folie observées par les requérants et déclarées lors de la demande d'admission, nous retrouvons, par exemple, des idées de grandeur, de persécution, de domination; des actes dangereux, incohérents, impulsifs, maniaques; des troubles du sommeil, de l'humeur, de perception; des excès alcooliques, sexuels, mystiques. Il y a aussi de la colère, de la jalousie, de l'immoralité, des scrupules, de la violence, du mutisme, de la haine. Finalement, un grand nombre de manifestations que nous avons été obligés, étant donné leur grande variété, de regrouper par thème.

Les premières manifestations d'insanité rapportées par les requérants sont divisées en huit thèmes généraux. Ces derniers réunissent à eux seuls les 246 manifestations ayant trait à l'agressivité, les troubles bio-physiques, les idées de persécution, les hallucinations, les comportements excentriques, mélancoliques, excessifs et religieux.



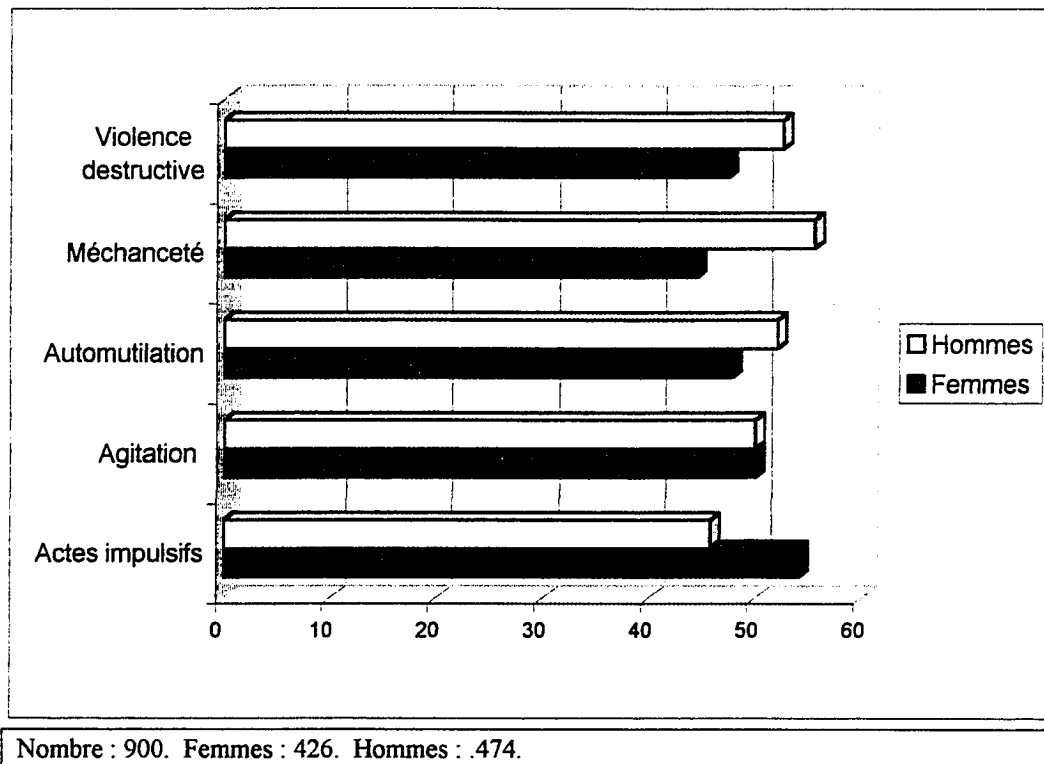
**Graphique 10. : Première manifestation de l'acte insane, en pourcentage, chez les femmes et les hommes internés à St-Jean-de-Dieu pour les années 1890 à 1896 et 1900 à 1921, une année sur trois.**

De façon plus détaillée, le graphique numéro « 10 » illustre parfaitement bien les manifestations les plus souvent mentionnées, au cours de toute la période étudiée, par les requérants demandant l'admission d'une femme ou d'un homme. Ce graphique illustre la première manifestation inscrite à la question 14 du *Formulaire « C »* : « Comment les premiers symptômes de la maladie se sont-ils manifestés? » Une seule manifestation a donc été retenue pour chaque cas d'admission malgré que, pour le 20<sup>e</sup> siècle, 71% des demandes d'admission mentionnent deux manifestations. La raison de ce choix est que la deuxième manifestation, dans la majorité des cas, est un synonyme de la première manifestation déjà inscrite. Elles font donc partie, toutes les deux, de la même catégorie.

Étonnamment, avec des pourcentages presque identiques, les premières manifestations tant des femmes que des hommes sont les mêmes. C'est-à-dire que la majorité des requérants désirant faire admettre leur malade à St-Jean-de-Dieu ont déclaré les mêmes manifestations insanes et cela indépendamment du sexe de la personne à admettre. La plus populaire, à 31% dans le cas des femmes et à 29.5% dans le cas des hommes, est l'agressivité. Il est ici question, entre autres, de comportements dangereux, destructeurs, violents, suicidaires, mais également, de désirs de vengeance, de tuer ou de mourir. D'autres manifestations de l'agressivité sont plutôt décrites comme étant colériques, malicieuses, menaçantes, impulsives ou méchantes. L'étude de Bronwyn Labrum portant sur le Auckland Lunatic Asylum, qui accueille une clientèle tant rurale qu'urbaine, révèle, également, que l'agressivité est la manifestation insane la plus souvent évoquée par les requérants lors de l'internement des femmes. Plus précisément, les menaces contre l'entourage, les membres de la famille et contre elles-mêmes sont au premier rang du classement des raisons d'internement de 34% des femmes, comparativement à 27% dans le cas des hommes.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> LABRUM, op., cit., p. 131.

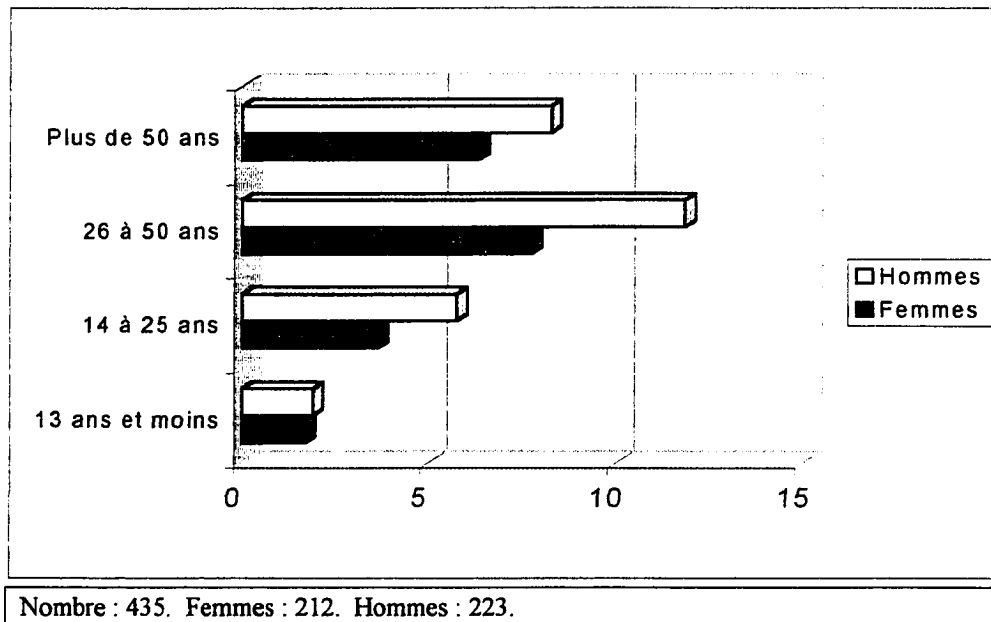


**Graphique 11. : Détails, en pourcentage, sur les manifestations agressives des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu, 1900 à 1921.**

Comment s'exprime, plus spécifiquement, l'agressivité des femmes comparativement à celle des hommes ? Reclassées sous cinq nouvelles étiquettes, les manifestations agressives permettent une meilleure interprétation de la violence féminine. Les femmes et les hommes présentant des comportements agressifs ont donc été réunis dans chacune des catégories pour ensuite être comparés. Le graphique numéro « 11 » illustre de façon plus détaillée la nature de l'agressivité exprimée par les femmes et les hommes internés à St-Jean-de-Dieu. Les cinq regroupements utilisés sont l'agitation, les actes impulsifs, l'automutilation, la méchanceté et la violence destructive. Il nous est maintenant possible de clarifier que même si les femmes et les hommes manifestent leur folie principalement par de l'agressivité, celle-ci ne s'expriment pas toujours de la même façon chez les deux sexes. Bien que l'agitation réunisse un nombre égal de femmes que d'hommes, il en est tout autrement lorsqu'il est question d'impulsivité et de méchanceté.

L'impulsivité suggère l'action au détriment de la réflexion. Les actes brusques, incontrôlables et parfois morbides sont les manifestations agressives de 54.2% des femmes et de 45.8% des hommes. La violence féminine, comparativement à celle des hommes, est plus souvent considérée comme une manifestation irréfléchie. Les hommes seraient toutefois de plus grands adeptes de la méchanceté. Ils sont 10% de plus que les femmes à faire craindre à leur entourage leurs colères, leurs furies, leurs mauvaises humeurs et leurs menaces de toutes sortes. Ils sont reconnus comme étant dangereux. Les hommes sont également un peu plus nombreux que les femmes à tourner leur agressivité contre eux. Les actes d'automutilation ont été répertoriés dans 52.1% des manifestations agressives des hommes et dans 47.8% de celles des femmes. L'agressivité masculine est également plus souvent destructive comparativement à celle des femmes. En somme, la désobéissance, la non-conformité et l'impulsivité féminine sont les seules manifestations agressives qui se distinguent plus spécifiquement de celles des hommes.

Le deuxième groupe de manifestations de l'acte insane le plus fréquemment noté est celui qui réunit les troubles bio-physiques. Cette catégorie regroupe les cas de débilité, d'idiotie, d'épilepsie, de paralysie et d'arrêt du développement cérébral, mais aussi tous les gens qui ont manifesté des troubles de santé physique comme la fièvre typhoïde, la méningite, des maux tête, de l'insomnie, de la constipation ou des pertes de mémoire. Dans ces cas bien précis, les premières manifestations de la maladie mentale sont étroitement liées à l'origine de la cause de la maladie mentale. Les troubles bio-physiques réunissent 18.5% de la population féminine et 18% de la population masculine.



**Graphique 12. : Pourcentage des manifestations bio-physiques des femmes et des hommes, selon l'âge à l'admission, 1890 à 1899 et 1900 à 1921, une année sur trois.**

Les malades admis à St-Jean-de-Dieu pour avoir manifesté un trouble insane d'ordre bio-physique ne sont pas, comme nous pourrions le croire, principalement des enfants atteints d'idiotie ou d'imbécillité ou encore des personnes âgées insomniaques, gâteuses et séniles. Les 26-50 ans réunissent le plus grand nombre d'aliénés ayant manifestés leur folie par des troubles physiques. La maladie physique chez l'homme semble être plus problématique que chez la femme. La force de travail que représentent les hommes est essentielle au sein du noyau familial. Si leurs capacités physiques, en plus des troubles d'ordre mental, nuisent à leur productivité, leur présence deviendra plus rapidement dérangeante et leur internement plus facilement envisageable.

La troisième grande catégorie, soit où on retrouve plus de 10% de la clientèle asilaire, rassemble tous ceux et celles qui ont fait éveiller des soupçons de folie chez

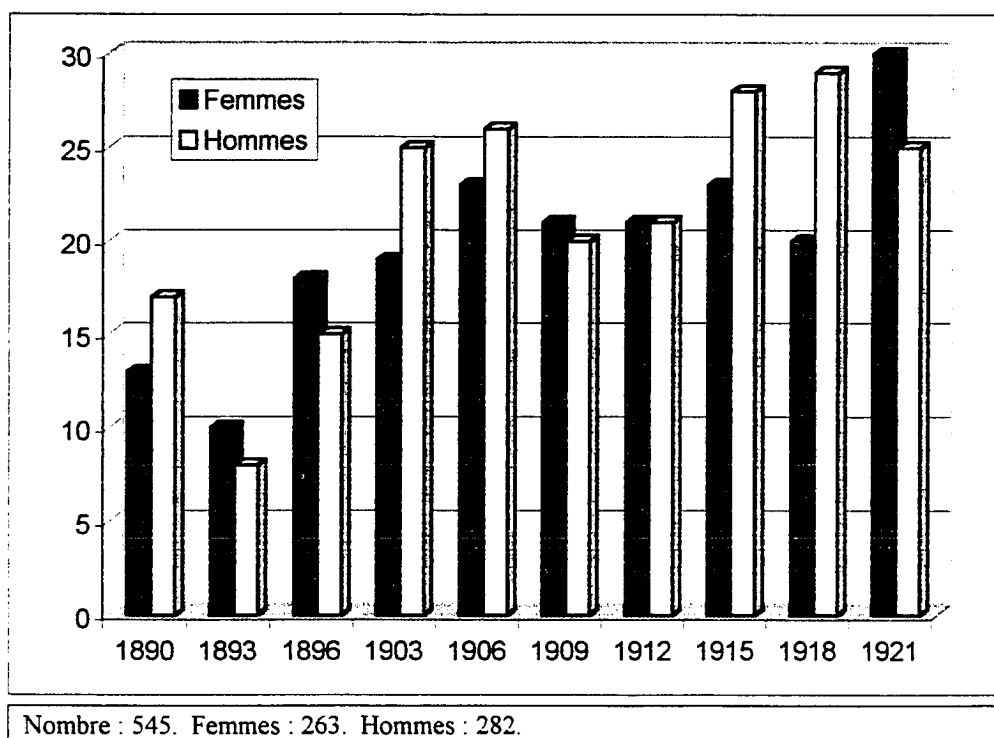
leur entourage par leurs comportements excentriques. L'excentricité regroupe 13.5% des femmes et 13% des hommes internés à St-Jean-de-Dieu. Ces femmes et ces hommes ont manifesté les premiers signes de leur folie en adoptant des comportements scandaleux, immoraux, indécents, bizarres et en faisant preuve d'insouciance, d'incohérence, d'extravagance ou de confusion. Plus spécifiquement, les différentes manifestations excentriques des femmes comparativement à celles des hommes démontrent de rares nuances. Bien qu'il soit ici question de disparités basées souvent sur moins de 2% de la population totale de l'asile, il est intéressant de soulever qu'au cours de la période étudiée les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à manifester leur aliénation par de la confusion ou de l'incohérence. Sinon, les femmes, tout comme les hommes, sont soupçonnées de folie à cause de leur « actes différents », leur « manières étranges » ou encore à cause de leur discours<sup>30</sup>.

Il est quand même surprenant que peu importe le sexe de l'individu nécessitant des soins en institution asilaire, les premiers signes de sa déraison ou du dérèglement de son esprit se manifestent presque de la même façon. À peine 0.5%, dans bien des cas, sépare les femmes des hommes dans l'expression des premiers signes d'insanité qui se manifestent par un comportement pieux, un délire de persécution ou hallucinatoire. Contre toute attente, contrairement à ce que l'on a souvent prétendu à l'effet que les hommes étaient internés en raison de leur agressivité et que les femmes l'étaient plutôt pour leur attitude dépressive, les cas de mélancolie sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. La différence demeure tout de même infime, soit 5.6% pour les femmes et 7% pour les hommes. En ce qui

---

<sup>30</sup> Selon les expressions inscrites dans les dossiers : « désordre dans les paroles »,

concerne les cas d'excès, même s'il s'agit d'à peine 2% de la population asilaire totale, quelques différences ont été observées. Au 19<sup>e</sup> siècle, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à manifester de l'excitation mentale et de l'euphorie alors que les hommes eux sont deux fois plus nombreux que les femmes à adopter des comportements hystériques. Dans le cas des manies, elles sont équivalentes entre les hommes et les femmes. Au 20<sup>e</sup> siècle, même si les disparités touchent une infime partie de la clientèle internée, les femmes demeurent deux fois plus nombreuses que les hommes à manifester de l'excitation motrice et de l'euphorie. Toutefois elles sont maintenant deux fois plus nombreuses que les hommes à adopter des comportements qualifiés d'hystériques et quatre fois plus nombreuses à manifester de la manie.

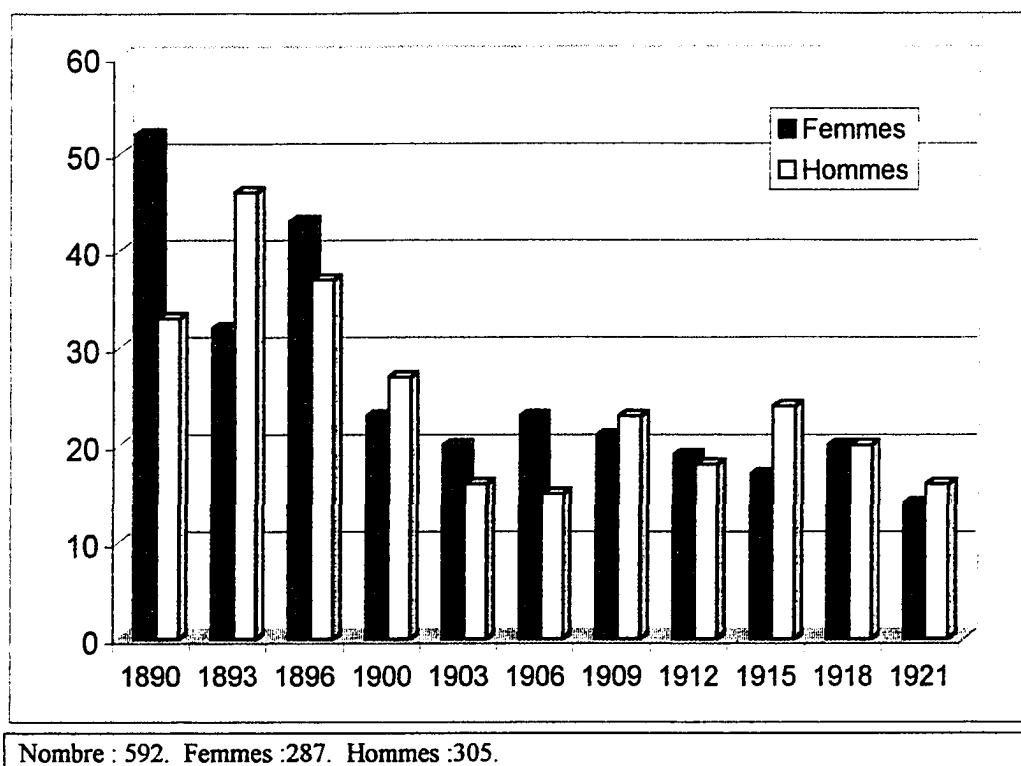


**Graphique 13. : Pourcentage des manifestations bio-physiques des femmes et des hommes admis à St-Jean-de-Dieu, fin 19<sup>e</sup> siècle, début 20<sup>e</sup>.**

« parle seul », « paroles incohérentes », « discours »,.

Un regard sur chacune des périodes étudiées pour le 19<sup>e</sup> et le 20<sup>e</sup> siècles fourniront d'autres éléments d'analyse sur les nombreuses similitudes qui existent entre les principales manifestations de l'acte insane, des femmes et des hommes, les plus fréquemment rapportées par les requérants.

En ce qui concerne les troubles bio-physiques, comme étant les premiers signes de folie chez l'individu à admettre à la Longue-Pointe, les hommes étaient plus nombreux, en 1890, à manifester leur folie par des troubles de santé. Cette majorité appartiendra à la gent féminine dès 1893 et cela jusqu'en 1900 pour ensuite laisser place à la gent masculine de 1903 à 1918. Au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle, les troubles bio-physiques sont rapportés entre 19% et 30% chez les femmes, ce qui représente une moyenne de 22% sur toute la période tandis que chez les hommes il varie entre 11% et 29% pour une moyenne de 23%. Il est à noter que cette catégorie regroupe aussi tous les cas d'idiotie, d'imbécillité et de débilité, soit tous les cas de folie de naissance. Nous reviendrons lors de l'analyse des diagnostics médicaux sur ces cas bien précis de folie incurable.



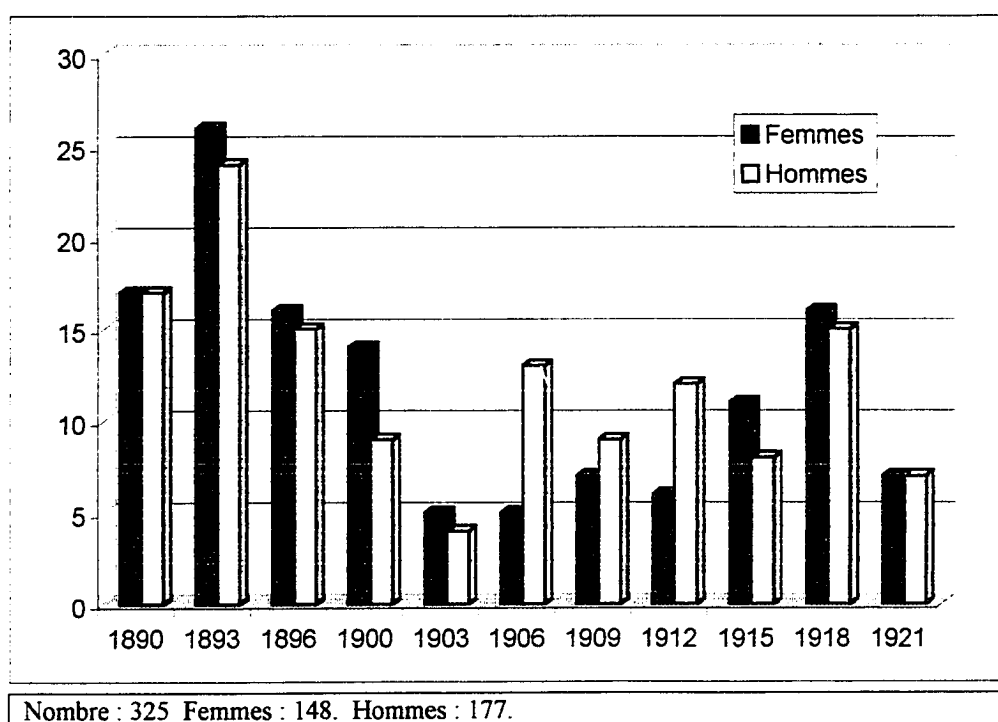
**Graphique 14. : Pourcentage des manifestations agressives des femmes et des hommes admis à St-Jean-de-Dieu, fin 19<sup>e</sup> siècle, début 20<sup>e</sup>.**

Les comportements violent et dangereux, habituellement attribués aux hommes, ont toujours été les principales raisons qui justifiaient l'internement. Comme le mentionne Cellard, une augmentation de l'enfermement asilaire des femmes à partir de la fin du 19<sup>e</sup> siècle est observée<sup>31</sup>. Contrairement à cette indication tirée des documents d'interdiction et curatelle, cette tendance, nous l'avons vu, n'est pas aussi claire à la lecture des dossiers médicaux de St-Jean-de-Dieu à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles. Néanmoins, l'augmentation de la population féminine en institution asilaire, expliquée par un contrôle social plus serré exercé sur les marginaux, annonce également une diminution notable des cas de violence comme raison justifiant l'internement. Les données recueillies à St-Jean-de-Dieu vont également dans le même sens et cela même si les comportements agressifs, violents

<sup>31</sup> CELLARD, op. cit. p. 255.

et dangereux demeurent au premier rang parmi les principales manifestations d'actes insanes et cela tant chez les femmes que chez les hommes.

Au cours du 19<sup>e</sup> siècle, les trois années témoins de notre échantillon révèlent que la folie de 42% des femmes et de 39% des hommes s'est manifestée par des comportements violents, des gestes agressifs ou une attitude menaçante. En ce qui a trait aux premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle, on observe pratiquement la moitié moins de cas qu'à la fin du 19<sup>e</sup> siècle chez qui les premiers signes de folie se sont manifestés par des actes dangereux ou violents, plus précisément 19.6% des femmes et 19.8% des hommes. Cette perte de 20% de cas d'agressivité, tant chez la population féminine que masculine, a été récupérée par une augmentation des cas de mélancolie, de persécution et des comportements excessifs.



**Graphique 15. : Pourcentage des manifestations excentriques des femmes et des hommes admis à St-Jean-de-Dieu, fin 19<sup>e</sup> siècle début 20<sup>e</sup>.**

Pour ce qui est des manifestations d'excentricité comme première manifestation de folie chez les femmes et les hommes dont l'internement est demandé à St-Jean-de-Dieu jusqu'en 1900, les cas sont plus nombreux qu'au cours des décennies suivantes. Une importante diminution de ces cas est observée à partir de 1903 suivi d'une remontée graduelle chez les femmes. Les cas d'excentricité féminine varient entre 14% et 26% de 1890 à 1900 et de 5% à 16% de 1903 à 1921. Du côté des hommes, en moyenne, les cas d'excentricité, de 1890 à 1903, sont de 16% et de 10% de 1903 à 1921. Malgré la diminution significative des cas d'excentricité féminine, les femmes demeurent plus nombreuses que les hommes à manifester leur folie par des actes d'indécence, d'incohérence, d'extravagance, d'insouciance et de bizarreries de toutes sortes.

Ces quelques précisions sur les principales manifestations d'actes insanes notés par les requérants permettent effectivement d'observer une réelle multiplication des différentes manifestations de folie. Au 19<sup>e</sup> siècle, le tiers de la population féminine et masculine se retrouvait groupée dans deux principales catégories, alors que dès le 20<sup>e</sup> siècle à peine le quart des femmes et des hommes sont réunies sous la même étiquette de gestes insanes. Les cas de persécutions, d'hallucination, de mélancolie et d'excès tournent autour des 10% alors qu'au 19<sup>e</sup> siècle à peine 5% de la gent féminine et masculine étaient les acteurs de telles manifestations. Nous assistons ici, comme le mentionne Cellard à « l'élargissement de la définition même de la folie, dont l'étiquette s'applique à une proportion de plus en plus large d'individus [...] »<sup>32</sup> Quant aux différentes manifestations reliées, plus spécifiquement, à la prise d'alcool, de 1900 à 1921, seulement 0.3% des femmes et 0.6% des hommes font partie de

---

<sup>32</sup> CELLARD, 2001, op. cit.

cette catégorie<sup>33</sup>. Les actes de folie de nature sexuelle regroupent 1.4% des hommes et 2.3% des femmes. Ceci dit, bien que les manifestations déviantes de nature sexuelle s'expriment deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes, les comportements sexuels des femmes sont rarement dénoncés comme symptômes de troubles mentaux.

### **3.2.2. Insensé-e-s depuis quand ?**

Une douleur, une faiblesse, peut-être bien une frénésie ou plutôt l'angoisse. La folie se manifeste. Elle agit sur le corps et l'esprit. Le regard est lointain, le sourire est hébété, les doigts sont constamment en mouvement. Parfois c'est le corps tout entier qui est inanimé, comme s'il était inhabité. Des petites habitudes, des tics, des manies, des « toc »<sup>34</sup> ritualisent le quotidien de toute la maisonnée, jusqu'au jour où c'en est trop. Combien de jours, de mois ou d'années se seront écoulés avant que les procédures d'internement soient entreprises? Depuis combien de temps toute la famille subit les grimaces, les menaces et les injures d'une femme ou d'un homme atteint de maladie mentale?

---

<sup>33</sup> Cette catégorie, comme celle sur les actes de nature sexuelle, n'a pas été intégrée dans le graphique numéro « 10 » sur les premières manifestations de l'acte insane, parce qu'elle concerne moins de 2% de la population asilaire.

<sup>34</sup> Toc : troubles obsessionnels compulsifs.

**Tableau 2**  
**Apparition des premiers symptômes de la maladie pour lesquels l'admission est demandée, en mois ou en années<sup>35</sup>.**

	1903		1909		1915		1921	
	Femmes/ N/%	Hommes/ N/%	Femmes/ N/%	Hommes/ N/%	Femmes/ N/%	Hommes/ N/%	Femmes/ N/%	Hommes/ N/%
<b>Moins d'un mois</b>	34/32	21/21	43/28	28/18	23/13	20/11	28/21	23/13
<b>1 à 6 mois</b>	19/18	18/18	20/13	27/18	33/19	31/17	31/23	12/7
<b>6 à 12 mois</b>	13/12	22/22	18/12	21/14	23/13	37/21	5/4	17/10
<b>1 à 5 ans</b>	11/10	12/12	33/22	33/22	27/15	33/18	32/24	26/15
<b>5 à 10 ans</b>	6/6	2/2	7/5	11/7	10/6	15/8	6/4.5	7/4
<b>10 à 15 ans</b>	2/2	4/4	1/1	3/2	27/15	4/2	4/3	5/3
<b>15 ans et plus</b>	8/7.5	4/4	7/5	11/7	17/10	19/11	13/10	9/5
<b>aucune mention</b>	13/12	16/16	22/15	19/12	15/9	20/11	14/10.5	74/43
<b>Nombre total d'admissions</b>	106 / 99		151 / 153		175 / 179		133 / 173	

Les données compilées sur le temps qui s'est écoulé depuis l'apparition des premiers symptômes de la maladie et la demande d'internement portent seulement sur les premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle. Le grand nombre de variables manquantes pour la fin du 19<sup>e</sup> siècle, soit plus de 70%, biaiserait les résultats concernant les stratégies familiales en ce qui a trait à l'internement asilaire du fou de la famille. Plus de 80% des requérants, de 1900 à 1921, ont, cependant, répondu à la question #13 du *Formulaire « C »* : Quand les premiers symptômes de la maladie se sont-ils manifestés?

Les pourcentages du tableau numéro « 2 » indiquent clairement certaines différences entre les tendances familiales vis-à-vis l'internement d'une femme ou d'un homme. Ces dernières se traduisent par une plus grande vigilance à soumettre les femmes au

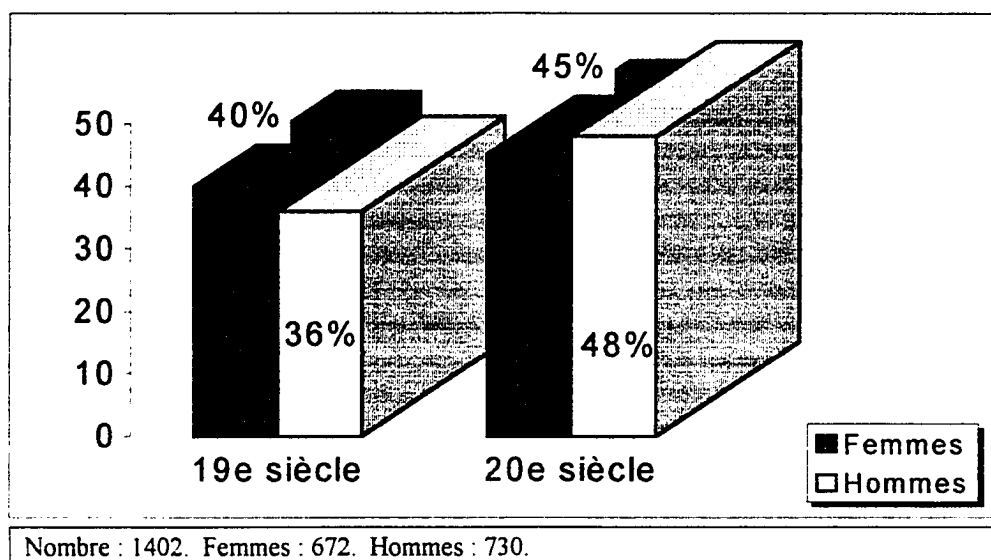
<sup>35</sup> Question 13 du Formulaire « C » : « Quand les premiers symptômes de la maladie se sont-ils manifestés? »

traitement asilaire, c'est-à-dire après moins d'un mois après l'apparition des premiers indices d'aliénation. Dans le cas des hommes, l'internement semble être moins pressant, les procédures d'admission sont entreprises plus de six mois après les premières manifestations du trouble mental. En moyenne, 23.5% de la clientèle asilaire féminine se retrouve à l'admission de l'institution avant même le premier mois de manifestations d'actes et de paroles dénués de bon sens. Tandis que 17% des hommes seront soumis aux procédures d'admission seulement après plus d'un an de dérèglements mentaux.

Il faut quand même convenir que cette précipitation pour l'hospitalisation concerne moins du quart de la population féminine. Malgré le fait que 42% des femmes se font interner six mois après les premiers signes de folie, il n'en demeure pas moins que 19% des femmes sont gardées au sein du milieu familial pendant plus de cinq ans avant de faire l'objet d'une procédure d'admission à l'asile. Moins nombreux sont les hommes à être gardés aussi longtemps. Ils sont 15% à passer plus de cinq ans au sein du foyer familial avant d'être internés. La majorité d'entre eux, soit 28%, demeure au sein de leur famille entre six mois et cinq ans.

Cette lecture sur la rapidité à faire admettre ou au contraire la non précipitation à soumettre son malade aux procédures d'internement remet en question toute la vulnérabilité de la gent féminine comparativement aux hommes. Nous l'avons vu, les femmes admises à St-Jean-de-Dieu sont majoritairement célibataires et plus de 50% sont sans emploi. Elles sont nombreuses obligatoirement à dépendre d'une ressource familiale ou autre. Il est donc beaucoup plus facile d'envisager l'internement d'un membre non seulement qui ne contribue pas au soutien de la

famille, mais qui en dépend totalement. Le profil masculin est tout à fait différent puisque 77% des hommes déclarent avoir un métier. Leur contribution est essentielle au sein de la cellule familiale, surtout lorsqu'il est le seul support économique de la famille. Il est tout à fait plausible qu'on tente de retarder l'internement du père de famille ou de l'aîné d'une famille nombreuse. Inévitablement, l'admission devra être envisagée, mais tant que la situation demeure à la limite du tolérable, la priorité est de conserver la force de travail que représente l'aliéné au sein de son milieu de vie.



**Graphique 16. : Pourcentage de femmes et d'hommes admis à St-Jean-de-Dieu, ayant déjà été traités dans une institution asilaire.**

Il ne faut pas négliger les antécédents de la patiente ou du patient faisant l'objet d'une demande d'admission à la Longue-Pointe. Considérant qu'un grand nombre de malades admis à St-Jean-de-Dieu n'en sont pas à leur première visite, le réflexe d'interner rapidement ou au contraire de patienter quelques jours ou quelques mois influence assurément la donne. Puisque 45% des femmes et 48% des hommes, au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle, ont déjà été traités dans un asile d'aliénés, il est probable que les proches de ces derniers, connaissant bien les

symptômes de leur malade, étaient en mesure d'y faire face plus facilement. Ce qui nous amène à croire que parmi ceux qui ont déclaré que les premières manifestations de folie de leur malade remontent à il y a plus de 10 ans, ces derniers avaient probablement déjà été internés. Peu nombreux sont ceux qui sont admis pour la première fois à l'asile après plus de 10, 15 ou 20 ans de maladie mentale. Le fait que 48% des hommes aient des antécédents en institution asilaire confirme, en quelque sorte, la nécessité de leur présence au sein de la cellule familiale et laisse penser qu'ils étaient nombreux à quitter l'asile après une amélioration simplement suffisante de leur condition mentale pour leur permettre de contribuer à nouveau au soutien de la famille. C'est du moins ce qu'ont vécu Ovila et Edouard :

Je vous écris cette lettre en vous faisant dire que je veu avoir mon beau frère Ovila [...] voilà assez longtemps qu'il est enfermer. Je prend toute responsabiliter sur lui et il a de la difilculter a parler mais sa me fait rien il est capable de travailler comme un homme.<sup>36</sup>

Je m'adresse a vous pour vous demander la mise en liberté de mon frère Edouard. Je me rends responsable pour sa conduite etc, car je tiens à l'avoir comme associé. Je dois ouvrir boutique de steamfitter et je désire lui faire un avenir. Et il aidera à ma mère pour subvenir à ses besoins. Elle est seule aucun revenu pécuniaire que la pension alimentaire que je lui donne chaque mois \$5.00 et n'aura que le revenu de l'héritage de son frère qu'en juillet 1919. Alors vous voyez ça triste position. Espérant de vous une réponse favorable qui soulagera le cœur d'une mère.<sup>37</sup>

L'augmentation de 5% des femmes et de 12% des hommes, au cours du 20<sup>e</sup> siècle comparativement au siècle précédant, à solliciter, encore une fois, un traitement en institution asilaire, sous-tend qu'effectivement la population utilise de plus en plus

---

<sup>36</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : # 9547. Lettre du beau-frère du patient adressée au surintendant médical. Montréal, 20 avril 1919. L'orthographe de cette citation est fidèle au texte d'origine. Nous avons cru bon de ne pas alourdir le texte en y ajoutant, comme le veut la méthodologie dans de tel cas, les mentions : (sic). Il en sera ainsi pour toutes les citations de la présente étude.

l'asile comme centre de répit. Près de la moitié de toutes les femmes et de tous les hommes admis entre 1900 et 1921 ont déjà été admis une fois ou plus dans une institution asilaire. Il n'est pas ici question des malades qui bénéficient d'un congé d'essai pendant lequel une dégradation de leur état oblige les membres de leur famille à les retourner à l'asile. Il s'agit plutôt de femmes et d'hommes, libérés de l'asile après l'obtention de leur congé définitif, qui doivent être à nouveau hospitalisés. Nous l'avons vu précédemment, le nombre de patients traités chaque année à St-Jean-de-Dieu augmente considérablement, soit de 40% de 1896 à 1914. Plusieurs restent enfermés pendant de nombreuses années, sinon pratiquement toute leur vie, tandis que près de la moitié subissent plutôt l'effet « portes tournantes » que leur offre l'asile. Il est vrai que certains sont libérés à cause des pressions qu'exerce la famille sur le surintendant médical, mais certains autres connaissent une réelle amélioration de leur état et sont déclarés guéris. Cet état de « santé mentale » n'est, semble-t-il, qu'illusoire.

### **3.2.3. Les causes de la maladie.**

On suppose, on devine, on imagine, les causes de la folie par mille et un petits indices qui font croire à un dérèglement, une perturbation, un choc, un traumatisme ou une instabilité quelconque. S'éloignant des explications médicales et des interprétations purement scientifiques, les requérants ne semblent pas concevoir que c'est la « maladie » qui a pris le contrôle d'un corps et d'un esprit animés par la déraison. Comme si le fait de prendre un coup de soleil, manger trop de maïs, aimer

---

<sup>37</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : # 8387. Lettre du

la lecture expliquait, au même titre qu'une peine d'amour ou la perte d'un enfant par exemple, l'attitude incohérente, l'impulsivité, les comportements dangereux, les idées suicidaires, l'agitation verbo-motrice ou une perpétuelle tristesse.

En tentant de comprendre qu'elles sont les principales causes auxquelles les requérants attribuent l'origine du trouble mental de leur protégé, nous cherchons à évaluer l'opinion sociale et les jugements de valeur en vigueur à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles. Quels étaient les principaux comportements, les attitudes, les pensées et les gestes marginalisés par la société? Dans le cadre de ce chapitre sur les stéréotypes sexuels de l'enfermement, il est des plus intéressant d'étudier les différentes activités de l'esprit ou du corps qui symbolisent la folie. Cela dit, notre réel intérêt est de découvrir quelles sont les réactions des femmes et celles des hommes qui suscitent le plus d'inquiétudes et font soupçonner l'aliénation.

**Tableau 3**

**Causes probable, selon les requérants, à l'origine du trouble mental, 1891 à 1897 et 1900 à 1921, une année sur trois.**

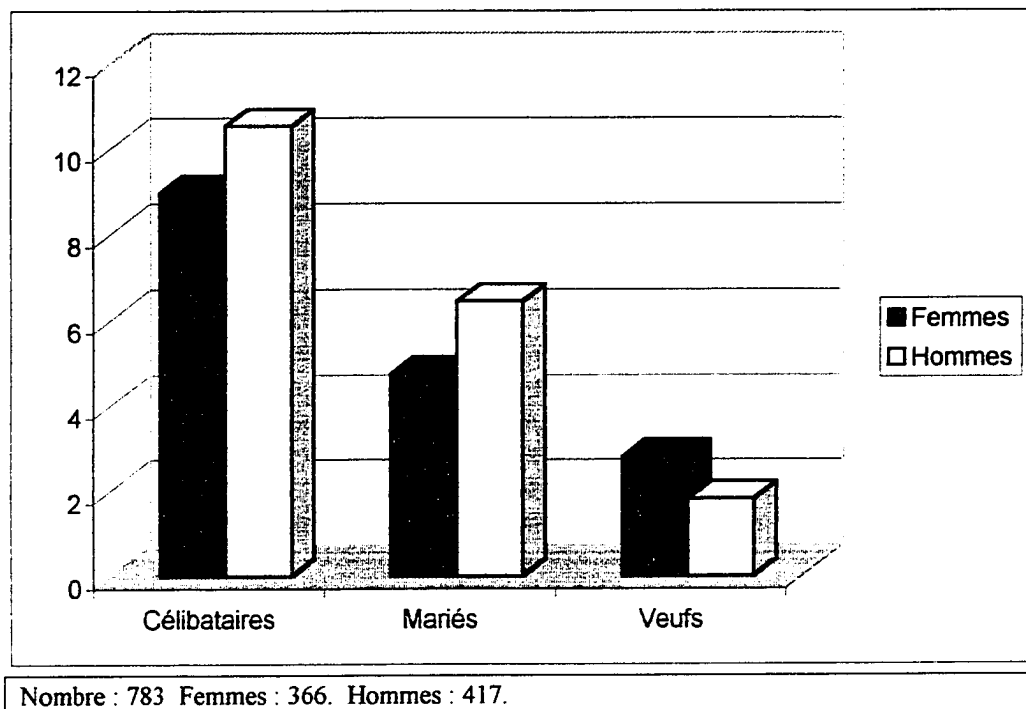
	Fin 19 <sup>e</sup> siècle		Début 20 <sup>e</sup> siècle	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Attitude dépressive	8%	2%	9%	3%
Choc post-traumatique	3%	3%	4%	4%
Comportements marginaux	6%	5%	6%	4%
Consommation toxique	2%	6%	5%	10%
Perturbation dans les habitudes de vie	11%	10%	3%	5%
Traits de caractère	6%	3%	3%	2%
Troubles physiques	26%	31%	42%	43%
Autre	0.3%	1%	1%	2%
Inconnues	38%	38%	27%	27%

frère du patient adressé au surintendant médical. Montréal, 5 décembre 1917.

À l'instar du travail fait dans l'analyse des données concernant les manifestations insanes, les causes attribuées à l'origine du trouble mental selon les requérants ont également été regroupées par thème. Les 243 causes répertoriées lors de l'entrée de données ont été divisées en neuf groupes qui représentent le mieux la diversité des causes soumises par les requérants. Ce n'est qu'après 1890 que nous retrouvons, dans les dossiers médicaux, les réponses des requérants sur les causes attribuées à l'origine de la maladie. Il est vrai que plus de 30% des répondants n'avaient aucune idée de l'origine de la cause de la maladie de la personne qu'ils cherchaient à faire interner. Ils connaissaient les manifestations de l'état d'insanité du malade, mais ne pouvaient les associer à aucun événement, habitude ou comportement en particulier. Heureusement près de 70% des requérants se sont pliés à l'exercice et ont associé la maladie de leur protégé, dans la majorité des cas, à une cause. Les principaux thèmes choisis afin de mettre en relief la multitude de raisons évoquées comme étant responsables du trouble mental sont l'attitude dépressive, le choc post-traumatique, les comportements marginaux, la consommation toxique, la perturbation des habitudes de vie, les traits de caractères, le trouble physique, et finalement les causes inconnues. Il est à noter que certaines causes uniques en leur genre ont plutôt été classées dans une catégorie « autre ». Ces dernières représentent, en moyenne pour les 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles, 1% des causes attribuées à l'origine de la maladie mentale.

Plus spécifiquement, outre le nombre de causes inconnues, les troubles physiques constituent la raison la plus fréquemment évoquée pour expliquer la folie des femmes et des hommes en processus d'admission et cela tant au 19<sup>e</sup> qu'au 20<sup>e</sup> siècle. Sous l'étiquette des troubles physiques sont réunies, entre autres, les maladies

physiques, l'hérédité, les fonctions cérébrales déficientes, les maladies congénitales et l'épilepsie. Les troubles physiques sont également dans l'étude de McCandless les causes les plus nombreuses associées à la maladie mentale des femmes internées au South Carolina Lunatic Asylum, mais de façon beaucoup plus marquée qu'à la Longue-Pointe. De 1875 à 1900, soit avant l'arrivée des femmes noires au sein de l'institution, la folie de 42% des femmes est associée à une maladie physique ou congénitale, à l'hérédité, la sénilité, l'épilepsie ou l'endommagement des fonctions cérébrales.<sup>38</sup>



**Graphique 17. : Pourcentage des causes de folie d'ordre physique des femmes et des hommes admis à St-Jean-de-Dieu, selon leur état civil, début 20<sup>e</sup> siècle.**

Plus précisément, au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle, les femmes et les hommes internés pour une folie causée, selon les requérants, par un trouble physique touche un plus grand nombre de célibataires. Il y a deux fois plus de femmes

<sup>38</sup> McCANDLESS, op., cit., p. 559.

célibataires hospitalisées que de femmes mariées et trois fois plus que de femmes veuves dont la cause de la folie est reliée à une maladie physique. Du côté des hommes, il y a deux fois plus d'hommes célibataires que d'hommes mariés et cinq fois plus que d'hommes veufs dont on soupçonne une maladie physique responsable des troubles insanes. Finalement, l'incapacité physique et mentale des gens seuls et dépendants suggère une intolérance plus vive face à leur état de santé.

Au cours de la dernière décennie du 19<sup>e</sup> siècle, après les troubles physiques, la cause de folie la plus fréquente, tant pour les femmes que pour les hommes, est la perturbation des habitudes de vie. Selon les requérants 11% des femmes et 10% des hommes ont développé leur trouble mental à la suite d'un mariage, d'un déménagement, de problèmes d'ordre judiciaire ou financier ou encore de troubles familiaux. Cette cause est moins souvent rapportée au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle. À peine 3% des femmes et 5% des hommes ont développé une maladie mentale à la suite de changements dans leurs routines quotidiennes.

La troisième cause attribuée à la maladie mentale des femmes est reliée à leur attitude dépressive. L'ennui, l'abandon, l'isolement, la tristesse sont les principales expressions dépressives tenues responsables de la folie de 8% des femmes entre 1891 et 1897. De 1900 à 1921, l'attitude dépressive est la cause attribuée à la folie de 9% des femmes. Chez la gent masculine, l'attitude dépressive comme cause d'aliénation mentale est plutôt rare, seulement 2% à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et 3% au début du 20<sup>e</sup> siècle et cela malgré le fait, tel que déjà mentionné, que 7% des hommes manifestent les premiers signes de leur aliénation par de la mélancolie. Même si les hommes adoptent une attitude dépressive dans presque 2% plus de cas que les femmes, leur

maladie mentale est rarement attribuée à de la mélancolie, de la tristesse ou des pleurs. En somme, socialement l'attitude dépressive suscite de l'inquiétude et fait soupçonner l'aliénation mentale dans trois fois plus de cas chez les femmes que chez les hommes. Les pensées tristes, l'isolement et la mélancolie sont perçus comme étant des comportements dépressifs qui à eux seuls expliquent l'état d'aliénation des femmes. Ces mêmes attitudes exprimées par la gent masculine ne s'interprètent pas comme étant des causes de folie, mais plutôt des réactions à des événements sérieux et important dans la vie d'un homme tels que la perte d'un emploi, des difficultés en affaire ou des problèmes professionnels. C'est à croire qu'il était clair et suffisant d'identifier la cause de la folie féminine par une attitude dépressive comme si elle était intrinsèque à la gent féminine, tandis que chez les mâles elle est plutôt la conséquence d'un échec, comme s'il fallait justifier la vulnérabilité, la faiblesse, la mollesse masculine. D'une autre façon, la consommation toxique par les hommes explique dans un plus grand nombre de cas les raisons de leur aliénation. Elle est la deuxième cause la plus souvent mentionnée au cours du 20<sup>e</sup> siècle comme étant responsable des faiblesses de l'esprit des hommes. L'abus de tabac ou d'alcool est évoqué dans 10% des cas lors de l'admission des hommes, comparativement à seulement 5% dans le cas des femmes. Dans ce cas si, la consommation toxique justifie, dans un certain sens, les gestes, les attitudes et les comportements insoucians, illogiques ou incongrus masculins.

Les nombreuses causes soumises par les requérants, par conséquent les nombreuses catégories utilisées pour l'analyse, fractionnent inévitablement les raisons attribuées à la folie des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu. À l'exception des troubles physiques, rarement plus de 10% des causes sont regroupées sous la même

étiquette. Pour toute la période étudiée, les chocs post-traumatiques réunissent seulement 3.5% des femmes et 3.5% des hommes sous l'effet d'un traumatisme suite à un accident, une chute, un coup à la tête ou une opération. La maladie liée au caractère du malade revient dans 4.5% des admissions féminines et dans 2.5% de celles des hommes. Dans ces cas, il est surtout question de leur ambition, leur orgueil, leur tempérament, leur caractère excentrique ou au contraire leur contrariété, leur découragement, leur nervosité. Fait intéressant, même s'il s'agit de proportions infimes, la folie, selon le requérant, est causée par de la contrariété et de la nervosité deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Tandis que la cause de la folie des hommes est plus souvent reliée à leur ambition, leur orgueil, mais aussi à leur découragement. Finalement, 6% des femmes et 4.5% des hommes sont soupçonnés de folie parce qu'elles ou ils pratiquent des activités marginales pour leur époque. Les activités politiques, la lecture de roman, les excès dans le travail, les rapports charnels ou l'onanisme sont étiquetés comme étant des vices, des déviations, en somme, des activités qui s'écartent de la norme morale ou sociale communément admise. Nous avons regroupé ces activités sous l'étiquette comportements marginaux. Dans le cas des excès, il est surprenant de constater que malgré la proportion considérable de célibataires, femmes et hommes, faisant l'objet d'une procédure d'internement et qu'« a priori, on a généralement conclu que cette condition sociale [célibat] était une cause importante d'aliénation mentale.<sup>39</sup> », les aliénés mariés sont le groupe le plus nombreux de femmes et d'hommes dont les excès de toutes sortes sont attribués à leur folie. Plus précisément, au 20<sup>e</sup> siècle, les activités particulières des hommes pointées deux fois plus souvent que chez les femmes comme étant responsable de la folie sont la lecture et la masturbation.

---

<sup>39</sup> Rapport médical annuel de 1876 des docteurs Landry et Roy de l'Asile de

L'activité particulière qui semble avoir causé le plus souvent la folie des femmes est dans 33% des cas la religion tandis qu'elle apparaît dans seulement 9% des cas chez les hommes. Serait ce que les femmes sont tout simplement plus dévotes que les hommes?

De 1900 à 1921, la biologie féminine correspond à seulement 4% des causes reliées au trouble mental des femmes. Ce pourcentage est plutôt faible, surtout lorsque comparé aux chiffres de McCandless, pour la période de 1875 à 1900, alors que 16% des causes de folie sont reliées au système reproducteur de la femme.<sup>40</sup> Cet écart s'explique peut-être du fait qu'à partir du 20<sup>e</sup> siècle l'intérêt pour le corps de la femme ne se limite plus à ses organes génitaux. Contrairement à la période victorienne, une approche globalisante de la femme permet d'outre-passer le mystère du sexe féminin, favorisant ainsi la recherche d'explications plus générales, mieux connectées au corps tout entier de la femme, mais également à toutes les sphères d'activité de la gent féminine. À St-Jean-de-Dieu, les principales causes reliées à la biologie féminine sont la grossesse, la fièvre puerpérale, les menstruations ou leur absence et la ménopause.

En somme, les principales causes attribuées au trouble mental des femmes et des hommes internés à la Longue-Pointe sont en majorité reliées à des dysfonctions physiques ou cérébrales d'origine héréditaire, congénitale ou traumatique. Le changement des habitudes de vie, les comportements marginaux et les traits spécifiquement reliés à la personnalité du malade après les problèmes de santé du corps expliquent le mieux, selon les requérants, les origines de l'aliénation mentale.

---

Beauport, p.27.

Dans la majorité des cas, c'est le corps qui s'avère le principal responsable du dérèglement de l'esprit. Selon l'avis des aliénistes, de quoi souffrent ces fous et ces folles ?

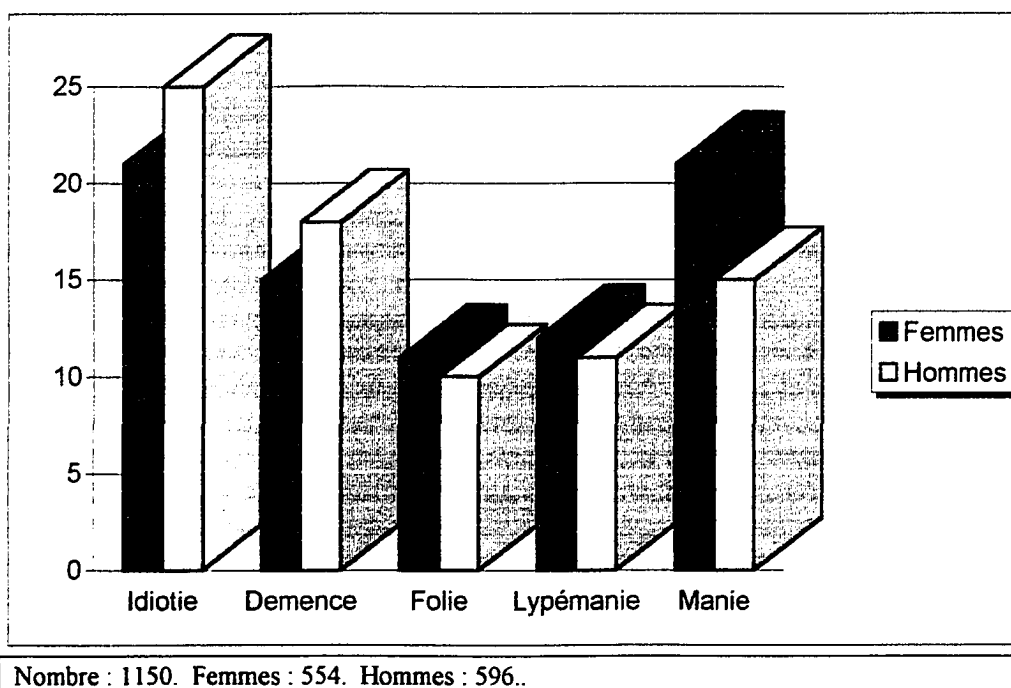
#### **3.2.4. L'opinion de l'aliéniste.**

Jusqu'ici, la folie des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu a surtout été illustrée par les commentaires, les témoignages et les réponses au formulaire « C » fournis par les requérants. Ce sont les opinions de ces derniers qui ont finalement tracé la ligne entre ce qui est fou et ce qui est sain. Ce n'est que par leurs yeux, leurs expériences et leurs capacités à expliquer l'acte insane que nous devinons les comportements acceptables et ceux qui ne le sont pas dans les sociétés du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècles.

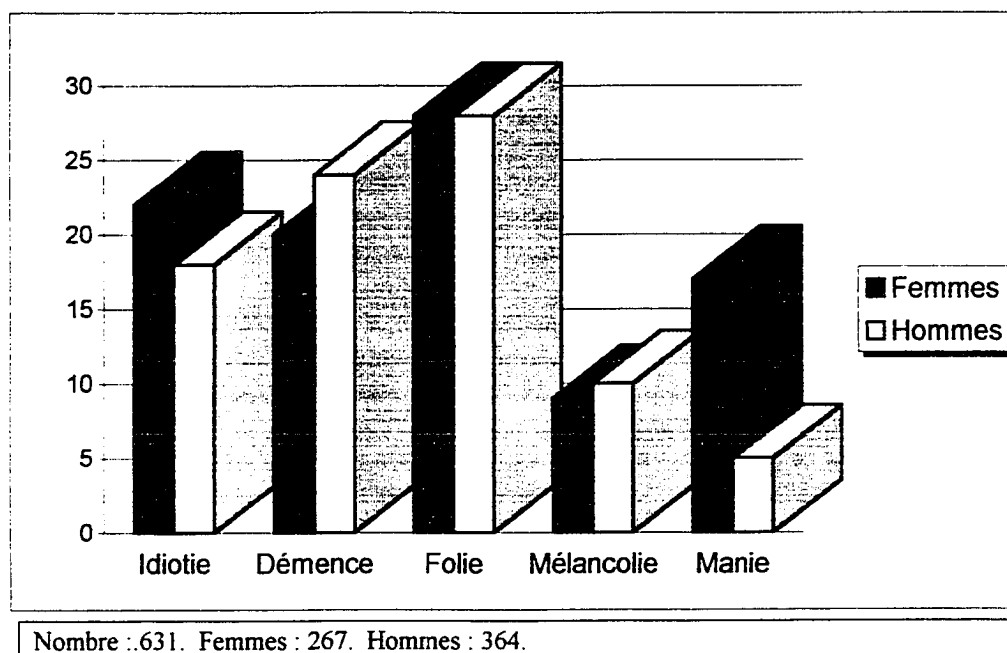
La réalité institutionnelle se lit autrement. À l'intérieur de l'enceinte qui sépare le « vrai monde » des fous, l'individu dont l'aliénation mentale est reconnue socialement est maintenant perçu comme un malade. Un être atteint d'une perte de raison, d'un arrêt du développement du cerveau, d'un affaiblissement des facultés intellectuelles, d'une dépression grave de l'humeur ou d'un accès d'agitation furieuse. Un être malade qui n'est plus pointé du doigt comme étant trop bizarre, trop dangereux ou trop insensé. Quel est le regard que pose l'aliéniste sur les femmes et les hommes qu'il accepte de traiter à l'intérieur des murs de l'asile ? Comment les classifications médicales s'adaptent-elles, au cours du 20<sup>e</sup> siècle, à la hausse des comportements étiquetés comme étant hors norme ?

---

<sup>40</sup> Mc CANDLESS, op., cit., p. 559.



**Graphique 18. : Classifications médicales, en pourcentage, des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu, 1873 à 1897, une année sur six.**



**Graphique 19. : Classifications médicales, en pourcentage, des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle.**

Il est intéressant de débiter l'analyse des classifications médicales en séparant les cas du 19<sup>e</sup> et ceux du 20<sup>e</sup> siècles. Cette distinction est importante parce que ce n'est qu'au cours du 19<sup>e</sup> siècle que tous les patients sans exceptions, inscrit dans le registre des aliénés, ont un diagnostic. Cette analyse concerne donc 100% des admissions tant des femmes que des hommes. Cette rigueur médicale ne s'est malheureusement pas poursuivie au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle.<sup>41</sup> Un diagnostic psychiatrique a été trouvé dans à peine 50% des dossiers faisant partie de l'échantillon concernant le 20<sup>e</sup> siècle.

Un premier regard sur les principales classifications médicales utilisées de 1873 à 1898 est des plus étonnant. Même si les pourcentages entre le nombre de femmes et d'homme varient légèrement, les cinq classifications les plus populaires sont exactement les mêmes tant chez les femmes que chez les hommes. Une majorité d'hommes internés à la Longue-Pointe est atteinte d'idiotie, une forme incurable de maladie mentale. « Les facultés intellectuelles, l'affectivité et le développement psycho-moteur des malades apparaissent à peine ébauchés, voire complètement inexistant. »<sup>42</sup> Les hommes sont plus nombreux que les femmes à être internés pour idiotie. La majorité des femmes est également répartie entre l'idiotie et la manie. La manie est la maladie mentale des femmes dans 21% des cas et celle des hommes dans 15% des cas. La manie est « une forme de folie marquée par des accès d'agitation furieuse et de délire. »<sup>43</sup> La troisième maladie retrouvée le plus souvent chez la population asilaire féminine et masculine est la démence. Cette forme de

---

<sup>41</sup> Cette particularité sera analysée au cours du chapitre cinq.

<sup>42</sup> *Dictionnaire Marabout de la médecine*, Verviers, Marabout, 1979, p.352.

<sup>43</sup> POMMERAU, Xavier, *Dictionnaire de la folie*, Paris, Albin Michel, 1995, p. 270.

folie<sup>44</sup> caractérisée par des incohérences mentales et de l'affaiblissement intellectuel est incurable et touche 18% des hommes et 15% des femmes. Jusqu'à présent, le profil de la clientèle asilaire selon leur classification médicale respective révèle que 43% des hommes et 36% des femmes sont atteints d'une forme incurable de maladie mentale.

L'asile St-Jean-de-Dieu accueille entre ses murs, au cours du 19<sup>e</sup> siècle, 12% de femmes et 11% d'hommes souffrant de lypémanie. Ce délire dépressif ou cette mélancolie atteint presque autant d'hommes que de femmes. Ce qui demeure assez étonnant comparativement à l'étude de Nancy Tomes, *A Generous Confidence*, dans laquelle elle précise que 23% des hommes et 33% des femmes, de 1840 à 1883, sont diagnostiqués à l'admission comme étant des mélancoliques. Son étude accorde également une plus grande majorité de cas de manie tant chez les femmes que les hommes. Ces derniers sont atteints de manie à 42.5% et les femmes à 48%.<sup>45</sup> Ce qui représente plus du double du nombre de cas que ce qui a été répertorié à la Longue-Pointe. La manie qui s'exprime d'ailleurs souvent en alternance avec la mélancolie, appelée, à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, psychose maniaco-dépressive est une « affection mentale se manifestant par accès, caractérisée par une alternance de phases d'excitation maniaque et des phases d'abattement mélancolique.<sup>46</sup> Considérant que l'institution privée accueille surtout une clientèle de la classe supérieure de la société, on peut présumer que ces patients sont plus nombreux à être admis au Pennsylvania Hospital à cause de leurs passions excessives, leurs exaltations euphoriques de l'humeur, leurs actions dérégées, leurs habitudes obsédantes, en somme, pour des

---

<sup>44</sup> Ibid., pp. 134-136.

<sup>45</sup> TOMES, op., cit., p. 324.

<sup>46</sup> POMMERAU, op, cit. pp. 270-271.

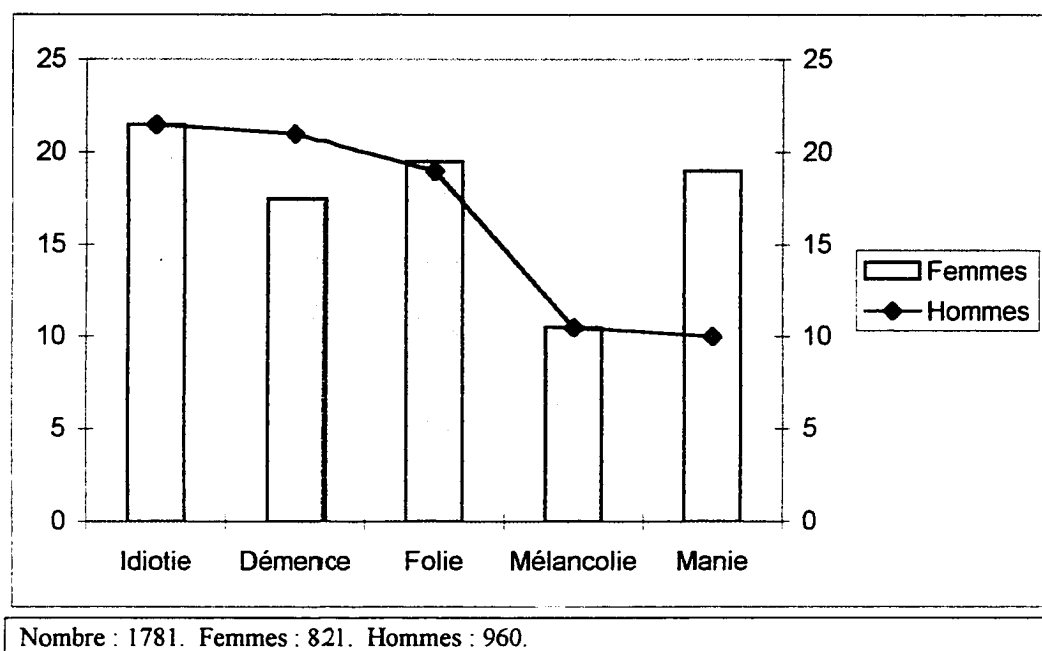
comportements qui dérangent socialement, qui attirent l'attention et qui sont susceptibles d'engendrer de l'embarras et de l'humiliation chez leurs proches. Ces causes de scandale doivent être plus remarquées et plus dérangeantes dans un milieu où les bonnes manières et l'art de la bienséance sont observés avec plus de rigueur que dans les classes populaires. Les écarts à la norme sont jugés plus sévèrement et bien entendu la situation économique de ces familles permet aisément de soumettre rapidement leur malade aux soins d'une clinique privée, spécialisée en maladie mentale.

Au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle, le profil diagnostique des clientèles féminines et masculines se modifie légèrement. Femmes et hommes sont à 28%, selon l'opinion de l'aliéniste, atteints de folie. Une étiquette utilisée dans seulement 11% et 10% des cas respectivement des femmes et des hommes internés au 19<sup>e</sup> siècle à St-Jean-de-Dieu. Cette classification médicale à caractère vague et imprécis correspond à de l'aliénation mentale, soit « une perte de la raison chez un individu dont l'intelligence et le rapport à la réalité commune étaient jusque-là relativement sains »<sup>47</sup>. La nouvelle popularité de ce diagnostic illustre bien l'élargissement de la définition de la folie qui finalement est appliquée à un nombre plus élevé d'individus présentant des signes de marginalité. Il faut également considérer que plusieurs cas de manie diagnostiqués au 19<sup>e</sup> siècle sont plutôt classifiés, au 20<sup>e</sup> siècle, comme étant des « folie circulaire », « folie à double forme », « folie alterne », « folie périodique ».<sup>48</sup> Suivent ensuite les cas de démence et d'idiotie qui représentent, au début du 20<sup>e</sup> siècle, 42% des femmes et des hommes atteints d'une pathologie de type chronique. On retrouve un nombre de démence quasi équivalent à St-Jean-de-

---

<sup>47</sup> Ibid, pp. 198-199.

Dieu qu'au British Columbia's Provincial Hospital for the Insane. Selon Kelm, 19% des femmes sont atteintes de démence, de 1905 à 1915, alors qu'il y en a 20% à la Longue-Pointe.<sup>49</sup> Les cas de mélancolie des clientèles féminines de ces deux institutions se rapprochent aussi. Elles sont 14% au British Columbia's Provincial Hospital et 9% à la Longue-Pointe.<sup>50</sup> Les cas de mélancolie chez la gent masculine sont à peine supérieurs de 1% à ceux des femmes internées à St-Jean-de-Dieu. Quant à la classification mentale de manie, elle est définitivement moins populaire de 1900 à 1921, soit 4% moins fréquente qu'au cours du 19<sup>e</sup> siècle chez les femmes et 10% de moins chez les hommes.



**Graphique 20. : Classifications médicales, en pourcentage, des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu, fin 19<sup>e</sup> début 20<sup>e</sup> siècle.**

<sup>48</sup> Ibid.

<sup>49</sup> KELM, M.E., « A Life Apart : The Experience of Women and the Asylum Practice of Charles Doherty at British Columbia's Provincial Hospital for the Insane, 1905-15 », *CBMH BCHM*, vol. 11, no 2, 1994, P. 346.

<sup>50</sup> Ibid.

Une vue d'ensemble sur les différences entre les classifications médicales données aux femmes et celles données aux hommes, sur toute la période étudiée, révèlent finalement plus de similarités que de disparités. Les cinq principales classifications médicales comptent pratiquement le même pourcentage de femmes que d'hommes. Une seule exception, les cas de manies où les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes. Ce diagnostic, évoquant des « passions excessives » ou des « idées fixes », définit plus souvent les pathologies féminines. L'étude de Allan Beveridge portant sur le Royal Edinburgh Asylum de 1873 à 1908, compte un nombre beaucoup plus imposant de cas de manie comparativement à St-Jean-de-Dieu et les différences entre les hommes et les femmes sont plutôt infimes. Les aliénistes de l'institution asilaire anglaise ont diagnostiqué 42% d'hommes et 45.5% de femmes atteints de manie.<sup>51</sup> C'est plus du double que le nombre de maniaques internées à St-Jean-de-Dieu et quatre fois plus que les cas dénombrés parmi la population masculine. C'est la classification la plus fréquente dans les dossiers du Royal Edinburgh Asylum suivie de la mélancolie qui comptent un nombre toujours plus élevé de femmes que d'hommes, soit 10% de plus.

En définitive, contrairement au Pennsylvania Hospital for the Insane et au Royal Edinburgh Asylum, l'asile montréalais accueille une population féminine et masculine en majorité atteinte de maladies mentales de type incurable. Suivent ensuite tous les cas d'aberration de l'esprit et du comportement qui réunissent les mélancoliques, les fous et les maniaques qui sont moins nombreux que les incurables à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, mais dont la présence est de plus en plus marquée au cours des

---

<sup>51</sup> BEVERIDGE, op., cit., p. 39.

premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle. Ce qui est tout est fait représentatif de la vocation de l'asile de la Longue-Pointe lors de son ouverture en 1873.

Les asiles de la Longue-Pointe et de St-Ferdinand, sont tenus par les sœurs de la Providence de Montréal et les sœurs de la Charité de Québec. Ce sont plutôt des refuges ou des asiles secondaires, tels que nous les recommandions dans notre premier rapport, pour les aliénés tranquilles et incurables, les idiots et les imbéciles, que des asiles proprement dits, comme le sont ceux de Québec et de St-Jean.<sup>52</sup>

La folie fait son nid dans un esprit fragile et vulnérable et cela indépendamment du sexe du cerveau. Longtemps on a cherché à expliquer la folie des femmes en s'intéressant uniquement à sa nature féminine. Cette étude, tout comme celles de Tomes, de Kelm, de McCandless et de Beveridge, s'éloigne des interprétations centrées sur ce qui biologiquement différencie la femme de l'homme. Les classifications médicales se rapportant spécifiquement au cycle féminin, au cours du 19<sup>e</sup> siècle, sont données à moins de 2% de la population féminine de St-Jean-de-Dieu. Dans ces rares cas, il s'agit de la folie puerpérale, de la lypémanie puerpérale et de la manie puerpérale. Parmi les 2 983 femmes inscrites dans le *Registre des classifications médicales* de 1873 à 1898 seulement 40, selon l'avis de l'aliéniste, souffrent d'une maladie mentale liée aux suites de leur accouchement. Au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle, aucun diagnostic relié au cycle féminin n'a été répertorié. Ni les femmes ni les hommes ne sont protégés contre la perte de la raison, l'incohérence mentale, la dépression grave de l'humeur ou des accès d'agitation furieuse. La folie n'a pas de sexe, mais elle s'exprime différemment dans le corps et l'esprit des femmes ou des hommes et cela en de très subtiles distinctions.

## CONCLUSION

C'est en parcourant le *Registre des idiots de l'Asile de la Providence* et en feuilletant les *Formules « C »*, colligées dans les dossiers médicaux de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, que nous avons tenté de mieux définir, mieux interpréter, mieux comprendre le profil des folles et des fous qui ont vécu le temps d'une saison ou d'une génération derrière les murs de la folie. C'est le portrait de Sarah, de Ann, de Marguerite, de John, d'Alphonse et des 8 532 autres femmes et hommes faisant partie de notre échantillon que nous avons essayé de créer afin de donner vie à des êtres humains femmes et hommes reconnus socialement atteint d'aliénation mentale. Cette analyse statistique sur les populations féminine et masculine internées à St-Jean-de-Dieu a permis de mettre en parallèle l'homme et la femme admis à l'asile pour des troubles de maladie mentale. Avant même d'essayer de comprendre toute l'insanité des comportements inacceptables, le regard posé sur ces femmes et ces hommes, faisant l'objet d'une procédure d'admission asilaire, ne cherche qu'à mieux les définir.

À notre grande surprise, les fous et les folles de St-Jean-de-Dieu affichent un portrait comportant plus de similitudes que nous l'avions cru. Premièrement, contre toute attente, le dépouillement des dossiers de la Longue-Pointe et leur classement minutieux par sexe, n'a révélé aucune sur-représentation féminine. Les femmes et les hommes atteints de maladie mentale sont aussi nombreux et aucun groupe représentant d'un sexe ou d'un autre ne s'avère une clientèle privilégiée au sein de l'asile. Non seulement les hommes et les femmes sont aussi nombreux et nombreuses à faire l'objet d'une procédure d'internement, mais ils sont également

---

<sup>52</sup> Rapport annuel des inspecteurs d'asiles, 1875, p. 39.

presque le même nombre sous traitement. La population asilaire est âgée entre 26 et 50 ans, célibataire et de niveau éducationnel élémentaire. La différence la plus marquée entre les femmes et les hommes est leur état de dépendance ou d'autonomie. Cependant, ces distinctions spécifiques à la gent femelle et la gent mâle sont loin d'être étonnantes. Elles correspondent finalement au portrait général des différences reconnues entre les femmes et les hommes des sociétés du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècles et cela n'a rien à voir avec la maladie mentale. Les femmes sont plus vulnérables parce qu'elles sont dépendantes de ressources extérieures familiales ou autres. Ce qui impressionne toutefois, c'est que malgré la contribution essentielle des hommes à la survie de la cellule familiale, ils font l'objet d'une procédure d'admission en aussi grand nombre que les femmes. Les raisons spécifiques liées à l'enfermement asilaire d'un des membres de la famille ne sont donc pas liées directement au fardeau que représente le malade dépendant du noyau familial. Cette constatation nous oblige à prendre en considération l'effet, l'influence et l'impact de toutes les activités délirantes incohérentes du fou ou de la folle sur la vie familiale.

« L'identité » tracée, du moins mieux définie, des femmes et des hommes internés, le réel défi demeure de dessiner, sans trop caricaturer, les aliénés dans leurs actions originales, bizarres et inusités. Les premières manifestations de folie observées chez les femmes et les hommes sont les mêmes, soit l'agressivité, les troubles biophysiques et l'excentricité. Les différences les plus importantes observées ne sont pas reliées à un sexe en particulier, mais bien à une période spécifique. À la fin du 19<sup>e</sup> siècle, les agressifs représentent à eux seuls près du tiers de la population asilaire. Tandis qu'au cours du 20<sup>e</sup> siècle une plus grande variété de manifestations a été répertoriée. Cela dit, il est clair que les premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle voient se

présenter à l'asile des hommes et des femmes présentant une panoplie beaucoup plus diversifiée de comportements inacceptables socialement et cela même si l'agressivité demeure, au cours du 20<sup>e</sup> siècle, la principale manifestation de folie. Quant aux causes supposées de la maladie mentale, elles sont, dans le cas des femmes comme dans celui des hommes, étroitement associées à une dysfonction physique ou cérébrale d'origine héréditaire, congénitale ou traumatique.

Cette conclusion demeure toutefois insatisfaisante, comme s'il manquait un peu de chair autour de toutes les données disponibles pour nous aider à mieux saisir les différences subtiles, certes, mais néanmoins existantes dans l'expression de la folie des femmes et des hommes. Puisque les informations recueillies sont les interprétations des requérants de la personne internée, il est évident que leurs interprétations ont été influencées par les normes, les règles et les standards sociaux dans lesquels évoluent les femmes et les hommes de la fin du 19<sup>e</sup> siècle et le début du 20<sup>e</sup>. Inéluctablement, les rôles sociaux de sexe doivent transparaître dans l'évaluation de comportements insanes mâles ou femelles. Une approche plus précise, plus découpée, plus pointue du profil tracé des femmes et des hommes, reconnus comme étant aliénés, offre un portrait comportant des tendances qui font justement ressortir des distinctions de genre non dépourvues de sens. Cet exercice, bien entendu, révèle un portrait féminin et un portrait masculin particulièrement stéréotypés de la folie. Les principaux stéréotypes sexuels de l'enfermement annoncent certains traits typiquement féminins et d'autres typiquement masculins dans l'expression de la folie.

C'est l'analyse minutieuse des premières manifestations insanes qui fait ressortir le plus de distinctions de genre. De toute évidence, l'expression de la folie des femmes se fait plus souvent remarquer par des actes ou des paroles irréflechies. Les femmes sont inévitablement perçues comme des êtres impulsifs qui favorisent l'action au détriment de la réflexion. Qu'il s'agisse de leurs excitations mentales ou motrices, de leurs excès hystériques, leurs manies ou de leurs euphories, les femmes adoptent des attitudes, des comportements et un discours dépourvus de sens et d'introspection. Leur folie est finalement l'expression excessive de leur tendance « naturelle » à l'étourderie. En ce qui concerne la gent mâle, la manifestation de leur folie s'interprète tout autrement. Tout d'abord, ils sont des êtres dangereux. On reconnaît leur aliénation par les craintes qu'ils font subir à leur entourage. Ils sont méchants, colériques, furieux, destructeurs et violents. Les hommes atteints de maladie mentale semblent détenir des capacités supérieures qui leur permettent de gérer de façon excessive leurs tourments délirants, mais tout en gardant une certaine force mentale. Malgré la maladie, ils demeurent forts, ambitieux et orgueilleux. Rarement leurs capacités mentales et intellectuelles sont remises en cause et cela malgré les actions peu intelligentes qu'ils exécutent. La femme excessive et hystérique est étiquetée comme étant insouciante et incohérente tandis que l'homme dans ses excès et ses réactions hystériques est plutôt considéré comme étant déterminé et ambitieux. Quant aux causes supposées de folie des femmes et des hommes, elles affichent, elles aussi, certaines tendances spécifiques à chacun des deux sexes. L'attitude dépressive des femmes est reconnue comme étant une cause possible de folie. L'ennui, l'abandon, l'isolement et la tristesse féminine sont des attitudes négatives qui peuvent engendrer l'aliénation. Si toutefois les femmes sont dynamiques, alors là il est question d'excès et bien sûr la folie les guette. Si au contraire les hommes

adoptent une attitude dépressive, elle est rarement directement associée à leur maladie mentale. De toute évidence, les requérants, en général, expliquent plus souvent qu'autrement les faiblesses de l'esprit des mâles par des troubles physiques ou leur consommation toxique d'alcool. On reconnaît que certains hommes sont découragés et mélancoliques, mais ces états ne seront pas pointés comme étant les causes possibles de l'aliénation masculine. Le discours des requérants, tant concernant les manifestations insanes que leurs causes, nient la faiblesse de l'esprit du mâle. Le malade est soit idiot de naissance ou sénile par vieillissement, sinon l'intelligence masculine est rarement remise en cause. Les faiblesses masculines sont plutôt le résultat de troubles physiques ou d'événements incontrôlables qui nuisent aux capacités mentales. Dans le cas des femmes, les causes de leur folie s'expliquent davantage par leur désobéissance, leur nervosité, leur contrariété. Elles sont invariablement responsables de leur état, parce qu'elles sont considérées irresponsables de leurs actions.

Les aliénistes ne font aucune distinction de genre particulière. Aucun diagnostic spécifique attribué à un sexe ou à un autre n'a été observé mis à part les 1.3% de maladies puerpérales dénombrées au 19<sup>e</sup> siècle. De façon globale, un coup d'œil sur toute la période étudiée révèle finalement de nombreuses similarités. À des pourcentages presque identiques les cas d'idiotie, de folie et de démence sont attribués tant aux hommes qu'aux femmes. Seuls les cas de manie touchent un plus grand nombre de femmes. Un trait distinctif comparativement aux institutions asilaires hors Québec, canadienne, américaine ou anglaise, l'institution montréalaise accueille une population féminine et masculine en majorité atteinte de maladies mentales de type incurable. Il est permis de penser que la population québécoise est

particulièrement disposée à prendre en charge elles-mêmes ses malades et que ce n'est qu'en dernier recours qu'elle cherchera une aide extérieure. C'est ce qui expliquerait aussi le grand nombre de récidivistes parmi tous les cas, femmes ou hommes, admis à St-Jean-de-Dieu. L'internement asilaire n'est pas considéré par tous les requérants comme étant un geste d'abandon envers l'aliéné, mais plutôt la possibilité pour la famille de souffler un peu et de refaire le plein d'énergie avant de retourner chercher leur malade. Cette interprétation n'invalide toutefois pas le fait que l'internement asilaire de plusieurs femmes et hommes a pu être motivé par le rejet, l'exclusion, bref la claustration sociale des indésirables.

Finalement, il existe bel et bien des stéréotypes sexuels de l'enfermement. Certes, ces derniers se révèlent dans de subtiles différences perceptibles dans l'expression de la folie des femmes et des hommes. Comment se vivent les manifestations agressives et excentriques, typiquement féminines, dans le quotidien d'une famille responsable d'une femme atteinte de folie?

## **CHAPITRE 4**

### **L'UNIVERS ASILAIRE ET L'ILLUSION THÉRAPEUTIQUE.**

## CHAPITRE 4

### L'UNIVERS ASILAIRE ET L'ILLUSION THÉRAPEUTIQUE

C'est en consultant, principalement, les dossiers médicaux de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu pour les années 1873 à 1921, conservés dans les archives médicales de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, qu'il nous a été possible de mettre en perspective la réalité pré-asilaire des aliénées ainsi que celle des membres de leur famille. Cette facette du processus d'internement, rarement explorée jusqu'ici, offre un nouvel angle d'analyse en ce qui concerne une dimension plus large de ce que représente l'enfermement asilaire pour l'aliénée, bien sûr, mais pour ceux qui l'entourent également. Cette approche pénètre l'univers intime et personnel des aliénées qui ont gardé des liens avec les membres de leur famille. L'expérience de chacune des femmes internées à St-Jean-de-Dieu, à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles, représente une pièce importante de la réalité asilaire qui nous permet de mieux comprendre dans ses généralités et ses spécificités toute la signification de l'enfermement asilaire au féminin. La correspondance des patientes et des membres de leur famille avec les Sœurs supérieures ou les surintendants médicaux, qui se sont succédés de 1873 à 1921, permet de percer l'univers asilaire par les biais des principaux intéressés et assurément les principaux témoins de la dynamique interne particulière à l'environnement asilaire.

Divisé en deux parties, ce chapitre sur l'univers asilaire et l'illusion thérapeutique explore, dans un premier temps, la dimension sociale, mais principalement familiale des conditions de vie de l'aliénée avant son internement. Inévitablement, cette approche considère, également, les conditions de vie de son entourage à qui revient la lourde responsabilité d'essayer de contrôler, dans un milieu non protégé, les frasques incroyables et inimaginables dont l'aliénée est capable. Les surprises, les dangers et les embarras que génère la folle de la famille, sont exposés à partir des témoignages de médecins, de curés et de parents qui s'adressent par écrit au surintendant médical de St-Jean-de-Dieu, espérant la bonté de celui-ci pour admettre au sein de l'asile leur protégée. Ces extraits dévoilés, la nécessité de l'enfermement démontrée et l'admission devenue réalité, le rôle social de l'asile par le biais de la prise en charge médicale sera soulevé.

La deuxième partie explore l'espace asilaire. La nouvelle construction de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, qui voit le jour en 1901, a permis d'offrir aux aliénées un lieu « physiquement » idéal pour tenter de traiter les maladies mentales. La cité asilaire exposée aux critiques des inspecteurs d'asiles ainsi qu'aux journalistes de l'époque est présentée sous ses plus beaux jours ou tout semble réuni pour séduire tous ceux qui y jettent un regard curieux. L'impressionnante stature de la bâtisse principale équipée de toutes les commodités que l'art moderne a pu produire ainsi que le décor champêtre agréablement paysagé qui encercle la forteresse asilaire offrent un environnement spacieux et confortable. Tous les espoirs investis en cet hôpital ne réussiront malheureusement pas à maintenir des standards thérapeutiques encourageants. Là ne s'arrêtera point notre visite de la cité asilaire, car c'est bien derrière les murs de cet hôpital spécialisé dans les cas de folie que se vit au quotidien

la véritable réalité de l'enfermement. Cette réalité, dans sa quotidienneté la plus banale, met en perspective un cadre thérapeutique où les aliénées sont incontestablement soumises au pouvoir et à l'autorité de ceux et celles qui les traitent. À la suite de la découverte de cet espace d'exclusion et de contrôle social, les dimensions territoriales, logistiques et communales, particulières au milieu asilaire, sont étudiées de façon à recréer, le plus fidèlement possible, à quoi ressemblait ce lieu d'enfermement, comment s'y écoulait le temps et que représentait pour l'aliénée cette immersion en zone insane.

Pénétrer l'univers asilaire, essayer de comprendre la dynamique intrinsèque de ce lieu d'enfermement, mettre en perspective les forces et les faiblesses du contexte thérapeutique et essayer de saisir les sentiments de joie, de tristesse, de peur, de plaisir ou de désespoir qui animent la clientèle asilaire, sont les principaux éléments qui ont inspiré ce chapitre. Les confidences, les bons sentiments et les cris de désespoir, souvent difficilement exprimés par écrit, nous obligent à prendre en considération de façon individuelle, personnelle et intime tous ces messages que nous avons eu le privilège de consulter dans les dossiers médicaux. Une parcelle d'histoire de centaines de femmes est donc ici évoquée dans un contexte d'exclusion sociale.

#### **4.1. L'enfermement asilaire... Une nécessité.**

C'est presque l'hiver. Une fois encore, elle a réussi à s'enfuir. Trop légèrement vêtue et pieds nus dans ses souliers, elle se promène dans le village de Val-Barrette.

De jour comme de nuit, on s'inquiète pour elle. On a peur de la retrouver gelée, au milieu de nulle part ou qu'elle se fasse frapper par une voiture. Le conseil municipal s'est réuni en assemblée spéciale en ce quatorzième jour de novembre 1921. L'internement à St-Jean-de-Dieu est non seulement envisagé, mais adopté à l'unanimité. Agnès, 33 ans a été admise le 21 novembre 1921 à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu pour démence précoce.<sup>1</sup>

#### **4.1.1. L'essoufflement des ressources familiales et sociales.**

Quand la vie d'une femme et celles des autres membres de la famille sont très exposées, il arrive que l'enfermement asilaire devienne une nécessité. L'asile, pour ceux qui ont la charge d'une aliénée, représente alors un support, un certain réconfort, un répit ou une délivrance. Impuissant devant la difficile réalité que représente la garde d'une aliénée, le requérant se résout à confier sa malade aux religieuses et aux médecins de St-Jean-de-Dieu. Cette alternative est parfois envisagée comme étant un complot contre celle qu'il faut enfermer, mais aussi comme étant la seule solution pour sauvegarder l'honneur et la sécurité de la famille.

L'impuissance et la honte que suscitent les actes lubriques, les paroles amORAles, les gestes menaçants; la peur d'être témoin ou victime de l'irréparable et les nuits d'inquiétude à surveiller une folle faire les cents pas, ont motivé plusieurs familles à accompagner leur malade à St-Jean-de-Dieu. Irresponsable de ses actes, inconsciente, incontrôlable et dangereuse, la « folle » est en danger, tout comme ceux qui l'entourent. À bout de souffle, ses proches ne peuvent pas consacrer tout leur

---

<sup>1</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 15607,

temps à la protéger, elle, tout en protégeant, obligatoirement, les autres membres de la famille. Bien souvent, c'est un appel à l'aide, un cri de désespoir, un découragement insurmontable que signifie la demande des blancs pour l'admission d'une aliénée. C'est également l'espoir de la guérison et le retour à la vie normale.

#### **4.1.1.1. Trouble, tumulte et soucis : la demande d'admission.**

Comment expliquer le trouble, le tumulte et les soucis occasionnés par les agissements de cette pauvre âme ? Comment trouver les mots justes pour décrire les paroles et les gestes de folie de cette femme ? Comment convaincre ces inconnus que « ma femme », « ma fille », « ma sœur » est scandaleuse et dangereuse ? Mille et une images de douleur, de chagrin et de désarroi transpirent des vieux papiers jaunis de toutes ces lettres, conservées dans les archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, devenues les seuls témoins de la misère familiale : les seuls témoignages de toute la détresse engendrée par l'esprit trouble d'une des leurs.

Elle est idiote, démente ou aliénée. « Elle » dérange, « elle » indigné, « elle » exaspère les membres de la famille, du foyer ou du voisinage. Elle empêche ceux avec qui elle vit de dormir. Elle cherche à s'évader, elle crie, elle hurle, elle fait du tapage. « [N]ous sommes à bout de force, nous ne pouvons plus la garder nous avons du trouble »<sup>2</sup>, écrivait mademoiselle Blanche, au docteur Villeneuve<sup>3</sup>, au sujet de sa mère le 11 février 1904.

---

1921.

<sup>2</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6770, 1904.

<sup>3</sup> Surintendant médical à St-Jean-de-Dieu de 1894 à 1918.

Sans entrer dans les détails de la procédure d'admission, nous avons pu constater, en parcourant les lettres colligées dans les dossiers médicaux, que malgré l'insistance du surintendant médical auprès du requérant à fournir tous les documents nécessaires<sup>4</sup> à l'autorisation à admettre une patiente, de petits écarts à la loi étaient temporairement tolérés.

J'ai l'honneur de vous adresser sous ce pli, les formules A. & B. qui constituent le certificat médical requis pour l'internement des patients. Je vous prie de vouloir bien les remplir immédiatement et de me les adresser aussitôt, car sans cette formalité, il me serait impossible de retenir ce patient à l'asile. Je l'ai reçu par faveur toute spéciale, sur présentation de votre lettre. Je vous prie de ne pas considérer ce cas comme un précédent, car la façon dont vous avez procédé est tout à fait illégale, attendu que d'après le texte même de la loi, aucune personne ne peut être reçue à l'asile, si les certificats requis par la loi ne sont par préalablement remis au surintendant médical.<sup>5</sup>

Nombreuses sont les lettres tirées des dossiers médicaux de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu où, sous la plume d'un mari, d'un médecin ou d'un parent, sont énumérés les nombreux soucis familiaux occasionnés par les comportements déviants de la femme insane. Le principal trouble décrit dans ces lettres est la grande difficulté des parents à accorder une surveillance continue à leur malade.

Je vous déclare franchement que je suis incapable d'avoir soin de ma femme, Hermine, moi même vu qu'elle est aliénée et qu'il faut qu'elle soit sous surveillance continue de qu'elqu'un parce que surtout la nuit elle se lève et cherche à désertée et aussi elle prend la lampe allumée et

---

<sup>4</sup> « D'après l'article 3195a, S.R.P.Q. nul asile sous le contrôle et la surveillance du gouvernement ne peut recevoir un patient aux frais du gouvernement et des municipalités, s'il n'est remis au surintendant médical de l'asile où l'on veut le faire admettre, un dossier composé de certificats rédigés suivant les formules A. B. C. D. E. et K. ; [...] d'après le paragraphie 4 du même article, le certificat suivant la formule E. doit être signé par le maire du lieu où le malade a son domicile; et [...] suivant le paragraphe 5 du même article, le certificat suivant la formule K. doit être signé par le secrétaire-trésorier. » Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8450.

<sup>5</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 13839. Lettre du surintendant médical adressée au médecin de Saint-Dominique. co. Bagot. le 16 mars 1910.

se promène dans la maison ce qui est un grand danger pour le feu, et je n'ai pas les moyens suffisants pour engager une fille pour en prendre soin vu que je suis seulement que gardien de magasins la nuit...<sup>6</sup>

J'ai été appelé ces jours derniers auprès d'une pauvre folle, qui est dans ce triste état depuis au delà de deux ans. Depuis quelques mois, elle est devenue dangereuse pour ses voisins, et ses jeunes enfants au nombre de neuf. Elle cherche à s'empoisonner, à étrangler ses enfants, enfin elle est mure pour l'asile. Son mari qui est loin d'être riche, et qui a besoin de travailler pour nourrir sa famille, ne peut laisser la maison, de peur qu'il arrive quelque malheur.<sup>7</sup>

La jeune malade, Annie, cause beaucoup de trouble à sa mère, qui est veuve, pauvre et obligée de travailler pour gagner sa vie. Elle maltraite sa mère et ses sœurs tout le jour. La nuit elle sort et va voler des provisions chez les voisins et elle emplit sa chambre de toutes sortes d'affaires, qu'elle ne mange pas mais qu'elle conserve et elle est très violente et très dangereuse.<sup>8</sup>

Ces bribes de vie familiale révèlent des efforts de patience et de persévérance afin d'essayer de vivre le plus normalement possible malgré la présence d'une aliénée. La marginale est gardée, entretenue et protégée par ses parents, son mari ou ses enfants jusqu'au jour où ces derniers ne peuvent plus assurer la sécurité de tous les membres de la famille. Effectivement, selon Dwyer et Tomes, dans la majorité des cas, la famille, plutôt que d'entreprendre les procédures d'admission lors de l'apparition des premiers signes d'excentricité, cherche à trouver des solutions alternatives.<sup>9</sup> Certains croient d'ailleurs résoudre le problème de surveillance en plaçant leur malade dans un foyer. Cependant, cette solution n'est, dans bien des cas, que temporaire. Les troubles de comportement de l'aliénée la classent

---

<sup>6</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 5816, 23 novembre 1897.

<sup>7</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6712, lettre du D. Brossoit, 1 avril 1901.

<sup>8</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6545, 1<sup>er</sup> août 1900.

<sup>9</sup> TOMES, A generous Confidence, pp. 101-103. DWYER, Homes for the Mad, pp. 86-98.

rapidement parmi les indésirables de l'hospice. Après quelques mois, on espère ardemment son renvoi.

L'état de votre mère devenant de plus en plus sérieux, je me vois dans l'impossibilité de la garder plus longtemps. J'ai assez patienté il me semble. Je suis obligée de refuser d'autres personnes à cause d'elle car à part de ses cris qui durent une partie des jours et quelquefois des nuits, elle nous donne beaucoup de trouble surtout depuis quelques temps. Veuillez donc prendre vos mesures pour venir la chercher...<sup>10</sup>

Cette femme est impossible à garder dans une institution par sa mauvaise disposition rien ne peut la satisfaire [...]. C'est un fardeau pour tout le monde je regrette de le dire et suppose qu'elle n'est pas responsable de ses actes.<sup>11</sup>

Nos pauvres vieilles de notre Hospice soupirent après le jour où notre vieille [...] partira pour l'asile. Depuis près d'un mois qu'elles ne dorment presque pas, et qu'elles sont toujours un peu inquiètes. Nous n'avons ni le personnel, ni l'aménagement voulus pour ces sortes de malades.<sup>12</sup>

Il ne faut toutefois pas sous-estimer les avis du surintendant médical auprès des requérants, afin de rendre les formalités nécessaires à l'admission tout à fait légales. Ceci dit, lorsque les informations contenues sur les formulaires B. et C.<sup>13</sup> n'étaient pas suffisamment explicites et ne correspondaient pas aux critères requis par la loi pour admettre une personne à l'asile, le surintendant médical en avisait les requérants qui finalement n'avaient qu'à faire ajouter sur le formulaire des détails un peu plus probants.

J'ai l'honneur de vous retourner le dossier de la nommée Catherine et de vous signaler les quelques irrégularités qu'il contient en exprimant l'espérance que vous voudrez bien les faire disparaître. Dans la formule C de votre certificat, médical, vous ne mentionnez aucuns des faits et des

<sup>10</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6542, lettre de Sr. M.O. Chartier supérieure de l'Hospice de Chambly, 6 juillet 1900.

<sup>11</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6726, lettre de Sr. Victoire supérieure de l'Asile des Petites Sœurs des Pauvres, 27 juillet 1901.

<sup>12</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8193, lettre de J.B. Michon ptre. Hospice de St-Denis de Richelieu, 7 mars 1906.

<sup>13</sup> Certificat médical et son annexe.

symptômes qui constituent la preuve de la folie et je ne trouve aucun renseignement technique qui me permette de conclure et de constater avec vous que la malade doit effectivement être internée. Je vous prie conséquemment de vouloir bien ajouter à votre témoignage tout ce qui vous paraîtra de nature à me persuader.<sup>14</sup>

Cette procédure nous force de constater que même si l'internement de certaines femmes était une réelle nécessité, nous ne pouvons exclure la possibilité que pour certaines autres les faits et comportements ont pu être exagérés, afin de permettre à une famille de se débarrasser d'une aliénée devenue trop embarrassante. C'est ce que rapporte, également, James E. Moran dans sa thèse *Committed to the State Asylum* : « [...] justices of the peace and family members sometimes fabricated medical details that they thought would lead to a faster committal. »<sup>15</sup>. Le maintenant célèbre procès « Perry & Lyman » a démontré que certains internements revêtaient un caractère abusif à l'égard des femmes. Les propos du docteur F.-X. Perrault concernant Rose sont, à cet égard, très explicites :

Je ne puis pas dire quel est « l'état mental » de cette femme, parce que je ne la considère pas folle, malgré que je dois dire que je l'ai classifiée comme ayant une manie. Je ne la connaissais pas quand elle est arrivée. J'étais obligé de faire mes certificats et classifications et je l'ai classifiée comme manie érotique, « maniaque érotique ».<sup>16</sup>

Ce bémol sur les procédures d'admission met en relief la fragilisation des femmes vis-à-vis le processus d'enfermement. Inévitablement, leur statut précaire et leur dépendance économique ne leur permettent pas, dans bien des cas, de gérer de façon autonome leur destinée. Il est indéniable que parmi les folles, les démentes, les confuses et les mélancoliques d'autres patientes présentaient un état mental probablement discutable et que le requérant n'avait qu'à reformuler sa demande,

<sup>14</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8264, 18 mai 1906.

<sup>15</sup> Moran, James E., *Committed to the State Asylum*, McGill-Queen's University Press, Montreal & Kingston, 2001, p. 98.

<sup>16</sup> Habeas Corpus, dossier 176, 16 septembre 1884.

suite aux indications fournies par le surintendant médical lors d'un refus, pour le convaincre à nouveau de la nécessité de l'internement. Le docteur Marchand responsable des formulaires d'admission de Caroline s'y est pris à deux reprises afin que sa demande contienne les éléments essentiels pour l'internement d'une patiente.

Dans mon certificat médical au sujet de la nommée Caroline [...], je n'ai rapporté que ce que j'ai constaté lors de l'examen. [...]. Quant aux renseignements que j'ai obtenus de sa sœur Marguerite, j'aurais pu vous en mettre plus long dans le certificat mais je n'avais plus de place et d'ailleurs je croyais ces renseignements suffisants. Il est vrai qu'elle n'est pas dangereuse, mais d'un autre côté dans ses courses à travers champs elle déchire ses habits aux clotures et paraît quelque fois dans un costume qui est loin d'être convenable. [...]. Une autre chose que je crois devoir vous communiquer, c'est que, il y a une voie ferrée à quelques pas de la demeure ou la malade habite et que très souvent elle est sur cette voie [...]. Par là, elle se trouve exposée aux accidents et il y a danger pour sa vie. J'espère que ces quelques détails vous suffiront pour compléter les renseignements.<sup>17</sup>

Seulement quatre jours après l'envoi de la lettre du docteur Marchand, cette sexagénaire célibataire fut admise à St-Jean-de-Dieu. Un diagnostic de manie lui a été attribué. Aucune date de sortie n'apparaît au dossier sauf que nous savons qu'elle a été réadmise en 1915. Est-ce suffisant pour conclure qu'effectivement Caroline présentait de réels troubles mentaux? Nous ne pouvons pas le confirmer. Il est certain que nous devons être critique vis-à-vis ces lettres puisque nous n'avons aucun moyen d'évaluer la véracité de leur contenu. Une trop grande compassion pour ces familles désirant faire traiter leur malade risque de nous faire passer à côté d'une procédure d'exclusion trop facile dont sont victimes les femmes en faisant l'objet. Il n'en demeure pas moins que les histoires rapportées par plusieurs contiennent tous les éléments pour s'inquiéter et craindre pour la sécurité des autres membres de la famille. La certitude la plus plausible qui nous fasse croire, dans certains cas, à la sincérité des parents, de l'époux, de la cousine ou des enfants à l'égard de leur

malade est, sans nul doute, leur désir de ramener le plus tôt possible à la maison celle qu'ils ont pourtant fait interner.<sup>18</sup> Il faut également reconnaître que la folie existe et qu'elle est l'initiatrice de comportements marginaux indésirables, dangereux et scandaleux.

L'indésirable continue son manège, plus ou moins consciente des troubles qu'elle occasionne à son entourage. Elle prend souvent la poudre d'escampette<sup>19</sup>, elle dort peu<sup>20</sup>, elle est en guerre avec les voisins<sup>21</sup>, elle détruit ses vêtements<sup>22</sup>, elle est une cause de scandale pour les enfants<sup>23</sup>, bref, sa seule présence est une tempête continuelle<sup>24</sup>. À bout de souffle, désespérée, découragée, dépassée par les événements qui se succèdent, la famille envisage l'internement. Les occupations de la vie quotidienne, la responsabilité d'une famille, d'un foyer et l'obligation d'aller travailler sont inconciliables avec la prise en charge « d'une épouse », « d'une mère », « d'une fille » ou « d'une sœur » aliénée, surtout, quand celle-ci représente un réel danger pour les autres membres de la famille.

---

<sup>17</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8268, 26 mai 1906.

<sup>18</sup> Cet aspect est précisément l'objet du chapitre 5.

<sup>19</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8171, 1 avril 1905.

<sup>20</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6394, 1900.

<sup>21</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 7414, 1903.

<sup>22</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6770, 11 février 1904.

<sup>23</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 10875, 1912.

<sup>24</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 7414, 1903.

#### 4.1.1.2. Péril en la demeure.

Qu'il s'agisse de l'histoire de Malvina admise à St-jean-de-Dieu en 1900, d'Azilda admise en 1903, de Blanche admise en 1906 ou de Flora admise en 1918, elles ont toutes semé la discorde, engendré la peur, créé un climat d'anxiété, d'angoisse et de panique au sein de leur foyer. Elles étaient la mère méchante, l'enfant dangereuse, la sœur menaçante, l'épouse violente. Elles ont été l'essence même d'un cauchemar pour leur père, leur époux, leurs enfants et inévitablement pour tout le voisinage.

Blanche est idiote. Elle a 12 ans. Elle est la plus âgée d'une famille de 9 enfants. Sa mère est décrite comme étant de faible constitution. Son père a des moyens limités, mais est disposé à faire les sacrifices nécessaires afin d'envoyer Blanche à St-Jean-de-Dieu. Ce père et cette mère disent ne pas pouvoir faire autrement. La petite est dangereuse, très scandaleuse et ne peut pas demeurer dans une famille où les enfants sont très jeunes et nombreux.<sup>25</sup> Certains passages tirés des lettres de demandes d'admission présentent la malade comme étant devenue un fardeau impossible pour la famille. Des sentiments de détresse et de désarroi soudent chacune des phrases que constituent ces appels à l'aide.

En réponse à votre lettre du 27 courant a propos de l'internement de ma petite fille Blanche dont vous disiez me donner votre décision après votre retour, soyez donc assez bon de la faire aussitôt possible. J'espère que ma demande sera acceptée [...] il faut espéré que vous serez indulgent envers moi.<sup>26</sup>

M. le Docteur, Je vous envoie par mon porteur les papiers concernant ma cliente de St-Placide co. Deux Montagnes. Ils ont pris une partie de la semaine à faire signer ces documents. En retour, pourriez vous, afin

---

<sup>25</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8406, 1906.

<sup>26</sup> Ibid.

d'abrégier les douleurs et fatigues de ces familles, de la faire admettre au plus tôt.<sup>27</sup>

Vu ma bonne volonté et le peu de résultat que j'en ai obtenu, j'ose espérer que vous apporterez toute la diligence possible pour me débarrasser de ma pauvre malade qui fait mourir tout son entourage et s'épuise elle-même considérablement. Si vous pouviez me faire parvenir la réponse de son admission à l'asile aussitôt que possible (par téléphone même) je vous en serais bien reconnaissant. La famille voudrait conduire cette malade aussitôt que réponse nous arrivera. C'est vraiment décourageant de voir cette pauvre femme.<sup>28</sup>

D'autres extraits mettent plutôt en valeur l'état d'urgence de la situation. Le facteur de dangerosité apparaît alors au premier plan. Les accidents, les tragédies et les drames d'horreur se multiplient, la famille devient impuissante, l'aliénée déchaînée. Margaret<sup>29</sup>, Émélie<sup>30</sup> et Délia<sup>31</sup> brisent tout ce qui leur tombe sous la main, qu'ils s'agissent de vêtements, de meubles ou de vitres. Marie-Louise<sup>32</sup>, Azilda<sup>33</sup> et Emma<sup>34</sup> ont tenté de se suicider. Céline<sup>35</sup>, tout comme Lucie<sup>36</sup>, menace de tuer leur mari, tandis que Philomène<sup>37</sup> passe aux actes et tue sa mère à coups de hache. L'internement devient impératif, la famille est en danger : terrifiée, impuissante.

Il est urgent d'enfermer cette pauvre fille, car elle est un sujet de scandale, et une menace continuelle pour ses vieux parents. Elle a pris hier une hâche pour tuer ses frères.<sup>38</sup>

<sup>27</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 7323, 26 avril 1903.

<sup>28</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6842, 2 octobre 1901.

<sup>29</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 3911, juin 1890.

<sup>30</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 4786, février 1893.

<sup>31</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 4804, mars 1893.

<sup>32</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 4816, avril 1893.

<sup>33</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 9279, février 1909.

<sup>34</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 4823, avril 1893.

<sup>35</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 3926, juillet 1890.

<sup>36</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 4836, mai 1893.

<sup>37</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 4857, mai 1893.

<sup>38</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6048, 30 juin 1898.

Dimanche le 18 elle a eu subitement une crise nerveuse, s'arrachant les cheveux, pleurant, se disant damnée etc. Chaque jour depuis cette époque amène une plus grande excitation, et malgré les sédatifs administrés il faut jusqu'à 4 hommes pour la maîtriser.<sup>39</sup>

Ses parents sont dans l'impossibilité de lui donner les soins nécessaires et ils sont trop pauvres pour payer une gardienne qui en prendrait soin. Donalda [...] est dangereuse parce qu'elle est agitée, déchire ses vêtements, mets ses mains sur le poêle, mords ses petites sœurs. Ses cris sont continus et non motivés. Elle a failli mettre le feu à la maison en jetant une lampe par terre.<sup>40</sup>

Emma est folle dangereuse. Ses vieux parents en ont peur et leur vie est en danger. Nous désirerions voir les blanc voulus afin qu'elle soit admise dans votre maison le plus tôt possible. Emma a déjà été votre pensionnaire, il y a déjà 9 ans. Les voisins s'informent aussi de la manière de la faire transporter chez vous. Emma est grosse et grande, elle peut jouer des mauvais tours à celui ou ceux qui la mèneront si elle n'est pas liée par des menottes. [...] Emma a l'idée de tuer une de ses sœurs qui est obligée de rester aux États-Unis, loin de ses parents. Ayez la bonté de transmettre les blanc ...<sup>41</sup>

La vie de ces familles est bouleversée. L'inattendu, l'incroyable, l'inimaginable fait partie de leur quotidien. La folie se fixe au sein de cette cellule, jadis paisible. L'idée d'une vie familiale calme et douce s'installe comme une fiction dans l'imaginaire. Vivre avec Maria, c'est craindre les menaces de mort qu'elle vocifère nuit et jour,<sup>42</sup> avec Marie-Rose, c'est accepter de la suivre pas à pas, afin d'éviter qu'elle ne se blesse grièvement par les coups qu'elle s'inflige,<sup>43</sup> avec Flora, c'est protéger ses enfants qu'elle bat<sup>44</sup> tandis qu'avec Victorine, c'est l'empêcher de

---

<sup>39</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 7243, 27 janvier 1903.

<sup>40</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8458, 10 décembre 1906.

<sup>41</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6071, octobre 1898.

<sup>42</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8358, 1906.

<sup>43</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 7243, 27 janvier 1903.

<sup>44</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 13377, sans date.

détruire et de brûler tout ce qui est autour d'elle.<sup>45</sup> Les parents et ami-e-s de ces aliénées sont aux aguets, à l'affût et à l'écoute du moindre signe de danger. Leur vie est un perpétuel combat contre l'atrocité éventuelle d'un geste malheureux. Une surveillance étroite et sans relâche est primordiale. Il est cependant impossible de consacrer toute une vie à la surveillance d'une folle. Il faut s'occuper des autres membres de la famille, entretenir le logis, préparer la nourriture, reprendre les vêtements. Il faut aussi s'éloigner de la maison pour gagner la vie.

#### **4.1.1.3. Folles et sans le sou.**

Insensées, déséquilibrées ou démentes, elles sont nombreuses à vivre au crochet de leur époux, de leurs parents ou de leurs enfants. Dépendantes économiquement du milieu familial, elles représentent un poids, un fardeau et bien souvent un embarras. En plus d'être un membre non productif<sup>46</sup> au sein de l'unité économique que compose la cellule familiale, elles nuisent à l'autonomie, à la détermination et à la disponibilité des autres membres actifs de l'unité de production que constitue la famille. Irascibles, tapageuses, provocatrices ou querelleuses, elles ont tous les traits de la personnalité qu'il faut pour ennuyer, insécuriser et angoisser ceux qui en ont la charge. Quelle stratégie adopter afin de subvenir au besoin de la famille tout en assurant la garde de cet être irresponsable... l'aliénée de la famille ?

Les ressources familiales s'avèrent primordiales dans l'organisation des moyens mis en œuvre pour garder l'aliénée à la maison, tout en poursuivant les activités

---

<sup>45</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 7307, 8 avrils 1903.

<sup>46</sup> Contrairement aux hommes aliénés, les femmes aliénées sont rarement décrites, dans la correspondance conservée dans les dossiers médicaux, comme étant une unité

professionnelles. Les stratégies familiales sont nombreuses. Les scénarios de survie ne sont pas tous étiquetés d'un sceau de succès, mais les démarches entreprises par les familles inscrivent une volonté d'assurer le soutien nécessaire à leur malade tout en garantissant un apport économique suffisant à tous ses membres.

Dans la famille de Cécilia, c'est Maria, âgée de 29 ans et couturière de profession qui fait vivre sa mère atteinte de démence sénile. Lorsqu'elle quitte la maison pour l'ouvrage, c'est l'une de ses sœurs, veuve, qui prend la relève et s'occupe de Cécilia. Cette entente familiale dure depuis maintenant 15 ans. La fatigue se fait sentir. Cécilia, âgée de 72 ans, s'est enfermée dans un mutisme, ses idées de damnation et de persécution se font plus présentes. Le docteur Dupont considère qu'il est dangereux pour les deux sœurs de se dévouer ainsi plus longtemps pour leur mère. L'internement de Cécilia est conseillé.<sup>47</sup>

Les ressources familiales sont plus limitées dans le cas d'Élizabeth. Celle-ci, âgée de 60 ans, vit seule avec son frère. Il est journalier et par conséquent il doit quitter la maison le matin pour ne revenir que le soir. Élizabeth est décrite comme étant un être dangereux qui peut se livrer à n'importe quels actes violents et scandaleux qui lui passeraient par la tête. Elle n'a pas les moyens pour se faire traiter : l'internement a été demandé dans le but d'une protection personnelle et publique.<sup>48</sup>

---

de production. Le désir de les voir réintégrer, par exemple, la famille en raison de leur apport économique à la famille est plutôt inhabituel.

<sup>47</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6649, 13 juin 1900.

<sup>48</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 5815, 21 novembre 1897.

Bien que Domithilde puisse compter sur le support de ses cinq enfants, sa prise en charge demeure complexe :

Mes sœurs l'ont gardée aussi longtemps qu'il leur a été possible. Mais elle leur échappait et courait les rues, tête nus sans vêtement, elle fut arrêtée 2 fois par la police et conduite à la Station. Dans l'impossibilité de la garder dans une ville nous avons résolu d'essayer la campagne. Depuis 2 mois, elle est chez mon frère à Chambly. Là elle est une cause de scandale pour les enfants par son langage et par ses actes. Sa vie et celle des autres membres de la famille sont très exposées : elle est inconsciente et incontrôlable.<sup>49</sup>

C'est donc après avoir épuisé différentes alternatives pour garder Domithilde que ses enfants ont, avec répugnance, décidé de la placer. Refusée dans tous les hospices, à cause de son état mental, les procédures d'admission à l'asile furent subséquemment entreprises. « [...] je vous en supplie, ayez-donc pitié d'une famille pauvre et si affligée dans ce qu'elle a de plus cher, sa mère, et donnez, s'il vous plaît, accès à cette dernière à l'Asile qui est sous votre contrôle . »<sup>50</sup> : écrivait Norbert, fils aîné de Domithilde, au docteur Villeneuve, le 13 février 1906.

Les histoires d'Angélique, de Marguerite et de Malvina, bien qu'elles aussi toutes différentes, comportent des similitudes mettant en perspective la lourde tâche qu'exige la garde d'une aliénée. Après quelques années de vie en milieu familial ou charitable, l'essoufflement de ces ressources est de plus en plus perceptible et, bien souvent, la malade de plus en plus fragile. Marguerite, sans le sou et sans famille, a profité pendant près de 29 ans de l'hospitalité des religieuses de l'asile de la Charité; cependant la détérioration de son état mental, son caractère difficile et ses crises

---

<sup>49</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8171, 1 avril 1905.

<sup>50</sup> Ibid, 13 février 1906.

furieuses, plus nombreuses, l'ont conduit à l'asile des aliénés.<sup>51</sup> Quant à Malvina, dépendante économiquement de son mari, mais ne pouvant plus habiter avec lui parce qu'étant trop dangereuse pour leurs enfants, elle fut recueillie chez ses parents. Elle y a vécu pendant 6 ans, soit jusqu'au jour où son père, un pauvre journalier, est devenu malade et inapte au travail. La mère incapable de subvenir aux besoins de son mari et de sa fille demanda le placement de Malvina à St-Jean-de-Dieu.<sup>52</sup> Angélique, épouse délaissée par son mari mendiant et vagabond, est un sujet de scandale à Ste-Marthe. Angélique est hébergée temporairement chez son beau-frère, « un pauvre journalier soutenu en partie par la charité publique »<sup>53</sup>. Les autorités municipales ont donc convenu d'entamer les procédures d'internement pour cette pauvre femme.<sup>54</sup>

L'aliénée au sein d'une famille ou d'un quelconque foyer monopolise le temps et l'énergie de tous ceux qui l'entourent. Elle devient une préoccupation première, presque une obsession. Les habitudes de vie de toute la maisonnée changent et doivent s'organiser en fonction de la surveillance, des besoins et des soins que nécessite la malade. Tapageuse, silencieuse, provocatrice ou réservée elle réussit à drainer toute l'énergie de ceux avec qui elle vit. Elle est une source intarissable d'épuisement assurée.

---

<sup>51</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 5739, 15 juin 1897.

<sup>52</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6552, 4 septembre 1899.

<sup>53</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6547, 1 août 1900.

<sup>54</sup> Ibid.

#### 4.1.1.4. De l'épuisement à l'impuissance : vivre avec une aliénée.

Au fil des jours, l'essoufflement et le découragement se font de plus en plus sentir au sein des familles vivant avec une aliénée. Les années passent, les expériences malheureuses deviennent difficiles à gérer et les malentendus se font plus nombreux. Usée par cette vie où il faut jongler avec les inquiétudes, la frayeur, les chagrins et les angoisses, tel un apport quotidien de souffrances obligatoires, la famille est en quête d'une délivrance ardemment désirée. Chaque famille a connu son lot de problèmes, d'ennuis et de tourments avant d'envisager l'enfermement à l'asile de leur malade. Comment écrivent-ils leur désarroi ?

C'est en parcourant les nombreuses lettres adressées aux sœurs de la Providence, mais encore plus nombreuses celles destinées au surintendant médical de St-Jean-de-Dieu qu'il nous est possible, aujourd'hui, d'être sensible aux cris de désespoir de ceux et celles qui ont désiré l'internement d'une des leurs. C'est à Sœur Marie-Octave<sup>55</sup> que Joséphine se confie concernant son incapacité à garder sa sœur Délia, âgée de 37 ans et souffrant de délire mystique et religieux. L'épreuve de Joséphine semble doublement pénible puisqu'elle s'occupe, également, de sa vieille mère affligée et souffrante.

Je suis tout à fait incapable d'en prendre soin. Je suis seule et j'en ai peur de ma sœur. [...] le soin de ma mère est autant que je puis faire qu'on me croit si j'étais capable faire plus je le ferais, mais je n'ai pas la force et ma sœur va me rachever.<sup>56</sup>

L'aliénée, au sein de la famille, est considérée comme étant une pure nuisance. Elle dérange les habitudes, monopolise toute l'attention et est une source inépuisable de

---

<sup>55</sup> Sœur supérieure de St-Jean-de-dieu de 1897 à 1906.

<sup>56</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6479, 4 mars 1905.

tourments. Albertine décrit précisément, au docteur Noël<sup>57</sup>, le tourbillon d'activités que génère sa mère dans une maison.

Elle est pire que jamais [...]. Sa folie consiste à croire que toute le monde lui vole son linge, moi comme les autres, et a se propos elle me fait des scènes à toute les jours, si bien que je ne suis plus maitresse chez moi tout lui appartient, elle furette partout je suis obligé de tenir les meubles fermer à clef, si je ne fait pas cela elle vide les tiroir peut-être 15 fois par jour, elle insulte toute le monde, si bien que, je ne puis recevoir personne, ni femme ni enfant, encore moins un homme. Elle dit aux gens que je la maltraite que je la bat, si bien qu'elle se trouve martyre et ne veut plus rester avec moi, je suis obligé de la surveiller nuit et jours, cette situation ne peut duré ma santé s'althère et si je tombe malade, je ne sait vraiment pas comment les choses tourneront, ensuite, il faut que je gagne ma vie, et tant que ma mère sera dans cette état là la chose m'est impossible. Je suis vraiment découragé .<sup>58</sup>

Comme bien d'autres malades, la mère d'Albertine ne dort presque pas; quelques heures au petit matin lui suffisent. Les journées sont longues et les nuits pratiquement inexistantes pour celles et ceux qui veillent la folle de la famille. Emma fut trois semaines sans dormir avant que sa mère écrive à sœur Marie-Octave.

Voilà trois semaines qu'elle ne dort pas, son appétit diminue tous les jours elle fait pitié à voir. Elle est dans un état critique, elle ne veux pas voir personnes la mélancolie s'enparent d'elle et se livre au découragement s'est ce qui la rend mauvaise. Je suis oubligé de rester seule et j'en ai peur elle ne veux se venger que sur moi. [...] J'espère que vous allez nous tendre la main dans notre infortune et nous vous en serons très reconnaissant .<sup>59</sup>

Les idées de persécutions qui occupent les pensées de Rose de Lima, de Victorine et de Marie-Louise sont également d'autres exemples de sources d'épuisement pour les familles qui doivent quotidiennement faire face aux soupçons, aux menaces, aux intimidations et aux accusations souvent méchantes et cruelles manifestées par la

<sup>57</sup> Assistant surintendant médical à St-Jean-de-Dieu, deviendra surintendant en 1931.

<sup>58</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 13899, 21 mars 1933.

<sup>59</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 7246, 21 décembre 1902.

persécutée. Marie-Louise, engagée comme couturière par monsieur et madame Donat, empêche la cuisinière de dormir à cause des propos qu'elle tient toute la nuit au sujet d'un homme qui veut la marier et qu'elle veut tuer. Elle menace d'empoisonner monsieur et madame Donat parce qu'ils seraient les complices de cet homme. Marie-Louise a un revolver en sa possession : elle l'a montré à la cuisinière, un revolver à 7 coups chargé de 7 cartouches. Elle veut s'en servir contre monsieur Donat. Marie-Louise est une source de stress et de grand danger pour madame Donat qui est dans un état de grossesse assez avancé. Après seulement onze jours de service, monsieur Donat décide de congédier Marie-Louise. « Pour moi, je la crois très folle, très malade [...] et très dangereuse. Elle commettra quelque crime à moins qu'elle ne se fasse tuer elle-même. »<sup>60</sup>, écrivait monsieur Donat au docteur Villeneuve. Marie-Louise fut admise, le 4 septembre 1900, à St-Jean-de-Dieu.<sup>61</sup>

Rose de Lima et Victorine sont toutes les deux mariées et, elles aussi, atteintes d'un délire de persécution. Leurs persécutions sont tournées contre leur mari à qui elles octroient tous les blâmes et tiennent responsable de leur souffrance. Victorine a 32 ans et est mariée depuis 3 mois. Elle commença par perdre le sommeil pendant 15 jours et puis pendant un mois. Elle devint cruelle pour son mari et menaçait de tout détruire et de tout brûler autour d'elle. C'est le médecin du village qui écrivit au docteur Villeneuve pour demander l'internement de Victorine, afin qu'elle puisse recevoir les traitements appropriés à ses maux : « Vous nous rendrez un grand service à nous et surtout à ce pauvre mari découragé »<sup>62</sup>.

---

<sup>60</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6568, 4 septembre 1900.

<sup>61</sup> Ibid.

<sup>62</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 7307, 8 avril 1903.

Les idées de persécutions de Rose de Lima la rendent coléreuse, triste, impatiente, acariâtre et dès plus suspicieuse. Elle se plaint des voisins et tempête contre eux, elle dort peu et fait sans cesse des reproches à son mari. Elle l'accuse d'avoir la voisine comme maîtresse, d'être complice avec ses persécuteurs et de « l'électriser ». Ses idées de persécutions la font souffrir et elle est convaincue que son mari cache sur lui l'objet de ses souffrances. Ses idées de persécutions, présentes depuis une dizaine d'années, sont accompagnées d'hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Combien de fois même au plain mois de juillet que je suis arriver à la maison et que j'ai trouver ma pauvre femme et mes cher petit enfants avec chacun un large bandeau autour de la tête et tous les fenêtres et les porte fermer parce quelle prétendais qu'il y avait trop d'électricité, et elle me faisait des reproche de faire faire du mal à nos petits enfants.<sup>63</sup>

Le mari de Rose de Lima livra, au docteur Villeneuve, un long témoignage d'épisodes de vie, comme celle-ci, qui ont « empoisonné » ses jours et ses nuits. Le 24 août 1897, Rose de Lima déserte son foyer laissant derrière elle ses enfants. Le lendemain, elle est internée à St-Jean-de-Dieu.<sup>64</sup>

Nombreuses sont les familles qui ont protégé, supporté et toléré les paroles, les gestes et les comportements asociaux de leur « folle ». Pendant parfois six, dix ou même quinze années comme l'ont fait les parents de Malvina, le mari de Rose de Lima et la fille de Cécilia. La décision de faire interner l'aliénée dépendait souvent, comme l'a également observé Bronwyn Labrum au Auckland Lunatic Asylum, de la facilité qu'avait la famille à contrôler leur malade à la maison. « Family members were admitted months and even years after the first signs of abnormal behaviour

---

<sup>63</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 5751, 22 avril 1899.

<sup>64</sup> Ibid.

were perceived, often because events had taken a sudden turn for the worse. »<sup>65</sup> La détermination et la hardiesse ont permis à plusieurs familles de croire qu'ils pourraient s'acquitter, seuls, de la surveillance de cette femme, cette fille, cette mère si différentes des autres. Qu'il serait possible de venir à bout de la conduite excentrique, dangereuse ou avilissante de celle qu'ils peuvent difficilement effacer de leur vie. « Nous assistons ici à une révolution dans la garde des aliénés qui passe bel et bien des mains de la famille à celles de l'État. »<sup>66</sup> Comme l'a illustré Cellard, pour la période 1874-1898, la proportion de célibataires admis à St-Jean-de-Dieu diminue, tandis que la proportion des gens mariés augmente. Plus précisément, les célibataires représentant 65% de la population asilaire au cours du quinquennat 1874-1878, passeront à 52% vingt ans plus tard. Quant aux gens mariés, de 27% qu'ils étaient au tout début du dernier quart de siècle, ils atteindront les 41% à la fin du 19<sup>e</sup> siècle.

Célibataire ou mariée, excessive, immodérée, hystérique la « folle » s'expose à une réalité autre que celle vécue par la majorité. Son univers onirique, ses visions mystiques, ses pensées extravagantes, son discours scandaleux, sa tenue excentrique et ses idées de persécution font d'elle un être différent, contradictoire, marginal... un être malade.

---

<sup>65</sup> LABRUM, Bronwyn, "Looking Beyond the Asylum: Gender and the Process of Committal in Auckland, 1870-1910," *New Zealand Journal of History [New Zealand]* 1992, vol. 26, no. 2, p. 141.

<sup>66</sup> CELLARD, André, « Institutionnalisation de la folie et effritement des solidarités familiales au Québec au 19<sup>e</sup> siècle » *Régulation et gouvernance / Modelar para gobernar*, Barcelone, Pedro Fraile ed, Universitat de Barcelona, 2001, pp. 307-323.

#### **4.1.2. La prise en charge médicale.**

##### **4.1.2.1. Contexte asilaire avant 1890.**

Le réseau hospitalier québécois du 19<sup>e</sup> siècle, divisé en deux grands systèmes dès 1801, s'occupe de la santé physique et de la santé mentale de la population. Au cours de ce siècle, la médecine gagne en crédibilité et les hôpitaux se démarquent dans un paysage de plus en plus urbain. Cependant, c'est seulement en 1839 que l'institution asilaire devient une réalité. La création des institutions asilaires telles que Beauport, St-Jean et St-Jean-de-Dieu permet d'améliorer les conditions d'enfermement des aliénés. Ces institutions offrent un milieu de vie beaucoup plus adéquat comparativement aux hôpitaux généraux et aux prisons à qui revenait, jusque-là, la responsabilité de garder les personnes affligées d'un dérangement mental.

C'est au cours des années 1880 que les asiles québécois font l'objet de sévères critiques qui entraînent une crise institutionnelle. Le grand nombre d'aliénés incurables dans les asiles, le problème que cause la folie criminelle et l'internement des personnes non-aliénées soulèvent bien des remises en question. Les méthodes utilisées dans les asiles québécois sont scrutées à la loupe et jugées fort négativement. Selon Guy Grenier, l'affaire Lyman est assurément l'un des événements déclencheurs de la crise de l'institution asilaire québécois.<sup>67</sup>

Une nouvelle législation sur les asiles voit le jour en 1885. Cette loi, adoptée par le Parlement québécois, place le contrôle médical des asiles entre les mains du

gouvernement. Ainsi était créé un bureau médical formé d'un surintendant et de deux assistants. Les pouvoirs médicaux et administratifs sont dorénavant séparés. Les médecins du gouvernement obtiennent, de cette façon, l'exclusivité de l'admission, du traitement et de la sortie des aliénés. La création de ce bureau médical fut, dans un premier temps, boycottée par les sœurs de la Providence. Une commission royale d'enquête qui présenta son rapport en 1888, permit d'établir, enfin, un compromis durable : malgré une augmentation du pouvoir médical au sein de l'asile, les religieuses conservaient leur pouvoir administratif.<sup>68</sup> Ce système sera accepté par les sœurs de la Providence et effectif au début des années 1890<sup>69</sup>.

#### **4.1.2.2. Contexte asilaire dès 1890.**

C'est au cours de la décennie 1890 qu'il est possible d'observer un plus grand contrôle du gouvernement sur les institutions asilaires qu'il finance, ainsi qu'une augmentation du pouvoir des médecins sur les propriétaires d'asiles. Cette augmentation du pouvoir médical ne vient toutefois pas sanctionner l'élimination du pouvoir des communautés religieuses sur les asiles. Leur pouvoir reposait incontestablement sur le fait qu'elles étaient capables de gérer et d'exploiter au maximum les faibles revenus mis à leur disposition. Le conflit qu'a généré la loi de 1885 entre le gouvernement et les sœurs de la Providence suffit à démontrer que les religieuses avaient leur mot à dire et que l'avenir des institutions asilaires, pour une bonne part, dépendait d'elles.

---

<sup>67</sup> GRENIER, Guy, *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentale au Québec, 1885-1930*, Mémoire de maîtrise en histoire, Université de Montréal, 1990, p.53.

<sup>68</sup> GRENIER, Guy, *Les monstres, les fous et les autres. La folie criminelle au Québec*, Montréal, Éditions trait d'union, 1999, p. 207.

<sup>69</sup> KEATING, Peter, *La science du mal. L'institution de la psychiatrie au Québec, 1800-1914*, Montréal, boréal, 1993, chapitre 4.

La dernière décennie du 19<sup>e</sup> siècle est caractérisée par de nombreuses innovations au sein des asiles québécois. Parmi ces dernières, notons l'ouverture de l'asile de Verdun, dirigé par des laïques; le rapprochement des institutions asilaires avec le monde universitaire par l'entremise des surintendants; la promotion de la thérapie par le travail; la promulgation des congés d'essai et la pratique à Verdun de l'open-door.<sup>70</sup> Cette fin de siècle est, également, propice aux échanges entre la nouvelle génération d'aliénistes et leurs confrères étrangers. « La théorie de la dégénérescence de Magnan devait d'ailleurs faire figure de dogme aux yeux de l'aliénisme québécois jusqu'à la fin de la première Guerre Mondiale. »<sup>71</sup> Les aliénistes se spécialisent, les asiles québécois se médicalisent et ainsi se crée un rapprochement entre les médecines mentale et somatique.

#### **4.1.2.3. Rôle social de l'asile.**

Au début du 19<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux généraux et les prisons, où sont gardés les fous, sont perçus comme étant des lieux d'enfermement réservés aux marginaux, aux idiots et aux dangereux. Ils sont les hôtes d'individus qu'on préférerait mettre à l'écart, afin de préserver une certaine paix publique. « On considérait jadis l'aliéné comme un être dangereux : dangereux pour lui d'abord, mais dangereux pour les autres surtout. Et c'est pour se prémunir contre cet énergumène dangereux, cet être infernal, qu'on l'enfermait dans un asile où il était gardé à vue... »<sup>72</sup>. Ces idées ont fait place à de nouvelles approches thérapeutiques, beaucoup plus humanitaires, et

<sup>70</sup> GRENIER, 1999, op. cit., p.208.

<sup>71</sup> Ibid., p.209.

<sup>72</sup> Trente-quatrième rapport des inspecteurs d'asiles pour l'année 1903. Document de la session, vol. 38, no II, 1905, p. 211.

ont permis de transformer l'asile-prison en l'asile-hôpital. La maison de santé remplaçait ainsi la maison de détention.

Tel que présenté au chapitre un, au cours du 19<sup>e</sup> siècle, la médecine gagne en crédibilité : la folie est maintenant perçue comme étant une maladie.<sup>73</sup> La folie devient, par conséquent, d'un grand intérêt pour les médecins. L'importance accordée aux maisons d'internement prend un tout nouveau sens. Ce nouveau sens est très perceptible dans les rapports annuels des inspecteurs d'asiles et des surintendants médicaux étudiés pour les fins de cette étude. Le message est clair. Les asiles sont maintenant des hôpitaux. C'est d'ailleurs à l'ouverture du nouvel asile de la Longue-Pointe en 1901 que l'institution est rebaptisée « Hôpital St-Jean-de-Dieu ».

Surintendants médicaux, inspecteurs d'asiles et journalistes contribuent, selon leur spécialité respective, à mettre en valeur ce qu'est devenu l'asile. Les articles de journaux, plus particulièrement, de *La Presse* et de *La Patrie*, pour les années 1890 à 1910, sont très élogieux à l'égard de l'asile. Il va sans dire que l'ouverture du Protestant Hospital for the Insane le 15 juillet 1890 et la construction du nouvel asile de la Longue-Pointe, à la suite de l'incendie du 6 mai 1890, a suscité beaucoup d'intérêt. Il est fascinant de lire les descriptions sur les commodités et les avantages qu'offre maintenant l'hôpital aux démunis. Les journalistes omettent, dans leurs articles, de faire la promotion de certains détails spécifiques trop restrictifs, trop contraignants, trop répressifs reliés à l'environnement asilaire. Ce genre de présentation, quelque peu biaisée, offre au public une image plus accueillante de

l'asile et fait oublier que cette institution demeure pour les patients internés un lieu d'enfermement et de réclusion. On s'évertue plutôt à mentionner comment ce lieu... autrefois si sévère, est devenu un lieu enchanteur où finalement on pourrait croire qu'il fait bon vivre.

Quiconque s'est rendu une fois au bout de l'île n'a pas été sans remarquer sur le parcours les immenses édifices qui composent l'asile St-Jean-de-Dieu. Cet asile, on le sait, est réservé à la classe la plus malheureuse : les aliénés. On serait charmé et heureux de vivre en ce lieu si, à chaque pas, on ne se heurtait pas à quelque infortuné aux yeux hagards et à la raison déséquilibrée. Car, on ne saurait le contester, ce lieu est enchanteur.<sup>74</sup>

[...] on est entré, en passant, à la résidence Ste-Thérèse, qui est un véritable palais. C'est là que sont les pensionnaires privés, hommes et femmes, et il ne leur manque rien sous le rapport du confort, et même du luxe. Toutes les pièces sont meublées avec richesse.<sup>75</sup>

Ce n'est pas seulement le message que l'asile de la Longue-Pointe est rebâti à neuf qui est transmis à la population, mais bien que ce lieu soit devenu une maison de santé. Une institution spécialisée pour traiter les aliénés et où on peut sans crainte envoyer ses malades, parce qu'ils y seront bien traités. Depuis plus d'un siècle l'asile est associé à un lieu d'enfermement pour les rejetés de la société. Il est donc tout à fait légitime que l'idée d'y envoyer un être cher ait eu une connotation négative. La population se familiarise avec les nouveaux services de santé offerts par le corps médical. Cependant tout un apprentissage reste à faire concernant cette nouvelle spécialité qui s'occupe « scientifiquement » de santé mentale. Finalement, la population doit être éduquée à propos des soins devant être donnés à leurs proches atteints d'aliénation mentale.

---

<sup>73</sup> CELLARD, André, *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850*, Montréal, Boréal, 1991, p.158.

<sup>74</sup> La Patrie, 19 juillet 1902, p. 8.

Les messages des surintendants médicaux sont, à cet égard, des plus insistants. L'hôpital psychiatrique peut non seulement soigner, mais guérir la folie. Cependant, pour que le traitement donne de bons résultats et réussisse, les patients doivent être conduits à l'hôpital dès l'apparition des premiers symptômes. C'est à partir de ce constat que les aliénistes expliqueront la raison du faible taux de guérison de leurs patients. L'espoir de guérir la folie est tangible, mais les résultats sont plus que décevants. Le contenu des rapports annuels des surintendants médicaux est, sur ce sujet, très récurrent. Qu'il s'agisse des rapports de la fin du 19<sup>e</sup> ou du début du 20<sup>e</sup>, siècles le message est le même : « [...] la première condition pour que cette guérison soit réalisée, c'est son [à l'aliéné] hospitalisation au début de la maladie ». <sup>76</sup>

In almost every hospital devoted to the care of the insane, we can find many cases from whose history we may fairly conclude that earlier treatment might have prevented this result, and I doubt if throughout the world there be one such hospital whose records do not prove the evils resulting from undue delay in placing the insane therein. The curability of insanity by proper hospital treatment is markedly in direct ratio to an early resort thereto, and yet how often it is looked upon only as a last. <sup>77</sup>

[...] sur les formes réputées curables, par leur nature, 44.63% seulement des malades sont entrées dans la première année de leur maladie. Or c'est un fait parfaitement connu en pathologie générale et d'observation banale que plus une maladie est éloignée de son début, plus elle est difficile à guérir. Cet axiome est encore plus évident en pathologie mentale, parce que la maladie, à cause de sa nature particulière, trouve des éléments d'aggravation dans le milieu où elle a pris naissance, dans des soins intempestifs ou même nuisibles, dus à l'ignorance ou au préjugé. Donc, la nature de la maladie ou son ancienneté, sont responsables, pour une bonne partie du moins de l'abaissement des taux de guérisons. <sup>78</sup>

---

<sup>75</sup> La Patrie, 24 juillet 1905, p. 5.

<sup>76</sup> Trente-quatrième rapport des inspecteurs d'asiles pour l'année 1903. Document de la session, vol. 38, no II, 1905, p. 211.

<sup>77</sup> Rapport annuel de 1892 du docteur T.J. W. Burgess, surintendant médical du Protestant Hospital for the Insane, p. 11. Archives de l'Hôpital Douglas.

<sup>78</sup> Rapport annuel de 1903 du docteur G. Villeneuve, surintendant médical de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu. Document de la session vol. 38, no II, 1905, p.235.

Les aliénistes croient fermement qu'ils peuvent guérir leurs patients atteints de pathologies mentales, mais la réussite du traitement dépend incontestablement de la vigilance à hospitaliser le patient dès l'apparition des premières manifestations du trouble mental. De là les démarches entreprises, par les aliénistes, pour favoriser l'internement volontaire des hommes et des femmes sujets à des attaques de folie. Faciliter les procédures d'admission signifie un internement précoce et par conséquent les possibilités de guérison probantes.

Je suis heureux de pouvoir faire rapport que l'admission volontaire des patients privés, qui a été sanctionnée par le gouvernement le 16 juin, a fonctionné jusqu'ici d'une manière très satisfaisante. On ne peut désirer de meilleure preuve de la valeur de ce mode d'admission que le fait que, sur les cinquante patients privés admis depuis qu'il a été mis en force, il n'y a pas moins de vingt pour cent qui ont été admis sur leur propre demande. Quand la possibilité de ce mode d'entrée sera plus connue du public, il n'y a pas de doute que cette proportion sera beaucoup augmentée et que plusieurs patients souffrant de la neurasthénie et d'autres maladies limitrophes, se feront un plaisir de profiter de la chance que leur est offerte de subir, dans un hôpital, un traitement convenable et débarrassé des exigences légales qui requièrent une incapacité mentale complète. De cette manière, on empêche plusieurs cas de maladies mentales, encore à leurs premières places, de dégénérer en folie complète.<sup>79</sup>

La construction, l'aménagement et l'administration des asiles, à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles, sont présidés par une réalité née d'une conception « moderne »<sup>80</sup> de l'asile. Ce lieu marginalisé devient au fil des décennies spécialisé en médecine mentale. En pleine expansion, cette science,<sup>81</sup> basée sur des théories et des pratiques, d'origine principalement européenne,<sup>82</sup> cherche à se faire reconnaître en tant que branche spécialisée de la médecine. Les aliénistes doivent se faire

---

<sup>79</sup> Rapport annuel du Docteur. T.S.W. Burgess, surintendant médical du Protestant Hospital for the Insane, pour l'année 1904. Document de la session, vol. 39, no II, 1906, p.233.

<sup>80</sup> L'asile moderne tel que présenté par les inspecteurs d'asiles dans leur rapport annuel de 1903.

<sup>81</sup> KEATING, Peter, *La science du mal*, Montréal, Boréal, 1993, 208 pages.

reconnaître auprès de la population, mais également auprès de leurs collègues généralistes. Les grandes difficultés et les nombreuses déceptions liées au traitement des troubles mentaux de la population asilaire ont obligé les aliénistes, afin de présenter des taux de guérison encourageant, à définir une « clientèle » cible pouvant bénéficier de leurs soins et du bienfait du milieu asilaire. Contrairement aux soins prodigués dans les hôpitaux généraux, l'approche thérapeutique privilégiée dans les asiles ne devient salubre que pour une minorité de la population internée. Tous les patients ne sont pas les candidats idéaux pour être soumis aux traitements offerts par les aliénistes. Une division très précise est effectuée entre les patients dits curables et incurables. Une grande proportion des patients internés à l'asile, catégorisés comme étant incurables, dérange. Mais l'approche thérapeutique n'a jamais été remise en question, malgré les hauts taux d'insuccès que les aliénistes ont bien été obligés de présenter aux représentants du gouvernement. L'institution asilaire se médicalise et se spécialise, cependant, dans le but, de plus en plus limité, d'offrir des soins à une population de plus en plus restreinte. En somme, les aliénistes, cherchant à faire reconnaître leur succès dans l'art de traiter la folie, déploreront l'encombrement des asiles par des individus s'y trouvant internés pour les mauvaises raisons. Sortir les incurables des asiles devient le meilleur moyen, pour les aliénistes, de tendre vers des taux de guérisons acceptables.

[...] sur 326 malades entrés en 1906, 163, c'est-à-dire plus de 50% étaient atteints de formes absolument incurables d'aliénation mentale : démence vésanique, démence sénile et organique, paralysie générale, folie épileptique, imbécillité et idiotie. Cette proportion énorme des incurables parmi les malades admis à l'asile, à part qu'elle abaisse le taux des guérisons et atteint aussi l'amour propre du médecin et de l'institution, doit être aussi, au point de vue de l'intérêt public, un sujet de réflexion intéressée, car une fois ces malades admis à l'asile, ils n'en sortent que très rarement, y restent presque tous jusqu'à leur mort; certains d'entre eux, comme les idiots, les imbéciles, les déments vésaniques, vivent très

---

<sup>82</sup> Voir doctrine de Magnan et de Morel dans Grenier, op., cit., 1990.

longtemps et contribuent ainsi à encombrer l'asile de non-valeurs et à lui enlever son caractère d'instrument de traitement.<sup>83</sup>

Le réseau hospitalier asilaire, présenté sous ses plus beaux jours, semble avoir séduit, d'une certaine façon, les citoyens à la recherche de service de santé et de soutien. Bien qu'aucune autre ressource n'ait été en mesure d'accueillir les femmes et les hommes atteints de maladie mentale, la nouvelle image de l'asile moderne que médecins, inspecteurs et journalistes ont si souvent fait briller dans leurs rapports ou dans les journaux, a bel et bien été adoptée par la population qui sollicite de plus en plus les services « de la maison de santé » asilaire. Rapidement l'Hôpital St-Jean-de-Dieu affichera complet.

#### **4.2. La cité asilaire.**

C'est loin de la famille et des amis que se traite, idéalement, à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles, la maladie mentale. C'est en une cité éloignée où les excentriques, les bizarres et les idiots peuvent vivre à l'abri des regards curieux et intempestifs, si douloureux pour la famille, que se révèle dans toute sa magnificence l'univers des folles. Libre d'être folle à l'intérieur des remparts asilaires qui délimitent un territoire qui sépare le normal de l'anormal, en vertu des valeurs, des stéréotypes et des normes socialement acceptées. Une société de rejetées, d'indésirables et de marginales au cœur de laquelle fourmille un art de vivre. Un endroit unique où on veut faire rimer thérapie avec horticulture, couture et relaxation et où les plaisirs ludiques sont les symboles d'une tradition culturelle.

---

<sup>83</sup> Rapport annuel de 1906 du Docteur G. Villeneuve, surintendant médical de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu. Document de la session, vol., 41, no II, 1908, p.199.

L'étude du milieu asilaire permet de jeter un regard sur cet espace protégé, ce haut lieu de démente, de délire et de folie. Le regard qui se pose sur cet univers particulier, tant du côté des jardins, des réfectoires, des salles communes ou des dortoirs, se définit comme étant une nouvelle fenêtre sur un lieu encore trop mal connu. Imprégné d'idées préconçues et assimilées à des récits plutôt noirs sur l'histoire de la folie, l'asile s'expose, à nouveau, à la critique. Cette recherche s'intéresse tout particulièrement au projet asilaire dans la matérialisation de ses théories basées sur le traitement moral. Comment « physiquement » s'est élaboré un lieu idéalement favorable au traitement de la folie ? La description détaillée de l'environnement asilaire sert d'introduction à la présentation des conditions de vie qui règnent derrière ces murs de pierre érigés pour isoler la folle de la société.

Cette perspective corrigée, sur ce lieu d'enfermement, bénéficie de l'apport d'une documentation jusqu'ici inexploitée. La correspondance des parents et amis des patientes internées à St-Jean-de-Dieu de 1873 à 1921, adressée à la Sœur supérieure et au surintendant médical de l'asile, contient des bribes d'informations extraordinaires permettant de repeindre des parcelles de vie des femmes qui ont vécu entre les murs de la folie. Certaines lettres écrites par les patientes elles-mêmes lors de congé d'essai dans leur famille et adressées au personnel de l'asile sont des témoignages d'une valeur inestimable.

La contribution de cette nouvelle documentation permet de présenter, de façon plus précise, les détails de la vie des femmes de la cité St-Jean-de-Dieu, momentanément cloîtrées au sein d'une communauté de religieuses et d'aliénistes qui encadrent leurs

excès et leurs débordements verbaux ou moteurs. Hystériques, maniaques catatoniques et neurasthéniques protégées dans cet univers thérapeutique, elles ont vécu au rythme de l'institution le temps d'une saison, d'une année et parfois d'une vie.<sup>84</sup> À quoi ressemble la vie derrière les murs de la « cité asilaire » ?

#### 4.2.1. L'espace asilaire.

C'est dans un cadre naturel exceptionnel que se développe le territoire montréalais réservé à la folie. Loin des rues, des parcs et des commerces publics, l'asile s'épanouit à l'écart d'une société réfractaire à la marginalité. C'est en parcourant les rapports d'inspecteurs, les articles du journal *La Patrie* et l'ouvrage de Bellay, *Histoire de l'hospice St-Jean-de-Dieu à Longue Pointe*,<sup>85</sup> que nous avons pu faire ressortir une image de ce qu'a été St-Jean-de-Dieu à ses tout débuts ainsi que les transformations qu'il a subies au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle. Bien entendu, ces documents ont l'avantage de fournir des descriptions explicites riches de détails particuliers sur le milieu asilaire. Cependant, le point de vue peu critique de ces sources qui ont comme but de « redorer l'image de l'asile » présente la cité asilaire en des termes surtout élogieux. Les qualificatifs et les hyperboles se succèdent généreusement et permettent de comparer ce lieu d'enfermement à un lieu où beauté, charme et esthétisme sont au rendez-vous.

---

<sup>84</sup> « Le séjour qu'on fait en moyenne à l'hôpital tous ceux qui sont sortis, a été d'un peu plus d'un an. Le temps le plus court pendant lequel un malade a été sous traitement a été de cinq jours; le plus long, dix huit ans, onze mois et vingt-quatre jours. » Rapport annuel du surintendant médical du Protestant Hospital for the Insane pour l'année 1910. Document de la session, 1912, vol 45, no III, p.94. À noter, seulement 40% des patients admis en 1910 sont sortis guéris.

Franchir les remparts qui séparent le paysage montréalais entre la norme et l'anormalité nous oblige à ne point perdre de vue que derrière ces murs de pierre se vit toute la réalité qu'impose l'enfermement asilaire. Profiter du paysage horticole aménagé avec goût et style autour de l'institution ou des installations électriques modernes dans les salles de l'asile ne fait pas de ce lieu une « maison de rêve ». Cet espace réservé aux exclues de la société demeure un lieu contrôlé où les libertés individuelles sont abolies et cela malgré la splendeur des lieux, à une époque où la majorité des citoyens de Montréal ou de ses banlieues vivent dans des maisons modestes dépourvues, par exemple, d'équipements sanitaires et électriques. L'apparence extérieure de l'asile a assurément été aménagée de façon à séduire le regard de celui qui y accompagne sa malade. La première impression sur ce lieu de claustration se voulait, sans nul doute, séduisante afin d'adoucir les appréhensions que pouvaient vivre la folle et son requérant sur ce territoire fleuri, mais obligatoirement austère, rigide et sévère.

#### 4.2.1.1. Côté jardins.

En banlieue de la métropole, loin des regards, en retrait de l'effervescence citadine, l'asile compose avec l'isolement que son statut impose. L'Hôpital du Mont-St-Jean-de-Dieu, établi à la Longue-Pointe à l'extrémité est de l'île de Montréal, est érigé sur le sommet d'un coteau qui domine toute la campagne de la Longue-Pointe.

C'est en 1874, sur la terre Vinet à la Longue-Pointe, que prend racine l'hospice St-Jean-de-Dieu. L'espace asilaire atteindra ses dimensions définitives en 1901. Agrandis par l'acquisition des fermes voisines, les 350 arpents, devenus insuffisants

---

<sup>85</sup> BELLAY, *Histoire de l'hospice de Saint-Jean-de-Dieu, à la Longue-Pointe*,

en 1898, se transforment en un vaste terrain de 800 arpents. L'embellissement des parterres qui entourent l'hôpital pour aliénées demeure une préoccupation première. Chaque décennie voit naître des améliorations qui cherchent à adoucir l'austérité des lieux. Sœur Augustine, mordue de botanique, est responsable des plates bandes de plantes ornementales très rares.<sup>86</sup> De nombreuses variétés de fleurs vivement colorées sillonnent les vastes étendues de verdure.

L'avenue principale est bordée, dans toute sa longueur, d'ormes et de platanes. Les alentours sont agrémentés de fleurs et de verdure. Un peu plus loin surgissent de vertes pelouses. L'été les pensionnaires peuvent se protéger du soleil en s'abritant sous les gloriettes disposées sur le terrain et « humer à pleins poumons la forte brise qui leur arriv[e] toute embaumée du parfum des champs. En bas dans la cour, on jou[e] au croquet, au football, etc..., avec un véritable entrain de sport ».<sup>87</sup>

Trois types de jardins, aux couleurs harmonieuses de vert, de rouge et de jaune viennent rompre la monotonie des gazons. On y retrouve les jardins consacrés à la culture maraîchère, aux fruits et à la production de plantes médicinales telles l'aconit<sup>88</sup> et la belladone<sup>89</sup>. Outre le plaisir de l'œil, ces jardins ont l'avantage d'ajouter de la variété à l'alimentation. « La variété des fruits est immense : pieds de fraisières, de groseilliers, de gadelliers, de cassis, de framboisiers par milliers; plusieurs treilles de vignes et beaucoup de pommiers. En 1891, on fabrique quelques

---

Montréal, Arbour/Laperle, 1892, 138 pages.

<sup>86</sup> *Un héritage de courage et d'amour ou la petite histoire de l'hospice St-Jean-de-Dieu à Longue-Pointe, 1873-1973*, Montréal, Thérien Frère Limités, 1975, p. 57.

<sup>87</sup> *La Patrie*, 24 juillet 1905, p.5.

<sup>88</sup> La racine de cette fleur est utilisée comme analgésique.

<sup>89</sup> Plante à baies noires utilisée comme antispasmodique.

9,000 livres de confitures.»<sup>90</sup> Plus de cinq cent arbres fruitiers, surtout des pommiers et des poiriers, embellissent également les lieux.<sup>91</sup>

Outre ces grands espaces de verdure qui caractérisent le territoire asilaire québécois, la grosse bâtisse de pierre grise, sombre et sévère, qui surplombe avec austérité ces beaux jardins, s'avère être le principal symbole représentatif de l'enfermement asilaire. Telle une mauvaise herbe qui pousse avec rapidité et qui attire l'œil bien avant d'apercevoir la flore avoisinante, l'asile excite la curiosité. Pénétrer l'ancre asilaire pour oublier sa rébarbative façade permet de découvrir un univers des plus surprenant.

#### **4.2.1.2. Côté résidence.**

La construction de l'imposante structure asilaire telle, qu'on la connaît encore aujourd'hui, aux abords du tunnel Louis-H. Lafontaine, est le dernier modèle né des cendres du terrible incendie qui dévasta complètement l'asile le 6 mai 1890. En transit dans plusieurs installations de fortune, l'hospice St-Jean-de-Dieu connut ses plus grands éloges, en 1901, lors de l'inauguration de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.

L'asile a donc vu le jour, en 1873, dans les murs du couvent St-Isidore auxquels se sont ajoutées des casernes militaires afin de pallier le manque d'espace rapidement atteint. C'est à l'initiative de sœur Thérèse-de-Jésus<sup>92</sup>, à son retour d'un voyage aux États-Unis où elle visita différents modèles de ce genre de maisons, que débutent, en

---

<sup>90</sup> *Un héritage de courage et d'amour ou la petite histoire de l'hospice St-Jean-de-Dieu à Longue-Pointe, 1873-1973*, op. cit., p.59.

<sup>91</sup> Rapport annuel de la Sœur supérieure de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, 1907, p.171.

<sup>92</sup> Fondatrice officielle de l'Hospice Saint-Jean-de-Dieu, Sœur supérieure de 1875 à 1891.

1874, les travaux de construction de ce qui deviendra l'Hospice St-Jean-de-Dieu. Les nouveaux bâtiments sont vastes et impressionnants pour l'époque, malgré la simplicité avec laquelle ils sont décorés.

Le corps principal de l'Hospice, et au front duquel se trouvait la porte centrale, avait 160 pieds de longueur par 60 pieds de largeur. Il était uni par deux ailes de chaque côté à deux autres corps de logis qui avaient chacun, 125 pieds de longueur par 45 de largeur. Les ailes avaient cinq étages, les rez-de-chaussée et les mansardes. Toutes ces constructions étaient en brique avec frise et rez-de-chaussée en pierre de taille. Il y avait là sept parloirs, une procure avec voûte de sûreté, une chapelle, une pharmacie, 79 chambres privées, 27 salles, deux infirmeries, 23 réfectoires, 51 dortoirs, 150 cellules, une cuisine comprenant deux étages et cinq dépenses. Les services de buanderie, les appareils de chauffage avec les huit fournaies et la ventilation sont d'avant-garde.<sup>93</sup>

En janvier 1888, 490 lits sont occupés par la clientèle féminine de l'institution asilaire. La section des femmes s'étend sur une superficie de 635 110 pieds cube tandis que celle des hommes occupe 566 100 pieds cube et accueille 492 hommes. Bien qu'il y ait plusieurs réfectoires, les dimensions d'un d'entre eux, réservée à une trentaine de malades, sont de 32.7 x 34.6 x 7.5 pieds cube. Les dortoirs peuvent loger 6, 9, 10 ou 42 lits. L'espace varie entre 21 x 10 x 7.5 pieds cube et 45 x 39.9 x 7.5 pieds cube. Quant aux cellules individuelles, elles ne sont pas toutes identiques, mais les dimensions sont d'environ 7.2 x 4.10 x 10.4 pieds cube. Bien entendu, l'espace occupé par les hommes ou les femmes varie au rythme des admissions et des libérations. Puisque la fin du 19<sup>e</sup> siècle accueille un plus grand nombre d'aliénés, l'espace réservé à la gent féminine est plus étendu. Le 17 mai 1888, une estimation de tout l'espace asilaire divisé entre la section des femmes et celle des hommes et divisé par la suite par le nombre de patients indique que 1 392 pieds cube

---

<sup>93</sup> *Un héritage de courage...*, op. cit. pp. 35-36.

sont destinés à chacune des 456 patientes et 1 184 pieds cube sont alloués à chacun des 492 hommes internés.<sup>94</sup>

Les commodités nées du progrès, tels un système de cornets acoustiques pour communiquer entre les départements et la lumière électrique, facilitent la vie de la population de ce presque village.<sup>95</sup> Malheureusement, l'établissement qui dépasse, en nombre de pensionnaires, toutes les autres maisons pour aliénés du Québec réunies, sera entièrement dévasté par les flammes. Trois mois plus tard, quatorze pavillons « les pavillons rouges » abritent temporairement les pensionnaires de l'hospice. Chacun de ces bâtiments a une vocation bien précise. Sept d'entre eux sont réservés à l'accueil, à l'entretien et au traitement des femmes. Les pensionnaires privées; les incurables, les paralytiques et les épileptiques; les enfants et les vieilles; les curables et finalement les furieuses habitent, selon leur classification diagnostique, ces différents pavillons.<sup>96</sup>

La « Résidence Sainte-Thérèse », construite en 1895 sur les ruines de l'hospice, deviendra la partie centrale du futur hôpital. Chaque année voit par la suite surgir du « coteau de la Longue-Pointe » de nouvelles constructions qui compléteront ce nouvel asile en devenir. Dix années se seront écoulées avant l'inauguration officielle de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.

C'est en 1901 que les divers édifices de pierre remplaceront les « pavillons rouges ». Le nouvel asile n'a rien à envier à l'ancien hospice. « Tout ce que l'art moderne a pu

---

<sup>94</sup> Rapport des Inspecteurs d'asiles. Document de la session, vol. 21, no. 3, 1888, pp. 140-143.

<sup>95</sup> Ibid. p. 37.

produire d'améliorations »<sup>97</sup> s'y trouve réunis. La nouvelle « cité asilaire » avec son auditorium, son restaurant, ses centrales de téléphones, ses équipes de sûreté, sa brigade d'incendie, son service de transport, ses centres de loisirs et d'artisanat, propose tous les services offerts par une municipalité.

Vingt-quatre pavillons de pierre, reliés entre eux par un couloir de 28 pieds de largeur et tous semblables, sont répartis, en nombre égal, de chaque côté du corps principal de l'hôpital.<sup>98</sup> La division des femmes est regroupées dans douze pavillons, tout comme celle des hommes, répartis d'un côté ou de l'autre du couloir principal. Les salles sont bien éclairées. Elles sont décorées de boiseries, de dentelles, de plantes vertes et de tableaux. Toutes ont une horloge.<sup>99</sup> Une lumière naturelle pénètre les salles à manger et les dortoirs. Les lits sont en fer et munis d'un sommier, d'un matelas de crin et de laine. Draps et couvertures, comme tout l'appartement, sont dans un état de propreté sans reproche.<sup>100</sup> Non loin des dortoirs, de petites chambrettes qui ont plutôt l'air confortable sont réservées aux patientes agitées<sup>101</sup>. Dans les cuisines, il y a une odeur de bon pain : 350 pains de 6 livres chacun y sont cuits par jour<sup>102</sup>. Selon Bellay, il se mange beaucoup de pain et les tranches généreuses distribuées lors des repas ont de quoi rassasier la faim.<sup>103</sup> L'achat d'un couteau mû à l'électricité, en 1908, facilitera grandement la tâche quotidienne de couper les 7 500 tranches de pain requises pour tous les résidents de

---

<sup>96</sup> *Adresses et Dialogues*, archives de L'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

<sup>97</sup> *La Patrie*, 19 juillet 1902, p. 8.

<sup>98</sup> Rapport annuel des inspecteurs d'asiles, 1901, p. 188.

<sup>99</sup> BELLAY, op. cit., p. 87. C.,

<sup>100</sup> *La Patrie*, 4 juin, 1903, p. 3.

<sup>101</sup> Rapport annuel des inspecteurs d'asiles, 1901, p. 188.

<sup>102</sup> *La Presse*, 16 août 1887, p. 3.

<sup>103</sup> BELLAY, op. cit., p. 96.

l'asile.<sup>104</sup> Sœur Marie Séraphin, hospitalière de la salle des furieuses « ne peut donner aux malades ni couteau ni fourchette, [elles] mangent avec une cuillère dans un plat de fer blanc; c'est le seul moyen d'empêcher les accidents et les agressions entre les malades. »<sup>105</sup> Les patientes moins dangereuses mangent leur repas avec les ustensiles appropriés. Le 17 juin 1908, lors d'une visite imprévue des inspecteurs, il y avait au menu : une soupe au riz, des blanquettes de veau, du bœuf rôti, des légumes, du pain et un thé ou du lait. Selon les inspecteurs, « la nourriture est abondante, de bonne qualité, et bien préparée »<sup>106</sup>. Les inspecteurs ne font aucune précision concernant les différences de menus servis aux femmes comparativement à ceux des hommes. Les malades, femmes ou hommes, semblent avoir les mêmes repas en qualité et en quantité. Selon le docteur François Xavier Perreault, médecin interne de l'asile, la nourriture servie aux patients est trop abondante et trop substantielle dans bon nombre de cas.

J'ai été en contradiction avec les révérendes sœurs dans certains départements pour la trop grande quantité de la trop bonne qualité de la nourriture qu'elles donnaient aux patients. Je considérais que c'était fort préjudiciable à mes malades. Je l'ai établi d'une manière irrécusable par ce que mes patients devenaient irritables, [...] quelquefois ils avaient des insomnies et le lendemain ils causaient beaucoup de trouble. J'attribuais cela à la trop grande quantité et à la trop bonne qualité de la nourriture, même quelquefois j'ai été dans la nécessité de prescrire une certaine quantité, une certaine qualité de nourriture pour certains malades, même j'ai été jusqu'à enlever moi-même une certaine quantité de nourriture aux patients qui leur avait été donnée par les sœurs et que je croyais leur être préjudiciable.<sup>107</sup>

Conformément aux commentaires de sœur Marie Séraphin, le menu est toujours composé d'une viande de bœuf, de veau, de mouton ou de volaille, bouillie ou

<sup>104</sup> *Un héritage de courage...*, op. cit. p. 61.

<sup>105</sup> Habeas Corpus, dossier 176, 18 septembre 1884.

<sup>106</sup> Rapport annuel des inspecteurs d'asiles, 1908, p. 57.

<sup>107</sup> Habeas Corpus, dossier 176, 18 septembre 1884.

rôtie.<sup>108</sup> Et selon les principaux intéressés : Édouard qui a bon appétit considère « la nourriture excellente »<sup>109</sup>; d'après Aline « c'est la nourriture fait pour les pourceaux »<sup>110</sup>; tandis que Jean et Édouard, qui aiment manger, estime plutôt qu'ils sont bien nourris.<sup>111</sup>

Côté plomberie, les installations sont des plus modernes. L'eau potable est disponible dans un grand nombre de pièces, les cabinets d'aisance sont du dernier modèle et on compte un nombre considérable de bains. Autre commodité, des plus modernes; une locomotive électrique, créée par la Canadian General Electric, permet de relier plus aisément tous les édifices de l'hôpital. Baptisé le Saint-Raphaël, l'engin électrique muni d'une wagonnette ou parfois d'un « char à bancs » transporte autant les passagers que les repas en destinations des différents pavillons.<sup>112</sup>

Plusieurs améliorations et de nouvelles constructions viendront compléter, chaque année, le plus grand édifice asilaire du Canada<sup>113</sup>. Le pavillon Gamelin, où est aménagé une vaste salle de jeux et une salle d'étude pour les étudiantes infirmières, est inauguré en 1916. Un autre pavillon, en 1918, s'ajoute à la structure asilaire : celui-ci sera habité par 150 patientes. En 1919, un nouveau pavillon est aménagé

---

<sup>108</sup> Ibid.

<sup>109</sup> Archives Louis-H. Lafontaine. Dossier médical 8387. Lettre du patient adressée à sa mère le 16 décembre 1905.

<sup>110</sup> Archives Louis-H. Lafontaine. Dossier médical 13692. Lettre de la patiente adressée à sa mère en 1918.

<sup>111</sup> Archives Louis-H. Lafontaine. Dossiers médicaux 7306 et 7331. Entretien avec le médecin, formulaire « État mental », 17 avril 1903 et 11 mai 1903.

<sup>112</sup> *Un héritage de courage.. op. cit. p. 61.*

<sup>113</sup> *La Patrie*, 13 avril 1901, p. 1.

dans l'ancienne boulangerie et une très belle maison sur les ruines de l'ancienne chaufferie de l'hospice incendié.<sup>114</sup>

Le milieu de vie asilaire se distingue tout particulièrement des hôpitaux généraux puisque d'une certaine manière les patients y étant hospitalisés vont y séjourner pour une période plus ou moins longue de leur vie. Ils vont vraiment habiter ce lieu. Là, ils seront invités à adopter un style de vie établi selon une routine particulière à laquelle s'intègre une approche thérapeutique. «[...] les divers asiles de la province [...] font de louables efforts pour améliorer leurs établissements, donner le plus de confort possible à leurs pensionnaires et rendre efficace le traitement à ces malheureux.»<sup>115</sup> Souvent comparé par les inspecteurs à une maison de santé, l'asile offre à ses pensionnaires plusieurs avantages, mais aussi, inévitablement, les inconvénients de la vie communautaire.

#### **4.2.2. Au-delà des murs.**

En proie, encore aujourd'hui, à un passé tourmenté, la vie à l'intérieur de l'institution asilaire demeure obscure. Trop peu d'études ont cherché à y découvrir l'effervescence quotidienne animée par celles qui habitent ces lieux. Il faut aller au-delà des murs, au-delà des pratiques thérapeutiques, recréer la dynamique interne, particulière de l'asile, afin de mieux comprendre ce que signifiait vraiment une vie à l'écart. Dévoiler les secrets de la vie dans la « cité asilaire », c'est oser pénétrer l'intimité la plus intime inscrite sous le sceau de la confiance. C'est lire à haute voix les pensées, les chimères, les joies, et les peines d'un moment partagé avec

---

<sup>114</sup> *Un héritage de courage...* op. cit. p. 63.

<sup>115</sup> Rapport annuel des inspecteurs d'asiles pour l'année 1896. Document de la session 1897, vol 31, no II.

toutes les gammes d'émotions engendrées par un instant de vie à l'intérieur de l'asile.

Cette chronique du quotidien s'appuie sur des extraits de lettres et d'entrevues médicales. Il s'agit de l'histoire particulière, individuelle et personnelle des femmes qui ont laissé des traces de leur vécu soit par écrit, soit par témoignage, soit par personne interposée. Certains éléments de référence utiles à la compréhension de l'animation interne de l'asile sont toutefois ceux du vécu des hommes hospitalisés. Considérant que dans bien des circonstances les expériences recueillies ne sont pas exclusives à un sexe, des bribes de vie, dans les dossiers des hommes, ont été retenues avant tout pour leurs qualités révélatrices sur le milieu de vie asilaire plutôt que sur des critères basés sur le genre. L'étude de quelques moments de vie fragmentés choisis dans le passé de Bridget<sup>116</sup>, de Méderise<sup>117</sup> et de Philomène<sup>118</sup>, mais aussi de Tancrede<sup>119</sup>, de Napoléon<sup>120</sup> et de Paul<sup>121</sup> fournira les éléments essentiels et indispensables à la compréhension, dans sa signification la plus personnelle, d'un espace temps vécu dans une maison de fous.

#### 4.2.2.1. Vivre en communauté.

Une impression d'abandon et un sentiment de solitude s'entremêlent avec la peur, la peine et la haine. Confuses, agitées, démentes, euphoriques ou idiotes, elles se retrouvent enfermées, souvent malgré elles, à St-Jean-de-Dieu. Sans se connaître, elles se regardent, s'observent, s'espionnent. Certaines ont vite fait d'attirer

---

<sup>116</sup> Admise à St-Jean-de-Dieu le 10 janvier 1906 à l'âge de 25 ans.

<sup>117</sup> Admise à St-Jean-de-Dieu le 08 juillet 1909 à l'âge de 35 ans.

<sup>118</sup> Admise à St-Jean-de-Dieu le 24 septembre 1915 à l'âge de 75 ans.

<sup>119</sup> Admis à St-Jean-de-Dieu le 11 juin 1918 à l'âge de 65 ans.

<sup>120</sup> Admis à St-Jean-de-Dieu le 30 janvier 1903 à l'âge de 25 ans.

l'attention, tandis que d'autre se font facilement oublier. Elles sont là réunies tel un destin qui guide la folie et conduit les folles à l'asile. Une foule d'inconnues marginales et marginalisées est réunie dans la « cité asilaire », contrainte de circuler le long des mêmes corridors, de s'alimenter dans la même salle à manger, d'utiliser les mêmes cabinets d'aisance et de partager le même dortoir. Adieu solitude, adieu intimité, adieu liberté. Le privé n'existe plus, la vie en communauté prend alors tout son sens.

La promiscuité du voisinage nombreux et souvent désagréable est un aspect très caractéristique de l'intensité qu'impose et exige la vie asilaire. Réunies en ce château fort de la folie, elles sont toutes aussi dérangeantes les unes que les autres. Elles n'ont plus le monopole du foyer familial, car elles sont maintenant confrontées à plus folles qu'elles, à plus excentriques, à plus violentes, à plus insupportables. Il est difficile de recréer l'ambiance exacte d'une salle, de regrouper toutes les patientes d'une même salle et de reproduire les différentes interactions qui ont pu se manifester entre elles, en tenant compte de l'évolution de leur état mental lors de leur séjour asilaire. Cependant, recréer l'atmosphère, l'ambiance et l'énergie manifestées dans l'une des salles, à partir de certains traits caractéristiques de différents types d'aliénées, permettra de donner un portrait assez juste de l'effervescence qui pouvait animer, par exemple, les salles Ste-Véronique, Ste-Marguerite ou Notre-Dame-des-Sept-Douleurs.

Plantes vertes; meubles en bois, dont plusieurs chaises berçantes; plancher de bois franc, colonnettes de soutien, le tout éclairé d'une lumière naturelle, sont les

---

<sup>121</sup> Admis à St-Jean-de-Dieu le 24 septembre 1915 à l'âge de 13 ans.

principaux éléments du décor type d'une salle des malades de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.<sup>122</sup> Cette image fixée sur pellicule ressemble en tout points à un oasis pour retraités où tranquillité, propreté et confort assurent le succès de la maison de santé. Inanimée, cette salle absente de toutes âmes insanes trahit la dynamique journalière spécifique à la vie asilaire. Aucun cri, aucune agitation, aucune interaction, aucun rire exalté, aucun délire hallucinatoire, aucun fracassement de meuble, aucun marmonnement répétitif, le calme plat comme il n'a certainement jamais existé dans l'une des salles de St-Jean-de-Dieu. Si les murs nous faisaient entendre toute l'énergie qu'ils absorbaient quotidiennement, ils nous apprendraient assurément qu'il y régnait tout un brouhaha.

Elles sont là réunies dans cette salle de belle apparence. Où exactement, aucun document peut nous le préciser. Cependant, que Louisa regarde par la fenêtre, que Caroline soit accotée sur une colonnette au centre de la salle, que Dina soit assise sur une chaise berçante ou debout dans un coin de la salle, cela ne change absolument rien à la réalité sonore, olfactive et visuelle que nous révèlent les notes médicales sur le comportement de ces femmes enfermées pour folie.

Louisa, âgée de 19 ans, s'occupe activement de l'ambiance musicale de la pièce : elle chante continuellement.<sup>123</sup> Dina, âgée de 40 ans, plus discrète, longe les murs de la salle ou fouine à quatre pattes sous les meubles de la pièce, afin d'y trouver de petites mousses et de petites poussières qu'elle manipule continuellement entre ses doigts.<sup>124</sup>

---

<sup>122</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, photographie salle des malades.

<sup>123</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Note d'évolution, dossier médical : 9634, décembre 1909.

<sup>124</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Note d'évolution, dossier médical : 7465, octobre 1903.

Blanche, 18 ans, sème la peur au sein du groupe puisqu'elle cherche à frapper les autres malades.<sup>125</sup> Caroline, 63 ans, participe joyeusement au fond sonore qui anime la salle : elle chante, elle danse et elle rit tout en professant sa foi.<sup>126</sup> Margaret, 25 ans, ignore celles qui l'entourent, trop concentrée à se frapper la tête contre les murs.<sup>127</sup> Marie-Anne, 67 ans, mélancolique et sous l'influence de ses hallucinations, circule en effectuant des mouvements désordonnés « comme pour chasser une vision terrifiante » tout en lançant des objets vers des êtres invisibles.<sup>128</sup> Aurore<sup>129</sup>, tout comme Edwidge<sup>130</sup> et Albina<sup>131</sup>, sont plutôt responsables de la qualité olfactive de la pièce. Sans aucun souci, par oubli, par négligence ou simplement volontairement, elles urinent là où elles se trouvent.

Cette incursion dans cette salle de patientes nous permet d'imaginer assez facilement la cacophonie qui devait y régner. Les yeux fermés, concentré sur l'attitude comportementale de près d'une dizaine de femmes et inspiré de la logistique des lieux, il est possible de recréer un tantinet de ce que signifiait la promiscuité au sein de l'asile. Cependant, utilisant l'imagination à bon escient, il faut bien comprendre qu'elles étaient plus d'une trentaine dans cette salle et, par conséquent, qu'il faut

---

<sup>125</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Note d'évolution, dossier médical : 7440, novembre 1903.

<sup>126</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Note d'évolution, dossier médical : 8268, mai 1906.

<sup>127</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Note d'évolution, dossier médical : 5560, octobre 1896.

<sup>128</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Note d'évolution, dossier médical : 5627, février 1897.

<sup>129</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Note d'évolution, dossier médical : 7438, décembre 1903.

<sup>130</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Note d'évolution, dossier médical : 8258, mai 1906.

<sup>131</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Note d'évolution, dossier médical : 13642, mars 1918.

multiplier les cas de loquacité, d'agitation motrice, d'agressivité et d'incontinence réunis dans cette même pièce.

La vie communautaire impose une certaine familiarité qui n'est pas toujours souhaitable. Il y a celle consistant à connaître les odeurs intimes de sa voisine de lit parce qu'elle joue dans ses excréments, ou à devoir partager ses repas avec des femmes malpropres et gâteuses. Il y a aussi des moments de vie qui doivent inévitablement être supportés, tel l'interminable jacasement de plusieurs folles, les grincements de dents continuels, les portes qui claquent ou l'écho des divas nocturnes. Il y a également les craintes, l'anxiété et l'insécurité que génèrent les hallucinées, les épileptiques, les agressives et les persécutées avec lesquelles les patientes doivent composer quotidiennement.

Le beau-frère de Téléphore écrivait la remarque suivante, le 10 janvier 1910, au docteur Villeneuve : « J'ai cru comprendre qu'il souffrait du manque de repos causé par le bruit des autres malades et a aussi manifesté le désir de retourner dans sa famille. Croyant pouvoir se reposer mieux. »<sup>132</sup> Il y a Georges aussi qui s'est plaint directement au docteur Villeneuve : « se plaint que le bruit de la salle l'affecte, demande à aller à l'infirmerie où il croit qu'il sera plus tranquille. »<sup>133</sup> Et selon le mari d'Alice, celle-ci serait dérangée par le bruit produit par l'entrée des clefs dans les serrures.<sup>134</sup> Il demande au docteur Villeneuve si sa femme pouvait être transférée

---

<sup>132</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 9640, 10 décembre 1910.

<sup>133</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Note d'évolution, dossier médical : 7504, 14 décembre 1903.

<sup>134</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical 6244, 25 mai 1939.

dans une chambre où il n'y a pas de jeu de clefs. À quoi le docteur Villeneuve répond :

Étant donné l'incohérence et l'agitation anxieuse de même que les idées délirantes qu'elle présente, il serait imprudent de la changer de département. Dès qu'une amélioration paraîtra, nous ferons notre possible pour la diriger dans un autre département où elle aura plus de liberté.<sup>135</sup>

Peurs, engendrées ou subies; tourments; contrariétés et rivalités font également partie du lot de l'aliénée introduite parmi toutes ces femmes jeunes et vieilles dans une proximité intimidante et parfois suffocante. C'est dans la salle Ste-Marguerite que nous avons le privilège d'être témoin des relations parfois tendues qui règnent entre les patientes.

À 11h45 am le 29 courant [29 juin 1921] la malade Rosanna 6699 entrait dans la lingerie où il y a un évier dans le but de se désaltérer. Aglaé 15094 la suivit quelques instant après. Immédiatement Sœur Eulalie de Narrida qui à ce moment était dans la chambre voisine entendit des cris accourut où étaient les 2 malades qu'elle vit prise aux cheveux. Elle fut immédiatement suivi par Mlle St-Pierre la garde malade qui était dans la salle à présider au dîner. Les 2 malades furent séparées. [...] Aglaé se fit une entorse du petit doigt de la main droite en plus elle porte une légère égratignure au cou du côté gauche. D'après la version la plus plausible, Aglaé aurait assailli Rosanna parce que cette dernière aide les religieuses quand il s'agit de lui faire prendre ses médicaments ce à quoi elle se refuse obstinément.<sup>136</sup>

La salle Ste-Véronique connaît, elle aussi, ses péripéties. Florida y a été transférée parce que dans la salle Notre-Dame-des-Sept-Douleurs d'où elle venait, « elle avait des attaques d'épilepsie violentes qui effrayaient les autres malades. »<sup>137</sup> Cependant, selon sa mère, ce changement l'a beaucoup énervé. Depuis son arrivée à la salle Ste-Véronique, « [e]lle est tourmenté continuellement par deux femmes [...] qui ne lui

---

<sup>135</sup> Ibid.

<sup>136</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Rapport du Dr. Noël, dossier médical : 15094, 30 juin 1921.

laisse aucun repos, ce qui la met dans un triste état. ».<sup>138</sup> Le désir de Florida de retourner dans la salle Notre-Dame-des-Sept-Douleurs nous permet de croire qu'elle s'y sentait bien et que probablement elle y avait tissé des liens soit avec les religieuses et les gardiennes, soit avec quelques-unes des autres patientes. Les propos de sa mère semblent aller dans ce sens puisqu'elle mentionne, dans une de ses lettres adressée au docteur Villeneuve, que Florida, après une visite dans sa famille, était heureuse de retourner à l'asile. « Elle est partie si bien de sa promenade du jour de Noël et si contente de s'en retourner. ».<sup>139</sup> Malgré les inconvénients et l'ennui qu'occasionnent la routine journalière partagée inévitablement avec plusieurs femmes, certains moments demeurent des temps privilégiés où la complicité, l'entraide et l'amitié peuvent s'immiscer dans la vie des aliénées.

#### **4.2.2.2. L'occupation du temps et rythme asilaire.**

Occuper le temps des femmes internées, tout en favorisant un bien être mental est un défi sans cesse renouvelé. Cette démarche, à priorité thérapeutique, fait partie d'une conception asilaire selon laquelle l'occupation du temps est bénéfique pour les patientes. Les temps morts sont les plus critiques, les ennemis de l'ordre, de la régularité et de la discipline. Ils sont responsables de l'émergence de tous les maux, les délires, les persécutions et les idées noires qui hantent les patientes. Ils sont l'inspiration même des désorganisations les plus spectaculaires. La prise en charge du temps des pensionnaires est une nécessité, thérapeutique bien entendu, mais également indispensable au contrôle exercé sur ces êtres troublés et déments.

---

<sup>137</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 9503, 27 janvier 1910.

<sup>138</sup> Ibid.

L'éloge du travail des malades pour leur santé mentale a souvent été souligné par les inspecteurs d'asiles. On peut lire dans leurs rapports, justement, que :

C'est au fait de donner de l'occupation à tous ceux qui sont capables de faire quelque chose que l'on doit attribuer une grande partie de l'amélioration et du contentement des patients dans les asiles d'aliénés modernes. Plusieurs de ceux dont le cerveau est malade ont une exubérance d'énergie et de vigueur corporelle et il vaut beaucoup mieux qu'ils dépensent cette force en quelque travail, quelque insignifiant ou inutile qu'il soit, qu'à détruire la propriété et à se rendre une véritable nuisance pour leurs compagnons. D'autres dont l'esprit est indolent trouveront un stimulant dans le travail, et chez tous l'attention est distraite des pensées morbides. Nous avons cherché avec persistance à donner de l'occupation aux internés de chaque département, bien que cela soit un problème difficile de trouver un travail approprié à chaque classe de malades.<sup>140</sup>

C'est à St-Jean de Dieu que l'on a fait le plus d'efforts pour promouvoir le travail et augmenter le nombre de travailleurs, et c'est là aussi, sans aucun doute, que la chose est le plus appréciable. Les Révérendes Soeurs ont, au prix d'une assez forte somme, converti une immense salle en atelier, et l'ont pourvue de l'outillage nécessaire à l'exercice de divers métiers. On voit tous les jours dans cette grande boutique un bon nombre d'aliénés travailler gravement les uns à la fabrication ou à la réparation des meubles, les autres exercer les métiers de menuisiers, de bourreurs, faiseurs de brosses et de balais, etc... Il n'y a pas de doute pour nous que le travail ainsi organisé doit avoir un effet salutaire sur le moral des aliénés, et nous félicitons les Révérendes Soeurs de leur entreprise.<sup>141</sup>

Les religieuses s'activent à trouver du travail à tous les malades qui en ont les capacités tout en tenant compte des recommandations médicales. Le docteur Devlin, surintendant médical qui a remplacé le docteur Villeneuve en 1918, recommandait aux sœurs quatre heures de travaux quotidiens pour René :

J'ai l'honneur d'attirer votre attention sur le cas de René. Ce patient qui est bien portant et tranquille a été examiné à l'assemblée du 19 octobre et nous en sommes venus à la conclusion qu'il serait dans son intérêt

---

<sup>139</sup> Ibid.

<sup>140</sup> Rapport annuel des inspecteurs d'asiles pour l'année 1901. Document de la session 1903, vol 36, no II.

<sup>141</sup> Rapport annuel des inspecteurs d'asiles pour l'année 1896. Document de la session 1897, vol 31, no II.

comme mesure de traitement, qu'on lui trouve une occupation d'au moins deux heures dans l'avant-midi et deux heures dans l'après-midi.<sup>142</sup>

Monsieur le Surintendant. Nous avons reçu vos deux lettres, l'une relative à Euclide et l'autre à René. Nous sommes heureuses de vous dire que depuis leur rentrée dans notre établissement, ces deux malades ne sont pas restés oisifs. L'un, Euclide travaille régulièrement plus de quatre heures par jour; l'autre, René, travaille tous les jours selon ses forces et sa capacité. Suivant la coutume de l'établissement, les malades sont induits à travailler et non forcés à le faire. René est un cas difficile sous ce rapport; il y a des jours où il ne comprend presque rien, ce qui le rend incapable de faire un travail quelconque. Ce cas n'a pas échappé à notre attention [...].<sup>143</sup>

Il faut chasser l'ennui qui se manifeste si facilement chez les pensionnaires retirées de leur milieu familial, éloignées de leurs parents et de leurs enfants et soumis à l'isolement asilaire. Craintes qui préoccupent certains parents comme le faisait remarquer la mère de Louisa au docteur Villeneuve, le 4 juin 1910, au sujet de l'ennui de sa fille à l'hôpital; « je crains fort que cet ennui et le désir qu'elle a de revenir dans la famille mettent obstacle à sa guérison complète. »<sup>144</sup>. Occuper toutes les classes de malades est un réel défi. Contribuer à l'accomplissement des femmes dans ce milieu, à prime à bord austère, est le meilleur moyen, pour les religieuses, de participer à l'amélioration de l'état mental de leurs patientes. Mis à part quelques cas pour qui le plaisir de prendre un bain de soleil assis dans de bonnes chaises confortables, le dos au mur, en « radotant des choses impossibles »<sup>145</sup>, suffit à combler leur journée, les activités structurées sont bénéfiques pour la majorité des pensionnaires.

<sup>142</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 15377 et 15384, 19 octobre 1921

<sup>143</sup> Ibid, 22 octobre 1921

<sup>144</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 9634, 4 juin 1910.

<sup>145</sup> *La Presse*, 16 août 1887, p.3.

La culture des jardins, qui s'étalent sur de nombreux arpents de terre de l'institution asilaire, semble être un travail surtout réservé aux pensionnaires mâles. Les plus tranquilles d'entre eux sont employés au sarclage, aux semis, à la cueillette, à l'arrosage, au bêchage. D'autres malades tout aussi vigoureux sont employés aux travaux de la ferme, les labours, les semailles, les moissons et le transport des engrais. Apparemment, cette main-d'œuvre n'est pas toujours la plus efficace et est responsable de certains retards préjudiciables, mais les bénéfices au point de vue de la santé mentale et physique de ces travailleurs compensent grandement pour les faiblesses de production.<sup>146</sup>

Nombreux sont les patients hommes et femmes qui participent aux tâches de la cuisine. Ce travail semble satisfaisant et bénéfique pour l'état mental des malades. C'est le cas d'Édouard qui paraît des plus positifs dans sa correspondance avec sa mère. « J'ai pu avoir un emploi comme aide dans la cuisine. Aujourd'hui, j'ai eu quelque temps de loisirs et je m'empresse de vous faire parvenir des nouvelles. Je me sens revenir à la santé, tout semble gai dans la vie. »<sup>147</sup> Le travail de Dominique à la cuisine semble tout aussi salubre. Selon les notes médicales, Dominique est plus gai depuis qu'il travaille à la cuisine.<sup>148</sup>

Malgré le caractère irascible de Julia, jeune femme de 20 ans internée pour folie alcoolique, les sœurs arrivent à l'occuper aux travaux du ménage. Elle nécessite, cependant, une surveillance étroite, car « elle est prête à tout détruire à la moindre

---

<sup>146</sup> *Un héritage de courage...* op. cit. p. 59.

<sup>147</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8387, 16 décembre 1905.

<sup>148</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Évolution mentale, dossier médical : 7281, 30 juin 1904.

contrariété »<sup>149</sup>. Hélène<sup>150</sup>, Rosa<sup>151</sup> et Alice<sup>152</sup>, respectivement âgées de 44 ans, 15 ans et 30 ans travaillent toutes les trois à de petits travaux légers. Louis-Philippe, jeune imbécile de 23 ans, sous les directives de la sœur, réussit à passer la « mop » et à couper le pain.<sup>153</sup> Mélancolique et taciturne, Anny âgée de 34 ans et vivant un chagrin amoureux, réussit à trouver de l'énergie pour s'occuper un peu aux travaux de la salle où elle se trouve.<sup>154</sup> Le travail représente une occasion de s'occuper, de se désennuyer, de sortir de la salle et aussi de rencontrer le personnel et les malades des autres salles. Le nouveau travail de Guillaume l'enchantement totalement : « depuis quelque temps je travaille au réfectoire des employeurs c'est une bontée de ma sœurs Alphonse afin que je puisse prendre le bon air quand mon ouvrage est finie je peu sortir dehors massoir en dessous les arbres »<sup>155</sup>.

Quant à Aline, elle tricote de temps en temps ou correspond avec sa famille. Elle ne cesse d'écrire à ses parents qu'elle s'ennuie dans sa salle. Son père reconnaît qu'elle est difficile, mais cela l'inquiète énormément. Il fait donc part des commentaires de sa fille au docteur Devlin<sup>156</sup> et le prie de bien vouloir permettre à sa fille de participer

---

<sup>149</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 12030, 3 juin 1915.

<sup>150</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 13790, 28 janvier 1925.

<sup>151</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 10664, 1912.

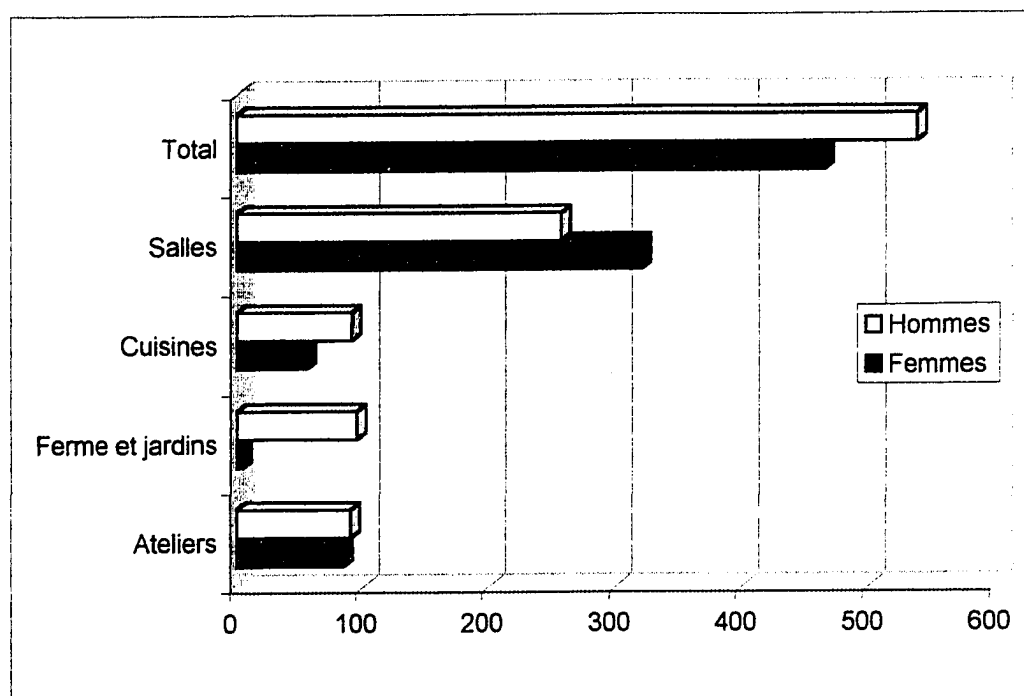
<sup>152</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 10594, 26 janvier 1924.

<sup>153</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 15418, 6 octobre 1921.

<sup>154</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 10686, 6 novembre 1916.

<sup>155</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 9395, 28 août 1910.

<sup>156</sup> Surintendant médical qui remplaça docteur Villeneuve en 1918.



**Graphique 21. : Moyenne annuelle du nombre de malades qui travaillent, 1901 à 1910.<sup>157</sup>**

aux activités lorsqu'il y en aura.<sup>158</sup> En somme, au cours de la première décennie du 20<sup>e</sup> siècle, les principales tâches ou travaux exécutés par les malades de l'institution sont réservés à 51% de la population féminine. Ces travailleuses présentent non seulement des aptitudes et un caractère particuliers, mais aussi un état mental suffisamment stable pour se consacrer à un ouvrage précis. La division des travaux exécutés par les femmes s'effectuent au sein de l'asile selon les mêmes critères de division sexuelle des tâches qui prévaut dans la société en général. Ainsi les femmes sont occupées, surtout dans les salles et dans les ateliers, à coudre, tricoter, tisser et filer le lin. Presque exclusivement, les hommes s'occupent aux travaux de la ferme et des jardins. Les imbéciles et les idiots, comme les enfants, font de petits travaux simples et peu exigeants.

<sup>157</sup> Rapports annuels sœur supérieure de St-Jean-de-Dieu, 1901 à 1910.

<sup>158</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 13692, 1918.

Le travail n'est pas le seul moyen mis de l'avant afin de contrer l'ennui, la morosité et les idées sombres des patientes. Les distractions et l'amusement, considérés comme agents de guérison, font aussi partie intégrante des occupations suggérées aux pensionnaires. Efforts et énergie sont déployés par les gardiennes, les gardiens, les religieuses et les médecins, afin de rompre, à l'intérieur de l'asile, avec la monotonie du quotidien. Selon les saisons, les activités ludiques se concrétisent en promenade dans les jardins, excursion sur le fleuve, randonnée en traîneau, ballade en patin, tandis que les soirées de danse font fureurs été comme hiver.

La récréation constitue une partie importante du traitement de la folie, et les danses qui sont le genre de récréation la plus avantageuse et celle à laquelle tout le monde prend part, [...].<sup>159</sup>

De louables efforts ont été faits à l'asile St-Jean-de-Dieu dans le traitement, l'occupation et la distraction des malades et une amélioration sensible s'est produite et je désire en féliciter les Révérendes Sœurs et leurs médecins, mais c'est une voie dans laquelle il faut s'engager avec résolution et persistance, à moins de reculer pour ne pas avoir avancé.<sup>160</sup>

Le cours de la vie quotidienne était rompu par des activités de toute nature. Fanfares, « sauteries », soirées dramatiques et représentations cinématographiques étaient organisées dans le but de distraire les pensionnaires de l'asile. Les rapports des inspecteurs d'asiles, et ceux des surintendants médicaux, tout comme le journal *La Patrie*, témoignent des festivités qui étaient organisées au sein de l'asile. Ces plaisirs récréatifs étaient organisés pour tous les malades, toutefois seulement les patientes les plus calmes et les plus dociles, soit quelques privilégiées de chacune des salles, étaient conviées à se rendre aux activités sous la surveillance étroite de la religieuse en charge de leur salle. Les incontrôlables, les agitées, les scandaleuses tout comme

---

<sup>159</sup> Rapport annuel du surintendant médical du Protestant Hospital for the Insane pour l'année 1901.

<sup>160</sup> Rapport annuel du surintendant médical de St-Jean-de-Dieu pour l'année 1903. Document de la session 1905, vol 38, no II, p. 238.

les trop bruyantes, les trop criardes et les trop turbulentes n'avaient d'autre alternative que de demeurer dans la même salle où elles avaient passé toute la journée. Bien que ces soirées divertissantes s'adressent à toute la population asilaire, il est clair que toutes n'étaient pas disposées à y participer. Parce que à l'intérieur de l'asile, comme dans la société, certains comportements dérangent, contrarient et importunent.

En somme, les patientes les plus paisibles de l'institution avaient l'occasion d'assister à des représentations théâtrales, musicales ou littéraires. Des groupes d'acteurs professionnels ou amateurs de Montréal se produisaient sur le site asilaire et parfois la participation des malades était sollicitée. En d'autres occasions, les patients « organis[aient] [...] eux-mêmes leurs propres programmes »<sup>161</sup>. Certaines soirées permettaient à ceux-ci d'y faire du chant, de la musique, du théâtre<sup>162</sup> et même de la danse. Ces activités sociales permettaient des échanges entre patients et patientes, mais également entre le personnel et les malades.

C'est en parcourant les pages du document *Adresses et Dialogues*, conservé dans les archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, qu'il nous a été possible de découvrir l'importance des célébrations au cœur même de l'asile, ainsi que l'implication directe de certains malades lors de ces manifestations de toutes sortes. Qu'il s'agisse

---

<sup>161</sup> *Le fruit de ses mains. Aperçu historique de l'institut de la Providence durant son premier siècle d'existence : 1843-1943*, Montréal, Thérien Frères Limités, 1945, p. 23.

<sup>162</sup> Pièces jouées par les patients : « Le train manqué », « Épisode de chemin de fer », « La fin du monde », « Le secret dévoilé », « Le grain de sénévé », « Souvenir de la St-Ignace », « Le vieil homme ». *Adresses et Dialogues*, Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

d'une des visites de l'évêque de Montréal<sup>163</sup>, de la visite régulière de la mère supérieure provinciale<sup>164</sup>, de la retraite d'un des médecins, de la fête patronale de la sœur supérieure, de l'aumônier ou de chacune des salles qui accueillent les patientes, les occasions de réunir les médecins, les religieuses, les gardiens, les gardiennes, le personnel de soutien et les nombreux malades ne manquent pas. De toute évidence les prétextes à la fête sont tous d'ordre religieux. L'institution asilaire s'exprime, s'amuse et festoie selon les habitudes culturelles de la communauté religieuse qui dirige l'asile. Sans en avoir le choix, les patientes internées se soumettent à ce style unique de divertissement possible à l'intérieur des murs de la cité asilaire.

Les patientes les plus dociles, les plus calmes et les plus disciplinées prenaient part à ces jours de fête. Ces célébrations spéciales étaient l'occasion répétée et obligée de partager des vœux de bonheur, de reconnaissance et de remerciements. Les airs de piano, d'harmonium, de violon et de cornet animaient gaiement les banquets et les pièces de théâtre préparées pour ces festivités. Le faste de ces grandes fêtes perturbait le rythme de l'asile. Sous la direction des religieuses qui contrôlaient le déroulement de la fête, la participation d'une patiente représentante de tous les malades, ou quelques patientes particulièrement douées, était sollicitée lors de ces manifestations souvent très solennelles.

---

<sup>163</sup> Visite de sa grandeur Monseigneur Bruchési le 6 janvier 1900, *Adresses et Dialogues*, Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

<sup>164</sup> Visite de la Mère Charles de la Providence Supérieure Provinciale le 20 janvier 1900, *Adresses et Dialogues*, Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

<b>LE SECRET DÉVOILÉ</b> <sup>165</sup>
---

Extrait de la scène 3
-----------------------

**Marianne** : *(Toute essoufflée)* Tiens! C'est toi Madelon. Sais-tu ousqu'est Maman. La marmite renverse, le lard est sur le tuyier et le chat qui promène ça partout, quoisque va dire Poupa! L'sus pas blanche dans mon affaire.. mais sais-tu ousé qu'est mouman.

**Madelon** : *Oui j'le sais, mais j'te le dirai pas.*

**Marianne** : *Mouman t'a appelée bavarde!*

**Madelon** : *Oui ma chère.*

**Marianne** : *Eh! Bien à cause? À quel propos?*

**Madelon** : *Parce que ma mère disait quenque chose à la tienne, puis me voyant là elle avait peur que j'aïlle le bavasser.*

**Marianne** : *Quoiqu'à disait donc? de qui, de quoi parlait-elle?*

**Madelon** : *Eh! Ben elles parlaient ensemble.*

**Marianne** : *Je pense ben! Mé quoisqu'à disait?*

**Madelon** : *Dam! Elle disait ce qu'elles avaient à dire, pis ça pis ça, pis ben des choses, que je veux pas dire.*

Ces journées de congé débutaient par la lecture de plusieurs adresses. L'une présentée par les religieuses, une autre par les membres du personnel et une dernière par une représentante des malades. Ces courts textes donnaient le ton aux réjouissances à venir. C'était également l'occasion pour chacun des représentants de ces trois groupes de partager leurs sentiments de reconnaissances, d'estime et de félicité. Les voix de ces trois groupes s'unissaient, par la suite, pour entonner un air connu ou composé pour l'occasion. L'extrait « Chant de fête » de l'Opéra de Faust par Gounod semble avoir été parmi les préférés. Cet hymne de joie terminé, acteurs et actrices d'un jour prenaient place sur les planches du théâtre asilaire. Les religieuses, auteures de ces œuvres maisons favorisaient un langage populaire, des expressions colorées et des extraits humoristiques permettant aux comédiens d'exploiter leur talent oratoire tout en mettant en valeur leur côté clownesque. Le programme du 19 juillet annonçait la pièce *Le secret dévoilé*.

<sup>165</sup> Pièce comique *Le secret dévoilé* dans *Adresses et Dialogues*, Archives de

Les religieuses aimaient, également, pour certaines occasions, telle l'anniversaire de la mère supérieure, composer des allégories mettant en couleur le courage, la détermination et le dévouement des fondatrices de l'œuvre des sœurs de la Providence. La pièce *Le grain de Sénevé* met en scène des végétaux qui représentent les différentes étapes de la maturation du grain de sénevé. Cette analogie mettant en scène des personnages vêtus de feuilles, parés de boutons de fleurs, ornés de fleurs ou porteurs de paniers de fruits relève d'une imagination originale, mais quelque peu enfantine. Les patientes invitées à jouer le grain de Sénevé étaient des femmes adultes avec une expérience de la vie et, dans certains cas, parents d'enfants à qui on demandait, probablement, dans le cadre d'activités scolaires, de jouer de petites saynètes du même style. Certes, les religieuses avaient peu de moyens pour mettre en scène leurs propres compositions, mais cela n'explique pas la récurrence des thèmes de félicité et de reconnaissance, imposés aux patientes, qui inévitablement limitaient l'expression artistique de tous les malades conviées à participer à ces représentations. Par conséquent, la participation des patientes était évidemment sollicitée pour présenter, lors de chacun des anniversaires soulignés, leur gratitude envers la personne fêtée. Ces moments de créativité et d'expression artistique fortement imprégnés de religiosités suffisaient, néanmoins, à ravir certains malades. Édouard est des plus heureux d'annoncer à sa mère qu'il a été demandé pour jouer un rôle dans une pièce comique « Durand et Durand ». « J'ai consenti. La pièce aura lieu le 6 janvier 1906. »<sup>166</sup>

---

l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, aucune date.

<sup>166</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8387, 16 décembre 1905.

<b>Le grain de sénevé<sup>167</sup></b> <b>Chanson</b>
---

**Les feuilles**

Dans les bosquets toujours le vert feuillage  
 Donne l'espoir du bonheur le plus pur  
 Et nos rameaux malgré notre jeune âge  
 Lui prédiront un beau ciel tout d'azur

**Les boutons**

Petits boutons au parfum d'innocence  
 Nous précédons ici nos chères sœurs  
 Restons bien purs : c'est la reconnaissance  
 Qu'attend de nous la mère de nos cœurs

**Les fleurs**

Fleurs des vallons nous passons éphémères  
 Le même jour nous voit naître et mourir  
 Mais en ces lieux la plus tendre des mères  
 Verra toujours nos cœurs s'épanouir

**Solo des fruits**

Nos fruits sont dus à sa bonne culture  
 À ses leçons à ses conseils précieux  
 Ces doux conseils sont comme une onde pure  
 Qui nous fait croître et mûrir pour les cieux!!!

**Chant final**

Si le petit grain annonce l'aurore  
 Boutons et fleurs vous donnent le plaisir  
 Les rameaux verts vous célèbrent encore  
 Et des doux fruits veulent vous réjouir

**Refrain**

Mère si bonne  
 Votre couronne  
 Ce sont les boutons et les fleurs  
 Puis le feuillage  
 Doux assemblage  
 Se réunit aux fruits avec nos cœurs  
 Nous serons sa couronne  
 Que le seigneur lui donne  
 Des jours bénis longtemps heureux  
 C'est le plus ardent de nos vœux!!!

Les rendez-vous pour oublier la grisaille de la vie, la monotonie institutionnelle, les idées dépressives, l'absence de l'époux, des enfants et des amis étaient nombreux. Ces temps d'arrêt dans la régularité des routines de vie quotidienne contribuaient à

---

<sup>167</sup> Chant d'accompagnement à la pièce *Le grain de sénevé*. *Adresses et Dialogues*, Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

adoucir le triste sort des démentes, des hystériques ou des cataleptiques. L'art de la fête se voulait un baume de fraîcheur et de gaieté sur un épisode sombre dans la vie de milliers de femmes qui ont passé quelques jours, quelques mois, quelques années ou presque toute leur vie à attendre leur libération.

#### **4.2.2.3. Réalité restrictive.**

Au-delà des beaux principes thérapeutiques selon lesquels l'asile se doit d'offrir un service de plus en plus spécialisé en ce qui a trait à l'hébergement des patientes (un lieu paisible, agréable, presque enchanteur), l'asile demeure un lieu d'enfermement et de réclusion. L'institution asilaire impose un régime de vie, une routine quotidienne, des horaires fixes et inévitablement une série de règlements institutionnels, auxquels doivent se soumettre tous les malades de ce royaume de la folie. Conduite volontairement ou sournoisement à l'asile, l'aliénée dès son arrivée est confrontée à une nouvelle réalité. Toute la signification de l'exclusion sociale et de l'enfermement asilaire la pénètre au plus profond de son être. Libre d'obtempérer ou de manifester toute la révolte qui l'habite, sa destinée ne lui appartient plus. Sa folie est maintenant prise en charge.

C'est en parcourant les notes d'évolution mentale, les rapports d'évasion et la correspondance colligée dans les dossiers médicaux qu'ont fait surface de petits indices concernant les libertés brimées qu'impose la vie asilaire. Cette découverte est d'autant plus intéressante qu'elle permet de peindre le milieu asilaire avec ses couleurs les plus sombres, mais aussi les plus réalistes. Rares sont les rapports d'inspecteurs d'asiles ou de surintendants médicaux qui font référence aux barreaux qui « enjolivent » les fenêtres de l'institution. On insiste davantage sur la modernité

des cabinets d'aisance, luxe encore inaccessible pour une majorité de montréalais, plutôt que d'affirmer que certaines mesures de sécurité sont nécessaires à St-Jean-de-Dieu. Les détails sur les mesures de contrôle de la clientèle asilaire sont circonspects dans la documentation consultée. Cependant, la récurrence de certains éléments confirme qu'effectivement des mesures de prévention étaient mises en place, afin de protéger l'aliénée ou ceux qui l'entourent.

On a surtout écrit sur les barreaux de fer et sur les grilles qui tapissent les fenêtres de l'institution lorsque celle-ci a pris feu le 6 mai 1890. Le journal *La Presse*<sup>168</sup> a consacré quelques articles sur l'enquête concernant l'incendie qui a ravagé l'asile et causé la mort de 86 femmes tant gardiennes que patientes<sup>169</sup>. La nécessité des grilles, qui ont empêché plusieurs femmes de fuir les flammes, est remise en question. Sont-elles vraiment indispensables et si oui peuvent-elles être modifiées? La pertinence de telles mesures de sécurité en milieu asilaire fut confirmée. Leur utilisation fut maintenue car le 3 septembre 1924, dans un rapport d'évasion, on y atteste que le patient a coupé les barreaux de la chambre fermée à clef où il se trouvait, dans la salle St-Paul.<sup>170</sup>

De toute évidence les barreaux ne suffisent pas à contenir les pensionnaires de l'asile. Bien que ce dispositif soit installé davantage pour ses qualités sécuritaires et préventives, il n'en demeure pas moins une barrière physique pour ses résidentes. D'autres moyens de contrôle sont utilisés à St-Jean-de-Dieu. Certaines portes sont verrouillées, surtout dans les salles où les patientes sont agitées. La liberté des

---

<sup>168</sup> *La Presse* 14 mai 1890 pp. 2, 3, 4. 16 mai 1890 p. 3.

<sup>169</sup> *Un héritage de courage...*, op. cit. p. 41.

patientes est plus ou moins restreinte dépendamment du département où elles sont logées. Les aliénées, par exemple, aux idées délirantes et présentant une agitation anxieuse sont soumises à un enfermement strict où les portes sont fermées à clef.<sup>171</sup>

Depuis la création de l'institution asilaire, l'isolement cellulaire a été utilisé comme méthode de contrôle sur les patientes les plus dangereuses. Au cours des décennies, les cellules ont été remplacées par « de jolies chambrettes très confortables »<sup>172</sup>. La reconstruction des bâtiments asilaire ou leur simple amélioration contribua à modifier la logistique des départements et par conséquent à prévoir l'aménagement de chambres d'isolement plus respectables. Bien que l'on cherchait à modifier l'apparence de ce moyen de détention, on ne revendiquait aucunement son abolition, du moins pas avant 1910 : les inspecteurs d'asiles déclaraient que tous les moyens de restreinte avaient disparu en 1910.<sup>173</sup> Cependant, aucune statistique n'a confirmé cette déclaration puisqu'aucun registre ne comptabilisait l'utilisation des contentions et des isolements. Effectivement, malgré les demandes des inspecteurs d'asiles, aucun registre des restreintes n'a existé à St-Jean-de-Dieu.

Dans cet asile, il n'est tenu aucun registre des cas de contrainte ni aucun registre quelconque, soit par le médecin visiteur du gouvernement soit par les gardiens des différents quartiers, en sorte que quand les inspecteurs trouvent des patients sous contrainte ou enfermés dans les cellules de réclusion, il leur est possible de constater d'une manière satisfaisante, pendant combien de temps, combien de fois ou pourquoi ces patients ont été soumis aux moyens de contrainte ou à la réclusion.<sup>174</sup>

---

<sup>170</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Rapport d'évasion, dossier médical : 15175, 3 septembre 1924.

<sup>171</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Lettre du docteur Villeneuve, dossier médical : 6244, 25 mai 1939.

<sup>172</sup> Rapport des inspecteurs d'asiles de la province de Québec, 1901, p.188.

<sup>173</sup> Ibid. 1910, p. 50.

<sup>174</sup> Rapport annuel des inspecteurs d'asiles, 1884, p.118.

À St-Jean-de-Dieu, « les moyens de contrainte sont : les mitaines de cuir, les manchons, les menottes et la camisole de force ». <sup>175</sup> Malgré la barbarie de ces moyens de contentions, dans bien des cas, ils étaient les seules façons pour les intervenants d'empêcher l'automutilation et les assauts dangereux des pensionnaires agitées ou délirantes.

Lors des visites des inspecteurs De Martigny et Desaulniers, au cours de l'année 1883, le 6 février, 24 femmes étaient sous contrainte et 3 en cellule. Pendant la visite du 14 juin, ils ont observé que 3 femmes étaient sous contraintes et 3 autres en cellule. Le 13 octobre, 8 femmes étaient sous contraintes et une seule en cellule. Lors de leur dernière visite de l'année, le 18 décembre, 7 femmes étaient sous restraints et 2 placées en cellule. <sup>176</sup>

Consciente et rébarbative ou confuse et coopérative ou vice et versa, l'aliénée qui franchissait l'inacceptable était automatiquement sanctionnée. Délima, âgée de 23 ans et internée pour débilité mentale, a été installée sous contrainte en raison des graves hémorragies que cause son automutilation. <sup>177</sup> Le docteur Villeneuve recommande que Aglaé, atteinte d'hallucination maniaque, de délire et d'idées de persécution, soit gardée sous restrainte car elle représente un réel danger pour son entourage. <sup>178</sup> Oscar a été isolé dans le quartier des agités : en plein délire

---

<sup>175</sup> Ibid.

<sup>176</sup> Rapport annuel des inspecteurs d'asiles, 1883, p.83.

<sup>177</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 15270, 1 juin 1925.

<sup>178</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 5328, 1901.

épileptique, il a voulu enfoncer une porte.<sup>179</sup> Pour certains cas reconnus dangereux pour les patients et le personnel, comme Charles, les contraintes ne suffisent pas et « aucuns gardiens ne veulent exposer leur vie dans une lutte de force avec lui »<sup>180</sup>. Sœur Amarine<sup>181</sup> refuse de prendre la charge de cet aliéné. Considérant le cas exceptionnel que représente ce patient, ex-prisonnier et atteint d'idées de persécution meurtrières, il est retiré de la responsabilité des sœurs de la Providence, après trois mois d'internement asilaire.

Ces mesures extraordinaires sont effectivement exceptionnelles. Habituellement, une surveillance plus étroite ou l'ajout d'un gardien particulier assigné à un pensionnaire contribue à maintenir l'ordre et la protection de chacun. Cependant, il arrive parfois que le système de surveillance connaisse des faiblesses. Joseph, pas trop chanceux, trois semaines après son admission, a été victime de la violence de ses pairs. Il a été assailli de coups de poing par des patients pendant la nuit. Joseph présente des ecchymoses aux deux paupières.<sup>182</sup>

Outre cette gestion de la violence, la réalité restrictive de la vie asilaire ne s'interprète pas uniquement en fonction des mécanismes physiques répressifs et autoritaires. Il est admis que les religieuses « laissent une grande liberté relative aux malades »<sup>183</sup>, mais il n'en demeure pas moins que tous les pensionnaires sont soumis

---

<sup>179</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Notes d'évolution mentale, dossier médical : 7346, mai 1903.

<sup>180</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 15078, 18 juillet 1923.

<sup>181</sup> Sœur supérieure de St-Jean-de-Dieu de 1915 à 1921.

<sup>182</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 7435, 24 septembre 1923.

<sup>183</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Lettre de Sœur Madeleine du Sacré Cœur, supérieure, dossier médical : 5358, 29 juin 1896.

à des rituels spécifiques au milieu asilaire. Ces petits gestes du quotidien font partie d'un ensemble de facteurs qui renforcent le statut d'aliénée et rappelle inlassablement l'oppression qu'impose l'enfermement asilaire. Les signes et symboles de cette lourdeur asilaire sont subtils et malheureusement les documents utilisés pour cette recherche n'en sont pas les témoins les plus éloquents. Néanmoins, quelques traces de quotidienneté, tirées principalement des dossiers médicaux, permettent de saisir l'asservissement latent auquel sont confrontées les femmes internées à St-Jean-de-Dieu.

La gestuelle du quotidien est inévitablement empreinte d'obligations restrictives, limitatives et répressives. Les contrariétés et les mécontentements surgissent dès l'admission. Aussitôt arrivées, les patientes sont dépossédées de leurs habits, les vêtements sont rangés et réservés jusqu'au jour de leur libération. Elles sont alors invitées à enfiler les vêtements de l'institution, du linge propre, parfois raccommodé, mais toujours convenable.<sup>184</sup> Selon le docteur Perrault, les propriétaires accordent une attention toute particulière à leurs malades afin qu'elles puissent porter des vêtements conformes à la position qu'elles occupaient dans le monde.<sup>185</sup>

Cette première transformation qui est en fait une atteinte à l'intégrité physique, n'est pas l'expérience la plus frustrante ou traumatisante. Un moment difficile à passer devait certainement être celui des soins de propreté imposés. À tort ou à raison, l'aliénée est, dans certain cas, non seulement invitée, mais obligée de se soumettre à l'exercice hygiénique. Sœur Marie du Crucifix, hospitalière de la salle des furieuses, à eu bien du mal à convaincre Rose qu'elle avait besoin d'un bain. Après avoir reçu

---

<sup>184</sup> Habeas corpus, dossier 176, Sr. Marie Séraphin, 18 septembre 1884.

des coups de pieds, sœur Marie du Crucifix, pour se défendre, donne quelques tapes à Rose qui refuse d'obtempérer. « On ne pouvait pas lui voir la peau des pieds tant ils étaient sales. [...] Elle voulait me donner des coups de pieds et pour me défendre, je lui ai donné trois ou quatre tapes, mais je ne lui ai pas fait mal. Je n'étais pas pour me laisser tuer. »<sup>186</sup> Aline aussi a eu droit au traitement de la claque. Selon ses propos rapportés à sa mère, « la garde m'a donné une tape en pleine figure hier soir parce que je n'étais pas à genoux pour la prière.<sup>187</sup> La présence des agressions physiques demeure une réalité concrète du pouvoir que les intervenants exerçaient sur les malades. Selon Kelm, sur les dix années de son étude, chaque année au British Columbia's Provincial Hospital for the Insane un ou deux surveillants étaient congédiés pour avoir brutalisé un patient ou avoir abusé de l'utilisation des restraints.<sup>188</sup>

Mis à part les cas d'oppression, d'autres gestes peuvent être interprétés comme étant des habitudes qui imposent un rythme ou une dynamique qui ne convient pas nécessairement toujours aux pensionnaires, mais auxquelles elles doivent se soumettre. Aucune routine journalière spécifique à St-Jean-de-Dieu n'a été trouvée dans les rapports annuels des inspecteurs, des surintendants ou des sœurs supérieures. Nous avons donc cru bon de présenter un horaire trouvé concernant l'Asile de Beauport, afin de mieux saisir le rythme de vie quotidien auquel sont soumises les patientes.

---

<sup>185</sup> Rapport annuel du docteur Perrault, l'Hospice St-Jean-de-Dieu, 1882, p. 93.

<sup>186</sup> Ibid.

<sup>187</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 16392, sans date.

<sup>188</sup> KELM, M.E., « A Life Apart : The Experience of Women and the Asylum Practice of Charles Doherty at British Columbia's Provincial Hospital for the Insane, 1905-15 », *CBMH/BCHM*, vol. 11, no 2, 1994, p. 341.

Réveil : La cloche sonne le réveil à 5 heures en été et un peu plus tard durant la saison des froids. Le gardien de salle voit à ce que chaque patient quitte son lit et se tienne prêt à quitter le dortoir à l'heure du déjeuner. Les cas gâteux sont lavés et changés. Les patients en santé aident leurs gardiens à nettoyer les lavabos, faire les lits et ouvrir les fenêtres.

Déjeuner : À 6 heures en été, 7 heures en hiver. Dès que le déjeuner des patients est terminé, la vaisselle est lavée et placée en ordre dans les armoires.

Prière ou messe : La prière est dite à chaque jour à 7 1/2 heures. Trois fois par semaine, le chapelain dit la messe, après laquelle les patients se rendent dans leurs salles respectives.

Travail : Les chefs d'ateliers, à la suite du déjeuner, viennent réclamer des gardiens de salle ceux des patients qui peuvent se livrer aux différents travaux.

Visite médicale : À 8 1/2 heures commence la visite médicale. À l'arrivée du médecin dans une salle, le gardien en charge de la division qui l'habite, fait rapport sur tous les incidents survenus depuis la dernière visite et rend compte de l'état de santé des patients placés sous ses soins.

Dîner : À 11 heures, tous les patients retournent à leur salle. Les gardiens préparent les tables et le dîner est servi à 11h30. Chaque patient reprend sa place du matin et le repas est pris dans le même ordre que celui suivi pour le déjeuner.

À 1 heure : Chaque chef d'atelier reprend ses patients du matin et retourne au travail. L'après-midi, les gardiens organisent des promenades.

Souper : Le souper est servi à 5h30. De 6h30 à 7 heures, les gardiens préparent les lits pour le coucher.

Prière du soir : Elle est faite en commun à la chapelle à 7 heures.

Récréation du soir : de 7h30 à 9 heures.

Coucher : Le coucher sonne à 9 heures, à moins de circonstances exceptionnelles, qui n'arrivent que très rarement. Chaque gardien compte ses malades, voit à ce que tous soient présents dans leur dortoir.

Gardien de nuit : Dans chaque section, un gardien est proposé à la garde générale des salles de l'établissement pendant la nuit. Son devoir est de visiter toutes les chambres.<sup>189</sup>

Nous avons fait allusion, plus haut, au moment de la prière pour lequel, semble-t-il, mieux vaut être prêt, mais il existe une multitude de rituels qui inévitablement marquent le temps tout en imposant une notion de contrôle. Les heures passées avec les gardiens ou les gardiennes, les changements de chiffres et les rondes effectuées

par ces gardes ainsi que par les religieuses sont des exemples très révélateurs du rythme de vie routinier et contrôlant qu'impose la vie à l'asile. Sœur Suzanne, officière depuis trois ans de la salle St-Paul, passe toutes ses journées dans la salle. Elle quitte vers 18 heures et revient faire une dernière visite à 19h30. Elle s'absente de la salle pour la nuit. Les gardiens de jour partent à 20h10. Ces derniers sont remplacés par deux ou trois gardes de nuit qui effectuent des rondes à heures régulières dont une à 23h30.<sup>190</sup> Et ça recommence le lendemain et le surlendemain. Tous les matins se ressemblent. Les pensionnaires assistent aux changements de personnel et savent que les gardiens de jour seront avec eux jusqu'à 20h10, alors qu'ils seront remplacés par les gardes de nuit et ainsi de suite. Entre-temps le dîner sonne<sup>191</sup> suivi du souper qui sonne à 16h30<sup>192</sup> suivi du retrait dans les chambres, suivi de la prière et arrive encore l'heure du coucher. Bien que la rotation du personnel s'effectue tel un mouvement monotone de portes tournantes qui marque le temps qui passe, la clientèle très particulière de l'asile s'occupe à garder en alerte leurs surveillantes.

Dimanche soir on entendit chanter des hymnes dans une cellule occupée par deux femmes, Délia et Gertrude. Comme on savait que Délia était atteinte de monomanie religieuse, personne ne fit attention à ce chant. Vers quatre heures, hier matin, Rosanne, l'une des gardiennes de la maison, fut frappée d'horreur en trouvant Gertrude gisant sur le plancher le corps couvert de terribles blessures. Délia était assise dans un coin, et lorsqu'on lui posa des questions, elle raconta que pendant la nuit, elle avait été assaillie par un dragon, et que pour sa propre sécurité et celle de ses compagnes, elle avait cru devoir le tuer. Elle s'était servie d'un morceau de planche de trois pieds de longueur sur un de largeur, que l'on destinait à la réparation du toit et qui avait été laissé dans la cellule.<sup>193</sup>

---

<sup>189</sup> Rapport annuel des docteurs Landry et Roy de l'Asile de Beauport, 1874, pp. 25-28

<sup>190</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Rapport d'évasion, dossier médical : 15175, 3 septembre 1924.

<sup>191</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Note d'évolution mentale, dossier médical : 7300, 29 avril 1903.

<sup>192</sup> Habeas corpus, dossier 176, Rose Kirk, 16 septembre 1884.

<sup>193</sup> *La Patrie*, 12 juillet 1881, p. 3.

Cette histoire d'horreur rappelle que malgré la monotonie avec laquelle est ponctuée la vie à l'asile, le surprenant, l'exceptionnel et l'accidentel viennent régulièrement rompre cette morosité temporelle. Malgré tout, les routines demeurent rigides, fermes et quasi imperturbables. Le cycle asilaire poursuit sa trajectoire assurant ainsi une certaine stabilité au sein de ce maelström de vies insanes.

#### **4.2.2.4. Les bons sentiments.**

L'atmosphère plutôt tendue et austère qui se dégage des précédents propos concernant la réalité restrictive qu'impose le milieu de vie asilaire est bel et bien une facette non négligeable des conditions auxquelles sont soumises les pensionnaires. Toutefois, bien que la réalité institutionnelle comprenne une part de restrictions, elle possède également des moments de vie imprégnés de partage et de complicité. Il n'est pas rare que les patientes, lors de leur séjour passé entre les murs de la « cité asilaire », développent des relations amicales et que le lien de confiance établi entre elles et les religieuses ou le médecin demeure significatif et cela même après leur internement. Les sentiments d'amitié, de reconnaissance et de plaisir sont l'énergie positive qui animent la dynamique intrinsèque de l'asile.

Même s'ils sont difficiles à percevoir dans les sources, les moments privilégiés et les attentions particulières existaient vraiment entre le personnel de l'institution et leurs malades. Les gestes affectueux, les regards complices et les paroles réconfortantes faisaient partie des joies et des peines des pensionnaires de St-Jean-de-Dieu. Les relations amicales entre intervenants et patients sont également un fait reconnu au Royal Edinburgh Asylum. L'étude de Allan Beveridge, basée sur la correspondance

des patients, démontre qu'effectivement les impressions des malades à l'égard de leur surveillant s'avéraient, dans plusieurs cas, positives : « Indeed, many inmates became friendly with their attendants. Some patients wrote to them following discharge, thanking them for their kindness and asking after their welfare ».<sup>194</sup>

Lors de son congé d'essai chez sa belle-sœur, Louise parle souvent des bonnes sœurs de qui elle dit s'ennuyer. « Si je savais que les sœurs me garderais toujours j'y retournerais de suite »<sup>195</sup>. Mary aussi s'ennuie et demande avec instance de retourner à St-Jean-de-Dieu.<sup>196</sup> Florida, après avoir passé le congé de Noël dans sa famille, est heureuse de revenir à l'asile.<sup>197</sup> Ces désirs manifestés pour réintégrer la vie institutionnelle surprennent. Bénéficiaient-elles de faveurs spéciales ou d'attentions particulières pour ainsi vouloir retourner à l'asile ? La correspondance demeure muette sur de tels détails. Cependant, d'autres informations colligées dans les dossiers nous indiquent que Louise et Mary n'étaient pas du genre douces et calmes. Louise est âgée de 28 ans, son état physique est altéré et elle est décrite comme étant agitée et violente.<sup>198</sup> Mary, âgée de 34 ans et admise pour folie des dégénérées, est reconnue comme étant une cause d'inquiétude et de trouble. Elle nécessite une surveillance continuelle jour et nuit.<sup>199</sup> Honoré<sup>200</sup>, Philippe<sup>201</sup> et Jacques ne semblent

---

<sup>194</sup> BEVERIDGE, Allan, « Life in the Asylum : patients' letters from Morningside, 1873-1908 », *History of Psychiatry*, vol. 9, no 4, 1998, p. 442.

<sup>195</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 9481, 23 mars 1910.

<sup>196</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 13817, 15 avril 1920.

<sup>197</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 9503, 27 janvier 1910.

<sup>198</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 9481, 23 mars 1910.

<sup>199</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 13817, 15 avril 1920.

<sup>200</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8457, 8 janvier 1907.

pas trop malheureux de leur sort. Ils sont, eux aussi, contents d'être « ici ». Ils sont bien traités, confortables et selon Jacques « les sœurs sont bien bonne pour [lui] »<sup>202</sup>.

À vivre ensemble et à partager les mêmes habitudes, inévitablement, des liens se créent et des affinités se développent. La confiance s'installe et génère des moments d'intimités et de confidences. Alfred, admis depuis plus d'un mois, est porté à la violence et renfermé dans un mutisme presque complet. Lors de sa visite, le médecin observe que le patient, depuis quelques jours, consent à parler : « Parle surtout aux gardiens, réticent avec moi. »<sup>203</sup> Depuis son internement, Alfred avait eu assurément plus de contacts avec le gardien qu'avec le médecin qui l'avait visité à deux reprises.<sup>204</sup> John, quelque peu rébarbatif, refuse de prendre les remèdes du docteur, mais lorsque sœur Marie Reine lui présente sa médication, il accepte de la prendre.<sup>205</sup> John semble, également, avoir des affinités avec sœur Rose de Viterbe. Il lui parlait souvent de sa famille et lui a confié qu'il considérait que « sa famille n'avait pas pour lui les égards qu'il méritait »<sup>206</sup>. Même si sœur Rose de Viterbe n'était pas chargée de ce patient, elle le rencontrait presque tous les jours dehors et il venait lui parler.<sup>207</sup> Certaines complicités, moins louables, unissaient gardiens et patients dans des actes illicites. À plus d'une reprise, Narcisse, âgé de 32 ans et admis pour

---

<sup>201</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 15193, 26 mai 1925.

<sup>202</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 7499, sans date.

<sup>203</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Notes d'évolution mentale, dossier médical : 8322, 22 août 196.

<sup>204</sup> Selon les notes d'évolution mentales le médecin a visité le patient le 20 juillet, soit 2 jours après l'admission et le 22 août. Il n'est toutefois pas exclu que le médecin ait vu ou croisé le patient entre ces deux dates, mais aucune note n'en fait mention.

<sup>205</sup> Habeas corpus, dossier 93, Sr. Marie Reine, 14 octobre 1895.

<sup>206</sup> Ibid.

<sup>207</sup> Ibid.

paralysie générale, a commis des excès alcooliques avec un gardien et a déjà été trouvé tout à fait enivré avec ce même gardien.<sup>208</sup>

Des services licites se rendaient aussi entre les intervenantes et les patientes. Comme bien d'autres patientes, Rose ne sait pas écrire, c'est donc la religieuse qui écrit pour elle les nouvelles qu'elle désire faire parvenir à sa famille.<sup>209</sup> Les liens de confiance tissés avec le surintendant médical, au cours du séjour asilaire, persistent au-delà de la période d'internement. C'est au docteur Devlin que Louise, six mois après avoir quitté l'hôpital, fait appel pour l'aider à se trouver du travail.

Seriez vous assez bon de vouloir bien m'aider à trouver de la couture soit dans une maison privée ou dans un magasin à Montréal. Comme vous m'aviez promis votre appui lorsque je fis des instances pour quitter l'hôpital en août. J'ai fait appel à votre bon cœur [...] sachant que s'il est en votre possible vous ne craindriez pas de me recommander et de m'en donner connaissance dans le plus bref délai.<sup>210</sup>

Une semaine plus tard, docteur Devlin répondait à Louise et lui suggérait de s'adresser à une dame Labelle qui tient un bureau de placement sur la rue St-André à Montréal. Anaïse, ne sachant pas comment procéder pour obtenir un passeport pour se rendre aux États-Unis, s'adressa au docteur Noël. Elle aussi, une semaine après avoir expédié sa lettre, reçut une réponse du docteur Noël :

Au sujet de votre passe-port , j'ai l'honneur de vous conseiller de vous présenter au bureau d'Immigration américaine, 337 Lagauchetière Ouest où vous ferez application pour votre passeport. Il est bien entendu que vous ne devez pas vous vanter d'avoir fait antérieurement un séjour dans cet hôpital.<sup>211</sup>

<sup>208</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Notes d'évolution mentale, dossier médical : 7480, 31 décembre 1903.

<sup>209</sup> Habeas corpus, dossier 176, Rose Kirk, 16 septembre 1884.

<sup>210</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 13759, 3 février 1929.

<sup>211</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 13993, 28 septembre 1920.

Les marques d'affections, les ententes amicales et les unions fraternelles font partie des us et coutumes de la vie communautaire. Les amitiés entre patientes, internées à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles, ont, malheureusement, laissé peu de traces dans les archives. Toutefois, quelques bribes de sentiments intéressés ont été retracées. Sœur Marie Séraphin, hospitalière de la salle des furieuses, fut confrontée aux sentiments de solidarité manifestés par Rose.

J'ai cherché à la faire transférer dans une autre salle, mais quand elle a été sur le point d'entrer dans l'autre salle elle n'a jamais voulu y entrer, elle a fait une crise. J'ai été contrainte de la ramener à ma salle, je n'ai plus cherché à la changer de salle parce que chaque fois qu'on lui en parlait, elle refusait, elle était amie avec des malades de mon département, des épiléptiques, elle ne voulait pas les laisser.<sup>212</sup>

Contrainte, elle aussi, à changer de salle, Florida n'a cependant pas obtenu le succès de Rose. Malgré l'intérêt de Florida pour un retour dans la salle Notre-Dame-des-Sept-Douleur, où elle se sentait heureuse et en meilleure compagnie, elle fut obligée de demeurer dans sa nouvelle salle et cela nonobstant les demandes faites, par sa mère, auprès du docteur Villeneuve.<sup>213</sup>

Le journal *La Presse*, dans son édition du 29 juin 1893, titrait un de ses articles « La ruse d'un fou » : un homme et une femme avaient réussi à s'évader en s'emparant des clefs du gardien qui s'était endormi.<sup>214</sup> Le journal *La Patrie* informait la population, le 28 juillet 1908, que quatre fous s'étaient évadés de St-Jean-de-Dieu.<sup>215</sup> Connivence, coalition et amitié étaient au rendez-vous de cette sortie préparée, organisée et réalisée à quatre. Le lien d'appartenance tissé entre les patients est des plus explicite dans ce court extrait tiré d'une lettre d'un patient en congé et se

<sup>212</sup> Habeas corpus, dossier 176, Sr. Marie Séraphin, 18 septembre 1884.

<sup>213</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 9503, 27 janvier 1910.

<sup>214</sup> *La Presse*, 29 juin 1893, p. 6.

rapportant au docteur Villeneuve : « S'il vous plait de me donné un mot si vous recevé mes lettre des respects à tous ceux qui s'informeront de moi. »<sup>216</sup>

C'est parmi les nombreuses lettres, adressées aux sœurs supérieures et aux surintendants médicaux, que se dégage le plus clairement toute la gratitude de la famille des malades à l'égard de ceux et celles qui prennent soin de leur épouse, de leur sœur ou de leur fille. La mère d'Oliva remercie le docteur Villeneuve pour ses bons soins ainsi que ceux des bonnes sœurs de l'Hospice.<sup>217</sup> Sous la plume de son père, Hannah remercie sœur Ste-Rose : « she will never forget your kindness and will pray for you. »<sup>218</sup> L'époux de Sophie demande au docteur Villeneuve, après l'avoir informé de l'amélioration de la santé de sa femme, de bien vouloir « la rappeler au souvenir des Bonnes Sœurs ainsi que de sa dévouée garde-malade »<sup>219</sup>. La sœur de Félicité offre ses milles remerciements au docteur Villeneuve « pour tous les bons et chaleureux soins dont elle fut entourée des bonnes religieuses si zélées pour tous leurs patients et en même temps de votre dévouée personne. »<sup>220</sup>

Les bons sentiments font partie de la tradition asilaire. Rarement mentionnés dans l'historiographie, ils sont pourtant un baume sur les coups et blessures infligés par les agités, une douceur qui enveloppe les paroles grossières et méchantes, une

---

<sup>215</sup> *La Patrie*, 28 juillet 1908, p. 9.

<sup>216</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6234, sans date.

<sup>217</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 5968, 2 octobre 1899.

<sup>218</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 6766, 25 août 1902.

<sup>219</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 7256, 18 septembre 1903.

<sup>220</sup> Archives Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier médical : 8187, 9 février 1908.

récompense énergisante à l'épreuve de la fatigue physique et mentale. Les bons sentiments sont d'heureuses rencontres dans la vie des femmes atteintes de folie. Ce sont aussi une multitude de possibilités, malgré l'émergence de moments difficiles, confus et malheureux, pour passer à travers l'exclusion sociale.

### CONCLUSION.

La correspondance des époux, des parents, des filles et des fils, rédigée au cours des années 1873 à 1921, conservée dans les dossiers médicaux des archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, a permis de mettre en valeur les messages de détresse et de désespoir vécu par les familles aux prises avec une aliénée. Certes, les lettres des familles les plus intéressées à faire interner leur malade témoignent de l'impossible contrôle de l'époux, du parent ou du fils sur la folle. La véracité du contenu de ces missives demeure malheureusement difficilement vérifiable : les intentions des requérants désabusés, insensibles ou abusifs n'ont pu être mis à jour. C'est plutôt l'inconvenance, le trouble, la peur et les soucis que génèrent les actes insanes d'une mère, d'une sœur, d'une fille ou d'une épouse qui ressort du courrier de la sœur supérieure et du surintendant médical.

Manifestement, l'asile n'est pas un lieu de villégiature où tous et chacun rêvent de passer le tiers de leur vie. Derrière les murs de pierre qui encerclent la vie asilaire s'érige un univers réservé aux exclus de la société. En ce lieu, se vit toute la réalité qu'impose l'enfermement asilaire. Profiter du paysage fleuri aménagé avec goût et style autour de l'institution ou d'une plomberie moderne dans les salles de bains ne

font pas de l'asile une « maison de rêve ». Cet espace réservé aux exclues de la société demeure un lieu de contrôle et de coercition où les libertés individuelles y sont impossibles.

L'animation interne de l'asile est programmée, organisée et structurée en fonction d'une approche thérapeutique basée sur le traitement moral. Les bribes d'informations révélées par les lettres des patientes ou celles des membres de leur famille demeurent toutefois avares d'informations concernant tout processus thérapeutique. La vie en institution est ponctuée d'une routine rigide, quasiment immuable, où le travail et les activités ludiques sont réservés à une classe de malade bien particulière qui exclut, entre autres, les agitées, les violentes, les hallucinées, les automutilatrices : bon nombre de folles finalement. Les fêtes, qui se veulent des moments de réjouissance au sein de l'asile, sont toujours à connotation religieuse et l'occasion, presque incontournable, d'offrir des sentiments de félicité et de gratitude aux représentants du corps médical ou ecclésiastique. Les propriétaires de l'asile ainsi que les médecins avec qui elles travaillent en étroite collaboration ont, sans aucun doute, tenté de construire un environnement idéal où elles pourraient mettre en application les principes de base du traitement moral. La beauté de la cité asilaire, le luxe des installations modernes, les nombreux services accessibles au sein de l'asile devenu hôpital, l'implantation d'ateliers de travail et l'augmentation du nombre de festivités et d'activités récréatives n'ont toutefois pas suffi à guérir la folie de milliers de femmes confiées aux soins des aliénistes. En somme, l'asile servait d'instrument de contrôle et de gestion des aliénées au service d'une société réfractaire à la différence, à la marginalité et à la déviance.

Les histoires de Marie-Louise, de Jeanne, de Philomène et de Ida, pour ne nommer que quelques-unes des 4 164 femmes faisant partie de l'échantillon de cette étude, ont permis de cerner la réalité familiale existante avant l'internement. En toute confiance, à la sœur supérieure ou au surintendant médical, des maris, des pères, des mères, des frères, des sœurs, des filles et des fils ont raconté leur vie ponctuée d'impondérables. Ils ont essayé d'expliquer, sans la comprendre, la maladie d'un être cher. Ils ont tenté de faire reconnaître la détresse qui les envahissait. Tous et chacun, possédant peu ou pas les rudiments de la langue écrite, ont exposé, seul ou avec l'aide d'un médecin, d'un curé ou d'un voisin, l'impuissance à laquelle leur malade les confrontait. Les liens parentaux, familiaux ou amoureux qui persistent au cours de l'internement et qui nous ont permis de découvrir des bribes de quotidienneté, spécifiques au milieu asilaire, nous invitent à considérer la place que les familles ont occupée au près de leur malade, pendant l'isolement thérapeutique. Nombreuses étaient les femmes admises à l'asile pour qui on s'enquerrait de leur état tout en souhaitant ardemment leur retour au sein de la famille.

## **CHAPITRE 5**

### **L'ENFERMEMENT ASILAIRE : ESPOIR ET DÉSILLUSION.**

## **CHAPITRE 5**

### **L'ENFERMEMENT ASILAIRE : ESPOIR ET DÉSILLUSION**

Ce dernier chapitre sur l'univers asilaire des femmes internées pour folie aborde, de façon toute particulière, les liens familiaux et amoureux qui demeurent existants pendant toute la période d'internement de celle qui a été dans l'obligation de quitter les siens pour être soumise au traitement asilaire. Hystérique, catatonique, dépressive ou atteinte de manie aiguë, la femme internée pour troubles mentaux, consciente ou non de sa destinée, est soumise à l'enfermement asilaire, traitement par excellence à la fin du 19<sup>e</sup> siècle pour guérir la folie. C'est en parcourant les nombreuses lettres des parents, des enfants ou des époux, des femmes gardées à Saint-Jean-de-Dieu, ainsi que les réponses des surintendants médicaux, qui se sont succédés de 1873 à 1921, qu'il nous est possible de découvrir l'univers des requérants en relation avec celles qu'ils ont placées sous les soins des aliénistes.

S'il est ici question d'attachement, d'espoir et d'assistance à l'égard de la malade internée, c'est bien parce que la récurrence de telles manifestations attentionnées, dans la correspondance entretenue avec le surintendant médical, nous a surpris. Effectivement, c'est avec étonnement que nous avons pris connaissance de ces témoignages affectifs et amoureux soulignant l'intérêt de la famille pour celle qu'elle avait fait interner. Les lettres truffées de tendresse, d'affection et d'inquiétude pour

celles qui sont internées à St-Jean-de-Dieu, conservées dans les archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, ne sont cependant pas présentes dans tous les dossiers des femmes internées à St-Jean-de-Dieu. La réalité est plutôt qu'un certain nombre de dossiers contiennent une correspondance alors que d'autres contiennent à peine les documents habituellement requis lors de l'admission.

Il n'en demeure pas moins que ces lettres sont le seul moyen de démontrer l'existence effective de liens familiaux maintenus pendant la période d'internement. Il va de soi que la clientèle asilaire féminine faisant ici l'objet de cette étude ne représente pas la majorité des cas d'internement. Mais il est aussi juste de dire qu'un certain nombre de patientes étaient visitées par leur famille sans que celle-ci entretienne une correspondance avec les autorités de l'hôpital. Ces familles, en particulier, n'ont donc laissé aucune preuve tangible de leur attachement à leur malade. Tout comme il est aussi probable que l'absence de correspondance dans les dossiers des patientes soit une simple manifestation d'un détachement complet de la famille envers celle qu'elle a fait interner. En considérant la minceur d'un grand nombre de dossiers, il est facile d'imaginer que probablement la majorité d'entre eux sont le reflet de l'état de solitude et d'abandon vécu par les malades.

La découverte d'une correspondance pleine d'égards envers les femmes internées à St-Jean-de-Dieu permet une incursion dans la vie privée des nombreuses familles, séparées de leur malade, et par le fait même de mieux saisir les attentes du requérant par rapport au traitement auquel est soumise sa fille, son épouse ou sa mère. Les intentions qui motivent le geste d'exclure, d'isoler, d'enfermer une femme qui présente des signes de folie qui se manifestent par de l'agitation, de la violence, de la

manie, de la persécution ou par une tentative de suicide, sont racontées par ceux et celles qui subissent l'apathie profonde d'une épouse dépressive ou encore les accès d'agitation d'une mère en manie aiguë. L'étude de la correspondance entretenue entre les familles et les surintendants médicaux expose les espoirs des requérants, mais aussi les déceptions, le découragement et le scepticisme vis-à-vis un traitement, il est vrai, qui gagne en popularité au cours du 20<sup>e</sup> siècle, mais qui ne répond que de façon palliative à un problème social et qui malheureusement offre de bien pauvres solutions thérapeutiques.

La deuxième partie de ce chapitre expose les principales traces de l'échec asilaire. Les faibles taux de guérisons présentés dans les rapports annuels des surintendants médicaux sont, à toute fin pratique, les premières preuves de l'inefficacité du système asilaire. L'approche thérapeutique vue sous l'angle du rôle des médecins, de la gestion des dossiers, des faibles taux de guérison, de la croissance de la population asilaire et du manque d'effectifs permet de brosser un tableau réaliste de ce que représentait au quotidien la prise en charge d'une clientèle atteinte de troubles mentaux. Les illusions à l'origine de cette gigantesque entreprise médicale s'évanouissent sous les projecteurs qui illuminent froidement un constat d'échec.

Néanmoins, le constat d'échec qui caractérise les tout débuts des soins médicaux en psychiatrie et de façon toute particulière l'œuvre des sœurs de la Providence a aussi l'avantage de mettre à jour un contexte social, économique et politique qui en définitive ont grandement nui à ce projet sociétal. La solution thérapeutique et grandement charitable au problème des indésirables dans la société a été l'objet de critiques défavorables qui ont sous évalué, à notre avis, les conditions minimales

avec lesquels religieuses et aliénistes ont tenté d'apaiser les souffrances engendrées par l'expression de la folie. Ce dernier volet de la recherche n'a pas pour but de formuler une nouvelle critique à l'égard de l'inefficacité du système asilaire, tel qu'élaboré à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles, mais plutôt d'apporter un nouvel éclairage sur la réalité thérapeutique vécue en milieu asilaire auprès de la gent féminine.

### 5.1. Enthousiasme et scepticisme thérapeutiques.

*Iberville le 5 septembre 1909*

*Chair Reverente seur c'est avec plaisir que je vous écri quelque mot pour savoir des nouvelles de la malade que je vous ai anvoyer lundi passé. J'aimerai bien est savoir combien quel sarange et si elle est bien feriheuse et si elle sannuis la malade dons je vous parle est Helene [...] épouse de Hanri [...]. Veuillez aitre asé bonne de me répondre je vous serai bien oubligé.*

*Madame Zotique B.<sup>1</sup>*

*Montréal; 8 Septembre, 1909.*

*Madame,*

*En réponse a votre lettre en date du 5 Sept. Je dois vous dire qu'il n'y a pas de changements dans l'état mental de Dme. Henri [...], je vous donnerai de ses nouvelles dans quelques semaines.*

*Votre dévoué,  
Sur. Méd.<sup>2</sup>*

Si tourmentée, si excessive, si désespérante, si accaparante, mais si absente aujourd'hui. Des sentiments incertains accompagnent les requérants qui ont pourtant ardemment désiré l'éloignement de celle qu'ils n'arrivaient plus à souffrir. La culpabilité, l'ambivalence, l'espoir et la confiance se confondent. L'enfermement asilaire prend alors un tout nouveau sens pour ceux qui doivent maintenant vivre

<sup>1</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9531.

<sup>2</sup> Ibid.

séparés de la femme qu'ils ont accepté de faire interner. Les attentes sont immenses. La guérison annoncée alimente la confiance accordée aux spécialistes de la folie.

### **5.1.1. Isolement thérapeutique et soutien familial.**

Il peut paraître pour le moins surprenant d'aborder le sujet de l'enfermement asilaire en faisant des parents de l'aliénée internée les protagonistes de cette partie de chapitre. La folle derrière les murs de pierre, celle que l'on a longtemps cru abandonnée par les siens, passe au second rang et endosse le rôle de soutien dans cette reproduction historique. La folle est inévitablement le centre d'intérêt par excellence par lequel sont dévoilés les liens familiaux, parentaux et amoureux qui retiennent toute l'attention. Cependant, c'est le jeu de l'époux, de la fille, du père ou de la sœur qui permet d'élaborer la meilleure mise en scène, afin de découvrir les sentiments qui unissaient le requérant et sa malade.

Certes, des centaines de femmes diagnostiquées aliénées ont été enfermées à St-Jean-de-Dieu. Plusieurs d'entre-elles y ont été conduites par les autorités municipales ou par ordre du Recorder. Il est vrai que plusieurs étaient seules au monde; qu'elles ont été abandonnées et qu'elles ne connaissaient aucune bonne âme pour prendre soin d'elles. Nulle intention voilée ici de nier cette triste réalité qui fut celles de nombreuses femmes internées et oubliées à l'asile. Toutefois, notre intérêt est plutôt de démontrer qu'effectivement certaines ont profité de liens privilégiés avec les membres de leur famille et cela malgré leur tempérament explosif, leur excès de violence et leur goût scandaleux.

L'historiographie canadienne, américaine et européenne traitant du sujet de la folie s'est tout particulièrement intéressée, au cours des deux dernières décennies, à redéfinir le milieu asilaire du 19<sup>e</sup> siècle tout en introduisant la variable du genre. Nancy Tomes, Ellen Dwyer et Bronwyn Labrum, par exemple, se sont intéressées aux procédures d'admission de la gent féminine et témoignent du fait que, dans la majorité des cas, les requérants sont des membres de la famille.<sup>3</sup> Ainsi elles abordent le sujet de la famille selon le contexte pré-asilaire. Ces études ont cependant peu ou pas du tout abordé le thème des relations familiales en cours d'internement. Les liens fraternels, parentaux ou amoureux semblent tout simplement inexistant. Il est cependant vrai que certains surintendants, comme le soulève Dwyer, n'encourageaient pas ce type de relation pendant l'hospitalisation. « The Utica doctors certainly did not improve patient-family relationships by their habit of censoring or confiscating patient mail. »<sup>4</sup>

Il n'est pas rare de trouver dans les dossiers médicaux des patientes de St-Jean-de-Dieu pour les années 1873 à 1921, conservés dans les archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, une correspondance entre le surintendant médical et un membre de la famille des patientes discorant sur l'état de santé de la malade. Ces lettres sont suffisamment nombreuses pour reconnaître qu'effectivement la famille garde contact avec leur malade pendant l'internement et pour repérer les principales préoccupations de l'époux, de la mère, de la sœur ou du fils à l'égard de l'aliénée, confinée derrière les murs de pierre de l'asile. Nous estimons que cette clientèle,

---

<sup>3</sup> LABRUM, Bronwyn, "Looking beyond the Asylum. Gender and the Process of Committal in Auckland, 1870-1910," *New Zealand Journal of History [New Zealand]* 1992, vol. 26, no. 2, p. 129. DWYER, *Homes for the Mad*, 1987, p. 91. TOMES, *A Generous Confidence*, 1984, p. 136.

<sup>4</sup> DWYER, *op. cit.*, p. 126.

probablement privilégiée, représente néanmoins plus du tiers de toute la population féminine internée à St-Jean-de-Dieu. En basant notre calcul sur le pourcentage de dossiers contenant une ou plusieurs lettres s'enquérant de l'état de santé de la malade nous obtenons pour les années 1900, 1903, 1906, 1909, 1912 et 1915 une moyenne de 39%. Et si nous tenons plutôt compte des patientes qui ont obtenu un congé d'essai dans leur famille, démontrant ainsi la manifestation la plus intéressée à l'égard de la malade, nous obtenons déjà 29% de la population féminine. Certes, l'histoire asilaire de celles qui nous préoccupent ne correspond pas au vécu de la majorité des femmes enfermées, mais leur nombre est suffisamment important pour illustrer un phénomène non négligeable.

La séparation et l'éloignement qu'oblige l'internement asilaire sont incontestablement éprouvants et pénibles pour ceux qui restent de l'autre côté de la clôture, à l'extérieur du périmètre asilaire. Cette affirmation peut paraître exagérée, choquante et abusive lorsqu'on imagine le lot de celles qui sont confinées parmi les fous, brimées de leur liberté et confrontées à la vie communale. Cependant, cet intérêt pour le requérant a l'avantage de présenter, avec un autre regard, une dimension nouvelle de toute la signification de l'enfermement au féminin. Le fait de vivre difficilement une rupture avec un être cher, nécessitant des soins pour troubles mentaux, n'est pourtant pas insolite. C'est par le discours de ces personnes éprouvées, désolées, impuissantes devant l'état de santé mentale de l'aliénée de la famille, qu'il nous est possible de mieux comprendre la dynamique familiale, animée par des sentiments de peur, de chagrin, d'ennui, mais aussi d'amour, de désir et d'espoir. C'est en donnant la parole à ceux si souvent accusés d'avoir fait interner des femmes pour les mauvaises raisons, qu'il nous est possible d'explorer les

relations familiales entre l'être insane et son requérant. Cette intrusion, dans l'intimité des « antipathiques » requérants, permet de démontrer tout le soutien accordé à l'aliénée pendant son internement et par le fait même contribue à démentir l'idée fausse que le seul but de l'internement était de se libérer d'une femme devenue trop embarrassante.

La folle, malgré ses humeurs instables, ses périodes taciturnes, ses accès d'agitations ou ses regards de persécutée demeure pour les membres de sa famille une épouse, une mère, une sœur, une fille dont on s'ennuie et on espère le retour. C'est en lisant, par exemple, les lettres d'Olivier<sup>5</sup>, de Damase<sup>6</sup>, d'Honoré<sup>7</sup> et de Rose-Alma<sup>8</sup>, respectivement, époux, beau-frère, père, et sœur d'une aliénée qu'il nous est possible de poser les jalons des solidarités familiales. Des sentiments et des gestes d'humanités tissent, au cœur même de cette approche paradoxale, une étoffe forte de liens fraternels, maritaux et parentaux.

Il est vrai que certaines demandes d'admissions semblent plutôt douteuses. Admise depuis 15 jours, Arthémise<sup>9</sup> est autorisée à quitter l'asile, le 1<sup>er</sup> octobre 1909, pour se rendre chez sa sœur. Après observation, elle ne présente aucun signe de folie,

---

<sup>5</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9361.

<sup>6</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9321.

<sup>7</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 12237.

<sup>8</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 11408.

<sup>9</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9560, 29 septembre 1909.

contrairement à ce que prétendait monsieur François<sup>10</sup>. Des femmes victimes d'injustice, il y en a eu dans les asiles et elles n'ont pas toutes eu la possibilité, telle Arthémise, de connaître un séjour aussi bref derrière les murs de la folie. Cette réalité fait malheureusement partie intégrante du passé des institutions asilaires québécoises. Néanmoins, il demeure des plus intéressant et pertinent de revisiter l'idée que les femmes internées l'étaient par des gens qui voulaient uniquement se débarrasser d'elles. Nombreuses étaient les femmes internées, à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles, qui occupaient, malgré la maladie et l'éloignement, une place significative dans la vie de leur époux, leurs parents ou leurs enfants.

L'idéal pour demeurer en contact avec sa malade est de la visiter à St-Jean-de-Dieu. Après avoir obtenu l'autorisation du surintendant médical, et ayant en main une carte de visite l'attestant, généralement, l'époux, la fille, le parent ou l'ami-e se présente au parloir de l'institution asilaire où la malade viendra le rejoindre.

Nous avons taché de donner à toutes ces salles de réception, le confort qui peut les faire aimer des patients et surtout de leurs parents qui viennent les visiter. Trois de nos sœurs assistées par des gardiennes sont constamment employées au service de ces parloirs [...].<sup>11</sup>

La visite des salles et des dortoirs n'est pas autorisée, mais rien n'empêche les époux ou parents de profiter du grand air de la campagne de la Longue-Pointe, tout en bavardant dans les préaux de l'institution. E.A., lors de ses passages à Montréal, fait un détour jusqu'à St-Jean-de-Dieu pour visiter sa belle-sœur Louise et lui donner des nouvelles de toute la famille.<sup>12</sup> Damase, plein d'espérance de sortir sa jeune épouse

---

<sup>10</sup> Madame Arthémise est veuve. Nous ignorons quels étaient les liens qui existaient entre Arthémise et François.

<sup>11</sup> Rapport annuel de la supérieure de l'Hospice St-Jean-de-Dieu, 1882, p.90.

<sup>12</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9481.

Bernadette de l'institution, visite aussi souvent qu'il le peut sa bien aimée et profite de ces rencontres pour déceler les moindres signes d'amélioration de son état de santé.<sup>13</sup> A.E., résident de Montréal, père d'Aline, fait le trajet régulièrement jusqu'à la Longue-Pointe. Lors d'une de ses visites à sa fille, il en profite pour s'assurer qu'elle est bien traitée. Supporter l'ennui semble être le plus pénible pour Aline. Son père a donc entrepris des démarches auprès du surintendant médical, afin de permettre à sa fille de profiter d'un congé de quelques jours : « Je profite de l'occasion pour vous demander d'aller là chercher samedi et je la ramènerai lundi. Une petite promenade lui fera du bien. Elle s'ennuie tant là-bas. »<sup>14</sup>

Garder contact avec l'aliénée n'est pas toujours simple et facile. Pour plusieurs, la « cité asilaire » est presque inaccessible. Les responsabilités familiales et professionnelles ainsi que les conditions économiques ou même les facteurs météorologiques sont souvent les principaux obstacles ne permettant pas aux requérants de se rendre à la Longue-Pointe. William, époux de Lucie, résidant de la ville de Hull explique au docteur Villeneuve son incapacité à rendre visite à sa femme ainsi : « J'aurais bien aimé à desandré mais comme vous savez, on est passé aux feux et l'argent est bien rare. »<sup>15</sup> Pour Olivier, résidant de Valleyfield, l'argent aussi est rare et il ne peut défrayer les coûts de transport pour se rendre à St-Jean-de-Dieu, préférant garder ses économies pour le voyage de retour de sa femme.<sup>16</sup> À plus de 85 milles de Montréal, la sœur et le frère d'Aurore peuvent difficilement se libérer

---

<sup>13</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9421.

<sup>14</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13692.

<sup>15</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 5871.

de leurs obligations familiales et assumer les coûts du voyage jusqu'à la Longue-Pointe.<sup>17</sup> La famille de Marie-Rose compte très peu de moments de liberté leur permettant d'aller jusqu'au bout de l'île. «Nous ne pouvons aller la voir bien souvent car tous ceux de ma famille qui sont en âge de gagner travaillent à la manufacture Dominion Cartridge ici et ce serait de s'exposer à perdre leurs places de vouloir s'absenter [...]»<sup>18</sup>, expliquait la mère de Marie-Rose au docteur Villeneuve. Tout comme Lucie, Aurore et Marie-Rose, Éléonore est rarement appelée au parloir. Ses parents sont vieux, les 77 ans de son père le rendent incapable de faire le voyage jusqu'à Montréal.<sup>19</sup>

Les visites sont des moments particuliers et privilégiés partagés entre la malade et son époux, ses parents ou ses enfants. Elles sont de joyeuses surprises dans la vie de l'aliénée qui lui permettent de rompre avec la monotonie de la vie asilaire. Pour le visiteur, c'est souvent la joie de retrouver l'être aimé et parfois la triste réalité de constater peu de changements dans l'état mental de son épouse, de sa fille ou de sa mère. Ces visites sont aussi l'occasion pour la patiente de demander au visiteur de transmettre au surintendant médical des permissions spéciales. Parmi ces dernières, les demandes de congé sont les plus nombreuses. Requête que la famille de la jeune Jeanne n'a pas hésité à faire auprès des autorités de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu :

Suivant la visite que ma famille a fait a ma sœur Jeanne [...] qui est a votre institution depuis le mois d'octobre dernier, nous avons constaté une très grande amélioration et désirons si cela est possible que vous

---

<sup>16</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 5871.

<sup>17</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13953, 22 décembre 1925.

<sup>18</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 15229, 24 mai 1921.

<sup>19</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9535, 14 juin 1910.

nous donniez la permission de la ramener chez nous, vous remerciant pour tous les soins que vous lui avez donné [...].<sup>20</sup>

Comme l'a fait Aline auprès de son père en lui disant comme elle s'ennuyait à l'asile, Philomène partage avec son mari, lors de sa visite du 14 décembre 1909, son désir de passer les fêtes dans sa famille. Cette demande est, assurément, la plus populaire :

À ma dernière visite, c'est à dire hier, elle m'a paru quelque peu soulagée et m'a supplié tant et plus de ne pas lui laisser passer le temps des fêtes dans les murs de l'institution. Vous comprenez facilement que ce n'est pas pour moi sans appréhension que je demande cette faveur de votre part.<sup>21</sup>

D'autres ne peuvent tout simplement pas rendre visite à leur malade, parce qu'ils n'en ont pas l'autorisation ou encore cela leur est fortement déconseillé. Considérant que l'un des buts visés du traitement moral est de sortir l'aliénée le plus tôt possible de son milieu naturel, peut-être responsable de la maladie ou du moins antagonique à tout espoir de guérison, retrouver les éléments de son environnement pré-asilaire peut sembler incongru, sinon anti-thérapeutique. Le docteur Villeneuve l'a répété souvent, la maladie mentale « [...] à cause de sa nature particulière, trouve des éléments d'aggravation dans le milieu où elle a pris naissance [...] ». <sup>22</sup> Jugeant ces principes thérapeutiques plus influents sur le traitement de certaines aliénées, le surintendant médical veille à ce que quelques-unes de ses malades n'entrent pas en contact avec des relations familiales perturbatrices. Ainsi, il conseille aux parents d'Yvonne, au cours des premiers mois de son hospitalisation, de s'abstenir de lui

<sup>20</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13974, non datée.

<sup>21</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9321.

<sup>22</sup> Rapport annuel de 1903 du docteur G. Villeneuve, surintendant médical de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu. Document de la session vol. 38, no II, 1905, p. 235.

rendre visite en raison des importants troubles de caractère qu'elle présente.<sup>23</sup> Les membres de la famille de Séraphine sont également informés, par le docteur Villeneuve, qu'il est déconseillé de rendre visite à leur sœur :

J'ai l'honneur de vous informer que la santé de votre sœur est revenue et que son état physique est bon. Malheureusement, elle est encore très agitée et exige des soins spéciaux et une surveillance constante. Elle n'est pas en état de recevoir personne, parce que ces visites pourraient lui faire le plus grand tort, en l'excitant davantage. Nous ne désespérons pas de la guérir de sa maladie mentale, mais je crains bien que sa guérison ne se fasse attendre encore quelques temps. Je vous engage donc à la patience et je vous écrirai de nouveau, la semaine prochaine.<sup>24</sup>

Les époux, dont les femmes sont internées en raison de leurs idées de persécutions tournées contre eux, telle Rose de Lima<sup>25</sup> et Victorine<sup>26</sup>, sont priés, eux aussi, de bien vouloir s'abstenir de visiter leur épouse. Cependant, dans bon nombre de cas, les visites ne sont pas proscrites, bien au contraire. C'est ce que pense le docteur Villeneuve en ce qui concerne Marguerite : « En réponse à votre lettre du 4 août courant [1909], je dois vous dire que votre épouse est bien physiquement, mais qu'il n'y a aucun changement dans son état mental. Cependant je ne crois pas que votre visite puisse lui faire aucun tort. »<sup>27</sup>

Considérant la rareté des cartes de visite dans les dossiers médicaux, il est plutôt compliqué, difficile et laborieux de tenter de quantifier statistiquement la fréquence et la durée des visites reçues pour chacune des patientes de notre échantillon. Malheureusement, aucune trace n'a été conservée de ceux et celles qui visitaient

<sup>23</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 123615 octobre 1915.

<sup>24</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9620, 17 décembre 1920.

<sup>25</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 7307.

<sup>26</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 5751.

occasionnellement ou régulièrement leur malade s'ils n'entretenaient pas une correspondance avec l'aliéniste. Cette population échappe donc totalement à notre échantillon, tentant de réunir les femmes internées qui demeuraient en relation avec un membre de leur famille. Seuls les témoignages écrits permettent de confirmer l'existence des visites. Il appert que ce moyen pour rester en communication avec sa malade était surtout privilégié par les familles demeurant à l'extérieur de l'île de Montréal. Nombreuses étaient les familles ne pouvant se libérer ou défrayer les coûts de la randonnée jusqu'à la Longue-Pointe qui ont plutôt exploité les avantages de la poste pour demeurer en contact avec la personne internée pour troubles mentaux. Ainsi avec talent ou appréhension, hommes et femmes de tous les milieux sociaux et de toutes les générations ont flirté avec l'art de l'écriture, afin de conserver les liens familiaux existants. C'est donc par centaines qu'arrivent, à St-Jean-de-Dieu, les lettres de parents chagrinés, anxieux, déçus, découragés ou fâchés. Sur de simples cartes postales, sur du papier pelure, sur des feuilles lignées ou sur du papier à l'en-tête d'une firme quelconque, s'élabore un texte amphigourique ou au contraire écrit avec style et clarté. Dans un cas comme dans l'autre, le surintendant médical s'assure de répondre à ces missives dans les plus brefs délais. Malgré les quelques lettres colligées où la famille après deux semaines d'attentes récidive et répète ses vœux au surintendant d'obtenir des nouvelles de leur malade, nous avons pu constater que dans la majorité des cas, il n'y avait pas plus de 10 jours entre la date d'envoi de la lettre du parent et la réponse du surintendant.

Damase qui écrit au docteur Villeneuve au moins deux fois par mois, pour avoir des nouvelles de sa Bernadette, est impatient de connaître l'état de santé de son épouse :

---

<sup>27</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical :

« Monsieur, comment est ma femme. Mme [...]. Voilà deux semaines que j'ai écrit et n'ayant rien reçu je la crois malade sérieusement. Veuillez m'en donner connaissance. »<sup>28</sup> Ce qu'a fait avec célérité le docteur Villeneuve :

En réponse à votre lettre du 28 mai courant, je dois vous informer qu'il n'y a aucun changement dans l'état de votre femme. Ainsi que je vous l'ai déjà dit, la maladie que présente votre femme est incurable. Nous n'avons absolument aucun espoir de guérison. Cependant, elle ne peut pas être renvoyée de l'asile dans ces conditions parce que je suis convaincu que vous ne pourriez lui donner ni les soins ni la surveillance nécessaire. Je demeure, votre bien dévoué, Surintendant Médical.  
P.S. : Veuillez donc ne jamais oublier, lorsque vous écrirez au sujet de votre malade, de mentionner le numéro inscrit sur sa carte.<sup>29</sup>

Ce moyen de communication représentait, à ne pas en douter, un réel défi pour bon nombre de requérants. Considérant que jusqu'en 1923, le cours primaire se limite à la quatrième année, que l'école n'est toujours pas obligatoire, que l'assiduité en classe des enfants est plutôt relative et que la majorité des enfants quittent l'école après leur première communion vers 10-11 ans<sup>30</sup>, les lettres remplies de galimatias sont nombreuses. Il est évident que plusieurs billets, télégrammes ou messages sont rédigés en collaboration avec un médecin, un curé, la voisine la plus lettrée ou un enfant encore à l'école. Peu importe, malgré la difficulté de l'effort, tant intellectuel que grammatical, de transmettre par écrit des informations précises, les liens familiaux perdurent. Entassés dans des boîtes, les *Boîtes Rouges*, ces bouts de papiers négligés sont pourtant les porteurs de doux messages, transcrits dans un style familier parfois simple et naïf, qui révèlent des sentiments de réconfort et d'ennui à l'endroit de celle qui est maintenant si loin de la maison.

---

9444, 14 août 1909.

<sup>28</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9421.

<sup>29</sup> Ibid.

<sup>30</sup> LINTÉAU P.-A. et coll. *Histoire du Québec Contemporain. De la confédération à la crise*, Montréal, Boréal, 1987, pp. 533-538.

Chère épouse, je vais t'écrire quelques mots j'ai reçu de tes nouvelles ce matin c'est la deuxième fois que j'en reçois et je t'ai envoyé du butin par Madame [...]. Elle m'a promis qu'elle irait te le porter. [...] j'ai pas grande nouveauté toute la famille te font bien des respects c'est tout pour aujourd'hui je vais t'attendre [...] de mes plus tendres respects ton cher et tendre et fidèle époux que j'ai donc trouvé le temps long et ennuyant d'être toujours dans l'inquiétude et la peine de savoir si tu allais prendre du mieux pour revenir auprès de moi ton tendre époux.<sup>31</sup>

Mademoiselle : Quelques mots seulement pour te dire qu'on est toute en parfaite santé et pour te demander aussi l'état de ta santé. J'espère que tu vas toujours bien mieux. On est toute bien et toute la famille te présente ses respects. Tâche de devenir meilleur afin de venir nous voir avant longtemps et répondez moi toute de suite pour savoir de ses nouvelles. Je suis votre sœur Filommène.<sup>32</sup>

Chère épouse. C'est avec plaisir que je prend un moment pour t'écrire enfin de te faire savoir que je suis arrivé du chantier et j'ai été bien surpris de voir qu tu étais retournée à Montréal. Ça me fait beaucoup de peine de te voir que tu a été encore obligé de lessy la maison et nos petits enfants. Je trouve la maison très grande de nous voir seul . [...] Moi et les petits enfants son tout en parfaite santé et ou si chez Louis et sa famille son très bien. J'espère que ma lettre te trouvera aussi bien. Une réponse au plus vite possible. Je suis pour la vie ton époux.<sup>33</sup>

Dear sister. I received your letter and glad to hear that your courage is still good. I wrote to the head doctor [...] to see how you were and when you could come home. I put in some money to pay the postage but I have not heard from him, will you ask him to write me a line that you can come when your brother comes after you. We sent Henry five weeks ago to get you. When he came back he said you was sick and could not come [...]. Mother is anxious to hear from you, we are all well, and hope to see you soon. Good by from sister Lessie.<sup>34</sup>

Parmi toutes les lettres reçues à St-Jean-de-Dieu s'enquérant de la santé des aliénées internées, la plupart sont adressées soit au surintendant médical, soit aux révérendes

<sup>31</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 6309, 27 mars 1900.

<sup>32</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9490, 14 mai 1910.

<sup>33</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 5871, 19 juin 1898.

<sup>34</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9533, 15 novembre 1909.

sœurs plutôt qu'à la patiente elle-même. Les médecins ou les religieuses veillent à transmettre verbalement les nouvelles de leurs familles aux malades qui ne peuvent lire leur courrier. Généralement, les lettres sont courtes et soulèvent les mêmes questions. On s'informe de la santé de la malade et surtout on demande quand elle va pouvoir revenir à la maison. Les réponses du surintendant médical sont tout aussi récurrentes que les propos des requérants :

9 décembre 1909. Nous désirons savoir des nouvelles de Madame [...] et nous voulons aller la chercher pour les fêtes. Veuillez s'il vous plait nous répondre le plus tôt possible.

14 décembre 1909. J'ai le plaisir de vous informer que votre mère est un peu mieux, c'est-à-dire, qu'elle est un peu moins triste, mais elle est encore déprimée et prend des remèdes pour dormir. Je doute que vous puissiez la garder facilement chez vous; cependant si vous vous engagez à bien la surveiller, et d'une façon constante, je vous autorise à venir la chercher, sous congé, pour le temps des fêtes.<sup>35</sup>

27 mars 1915. Je prend la liberté de vous écrire à propos de ma petite fille Germaine [...] à l'hôpital St-Jean-de-Dieu veuillez me dire ce que vous en pensez ; dites moi tel qu'elle est et à ci pensez qu'il y a quelque chose à faire pour la ramener.

5 avril 1915. Je dois vous informer que l'état physique de Germaine [...] est satisfaisant, mais qu'il n'y a absolument aucun changement dans son état mental. Nous lui donnons les meilleurs soins possibles.<sup>36</sup>

26 mai 1909. Comment vas Anna [...] prend elle du mieux parle telle de moi ainsi que ces autres parents mange telle un peu. Si je ne vous est pas écrit avant aujourd'hui c'est parce que je recevais de temps en temps de ses nouvelles. La j'aimerais bien savoir comment elle se porte. Quand pensez-vous.

2 juin 1909. J'ai le regret de vous informer que votre femme est encore très agitée. Elle est très faible et son état nous inspire de graves inquiétudes. Nous craignons beaucoup de ne pas pouvoir la sauver.<sup>37</sup>

Tous ces mots tracés sur le papier à lettre sont porteurs de sentiments concédés à ceux et celles qui avaient le mauvais rôle d'avoir fait interner une femme mère,

<sup>35</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9415.

<sup>36</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 12237.

épouse ou encore enfant. C'est avec délicatesse et précaution qu'il a fallu manipuler le papier à lettre jauni et poussiéreux sur lequel étaient écrites les paroles les plus inquiètes, les plus douces, les plus affectueuses, mais surtout, indéniablement fidèles, adressées à celles confinées derrière les murs de la folie. Ces liens familiaux apparemment indéfectibles sont le tribut de celles pour qui justement les sources nous permettent de retracer les écrits de ces manifestations relationnelles de type amical, fraternel ou amoureux.

### **5.1.2. Prise en charge familiale.**

Décues, impatientes, sceptiques, inquiètes ou exaspérées, les familles, désirant ardemment le retour à la maison de leur malade, interviennent auprès du surintendant médical afin d'imposer leur propre stratégie « thérapeutique ». Absente du foyer depuis deux semaines, deux mois ou deux ans, l'aliénée ne semble pas répondre positivement aux traitements des aliénistes; l'enfermement est alors remis en question. Habité par l'espoir de libérer sa femme, sa fille, sa sœur ou sa mère de la folie qui l'anime, le requérant rapatrie sa malade au sein du foyer familial. Les espoirs sont maintenant tournés vers une convalescence au sein de la famille. Sortie de l'asile, selon le requérant, la malade a maintenant toutes les chances de retrouver sa joie de vivre et sa vitalité.

Lors d'un congé d'essai, la malade peut quitter l'asile pour une période de trois mois et cela même si son état n'est qu'amélioré ou même encore non-amélioré. Ainsi, à condition que la patiente ne représente aucun danger pour elle-même ou son entourage, elle peut retourner chez elle pour une vacance ou un réel essai avant de

---

<sup>37</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical :

demander son congé définitif de l'asile. Si tout se passe bien, une extension du congé de trois autres mois peut être demandée, mais si le comportement de la patiente empêche la famille de la garder, elle peut être réadmise à l'asile sans toutefois être soumise à nouveau aux procédures d'admission.<sup>38</sup> La possibilité de retourner à l'asile demeure toujours une alternative qui, à bien des niveaux, sécurise les parents, l'époux ou les enfants décidés à prendre soin de leur protégée, hors des murs asilaires.

Ces initiatives « anti-thérapeutiques » de la part d'un mari tourmenté, d'une mère anxieuse ou d'une fille chagrinée, qui désire replonger la malade dans son milieu naturel et, selon les aliénistes, probablement responsable de l'état insane de la patiente, ont toutefois l'avantage de permettre à la famille d'évaluer les bienfaits, jusque-là, du séjour asilaire. Sinon, dans bien des cas, des patientes seraient demeurées à l'asile pour des périodes beaucoup plus longues, sans toutefois être assurées de meilleurs résultats. Une lettre adressée au docteur Devlin, datée du 27 février 1919, concernant l'internement d'Irma, permet de croire qu'effectivement les patientes sans famille étaient oubliées à l'asile : « Dear Sir, I write you with reference to Irma, who has been in your institution since last May, who I understand is well enough to leave but having no relatives in this country to come to her aid is perhaps the reason of her detention there so long. »<sup>39</sup>

En 1890, à peine 1% des patientes profitaient d'un congé d'essai, en 1906 déjà 30% quittent l'hôpital en congé d'essai. Le plus étonnant, c'est qu'en 1928 53% des

---

9380.

<sup>38</sup> Formule J : Demande de garder temporairement un aliéné en congé d'essai.

patientes sortent en congé d'essai au cours de leur internement. Étonnant, parce que cette procédure, à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, semble davantage répondre aux besoins de la famille qui désire avoir parmi eux leur malade. Bien que les raisons invoquées pour obtenir la garde temporaire d'un aliéné diffèrent quelque peu selon le sexe du patient, les hommes et les femmes, de façon générale, font l'objet d'un nombre comparable de demandes. Selon notre échantillon d'une année sur trois, de 1903 à 1912, 28% des femmes et 29% des hommes quittent l'asile en congé d'essai. On réclame le retour du ou de la malade afin qu'il puisse profiter de soins attentionnés au sein de sa famille, mais plus spécifiquement le retour des épouses est clairement désiré afin qu'elles puissent reprendre leur place de maîtresse de maison et occuper leurs fonctions de ménagères au sein du foyer et d'éducatrices auprès des enfants. Quant aux célibataires et aux veuves, leur retour ne semble pas, de façon aussi nette, correspondre au besoin d'une contribution spécifique pour soulager les autres membres de la famille des différentes tâches et responsabilités qui leur incombent. Ce qui n'est pas le cas lors des demandes de congé de la gent mâle. Peu importe leur état civil, ces derniers sont réquisitionnés auprès de leur épouse, leur mère et leur sœur pour les aider à subvenir aux besoins de la famille.<sup>40</sup>

Chaque requérant autorisé à quitter l'asile avec sa malade pour un congé d'essai s'engage à envoyer au surintendant médical tous les trente jours, pendant la garde de l'aliéné, un rapport de son état physique et mental. Si le médecin demeure sans nouvelle de la malade, il communique avec la famille afin de rappeler à celle-ci qu'elle doit rendre compte de l'état de la patiente. C'est donc grâce à cette procédure

---

<sup>39</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13726.

qu'il nous est possible de connaître certains détails sur le déroulement du séjour hors de l'asile, des malades en congé d'essai. Sous la plume du médecin du village, du parent requérant ou parfois de la patiente elle-même, des nouvelles parviennent au surintendant qui, somme toute, dans bien des cas, sont étonnamment positives. Il appert que l'état de santé mentale d'une patiente sur deux s'améliore pendant le congé d'essai.<sup>41</sup> Parmi les correspondances les plus explicites concernant le comportement de la malade pendant le congé d'essai, on note dans 49% des cas une amélioration de l'état de la malade tandis que dans 51% des cas l'état de la malade est demeuré le même. Il faut bien lire ici qu'au moment d'informer le surintendant médical de l'état de santé de la malade en congé d'essai, selon la famille, l'état de la malade était amélioré, ceci n'était toutefois pas un gage de guérison. Plusieurs cas ont présenté une amélioration de leur état pendant trois, six, voir neuf mois avant d'être réadmis à l'asile parce que redevenus incontrôlables. Il est clair que l'époux, les parents ou les enfants de l'aliénée en congé d'essai ne demandent pas la sortie définitive de leur malade parce que cette dernière présente une amélioration de son état. La procédure usuelle est plutôt de demander une extension du congé, comme l'ont fait les mères de Aurore et de Joséphine, afin de s'assurer que cette amélioration persiste.

Comme le congé que vous avez accordé à ma petite fille idiote Aurore [...] est presque écoulé j'ose vous écrire ces mots pour vous demander le prolongement de son congé son père et moi nous aimerions bien à la garder encore quelques temps d'ailleurs elle est assez tranquille il est vrai qu'elle a encore de temps à autre quelques petites crises mais modérées. Nous lui donnons du brandy et du lait tous les soirs nous lui donnons jamais de viande elle a assez d'appétit mais nous la privons de trop

---

<sup>40</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossiers médicaux : 9547, 9437, 9391, 9305, 9611, 8387, 8410, 8349, 8213.

<sup>41</sup> Bernard Courteau a fait la même observation pour l'année 1906. Il soutient que la moitié des patients mis en congé d'essai restaient à l'extérieur. *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H. Lafontaine. Évolution historique de l'Hôpital psychiatrique de Montréal*, Montréal, Méridien, 1989, p. 78.

manger. Mais ce qui m'inquiète le plus Docteur s'il fallait par malheur qu'elle aurait encore des grandes crises comme auparavant est-ce que nous pourrions la ramener à l'asile sans trop de difficultés.<sup>42</sup>

Voici les quelques renseignements sur l'état physique et mental de Mlle Joséphine. Depuis que la patiente est revenue au milieu de nous elle semble se porter assez bien au physique, elle a bon appétit, son sommeil est calme et ne se croit plus persécutée comme avant son séjour à l'hôpital. Cependant, ce qui nous cause un peu d'inquiétude, c'est qu'elle paraît un peu taciturne. Nous ne pouvons pas dire maintenant qu'il y a guérison complète voyant que sa maladie a présenté par le passé des alternatives de dépressions et de surexcitations nerveuses. Nous croyons donc pour le moment qu'il est plus prudent de demander une extension de congé.<sup>43</sup>

Les appréhensions d'Albina au sujet de sa protégée Joséphine se sont avérées justes puisque 35 jours après la rédaction de cette lettre, Joséphine était réadmise à St-Jean-de-Dieu. Ces rapports de santé remis au surintendant médical divulguent manifestement l'anxiété, l'insécurité et les appréhensions que vivent les familles qui acceptent de garder parmi eux leur malade. La peur d'une nouvelle crise, d'une rechute ou de la dégénération de l'état de santé mentale de l'aliénée, présentement satisfaisant, obsède les parents, l'époux, les enfants, les frères et sœurs qui se sont portés garants de la malade hors des murs asilaires.

J'ai l'honneur de vous informer que l'état mental de ma petite fille Aurore a été assez bon depuis son départ de l'asile, mais je crains qu'elle redevienne encore malade dans le cours du printemps. Auriez-vous la bonté de m'accorder une extension de temps encore pour trois mois pour vous la renvoyer sans certificats si la chose devenait nécessaire.<sup>44</sup>

En réponse à votre lettre du 18 courant (septembre 1903) je m'empresse de vous écrire ces quelques lignes pour vous donner des nouvelles de ma femme qui est très bien dans le moment sur tout rapport. J'espère que bien va se continuer mais ne connaissant pas l'avenir je serais désireux que vous m'obtiendrez encore une extension du congé en faveur de ma

---

<sup>42</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9544. 19 juin 1910.

<sup>43</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 15245. 20 août 1918.

<sup>44</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 7438. 18 avril 1904.

femme et si après ce congé il y a toujours du mieux après l'expiration du dit congé que je vous demande. Je cesserai de vous en demandé d'avantage.<sup>45</sup>

Je viens de recevoir votre lettre, je dois vous dire que j'ai vu dernièrement Madame [Élisabeth], qui est très bien et elle a toujours été bien depuis son retour. Cependant comme elle était bien, il y a un an ce printemps et les chaleurs de l'été lui ont été défavorable je désièrais obtenir une extension du congé afin de voir comment elle va passer les chaleurs de cet été.<sup>46</sup>

Cette réaction préventive de poursuivre le congé d'essai, malgré l'état de santé favorable d'Élisabeth, a eu pour avantage de prolonger la convalescence de l'aliénée et par la même occasion de rassurer la famille. Les chaleurs de l'été n'ayant provoqué aucune influence sur l'état mental d'Élisabeth, sa famille décida de demander sa libération le 14 septembre 1904. D'autres cas s'avèrent un peu plus compliqués, surtout lorsque les signes de complète guérison sont moins perceptibles. La famille est alors encore plus réticente à assumer la garde définitive de leur malade.

L'époux d'Eugénie demanda un congé d'essai de trois mois. Eugénie quitta St-Jean-de-Dieu le 2 janvier 1919 pour être réadmise le 25 février 1919.<sup>47</sup> Joséphine eut l'autorisation de quitter l'hôpital accompagnée de son frère le 13 février 1920. À la suite d'un congé de trois mois qui vraisemblablement s'est bien passé, une prolongation, de trois autres mois fut demandée au surintendant médical. À peine un mois après le début de ce deuxième segment de congé, Joséphine fut reconduite à

---

<sup>45</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 7319. 21 septembre 1903.

<sup>46</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 7466.

<sup>47</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13732.

l'hôpital.<sup>48</sup> Le beau-frère de Louise, aussi, après un premier congé de sept mois et un second d'à peine un mois, fut dans l'obligation de faire réadmettre sa malade.<sup>49</sup> Contrairement à Mary Ellen<sup>50</sup>, admise à St-Jean-de-Dieu le 4 janvier 1921 à l'âge de 44 ans et libérée le 12 août 1958 à la suite d'un congé d'une année complète, Eugénie, Joséphine et Louise, respectivement âgées de 54, de 48 et de 28 ans, semblent avoir passé le reste de leurs jours à l'asile : aucune date de sortie n'est inscrite dans leur dossier. Ces cas d'abandon représentent, cependant, une faible minorité parmi celles qui ont bénéficié d'un congé d'essai.

TABLEAU 4

*Mouvement de la population asilaire de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.*<sup>51</sup>

ANNÉE	ADMISSION	TOTAL DES SORTIES			% DES GUÉRISONS sur les admissions	DÉCÉDÉ
		guéri	amélioré	non-amélioré		
1890	354	93	0	0	—	215
1895	194	74	13	7	38%	103
1900	273	71	11	21	26%	163
1905	283	75	3	22	27%	139
1910	470	109	17	19	23%	237

<sup>48</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13746.

<sup>49</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9481.

<sup>50</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 15072.

<sup>51</sup> Données tirées des rapports annuels des inspecteurs d'asiles. Documents de la Session : 1891, vol 25, no II; 1896, vol 30, no II; 1902, vol 35, no II; 1907, vol 40, no II; 1912, vol 45 no III.

TABLEAU 5

*Population asilaire libérée de St-Jean-de-Dieu,  
à la suite d'un congé d'essai.*

<i>Année</i>	<i>Total des admissions</i>	<i>% de la population en congé d'essai</i>	<i>% des sortis définitives après un congé d'essai.</i>
1903	206	27%	60%
1906	252	29%	73%
1909	304	32%	75%
1912	371	28%	68%

Il est clair que l'autorisation du congé d'essai était accordée parce que la malade présentait un état qui le permettait, donc une amélioration du comportement ou de l'état mental comparativement à son état pré-asilaire. Pour les années 1903, 1906, 1909 et 1912 nous estimons que 29% des patients admis au cours de ces années ont bénéficié, au cours de leur séjour asilaire, d'un ou de plusieurs congés d'essai. En 1903, 60% de ceux qui ont obtenu un congé d'essai ont été libérés comparativement à seulement 12% des patients n'ayant eu aucun congé d'essai. L'année 1903 n'était pas une d'exception, un coup d'œil sur le tableau « 5 » confirme cette tendance. Il est à noter que les patients qui sont libérés ne le sont pas tous parce qu'ils sont guéris. Souvent, sur le formulaire de congé d'essai, lors du départ définitif, apparaît la mention « amélioré » ou même « non-amélioré ». Incontestablement, l'assistance, le soutien et l'implication de la famille auprès d'une malade lors de son internement pour troubles mentaux influencent directement ses chances de sortir un jour de l'asile, mais pas nécessairement d'améliorer son état mental. C'est ce que révèle, également, l'étude de Ellen Dwyer, *Homes For The Mad*, pour les patients de l'Utica Asylum à New York : « Utica's patient casebook records suggest that most patients

were released only if and when their families promised to take subsequent care of them. »<sup>52</sup>

Plusieurs époux ou parents sont des plus confiants et ils persistent à croire que ce n'est qu'une question de temps avant que leur malade puisse retrouver toutes ses habiletés et faire preuve de cohérence.

En réponse à votre lettre du 18 courant (septembre 1903), je puis vous dire que ma femme est beaucoup mieux. Elle n'est pas encore capable de travailler, mais elle est comprend beaucoup mieux et elle est plus tranquille. Donc je pense qu'il est préférable pour elle d'être chez moi en pleine liberté que d'être chez vous. Alors je vous demande de nouveau un congé de trois mois.<sup>53</sup>

À la suite de son congé d'essai, qui dura moins de 6 mois, Dorilda obtint sa libération définitive, moins d'un an après son admission. Il est difficile de sous-estimer les avantages bénéfiques que procure le soutien de la famille ainsi qu'un séjour à l'extérieur de l'asile pour celle y étant internée. Toutefois, il faut dire que plusieurs patientes n'ont pas connu le sort de Dorilda et que malgré un séjour dans leur famille la guérison ne s'est point déclarée aussi rapidement. C'est l'histoire d'Arthémise, de Céline et de Dorothee :

Je vous écris ces quelque mots pour vous dire que j'ai demander un congée de trois mois au docteurs et depuis quelle est avec quelle a des crise affreuse et elle ne dort pas du tout que j'aimerais au plus vite vu que j'ai demander un congé au docteur de 3 mois et cest impossible que je la carde gai elle veut pas mendurer du tout écrivey moi de suite.<sup>54</sup>

Pour vous demandé le congé de ma femme encore pour trois mois Céline dans le moment elle a une attaque on ne s'ai pas si on va être oubligé de

---

<sup>52</sup> DWYER, op. cit., p. 152.

<sup>53</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 7242.

<sup>54</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 8233. 24 juin 1906.

la remenez ayez donc la bonté de me répondre si je peut la ramenez sans formule.<sup>55</sup>

Sur votre demande je vous dirai que mon épouse n'a pas été trop bien depuis sa sortie d'ici. Elle a toujours mal à la tête et est très souvent étourdie. Elle ne dort pas trop bien, mais elle mange assez. La diarrhée qu'elle avait a duré jusqu'à ces jours derniers, sur ce dernier point elle est beaucoup mieux, toutefois son médecin n'espère pas lui arrêter complètement. Son idée laisse quelquefois à désirer, cependant tant qu'elle sera comme cela nous pouvons la garder facilement.<sup>56</sup>

Malgré ces congés d'essai plus ou moins encourageants et dans certains cas la nécessité d'un retour à l'asile pour un autre séjour, ces trois patientes furent quand même libérées définitivement de l'asile, tout au plus deux ans et demi après leur admission, avec la mention « guérie ». Ce qui représente des résultats de guérison<sup>57</sup> des plus positifs. Considérant les statistiques, présentées dans les rapports annuels par les inspecteurs d'asiles et par les surintendants médicaux de l'asile de la Longue-Pointe de 1895 à 1910, les pourcentages de guérisons atteignent difficilement les 30%. C'est dire que malgré les mésaventures d'Arthémise, de Céline et de Dorothée pendant leur congé d'essai, elles font partie d'une minorité qui ont été libérées guéries.

En estimant les faibles taux de guérisons qu'obtiennent les aliénistes de St-Jean-de-Dieu comparativement au nombre de sorties obtenues suite à un congé d'essai, il appert qu'effectivement le soutien de la famille et leurs interventions auprès de leur aliénée était peut-être bien le meilleur soutien moral dont pouvaient bénéficier les

---

<sup>55</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 7463. 3 août 1904.

<sup>56</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 7357. 24 décembre 1903.

<sup>57</sup> Nous parlons ici de « guérison » en faisant référence à la terminologie utilisée par les surintendants médicaux dans les dossiers et dans les rapports annuels.

patientes. Ceci étant dit, probablement que les parents qui demeuraient en contact avec leur malade étaient les mieux placés pour justement constater que l'asile n'avait pas plus à offrir que l'environnement familial.

Je réponds à votre demande sur le rapport de la santé de notre fille elle est très bien elle n'a pas fait aucune chose qui puisse nous faire voir quelle ne soit pas guérie elle est très bien depuis quelle est arrivée avec nous tant sur le rapport de la santé et du moral elle est très grasse elle pèse 135 lbs nous demandons son congé définitif.<sup>58</sup>

Madame Maria sortie sous congé de l'hôpital est maintenant en parfaite santé. Elle vague à ses occupations comme avant. Je crois que vous pouvez lui donner sa quittance.<sup>59</sup>

Nous vous annonçons avec plaisir que Angélique avec la grâce de Dieu est bien mieux. Elle n'a jamais eu aucune idée délirante depuis qu'elle est arrivée au milieu de nous son état physique et mental son bien bons exceptée qu'elle enflée continuellement elle mange bien et rien la fatigue donc nous là garderons avec bonheur tant que dieu voudras nous là laisser.<sup>60</sup>

Cette réalité asilaire, inévitablement, soulève plusieurs questions quant à l'efficacité, la pertinence et la réelle utilité des thérapies pratiquées dans cet univers clos qu'est l'institution asilaire. L'internement favorisait assurément la prise en charge des aliénés, mais outre ce contrôle exercé sur des êtres scandaleux, déprimés ou idiots, les résultats thérapeutiques s'avèrent peu concluants. Évidemment, l'asile excellait dans la prise en charge de patients en crise, dangereux ou « désorganisés », mais ces manifestations insanes contrôlées, l'institution n'avait peut-être pas plus à offrir que le milieu familial où l'aliénée, dans le meilleur des cas, était traitée avec attention, vigilance et bienveillance. Remarque que soulève, également, l'historienne Nancy

---

L'utilisation de cette étiquette n'est cependant pas une garantie contre la possibilité de récurrences éventuelles.

<sup>58</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 14057. 15 août 1919.

<sup>59</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13629. 24 mai 1919.

Tomes dans son ouvrage *A Generous Confidence*: « One might argue that those patients who improved would have improved anyway regardless of the treatment they received at the Pennsylvania Hospital for the Insane ». <sup>61</sup>

Au cours des décennies, un nombre croissant de patientes, sans contact extérieur, passeront la fin de leurs jours derrière les murs de la folie. Ainsi, au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle, au rythme de l'augmentation de la population asilaire, se multiplient les problèmes institutionnels qui mèneront l'asile à de sévères constats et par conséquent à une crédibilité menacée.

### **5.1.3. Doutes thérapeutiques.**

Manifestement, la famille s'ennuie. L'absence de l'épouse, de la mère, de la fille ou de la sœur est douloureuse et contraignante. De manière contradictoire se dessinent les émotions de l'époux, des parents ou des frères et sœurs. L'être insane, conduite à l'asile des aliénés parce que bruyante, insupportable, menaçante, dangereuse, mélancolique, délirante ou pathétiquement taciturne, après quelques semaines ou quelques mois sous le régime de l'enfermement asilaire, est maintenant perçue comme un membre de la famille privé des siens. Cette femme à l'esprit trouble doit réintégrer subito presto son milieu de vie naturel. Assurément, c'est avec confiance, et déterminés à offrir à leur malade les avantages de la médecine des aliénistes, que les requérants ont accompagné leur protégée à l'asile. Cependant, des désirs

---

<sup>60</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 8307. 10 novembre 1913

irréalistes semblent caractériser la démarche ambivalente de plusieurs époux et de plusieurs parents. Le discours tenu par ces hommes et ces femmes responsables d'une aliénée laisse croire que l'internement est à toute fin pratique une promesse de guérison assurée et cela à court terme. L'aliénée vient à peine de quitter sa famille que celle-ci réclame des états de santé au surintendant, afin de ramener cette femme encore perturbée, à la maison. Une pensée magique des plus étonnantes considérant tout le trouble, les embêtements et les dangers qu'a générés l'aliénée avant son internement. Inévitablement, ces requérants trouveront l'amélioration de l'état de santé de leur malade bien lent à se manifester. La déception, le découragement et la perte d'espoir animeront les sentiments des maris, des pères, des filles et des fils de plus en plus sceptiques quant à l'efficacité d'un traitement fondé sur l'isolement asilaire qui les prive de leur épouse, de leur enfant ou de leur mère.

À St-Jean-de-Dieu les lettres des familles s'informant de l'état de santé de leur malade sont nombreuses. L'impuissance des familles à venir en aide à leur malade se manifeste clairement dans la correspondance entretenue avec les religieuses et le surintendant médical. Malgré les espoirs réitérés du surintendant médical d'une guérison éventuelle, les réponses demeurent insatisfaisantes. Le doute s'installe, la dissidence veille. Dans le cas des incurables les messages du surintendant sont clairs, aucune guérison complète ne peut être envisagée. Malgré tout, la famille persiste et devient insistante affirmant qu'un séjour dans la famille serait des plus bénéfiques pour la malade qui assurément s'ennuie des siens. Sans consultation aucune, plusieurs familles remettent en question le bien fondé de l'approche thérapeutique qui préconise l'éloignement et l'isolement. La famille considère plutôt

---

<sup>61</sup> TOMES, Nancy, *A Geneous Confidence. Thomas Kirkbride and the Art of*

que l'environnement idéal pouvant favoriser la guérison de leur enfant, de leur sœur, de leur mère ou de leur épouse est incontestablement le milieu familial.

7 mars 1915. Monsieur, par les présentes, je vous demande la faveur de laisser sortir ma femme de L'Asile St-Jean-de-Dieu, pour constater si elle ne pourrait pas vivre à l'avenir avec sa famille [...].

9 mars 1915. Je dois vous dire que l'état de Marie-Anne [...] ne présente pas d'amélioration. Elle est très maussade, cherche à frapper et à ce révolter à la moindre contrariété. Impossible de la garder dans la salle. Son état physique est assez bon. Il n'est pas opportun de lui accorder un congé maintenant.<sup>62</sup>

18 novembre 1915. Docteur Villeneuve, voulez vous avoir la bonté de me dire comment est ma femme s'y est mieux ou est toujours pareil a va tu être bien pour aller la chercher pour le jour de l'an quand j'étais la dernière fois j'ai trouvé qu'elle était mieux.

25 novembre 1915. Je dois vous informer que l'état physique de madame [...] est bon, mais que son état mental me semble stationnaire, ainsi elle croit encore à la réalité des hallucinations et des autres phénomènes qu'elle éprouvait à Valleyfield, avant son départ.<sup>63</sup>

27 septembre 1918. Docteur, je vous serais très reconnaissante pour examiner ma fille, Rose-Alma [...] afin de voir si sa santé lui permet de revenir dans notre famille. Dans l'attente d'une réponse favorable, veuillez accepter, Monsieur, mes sincères remerciements.

30 septembre 1918. Madame, j'ai le plaisir de vous informer que Rose-Alma [...] est susceptible de sortir en congé d'essai. Je vous prie, en conséquence, de venir la chercher au plus tôt et de remettre cette lettre aux Révérendes Sœurs, en vous présentant à l'hôpital.<sup>64</sup>

Les réponses souvent décourageantes du surintendant médical ne freinent aucunement la confiance et les espérances de quelques maris ou parents convaincus de la guérison possible de leur malade. Et si le traitement asilaire s'avère inefficace pour leur épouse, leur fille ou leur sœur, l'amour familial remportera la victoire sur la folie. Certains chercheront même à modifier leur environnement de vie, afin qu'il

---

*Asylum-Keeping, 1840-1883*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, p.222.

<sup>62</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 12039.

<sup>63</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 12258.

<sup>64</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13560.

soit plus salubre pour leur malade. Réorganiser la maison, avoir une personne en permanence pour surveiller l'aliénée ou encore déménager vers la campagne, comme en a eu l'idée Eugène, dans le but de procurer de meilleures conditions de vie à son épouse qui désire ardemment retrouver à la maison : « Je suis décidé d'aller m'établir à St-Lin des Laurentides. Peut-être l'air pur de la campagne agira-t-il efficacement sur elle! La tranquillité sera plus grande là et ma surveillance n'en sera que plus active. »<sup>65</sup>

Le parent, le conjoint ou les enfants d'une femme troublée, délirante, épileptique ou mélancolique sont prêts à relever le défi de reprendre à leur charge leur malade et d'appliquer leur propre médecine sur celle pour qui les traitements des aliénistes ont donné trop peu de résultats positifs. En somme, l'asile semble avoir peu à offrir à leur malade qui s'ennuie dans cette maison de fou. Alors, il s'agit de persuader le surintendant de leurs bonnes intentions et d'espérer qu'il la libérera. Les demandes de congés sont nombreuses et le surintendant médical voit à répondre à chacune d'elles après avoir lui-même examiné la patiente ou encore en s'informant de son état de santé et de ses comportements auprès des religieuses. Le surintendant médical refuse rarement un congé d'essai et cela même s'il ne considère pas qu'il sera bénéfique. Le surintendant tente, toutefois, dans certains cas particuliers, de déconseiller la sortie de la patiente tout en justifiant ses réticences par rapport à un éventuel congé. Pour d'autres cas, il n'a pas vraiment autre choix que de l'interdire.

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai examiné votre femme avec soin, ce matin, et que je n'ai constaté aucun changement apparent dans son état mental. Elle est à peu près dans la même conditions que lorsque vous l'avez ramenée de chez vous, après l'expiration de son congé d'essai. Dans ces conditions, je ne puis pas vous recommander de la retirer de

---

<sup>65</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9321.

l'asile, et, vous devez vous rappeler que j'ai toujours cherché à vous dissuader, chaque fois que vous avez voulu retirer votre femme de l'asile. Dans ces conditions, je ne puis, encore une fois, vous recommander de la retirer de l'asile, et vous pourrez vous même, en vous reportant aux insuccès du passé, vous convaincre qu'il est préférable de laisser votre femme à l'asile, pour le moment du moins. Je demeure, votre bien dévoué, Surintendant Médical.<sup>66</sup>

Je regrette de vous dire que je puis pas vous permettre de retirer votre femme de l'asile, parce que je suis convaincu que vous êtes incapable d'en prendre soin convenablement, et qu'elle est, elle-même, trop faible d'esprit pour pouvoir, sans direction, prendre soin d'elle-même ou de ses enfants. Votre tout dévoué, Surintendant Médical.<sup>67</sup>

Les raisons de la détermination dont font preuve les requérants à vouloir sortir de l'asile l'aliénée de la famille demeurent toutefois quelques peu nébuleuses. Assurément, certaines lettres suffisamment explicites de sentiments amoureux nous persuadent facilement de la souffrance subie par la séparation d'avec l'être aimé, mais ces sentiments particuliers ne se manifestent pas dans la majorité des lettres. Contrairement aux cas de patients aliénés où l'on réclame leur retour pour des conditions économiques, les femmes aliénées sont rarement considérées comme étant une unité de production au sein de la famille. Le soutien économique de la femme à la famille ne justifie donc pas l'insistance du requérant à faire libérer la malade. Toutefois, il est clair que bien des maris réclament leur épouse, afin qu'elle s'occupe des enfants et reprenne autorité au niveau de la sphère privée, à cette époque, sous la responsabilité des femmes. L'absence de la femme au sein du ménage crée un déséquilibre au niveau des complémentarités indispensables tant de l'homme que de la femme, afin d'assurer le bon fonctionnement de la cellule familiale.

Je m'adresse à vous pour savoir si vous pouvez me permettre d'aller chercher ma femme au plutôt car vous savez qu'elle doit trouver le temps bien long si elle est si bien. J'ai merai bien à avoir la permission d'aller

---

<sup>66</sup> Ibid.

<sup>67</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13639.

la cherché au plus vite car j'ai 8 enfant qui son seul et qui aimerai bien a la voir. Et bien jattend que vous me donnier la permission.<sup>68</sup>

Chère épouse. [...] J'aimerais très bien a savoir si tu est capable de revenir si tu te sans assez bien pour que je puis allez te cheché pour tenir la maison. Écrit moi immédiatement et dit moi dans quelque position que tu te trouve et si tu te sans assez bien pour que je puis désandre.<sup>69</sup>

Dans ces lettres de François, époux de Caroline, et de William, époux de Lucie, assurément ces deux maris espèrent le retour de leur épouse et un des moyens pour être certain qu'elles vont mieux, c'est de demander si elles sont aptes à reprendre leurs activités domestiques, soit la garde et l'éducation des enfants ainsi que tous les travaux du ménage. D'autres époux ne peuvent tout simplement plus contribuer financièrement au paiement de la pension. Le rapatriement de la malade est alors souhaité par le parent, dépassé par les dépenses excessives engendrées par les frais d'internement. Cette situation est celle de François, époux de Marie ainsi que de Napoléon, époux d'Emma :

Monsieur, En quelques mots, je viens vous demander permission de pouvoir aller chercher mon épouse quand il me sera possible. [On] m'a dit que quand une loi était passée, elle était pour tout le monde, ceux qui ont quelque chose doivent payer. Moi le quelque chose n'est pas considérable et je ne puis payer le montant demandé. J'espère, Monsieur, que vous voudrez bien vous rendre à ma demande le plus tôt possible. Votre tout dévoué François.<sup>70</sup>

Monsieur Napoléon [...] désirerait ardemment obtenir le congé de sa femme Emma [...] qui est chez vous depuis quelques mois. Il est vrai qu'elle n'est pas complètement rétablie mais monsieur [Napoléon] vous déchargera de toutes responsabilités sa pauvreté et la position difficile dans laquelle le mettent ses petits enfants le font insister davantage.

---

<sup>68</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 14061.

<sup>69</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 5871.

<sup>70</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 6166.

Espérant donc que vous m'expédieriez ce permis par le retour du courrier.  
Je demeure votre tout dévoué Docteur A.M. Cholitte.<sup>71</sup>

Ces dispositions particulières obligent les requérants, indépendamment de leur volonté en ce qui a trait au traitement de leur épouse, d'interrompre le suivi médical entrepris pendant l'internement. D'autres parents sont quant à eux soumis aux pressions exercées par leur fille, leur épouse ou leur mère internée qui insiste auprès d'eux pour sortir de l'asile. Marie-Louise<sup>72</sup>, Armand<sup>73</sup>, Albany<sup>74</sup> et Francis<sup>75</sup> respectivement mère, époux, fille et père d'une aliénée reçoivent des lettres de leur malade insistant pour que quelqu'un vienne les retirer de l'asile. Et parfois quand cette méthode ne donne pas les résultats escomptés, c'est en s'adressant directement au surintendant médical que la malade fait sa demande pour sortir de l'institution.

C'est ainsi que procéda la femme d'Armand :

Docteur, Veuillez avoir la bonté d'écrire à mon mari, Armand de vouloir bien venir me chercher au plus vite. Voilà deux ans et deux mois que je souffre ici. Il est temps que je parte. Je suis assez forte et ma santé est assez bonne pour m'en aller. J'ai peur de mourir ici. Je veux m'en aller aussi vite que possible. Je suis mariée et j'aime mieux rester avec mon mari que de rester avec les Sœurs. Mon mari est bon pour moi. Cela fait du dommage à ma santé de rester ici. Je reprendrai plus de force chez nous avec mon mari.<sup>76</sup>

Ces requérants ne comptent donc pas parmi les dissidents qui eux attribuent de moins en moins de crédits à l'enfermement asilaire supervisé par les aliénistes. Les

---

<sup>71</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 10581.

<sup>72</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 7412.

<sup>73</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 7338.

<sup>74</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13969.

<sup>75</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 15346.

<sup>76</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 7338.

réfractaires à un éloignement prolongé du milieu familial considèrent plutôt qu'un séjour au sein de la famille devrait apporter le plus grand réconfort et bien être à l'aliénée placée en institution asilaire pour troubles mentaux. Parmi eux, Arthur, décidé à ramener chez lui sa femme, entreprit les démarches nécessaires, auprès du docteur De Bellefeuille surintendant médical suppléant du docteur Villeneuve, afin d'obtenir un congé pour son épouse Anna :

4 juillet 1917. Monsieur Dr. Bellefeuille. Je vous écrit un mot pour vous demander si vous vouler donner une semaine de vacance pour ma femme. J'aimerais à aller à la campagne. J'aimerais à aller la chercher le 21 juillet. Une réponse.

11 juillet 1917. Cher monsieur. En réponse à votre lettre du 4 juillet courant au sujet de votre femme, je regrette de vous informer que son état mental est peu satisfaisant et que nous devons lui donner des calmants pour la faire dormir. Son état physique laisse aussi à désirer et nous ne pouvons pour le moment, vous conseiller de la retirer de l'asile; mais, à tout évènement, si vous persistez dans votre intention de lui faire prendre un congé, vous devrez vous engager à exercer sur elle une surveillance et des soins constants. Vous devrez, si vous venez à l'Hôpital pour en retirer votre femme, présenter cette lettre aux religieuses, car elle vous servira d'autorisation pour l'amener.<sup>77</sup>

Effectivement, Arthur alla chercher son épouse Anna. Elle sortit en congé le 21 juillet 1917 pour une période de trois mois. À la suite de ces trois mois, Arthur demanda une prolongation du congé pour trois autres mois, qu'il renouvela à leur expiration, soit six mois plus tard. Anna obtint son congé définitif le 21 mai 1918. Il est cependant inscrit à son dossier que son état mélancolique était non-amélioré lors de sa libération. Elle fut réadmise le 25 août 1918 à la suite d'une tentative de suicide.

Cette façon d'intervenir, auprès de l'aliénée hospitalisée, déjà sous les traitements des aliénistes, ne fait pas toujours l'unanimité au sein de tous les membres d'une

---

<sup>77</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13909.

même famille. Selon l'avis de certaines d'entre-elles, ces actions parallèles interfèrent sur les principes de base de la thérapie morale à laquelle est soumise leur malade pendant son internement. D'autres, plutôt sceptiques quant à l'état insane du membre de la famille interné à l'asile, considèrent le temps passé hors des murs de l'institution comme des plus bénéfiques. Ces perceptions différentes par rapport aux bénéfices que peut procurer une cure fermée sur l'état mental de la patiente ne sont pas tant reliées à la confiance accordée ou non à l'approche thérapeutique privilégiée par le médecin, mais qu'à des conceptions différentes de l'état de santé mentale de la malade.

Il n'est pas rare, par exemple, qu'un parent désire retirer sa fille de l'asile contre la volonté du mari requérant. Conscient des frasques inimaginables dont est capable l'aliénée, l'époux ne veut pas être tenu responsable des comportements indécents ou dangereux dont il sait son épouse capable pendant un séjour hors des murs asilaires. Parfois ce sont les frères et sœurs qui sont à l'origine du placement d'une des leurs et cela au grand désarroi de la mère ou du père qui n'admettent pas l'état insane de leur fille tel que présenté par leurs autres enfants. À tort ou à raison, chacun a une perception bien personnelle du trouble mental que présente l'enfant, l'épouse ou la sœur et il n'est pas toujours simple, à partir de la correspondance que génèrent ces querelles familiales, d'établir, sans l'ombre d'un doute, si la folie de la femme internée est bien réelle. Les nombreuses lettres au cœur de ces débats familiaux et gérées par le surintendant médical sont parfois dignes d'un téléroman aux péripéties les plus invraisemblables.

L'histoire de Domithilde est un bon exemple permettant de présenter une dynamique familiale complexe au sein de laquelle il y a discorde quant à la nécessité d'un traitement asilaire. Louis, époux de Domithilde, a fait interner sa femme parce qu'elle présentait depuis quatre ans des idées de damnation et de persécution. Elle l'a frappé à plusieurs reprises et elle refuse de prendre soin de ses enfants. Domithilde est internée le 4 mai 1917 en raison de sa « folie systématisée ». Son époux prend de ses nouvelles auprès du surintendant médical aux deux ou trois semaines. Les réponses du médecin sont similaires, d'une lettre à l'autre. Les nouvelles sont peu encourageantes, l'état mental de Domithilde est stationnaire, c'est-à-dire qu'il ne présente pas d'amélioration notable. Mais voilà que les sœurs de Domithilde interviennent auprès du surintendant médical afin de retirer Domithilde de l'asile. Le médecin avait été avisé par Louis que les sœurs de son épouse chercheraient à la faire sortir de l'asile, ce avec quoi il était en complet désaccord :

Depuis quelques temps les parents de ma femme qui est internée sont à me fatiguer et essaient par toutes sortes de moyens de la faire sortir de l'asile. Je dois vous dire que je m'en rapporte aux autorités compétentes pour cela. Je n'aurai certainement pas d'objection à recevoir mon épouse dès que les autorités de l'asile m'assureront que c'est pour son bien mais tant qu'elle ne sera pas dans un état satisfaisant, je m'objecte car je ne voudrais pas me retrouver dans la triste nécessité de la faire interner de nouveau. Je sais que ses sœurs disent qu'elles en auront bien soin, ceci est un moyen pour atteindre le but qu'elles visent mais je sais que c'est moi qui serai encore dans le trouble...<sup>78</sup>

Toujours est-il que le 9 juillet de la même année, Domithilde obtient un congé d'essai qu'elle passe chez l'une de ses sœurs. Sans en avoir été avisé et par le fait même sans en avoir accordé l'autorisation, Louis est un peu plus choqué de cette manigance familiale à laquelle le surintendant médical a, semble-t-il, coopéré :

---

<sup>78</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 13774.

J'ai appris ces jours-ci qu'elle était rendue chez une de ses sœurs... ce qui est loin de me plaire... non pas parce qu'elle me soit à charge, non, j'aime ma femme et précisément parce que je désirais notre bonheur, après maints moments d'hésitation, je me suis décidé de la conduire, pour la faire traiter, à l'asile; et je m'attendais en vertu de l'autorité due au chef de famille, que je devrais être celui qui aurait été le premier mis au courant de sa mise en liberté. Remarquez bien que j'aurais été très heureux d'apprendre qu'elle était parfaitement rétablie et je me serais empressé de voir à obtenir sa liberté, mais sachant que les membres de sa famille, depuis plusieurs années, lui ont mis toutes sortes de chimères dans la tête, que j'ai été en lutte avec eux durant tout ce temps et convaincu qu'ils sont peut-être la cause de sa maladie.. Je suis à me demander s'ils n'essaieront pas, maintenant qu'elle est en liberté, à me causer des ennuis et peut-être la rendre plus malade qu'elle était lors de son internement.<sup>79</sup>

Il appert que Domithilde a été mise en congé aux soins de sa sœur parce que celle-ci s'est présentée à l'hôpital avec une lettre signée de Louis l'autorisant à venir chercher Domithilde. De toute évidence ce document était un faux. Le dossier de Domithilde contient plusieurs lettres de Louis et de son avocat exposant au surintendant médical de St-Jean-de-Dieu, le trouble dont est responsable Domithilde. Mais il y a aussi des lettres de l'avocat de sa sœur qui maintient que le comportement de Domithilde est tout à fait normal et demande un congé définitif :

Elle me dit avoir eu soin de sa sœur durant trois mois et qu'elle est en état de prouver que sa sœur Madame Domithilde n'est pas troublée. Que lors de son départ pour les E. U. deux autres (de ses sœurs) se sont chargés d'en prendre soin et qu'elles aussi sont de la même opinion qu'elle n'est pas troublée.<sup>80</sup>

Domithilde reçoit son congé définitif de l'hôpital le 6 mai 1918. Cependant, en parcourant la suite du dossier, nous apprenons que le 26 mai 1918 Domithilde est réadmise à St-Jean-de-Dieu car elle présente des manifestations furieuses et violentes, des idées de persécution et de l'insomnie. Préalablement, le maire de Ste-Geneviève avait entrepris des démarches auprès des autorités de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu dans le but que des mesures soient prises afin de mettre un terme au congé

---

<sup>79</sup> Ibid.

de Domithilde : « Il est désirable que les autorités prennent les moyens de l'envoyer chercher par quelqu'un de vos officiers, que son congé doit être fini, parce qu'elle est pire qu'elle était avant. Nous avons tout le rang de Ste-Geneviève et ailleurs comme témoins. »<sup>81</sup> Finalement, étant donné que le congé définitif avait été accordé, comme Louis l'appréhendait, il a été dans l'obligation de reprendre toutes les procédures nécessaires à l'admission d'une aliénée.

Il arrive aussi que des initiatives familiales se passent dans de meilleures conditions. C'est sans problème que Eugène a autorisé sa belle-sœur à sortir sa femme en congé d'essai. Après plusieurs tentatives de sa part qui se sont avérées peu encourageantes, il ne voit aucun problème à ce que sa belle-sœur prenne en charge son épouse, à condition bien sûr qu'il soit déchargé de toute responsabilité des troubles que pourrait causer sa femme pendant son congé chez sa sœur. Bien que ce congé inspire peu de confiance au docteur Villeneuve considérant les essais précédents, il ne s'oppose toutefois pas à une nouvelle tentative dans un autre milieu comme le lui souligna l'avocat Desaulnier, responsable de la demande de la belle-famille : « [...] si la sortie de Madame Philomène, et surtout sa présence dans un autre milieu que celui de son mari, pouvait lui faire du bien, nous nous en féliciterions tous également. »<sup>82</sup>

Plus le 20<sup>e</sup> siècle se précise, plus les demandes de congé se font nombreuses. Tout autant que le surintendant médical de St-Jean-de-Dieu semble encourager davantage cette pratique de vacance pendant le traitement asilaire. De 1% qu'ils étaient en

---

<sup>80</sup> Ibid.

<sup>81</sup> Ibid.

1890, les congés d'essai passent à 30% en 1906 pour atteindre les 53% en 1928. Les messages des surintendants médicaux tentant de convaincre la population des vertus thérapeutiques incomparables et définitivement des plus bénéfiques pour les malades concernant l'enfermement asilaire se font plus modérés au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle. La foi des aliénistes vraisemblablement ébranlée par l'inefficacité des thérapies par l'isolement en milieu asilaire, le nombre croissant de malades chroniques au sein de l'institution et l'essoufflement des ressources médicales insuffisantes sont assurément parmi les éléments les plus manifestes d'un désinvestissement médical auprès de la clientèle asilaire. Il n'est pas étonnant d'imaginer qu'après quelques semaines seulement, les familles étaient déjà en mesure d'évaluer le peu de bénéfices que leur malade pouvait tirer de l'expérience asilaire où, à toute fin pratique, elle était laissée à elle-même. Comme l'a observé Dwyer, « Probably the most frequent form of "therapy" offered at Gray's Utica between 1854 and 1884 was classification and reclassification. Particularly troublesome patients might be moved from one ward to another as often as ten times in a year. »<sup>83</sup>

Cette prise en charge de la famille de leur malade pendant quelques semaines ou quelques mois en dépit des principes des aliénistes encourageant plutôt le retrait du malade de son milieu naturel est une façon pour la famille de s'impliquer activement au niveau du processus thérapeutique auquel est soumise leur fille, leur sœur ou leur mère. Ces initiatives familiales, au cours du 20<sup>e</sup> siècle, de plus en plus autorisées par le surintendant, démontrent qu'effectivement le corps médical absolument débordé

---

<sup>82</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 9321.

<sup>83</sup> DWYER, op. cit., p. 124.

par le trop grand nombre de malades à visiter profitait de la suppléance de la famille en terme de prise en charge qui les soulageaient, dans le département des femmes, en 1903 de 35 patientes, en 1906 de 39, en 1909 de 33 et en 1912 de 47. Selon Dwyer:

By the end of the century, four assistant physicians cared for 690 patients at Utica and seven for almost 2,000 patients at Willard. One asylum critic calculated that, in order to visit each patient twice a day, Willard's doctors would have to see a patient a minute for twelve straight hours.<sup>84</sup>

La lecture des courts rapports rédigés mensuellement par la famille représentait définitivement un allègement de la tâche médicale, mais également un allègement du travail effectué dans les salles des femmes par les religieuses et les gardiennes qui pouvaient, elles aussi, se consacrer à un groupe de femmes plus restreint.

## 5.2. Sur les traces de l'échec asilaire.

L'enfermement asilaire d'une épouse, d'une enfant, d'une sœur ou d'une mère s'effectue dans l'espoir de permettre à l'aliénée de la famille de retrouver ses esprits, son dynamisme et une santé morale acceptable. C'est à la frontière du périmètre asilaire que se vivent les tensions, les appréhensions et les inquiétudes les plus vives. Des sentiments d'abandon, de solitude et d'impuissance gagnent la malade tout autant que le requérant. L'alternative asilaire, dans bien des cas retardées jusqu'aux limites extrêmes de la maladie, demeure une solution incontournable pour maîtriser cette femme devenue folle et incontrôlable.

---

<sup>84</sup> Ibid, p. 19.

Cet immense château de la folie où tous les supposés « miracles » de la médecine sont accomplis par les aliénistes est assurément l'endroit idéal où obtenir d'excellents soins et les meilleures attentions nécessaires dans le traitement de la folie. Espoir et enthousiasme sont au rendez-vous. Rapidement les mauvais souvenirs de délire, d'hallucination et de persécution vécus par cette femme devenue méconnaissable, sans dignité, sans scrupule, sans sens commun, s'effacent de la mémoire du requérant pour faire place aux projets futurs partagés avec une épouse, une mère, une sœur, simplement elle-même. Divagations, chimères ou espoirs projetés, c'est avec tension, incertitude, et déception que le requérant accueillera, au cours des semaines, des mois et parfois des années qui suivent l'internement de sa malade, les résultats peu convaincants fournis par le surintendant médical, à l'égard de sa protégée. La désillusion prendra rapidement le pas sur les espoirs de guérison.

Les meilleurs indices de succès de la thérapie asilaire sont assurément ses pourcentages de guérisons. C'est pourtant sans tambour ni trompette que les maigres résultats obtenus par les aliénistes sont révélés dans les rapports annuels des surintendants médicaux. Néanmoins, les premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle sont incontestablement celles qui ont tenté d'améliorer, de façon significative, les conditions de vie des aliénées. Les aliénistes confiants dans l'exécution de leurs traitements de nature morale et médicale, dont l'enfermement asilaire constituait la base, proposaient un régime de vie aux aliénées se voulant des plus bénéfiques et porteur de résultats probants.

### 5.2.1. Rôle des médecins.

La vie à l'asile est basée sur une dynamique unique et assurément peu comparable au rythme de vie qui fait battre le cœur des hôpitaux généraux. À ce niveau, l'asile ressemble beaucoup plus au style de vie que l'on retrouve dans les prisons. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il est question de la prison des femmes de Montréal dirigée par les Sœurs du Bon-Pasteur.

La spécificité du milieu carcéral se retrouve dans sa volonté de former et de reconstituer le tissu moral de celles qui ont défié les normes sociales en vigueur. L'institutionnalisation des femmes devient un moyen de récupérer les « âmes perdues » afin de les remettre dans le droit chemin. La démarche pénale ne misera donc pas sur une mise au travail systématique, comme c'était davantage le cas du côté des hommes [...] <sup>85</sup>

À cet égard, Morel<sup>86</sup> pour qui la médecine est « [...] la science qui a pour but de combattre les causes de la maladie et de prévenir leurs effets »<sup>87</sup> a comparé le rôle des prisons et des asiles. Pour lui, ces deux types d'institutions visent « [...] à contrôler et éventuellement à permettre la réintégration dans l'ordre social des diverses formes de déviance. »<sup>88</sup> Il est vrai que dès la dernière décennie du 19<sup>e</sup> siècle, l'asile a cherché à s'éloigner de l'image carcérale qu'elle projetait, tout en faisant valoir son potentiel médical. Il est également reconnu que les aliénistes tels Georges Villeneuve, Arthur Vallée et T.J.W. Burgess avaient le profil de véritables spécialistes et qu'ils ont réussi à prendre leur place au sein du reste du corps médical québécois. Était-ce suffisant ?

---

<sup>85</sup> THIFAUT, M.-C., *Folie et déviance des femmes aux Québec : 1901-1913*, Mémoire de maîtrise, UQAM, 1994, p. 133.

<sup>86</sup> Aliéniste français fondateur en 1857 de la doctrine de la dégénérescence.

<sup>87</sup> GRENIER, op., cit. 1990, p.26.

<sup>88</sup> Ibid.

En 1939, le professeur Émile Legrand, successeur du docteur de Bellefeuille à la chaire de psychiatrie de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, inaugure l'ouverture officielle des cours de cette Faculté en prononçant une allocution des plus révélatrices sur l'histoire de la psychiatrie en soulignant, tout particulièrement, les conceptions et les méthodes successives qui ont présidé à l'étude des maladies mentales. Cette leçon du professeur Legrand sur l'évolution de la psychiatrie nous informe que pendant sa phase dogmatique, qui fut celle aussi des classifications, malgré la cohésion et la logique des travaux de Falret<sup>89</sup>, de Baillarger<sup>90</sup>, de Trélat<sup>91</sup>, de Magnan<sup>92</sup> et de Kraepelin<sup>93</sup>, il fut reconnu que ces théories s'accommodaient difficilement avec la réalité clinique : « l'effort pour soigner de tels malades était à peu près nul. »<sup>94</sup> Définitivement, la science des maladies mentales a passé, depuis plus d'un siècle qu'elle a commencé vraiment à se constituer, par une période d'hésitation, d'incertitude et d'ambiguïté qui démontre à quel point la psychiatrie fut une branche de la médecine assez mystérieuse.<sup>95</sup> Les exemples de Legrand sur la paralysie générale reconnue récemment<sup>96</sup> comme étant une encéphalite syphilitique au stade tertiaire ou les progrès dans le traitement de la syphilis cérébrale sont des plus explicites :

Des progrès encore plus grands sont réalisés dans le traitement de la syphilis cérébrale. Il y a 25 ans à peine, on écrivait à propos de la paralysie générale : « Cette maladie ne comporte pas de traitement ».

---

<sup>89</sup> Les travaux de Falret portent sur la folie circulaire.

<sup>90</sup> Baillarger a travaillé sur la folie à double forme.

<sup>91</sup> Les travaux de Trélat s'intéressaient à la folie lucide.

<sup>92</sup> Les idées de Magnan portent sur la construction du délire des dégénérés et le délire chronique.

<sup>93</sup> Le système de Kraepelin est basé surtout sur l'évolution des psychoses.

<sup>94</sup> LEGRAND, Émile, « Évolution de la psychiatrie. », *L'Union médicale du Canada*, vol. 68, 1939, pp. 1051-1052.

<sup>95</sup> Ibid, p. 1053.

<sup>96</sup> Selon LeGrand « nous savons aujourd'hui » en 1939.

Maintenant la pyrétothérapie<sup>97</sup> est une chose courante, ordinaire, et l'on sait les résultats merveilleux obtenus par l'emploi de cette méthode.<sup>98</sup>

Ceci dit, les aliénistes, dans l'exercice de leurs fonctions, bien qu'inspirés de conceptions médicales dites scientifiques, avaient bien peu de moyens à leur disposition pour combattre la folie de leurs patients. Leur rôle en était un des plus réducteurs où la « thérapie » comme telle ne pouvait que s'exprimer de façon expérimentale. Nous savons que les aliénistes de St-Jean-de-Dieu étaient des disciples de la doctrine de Magnan<sup>99</sup>. Celle-ci fut introduite à St-Jean-de-Dieu par le docteur Bourque, médecin en chef de 1886 à 1909. Plusieurs médecins de l'institution s'étaient rendus à Paris, à l'Asile de Ste-Anne, pour recevoir de Magnan lui-même, son enseignement. Sous les projecteurs de la scène asilaire le rôle des aliénistes, inspiré donc des idées de Magnan, s'exprimait surtout dans une tâche de classification.

L'idée directrice de la classification en usage à St-Jean-de-Dieu a été celle de Magnan, car, ainsi que nous l'avons vu, tous les médecins de cet établissement ont été des élèves ou des disciples de l'illustre savant français. C'est sa doctrine qui a servi de guide; il serait superflu d'en retracer toutes les étapes, son enseignement a fait école et son nom est inséparable de l'histoire de la psychiatrie moderne. Il a imprimé à l'étude de l'aliénation mentale une orientation singulièrement active et féconde. Son goût de la certitude scientifique, ses habitudes de précision, son inclination à classer des faits probants, vérifiés pour en déduire des conclusions logiques, le conduisirent à une conception de l'aliénation mentale d'une originalité tout à fait décisive.<sup>100</sup>

---

<sup>97</sup> Traitement médical qui consiste à provoquer artificiellement la fièvre.

<sup>98</sup> LeGrand, op. cit., p. 1054.

<sup>99</sup> VILLEVEUVE, G., « De la récurrence en aliénation mentale. Étude statistique et clinique. », *L'union médicale du Canada*, vol. XLVI, no. 12, décembre 1917, pp. 573-578.

<sup>100</sup> Ibid, p. 577.

TABLEAU 6

***Comptabilisation des dossiers des femmes admises à St-Jean-de-Dieu  
dans lesquels aucune classification n'a été notée.***

<b>Années d'admissions :</b>	<b>1900</b>	<b>1903</b>	<b>1906</b>	<b>1909</b>	<b>1912</b>	<b>1915</b>	<b>1918</b>	<b>1921</b>
<b>Nombre de patientes admises :</b>	91	106	126	151	174	175	225	133
<b>Nombre de dossiers sans classification :</b>	0	65	72	80	133	141	182	0
<b>Pourcentage des dossiers sans Classification :</b>	0%	61%	57%	53%	76%	81%	81%	0%

Malgré ces beaux principes de classification basés, entre autre, sur une « certitude scientifique », il n'en demeure pas moins que dans la pratique, classifier les patientes semble avoir été une tâche difficile. En somme, les principes de Magnan semblent avoir été difficilement appliqués et ne permettaient aucunement de fournir des conclusions logiques. L'attribution d'une classification à chaque malade et cela « aussitôt que possible » est assurément une des dimensions du rôle des médecins qui a été, au cours des ans, considérablement négligée. Comme le rapporte Hubert Wallot, dans son étude sur l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours : « Les médecins propriétaires ou travaillant pour les propriétaires voyaient la classification des malades comme un problème d'administration asilaire, alors que les médecins du bureau médical croyaient que cela relevait de la science médicale. »<sup>101</sup>.

Parmi les 1181 femmes admises à St-Jean-de-Dieu, sur les huit années de notre échantillon compris entre 1900 et 1921 (une année sur trois), près de 60% des dossiers des femmes ne comportent aucune classification. Les brèves notes

d'observations colligées dans les dossiers des patientes, à la suite de l'examen effectué à leur arrivée, de toute évidence, n'étaient pas suffisamment explicites pour proposer une classification adéquate. Pourtant, depuis l'ouverture de l'institution asilaire en 1873 et jusqu'à 1898 inclusivement, systématiquement, toutes les patientes étaient enregistrées avec une classification. Ces informations étaient toutes compilées dans le *Registre des idiots de l'Asile de la Providence* et le *Registre de la classification des maladies des aliénés*. Ainsi, l'année 1900 n'en est pas une d'exception, même si toutes les patientes ont été étiquetées d'une classification. En 1921, alors que la fiche d'admission est introduite dans les dossiers, systématiquement, tous les malades admis ont un diagnostic d'inscrit sur cette fiche. Ce qui explique, pour l'année 1921, l'absence de dossiers sans classification, (voir tableau 6). Les constats de négligence, d'irresponsabilité et d'insouciance médicale qui qualifient les années qui ont suivi sont peut-être les premiers signes de l'essoufflement des médecins de l'institution à accomplir la lourde tâche qui leur était attribuée. Ce bilan plutôt négatif, concernant la détermination et la rigueur des aliénistes, peut-être affectés d'un pessimisme latent, fait douter, à bien des égards, des pratiques « thérapeutiques » en vigueur à St-Jean-de-Dieu, puisqu'elles étaient, inévitablement, adaptées aux besoins spécifiques du malade et par conséquent élaborées à partir des classifications, omises dans 75% des dossiers entre 1903 et 1918 (une année sur trois).

Dès 1897, les recommandations du docteur Villeneuve sont précises et explicites. Il ne peut assurer à lui seul en tant que surintendant médical de l'institution, même avec l'appui de l'assistant surintendant médical, tout ce que la loi lui commande. Il

---

<sup>101</sup> WALLLOT, Hubert A., *Entre la compassion et l'oubli. La danse autour du fou*,

s'avère donc impossible pour un seul médecin, responsable en moyenne de 1325 patients publics, de voir à chacun d'eux tout en leur assurant protection et surveillance; d'assumer les tâches administratives ainsi que de ne point négliger les exigences scientifiques qu'exige sa position. Le constat est clair, bien des choses importantes ont été négligées par ses prédécesseurs. L'un des atouts pour assurer la pratique du traitement moral avec succès au sein de l'asile était, selon Kirkbride, surintendant du Pennsylvania Hospital for the Insane, « [...] : that mental hospitals have no more than 250 patients [...] »<sup>102</sup> Ce ratio était largement dépassé à St-Jean-de-Dieu, déjà en 1890 le département des femmes comptait une population de 634 patientes qui augmenta de 29% en 1905 et de 88% en 1920. Conséquemment, il appert que « [...] les observations des malades n'ont pas été enregistrées, les changements survenus dans leur état n'ont pas été notés, les registres n'ont pas été tenus et les travaux scientifiques, les contributions aux sociétés savantes etc., etc., ont été abandonnés forcément. »<sup>103</sup>

Dans l'intérêt du gouvernement, des malades et de la science, le docteur Villeneuve sollicite l'aide des médecins internes de l'institution. Cependant, aucune lettre, dans la correspondance du docteur Villeneuve, s'adresse, spécifiquement, au docteur Prieur, responsable de la division des femmes. Une longue lettre adressée au docteur Laviolette, nous apprend qu'on lui confie le département des hommes et lui remet, par écrit, les détails de ce que cette responsabilité implique. Parmi les tâches qui lui sont attribuées, le docteur Laviolette doit prendre connaissance de tous les malades du département ainsi que de leur état mental et les particularités de leur maladie;

---

Québec, publications MNH inc., 1998, p. 80.

<sup>102</sup> TOMES, op. cit., p. 265.

effectuer un recensement complet des malades et inscrire dans un livre leur maladie à l'admission et leur état mental et y noter subséquemment les changements survenus dans leur état; vérifier le traitement médical et s'il est approprié à chaque cas; porter une attention toute particulière à l'hygiène des salles, à leur propreté et à leur ventilation, aux vêtements des malades et à la nourriture et voir à ce que celle-ci soit suffisante et de bonne qualité; enquêter sur tous les cas de contrainte employée, afin d'en vérifier la pertinence; faire rapport de toute marque de violence sur les patients dans le but de connaître sous quelles circonstances elle s'est produite.

Assisté successivement du docteur Chagnon jusqu'en 1900 et du docteur Dion jusqu'en 1907, le docteur Laviolette semble s'être tout particulièrement appliqué à compléter les dossiers médicaux en y joignant les rapports écrits de l'examen médical, mettant en perspective l'état physique et mental du patient, en moyenne moins d'une semaine après son admission, et en y ajoutant des notes d'observations au cours de l'hospitalisation. Cette entreprise, sans nulle doute très laborieuse, a l'avantage de transmettre l'histoire médicale complète de chacun des malades. Pour les années 1903 et 1906, en particulier, en retraçant toutes les formules d'état mental des patients admis au département des hommes, il nous a été possible, d'une certaine manière, de reconstituer l'agenda des visites médicales pour chacune de ces deux années.

Cet exercice n'a pas pour but d'évaluer la tâche médicale puisque celle-ci ne se résume pas à visiter les patients, mais plutôt d'estimer le nombre de visites effectuées auprès des patients au cours d'une année. Il appert qu'en 1903, 277 notes ont été

---

<sup>103</sup> Archives de L'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance du docteur

inscrites dans les dossiers des hommes admis au cours de cette même année, soit pour y inscrire les données recueillies lors de l'examen d'admission, soit pour y ajouter des informations sur les changements survenus en cours d'hospitalisation. Au cours de cette année, il y a eu 99 admissions, c'est dire que chacun de ces patients a eu le privilège de figurer à l'agenda du médecin responsable du département 2.8 fois. Il n'est pas exclu que certains malades aient pu bénéficier d'un court entretien avec le médecin sans que cela ait été noté au dossier du patient. Il est donc ici question de rencontres probablement plus formelles. En ce qui a trait à l'année 1906, le nombre total des visites médicales, pour lesquelles une note d'observation a été inscrite au dossier, s'élève à 227. Sur les 125 patients admis au cours de l'année 1906, ces derniers ont été visités seulement 1.8 fois par leur médecin, soit 1 fois de moins que leurs pairs admis en 1903. Ce qui représente une baisse quantitative importante dans la gestion des soins.

Cette démonstration, des plus intéressantes, sur les interventions directes des médecins auprès de leurs malades n'a malheureusement pas pu être reproduite pour le département des femmes. Le dépouillement systématique de tous les dossiers de notre échantillon, indépendamment du sexe des patients, démontre qu'effectivement les documents colligés dans les dossiers n'étaient pas aussi élaborés lorsqu'il s'agissait d'une patiente. Il serait tout à fait faux d'avancer qu'aucune patiente, au cours des années 1873 à 1921, n'a fait l'objet d'un examen mental et qu'aucune note sur l'évolution mentale des malades n'a été déposée dans les dossiers. Cependant, l'examen minutieux des documents conservés dans les dossiers des femmes internées à St-Jean-de-Dieu permet d'affirmer que dans la majorité des cas, une courte note sur

l'état mental de la patiente lors de son admission, d'à peine quatre ou cinq lignes, demeure la seule information au dossier, mis à part les formulaires de demande d'internement.

Les notes médicales sur l'examen physique et mental d'un patient à son admission comportent environ trois à quatre pages auxquelles s'ajoutent une ou deux pages de notes d'observation en cours de traitement. Les principales informations que l'on retrouve systématiquement sur ces documents sont l'état du patient à son arrivée, les manifestations comportementales déviantes pour lesquelles le patient a été interné ainsi qu'une longue partie consacrée aux antécédents du patient incluant l'histoire familiale de celui-ci. La particularité de ce document est qu'il nous permet de plonger littéralement dans le bureau d'examen et d'assister virtuellement à la rencontre du médecin avec son patient. L'entrevue menée par l'aliéniste, textuellement rapportée sur les feuilles « résultat de l'examen », nous introduit d'une part le patient à partir des notes d'observation du médecin, mais également à partir des propos du patient, ceux-ci également retranscrits sur ce document. Nous avons donc l'occasion, d'une certaine manière « d'entendre » le patient se raconter dans ses mots et avec toute la candeur, la réticence ou l'agressivité qui caractérise son état mental. Le discours du patient est accompagné des commentaires analytiques de l'aliéniste, mais également des observations simplement visuelles de ce dernier. Cette source, très précieuse, a la qualité de fournir des informations rarissimes à partir desquelles il est possible de reconstruire le milieu de vie dans lequel évoluait le malade, de mettre à jour les relations qu'il entretenait avec ses proches, de savoir s'il était orienté dans le temps et l'espace et même d'avoir une description, par exemple, de ses hallucinations visuelles ou auditives. Le comportement du patient à l'asile et

les relations qu'il entretenait avec ses pairs sont également relatées lors des entretiens subséquents.

En définitive, l'analyse comparative des dossiers médicaux des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu démontre clairement que la gent féminine ne faisait pas partie des principales préoccupations du docteur Villeneuve. Le peu de rigueur médicale accordé aux femmes internées comparativement à leurs vis-à-vis masculins confirme qu'effectivement les femmes n'avaient pas toute l'attention que nécessitait leur état mental. Le peu d'intérêt que suscitent les femmes, auprès des médecins de St-Jean-de-Dieu, n'est pas fait d'exception. L'historienne M. E. Kelm<sup>104</sup> a également démontré que les patientes du British Columbia's Provincial Hospital for the Insane ne faisaient aucunement partie des préoccupations thérapeutiques du Dr. Charles Edward Doherty. Probablement que nous sommes simplement témoin d'une représentation sociale dans un univers particulier qui reproduit finalement les mêmes schèmes de pensées, les mêmes valeurs et les mêmes stéréotypes qui prévalent à l'extérieur de l'asile à l'égard des femmes. La position d'infériorité à laquelle sont confrontées socialement les femmes est reproduite au cœur même de l'asile, puisqu'elles y sont considérées comme étant des malades de deuxième ordre ou comme une sous classe pour qui il semble moins pertinent d'approfondir l'histoire de cas.

Aucune lettre n'a été trouvée dans la correspondance du docteur Villeneuve adressée au médecin en chef du département des femmes annonçant les objectifs que s'était

---

<sup>104</sup> KELM, M.E., « A life Apart : The Experience of Women and the Asylum Practice of Charles Doherty At British Columbia's Provincial Hospital for the Insane, 1905-15 », *Bulletin Canadien d'histoire de la médecine*, vol. 11, no. 2, 1994, p 335-55.

fixé le surintendant médical et la part de la tâche qu'il attribuait aux médecins internes de l'institution. Une telle lettre a-t-elle existé ? Le docteur Prieur, responsable de la division des femmes du 8 septembre 1885 au 1<sup>er</sup> mai 1909 a-t-il fait preuve d'insouciance, d'indifférence ou de complète désinvolture ? Considéré comme un médecin qui « jugeait les malades d'un coup d'œil vif et rapide »<sup>105</sup> et décrit comme étant « un érudit avec un tempérament d'artiste »<sup>106</sup>, il n'en demeure pas moins que c'est lui qui, selon les présentations du docteur Villeneuve, possède le curriculum le moins prestigieux de l'institution et à qui l'on reprochait de ne pas suffisamment tenir compte des réalités humaines. Définitivement, la division des femmes ne bénéficiait pas de l'attention, de l'importance et du professionnalisme accordés à l'encadrement médical des hommes.

### 5.2.2. Gestion des dossiers.

Suivre à la trace les différents médecins qui ont œuvré à St-Jean-de-Dieu, sur près de cinquante ans, est une tâche qui dépasse les limites assignées à ce travail. Malheureusement, trop peu de documents attestent de leurs faits et gestes à l'intérieur de l'asile. Le dossier médical demeure, néanmoins, la source par excellence pour découvrir le rôle réel que les aliénistes ont joué, de par leurs fonctions médicales, auprès des patientes enfermées dans ce milieu thérapeutique protégé. Toutefois, les traces laissées par les aliénistes dans les dossiers médicaux se font, dans un très grand nombre de cas, des plus discrètes. Les dossiers demeurent les témoins les plus manifestes de l'inexistence, au quotidien, d'un encadrement médical vigoureux et cela malgré les instructions du docteur Villeneuve telles que de

---

<sup>105</sup> VILLENEUVE, op., cit., p. 576.

rédigier un rapport sous forme d'observations médicales sur l'état physique et mental des nouvelles admissions, ainsi que de noter dans les dossiers les « prétendues » visites ultérieures à l'examen physique et mental, indispensables pour compléter les impressions recueillies lors de la première rencontre avec la malade.

Les bouts de papier négligemment conservés dans les *Boîtes Rouges* et empilés les uns sur les autres sont, néanmoins, les témoins de la vie de milliers de femmes, passé en milieu asilaire. Leur histoire demeure malheureusement trop brève et le contenu de leur dossier, officialisant leur état d'aliénation, n'est pas toujours des plus convaincant. Plusieurs informations pourtant nécessaires au dossier s'avèrent inexistantes. La pratique de faire un rapport sur toutes les malades guéries ou améliorées et de faire toute suggestion opportune, quant à leur libération, tout en précisant si ces patientes peuvent être libérées sans danger pour elles-mêmes ou les autres, de toute évidence n'a pas été suivie avec toute la diligence et le professionnalisme auquel, assurément, le docteur Villeneuve s'attendait. Au cours des années 1900, 1906, 1912 et 1918, plus de 75% des dossiers ne comportent aucune date quant à la libération des patientes. Aucune note n'indique ce que sont devenues plus de 500 femmes ayant été admis à St-Jean-de-Dieu, pendant ces quatre années de notre échantillon, comparativement à 17% de la clientèle féminine pour les années 1876, 1882, 1886 et 1894. C'est dire qu'effectivement, au fil des ans, les dossiers sont complétés avec moins de rigueur et de constance et cela manifeste très clairement l'impossibilité de la tâche à accomplir, au cours du 20<sup>e</sup> siècle, pour une clientèle féminine qui a augmenté de 33%.

---

<sup>106</sup> Ibid.

TABLEAU 7

***Dossiers des femmes internées dans lesquels est inscrit une date de sortie,  
au cours des 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles.***

	1876	1882	1886	1894	1900	1906	1912	1918
Nombre total de dossiers.	149	61	113	93	91	126	174	225
Nombre de dossiers avec date de sortie.	48	21	54	44	27	34	34	5
Nombre de dossiers avec date de décès.	82	31	39	27	0	1	13	26
Pourcentage des dossiers sans aucune date.	13%	15%	18%	24%	70%	72%	74%	86%

Bien que les dossiers médicaux des patientes internées à St-Jean-de-Dieu à la fin du 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècles sont dans la majorité des cas assez minces, il nous a été possible de constater, au cours des décennies, l'effritement de leur contenu. Systématiquement, au cours des années 1890 à 1898, tous les dossiers contiennent le formulaire « C » : un questionnaire de 26 questions permettant de faire une collecte de donnée sur les origines de la patiente, mais également d'y découvrir de pertinentes informations sur les premières manifestations du trouble mental, son origine, sa cause et quelques renseignements sur les habitudes comportementales de la patiente devant être admise. Les dossiers médicaux contiennent, également, à 80%, une note d'évolution mentale, fiche sur laquelle le médecin inscrivait ses observations, la plupart du temps pas élaborées pour les femmes, sur l'état mental de la patiente, ainsi que quelques notes sur le comportement. En 1903, le formulaire « C » se retrouve dans pratiquement tous les dossiers, tandis que l'évolution mentale n'y apparaît que dans 62% des cas. Le formulaire « C », en 1921, est rarement au dossier : il est plutôt remplacé par une carte d'identification rose ou bleue, dépendamment du sexe

du patient admis. Les informations fournies sur cette carte sont très sommaires : nom, prénom, âge, état civil, origine, lieu de résidence, occupation et le diagnostic. En 1928, le formulaire « C » n'existe plus, la carte d'identification n'est pas toujours présente au dossier et les notes d'évolutions mentales sont, à toute fin pratique, inexistantes. Elles sont plutôt remplacées par un résumé de dossier nécessaire lors du transfert d'une patiente vers une autre institution mieux adaptée à répondre aux soins des incurables ou des personnes âgées. Toutefois, il s'agit, bien souvent, de rapports produits dans les années 1950.

À l'aube des années 1930, la tendance a changé. Considérant le nombre toujours croissant de patientes admises à St-Jean-de-Dieu et l'encombrement qui en découle, les aliénistes semblent maintenant favoriser sinon encourager le congé d'essai. Au cours de la première décennie du 20<sup>e</sup> siècle, dans la majorité des cas, lorsqu'il y a un formulaire « J » au dossier, il y a également une correspondance entre la famille et le médecin. Lors de l'autorisation d'un congé, comme nous l'avons vu, le médecin demandait à la famille de lui fournir un compte rendu, aux trente jours, de l'état santé de la malade. En 1928, aucune note quant à l'état ou le comportement de la patiente en congé n'accompagne les formulaires « J » colligés dans les dossiers.

Assurément, cette correspondance devait représenter, pour le médecin, une tâche considérable. Nous avons été à même de constater, dans la première partie de ce chapitre, que les lettres envoyées au surintendant médical s'intéressaient principalement à l'état de santé de la malade internée, tandis que d'autres sollicitaient des faveurs spécifiques ou des services. Les devoirs inhérents aux confidences, aux témoignages ou aux critiques que véhiculaient les nombreuses lettres

quotidiennement reçues à St-Jean-de-Dieu, obligeaient le surintendant médical à gérer des mésententes familiales, à enquêter sur les marques de violences sur une malade, à fournir des explications concernant un congé d'essai refusé ou encore à entériner les procédures d'interdiction et curatelle à la demande de la famille.

C'est en parcourant les dossiers et toute la correspondance qu'ils contiennent qu'il nous est possible, effectivement, de reconnaître la diversité de la tâche médicale, mais encore plus de découvrir des indices sur la malade qui, assurément, n'auraient jamais été notés au dossier si la famille n'avait pas explicitement réclamé des informations sur l'état de santé de leur protégée. Ceci étant dit, le peu de temps que le corps médical semble avoir consacré à la rédaction de rapports d'observations dans l'exercice de la charge qui lui était dévolue, laisse une bien mauvaise impression sur la qualité de leur travail, mais encore plus sur la pertinence de l'encadrement thérapeutique que sous tendait l'enfermement asilaire. Indubitablement, l'intérêt d'un époux, d'une mère ou d'un frère pour son épouse, sa fille ou sa sœur, manifesté par l'envoi fréquent ou sporadique de lettres s'enquérant de l'état de santé morale et physique de leur malade, obligeait le médecin, afin d'être dans la possibilité de répondre à la famille, de visiter la malade ou du moins de s'informer de son état par personne interposée. Car, nous l'avons constaté, le surintendant médical répondait avec célérité à toutes les lettres qui lui étaient adressées. Kirkbride accordait, également, une attention toute particulière aux relations avec la famille des patients du Pennsylvania Hospital for the Insane : « A considerable portion of his work as a superintendent involved the maintenance of a

good working relationship with the patients' families. »<sup>107</sup> soulignait Tomes dans son ouvrage *A Generous Confidence*.

En somme les patientes qui ont été suivies le plus assidûment par le médecin sont celles avec qui la famille gardait contact. C'est donc dire, encore une fois, toute l'importance, l'impact et l'influence que pouvait avoir la famille sur les soins accordés à leur malade. Les dossiers médicaux demeurent l'indice le plus navrant de l'incapacité médicale à gérer les milliers de cas de femmes aliénées qui ont été gardées enfermées sous le contrôle d'un hypothétique traitement médical. Les dossiers du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècle sont à ce point minces que pour des centaines et des centaines de patientes ayant été internées pendant plusieurs années, leur vie se résume, dans le meilleur des cas, à une date d'admission, un diagnostic et une date de décès. Contrairement aux dossiers des hommes, ceux des femmes, plus particulièrement pour les années 1903, 1906 et 1909, contiennent rarement les documents *Examen mental* et *Notes d'évolution mentale*. Quant aux dossiers des années 1912 et 1915, ils contiennent peu de notes d'évolution mentale et cela indépendamment du sexe du patient. Les dossiers de ces deux années sont les seuls de notre échantillon qui ont été conservés sur microfiches. Il est donc possible que ces derniers aient été élagués. Cette hypothèse n'explique cependant pas la minceur des dossiers des femmes pour les années 1903, 1906 et 1909. Les dossiers, classés par numéro de dossier et empilés dans les *Boîtes Rouges*, auraient tous subi le même traitement, indépendamment du sexe du patient, et auraient tous été élagués. L'absence de notes médicales dans les dossiers témoigne, d'une part, d'une impuissance à traiter ce pourquoi chacune des femmes hospitalisées avait été confiée

---

<sup>107</sup> TOMES, op. cit., p. 210.

aux aliénistes, mais d'autre part, d'un désintéressement évident des aliénistes à l'égard de la gent féminine.

### **5.2.3. Les faibles taux de guérison.**

Accompagnées par leur mari, leurs père et mère ou l'un de leurs enfants, les femmes internées à St-Jean-de-Dieu sont atteintes de manie, de mélancolie, de folie périodique, de confusion mentale de démence ou tout simplement d'imbécillité. Soumises à un style de vie « thérapeutique » basé sur les principes du traitement moral, elles passeront des mois sinon des années derrière les murs asilaires. Violentes, scandaleuses, catatoniques ou irresponsables, elles subiront un encadrement strict, bénéfique à leur état, et leur vie sera ainsi organisée et structurée selon les routines internes qui qualifient la vie asilaire. Confinées dans des salles selon des critères basés sur leurs troubles caractériels ou comportementaux, elles partageront leur temps avec d'autres patientes ayant des attitudes parfois similaires aux leurs et inévitablement, dans bien des cas, avec des femmes avec qui elles n'ont en commun que l'environnement qu'elles partagent.

Les statistiques, présentées dans les rapports annuels par les inspecteurs d'asiles et par les surintendants médicaux de l'asile de la Longue-Pointe, illustrent bien l'impasse dans laquelle l'institution s'est rapidement trouvée. Les chiffres sont clairs : nombreuses sont les admissions et faibles sont les pourcentages de guérison. Il n'y a presque pas de roulement de patients à St-Jean-de-Dieu. Les admissions sont

quotidiennes, tandis que les sorties sont rarissimes. Inévitablement, l'asile, malgré la médicalisation des lieux, est demeuré une retraite, un hospice, une maison de santé réservée aux exclus de la société. Comme le soulevait Wallot : « En dépit du titre d'«hôpital» qui vient farder leur dénomination, les asiles sont des lieux où on entasse les malades. »<sup>108</sup> L'asile ressemble si peu à l'hôpital qu'on a voulu ériger pour prouver, finalement, que la médecine mentale pouvait guérir la folie et qu'elle avait les moyens « médicaux » (scientifiques) de le faire.

La « scientificité » de l'approche morale a permis de mettre en place un système de soin pour troubles mentaux mieux structuré et plus humain, comparativement aux traitements qu'elles recevaient lorsqu'elles étaient gardées dans les hôpitaux généraux et les prisons. L'implantation de nouveaux modes de traitements dans les hôpitaux psychiatriques québécois et l'élimination presque complète des restrictions transformeront ces institutions en lieux de recherche et leur permettra de ressembler davantage à un hôpital spécialisé. Comme animé d'un sentiment d'infériorité incrusté au cœur de l'asile, l'hôpital psychiatrique cherche à se rapprocher des hôpitaux généraux, en tant que lieu spécialisé en soins médicaux.

Le meilleur hôpital pour maladies mentales est toujours celui qui se rapproche le plus des hôpitaux pour maladies physiques : locaux appropriés, hygiéniques, personnel spécialisé suffisamment abondant et compétent, laboratoires, salles d'examens et de traitements, dossiers cliniques complets, facilité de recherches et d'enseignement verbal ou écrit. Les moins bons sont ceux qui négligent, omettent ou ridiculisent, telle ou telle de ces conditions essentielles [...]<sup>109</sup>

Toutefois, la médecine mentale éprouve de la difficulté à faire face à sa propre impuissance à l'égard de la maladie mentale. Assurément, les efforts des médecins,

<sup>108</sup> WALLOT, op.cit., p. 153.

<sup>109</sup> BARBEAU, A., 1944. Citation dans GRENIER, op., cit., 1999, pp. 267-268.

des religieuses et des employés secondaires oeuvrant auprès de ces femmes étaient réels. Cependant, tel que mentionné par Wallot qui rejoint ainsi l'interprétation de Keating, la théorie de la dégénérescence a assurément eu un effet néfaste sur les pratiques médicales en milieu psychiatrique. La conception organo-génétique de la maladie mentale, la classant ainsi comme maladie neurologique, a inévitablement favorisé la stagnation de la psychiatrie et des établissements psychiatriques. Keating associe aussi « la dégénérescence » de la psychiatrie à l'absence de successeurs aux grands surintendants professeurs d'université. Un indice de cette tendance, selon Keating, est qu'au sixième congrès de l'Association des médecins de langue française d'Amérique du Nord de 1920 la section « psychiatrie » a été déplacée au sein des sections « médecine et hygiène ».

L'abandon, au congrès de 1920, d'une section spéciale, consacrée à la psychiatrie et à la médecine légale, n'était qu'un indicateur d'une tendance plus générale qui se manifesta durant la [décennie] allant de 1914 à 1924 : la diminution de l'importance des surintendants médicaux des asiles de la province de Québec au sein du champ médical en général et au sein des facultés de médecine en particulier.<sup>110</sup>

**TABLEAU 8**

*Pourcentage de la population asilaire, admise annuellement, sortie guérie de St-Jean-de-Dieu.<sup>111</sup>*

	1890	1895	1900	1905	1910
	H / F	H / F	H / F	H / F	H / F
Nombre total d'admission	180/175	112/82	149/124	169/114	258/212
Nombre total sortis guéris	36/57	38/36	40/31	41/34	64/45
Pourcentage d'hommes et de femmes sortis guéris :	20%/33%	34%/44%	27%/25%	15%/30%	25%/21%

<sup>110</sup> KEATING, Peter, *La science du mal. L'Institution de la psychiatrie au Québec, 1800-1914*, Montréal, Boréal, 1993, p.143.

Elles furent donc peu nombreuses à quitter l'asile. Présentant un état stationnaire pour lequel aucun signe d'amélioration ne s'annonçait ou au contraire des signes convaincants de guérison, les femmes internées à St-Jean-de-Dieu, bien qu'elles furent, en moyenne, 6% de plus que leur vis-à-vis masculins libérées guéries de l'asile, elles participèrent activement à l'encombrement de l'institution. McGovern, Dwyer, Tomes et Busfield ont observé que les femmes étaient libérées non seulement plus rapidement que les hommes, mais qu'elles étaient plus souvent que les hommes libérées « guéries ».<sup>112</sup> C'est donc par centaines qu'elles passent les portes de l'asile et cela dès la dernière décennie du 19<sup>e</sup> siècle. Le voyage ne comprend qu'un passage aller : elles ne seront qu'une minorité à quitter ce lieu d'enfermement. À peine 30% des femmes admises au cours des années 1890 à 1910 auront le privilège de quitter l'asile avec la mention guérie. D'autres quitteront également l'institution sans toutefois avoir convaincu les aliénistes de leur complète guérison. .

Ces faibles taux de guérison observés au sein de la clientèle hospitalière de St-Jean-de-Dieu ne sont pas exceptionnels. Ils sont plutôt représentatifs des difficultés réelles qu'éprouvent les aliénistes, dans tous les asiles québécois, à traiter les maladies mentales. À titre d'exemple, la population asilaire du Protestant Hospital for Insane de Verdun, de son ouverture jusqu'en 1910 sur des périodes de cinq années, atteint difficilement des taux de guérisons dépassant les 35%.

---

<sup>111</sup> D'après les rapports annuels du surintendant médical de St-Jean-de-Dieu.

<sup>112</sup> Tomes, *op. cit.*, pp. 324, 326; McGovern, "The Myths of Social Control", pp. 8, 10; Dwyer, "A Historical Perspective," pp. 25, 39; Busfield, "Men, Women and Madness in 19<sup>th</sup> Century Britain", p. 266-267.

TABLEAU 9

*Mouvement de la population asilaire du Protestant Hospital<sup>113</sup>.*

ANNÉE	ADMISSION	TOTAL DES SORTIS			% DES GUÉRISONS sur les admissions	DÉCÉDÉ
		guéri	amélioré	non-amélioré		
1890	139	4	1	0	—	10
1895	140	64	12	13	29%	33
1900	131	52	28	13	37%	35
1905	180	62	17	22	33%	46
1910	209	95	27	17	41%	61

TABLEAU 10

*Pourcentage des patientes libérées de l'asile  
selon leur classification à l'admission.<sup>114</sup>*

	1879	1900	1921
Nombre total d'admission	102	91	133
Nombre de Cas guéris	29	27	55
Pourcentage de guérison	28%	30%	41%
Démence	0%	4%	38%
Folie	18%	29%	53%
Imbécillité et idiotie	8%	29%	36%
Manie	41%	50%	41%
Mélancolie	21%	58%	25%

<sup>113</sup> Tableaux statistiques du Protestant Hospital for the Insane. Document de la Sessions : 1907, vol 40 no II et Archives de l'Hôpital Douglas, rapport du surintendant médical, 1910, p. 95.

TABLEAU 11

<i>Durée du traitement des patientes sorties guéries de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.<sup>115</sup></i>		
	1895	1900
moins d'un mois	0	1
1 à 3 mois	9	8
3 à 6 mois	11	4
6 à 9 mois	7	10
9 à 12 mois	4	2
1 an à 2 ans	2	1
2 à 3 ans	3	5
-----		
total	36	31

Un coup d'œil sur trois années témoins de notre échantillon, pour lesquelles chaque dossier donne la classification de la malade admise à St-Jean-de-Dieu, et qui nous permettent d'avoir un aperçu sur toute la période étudiée, rapporte une augmentation considérable du nombre de démences et une diminution du nombre de manies à l'admission (tableau 10). Admises à 52% pour manie en 1879, 41% de ces malades sortiront guéries de l'asile tandis qu'en 1921, 16% des femmes atteintes de cette maladie quitteront, elles aussi, à 41% l'institution asilaire. Contrairement à l'année 1879 qui accueille 5% de patientes pour démence, les années 1900 et 1921 en accueillies plus de 25%. Parmi ces patientes, peu connaîtront une amélioration significative de leur état. Les cas de folie semblent ceux pour lesquels une tendance positive et progressive se maintient. Ces résultats encourageant peuvent être comparés avec ceux obtenus dans les cas de mélancolie qui s'affichent, plutôt, comme étant les plus incertains et même les plus hypothétiques. Néanmoins, les connaissances médicales en matière de troubles psychiatriques sur lesquelles

<sup>114</sup> Données tirées des dossiers médicaux.

<sup>115</sup> Rapports du surintendant médical de St-Jean-de-Dieu. Documents de la Session : 1896, vol 30, no II; 1902, vol 35, no II.

pouvaient s'appuyer les aliénistes des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle étaient de toute évidence insuffisantes. Dans le meilleur des cas, une patiente sur deux connaîtra une guérison si elle est atteinte de folie, mais si elle est plutôt sujette à la mélancolie, ses chances diminuent dramatiquement à une sur quatre. Parmi toutes celles, libérées guéries de l'asile, elles seront plus de 80% à quitter l'institution asilaire après moins d'une année de traitement.

Ces taux de guérison peu rassurants ne mettent cependant pas en lumière l'état réel dans lequel sont les patientes lors de l'admission. Bien qu'elles présentent toutes un trouble mental plus ou moins bien défini, elles sont nombreuses à aussi présenter un état physique altéré. Cela est d'autant plus vrai au cours du 19<sup>e</sup> siècle, où vraisemblablement la médecine physique connaissait, elle aussi, des insuccès thérapeutiques assez navrants. En 1876, 55% de la clientèle féminine admise décèdera pendant le séjour à l'asile, 51% en 1882, 34% en 1886 et 29% en 1894. Cette diminution du nombre de décès est encore plus marquée au cours du 20<sup>e</sup> siècle. Ce qui peut signifier qu'effectivement l'asile gagne en popularité et que l'idée d'y faire interner un proche se concrétise plus rapidement qu'au cours du 19<sup>e</sup> siècle. Par conséquent, cela implique également que la population était probablement plus sensible aux comportements déviants, dérangeants et marginaux et par le fait même plus vigilante à rayer du paysage social les femmes présentant des habitudes non conformes aux stéréotypes sociaux féminins. Quoiqu'il en soit, en 1900, sur les 91 femmes internées, aucune ne connaîtra la mort entre les murs asilaires. Cette tendance ne se maintiendra malheureusement pas au cours des premières décennies de ce siècle, puisqu'en 1918, 12% des femmes admises pendant cette année n'en

sortiront pas vivantes.<sup>116</sup> Parmi cette clientèle, 51% présente des complications d'ordre physique lors de leur internement : anémie, bronchite, diabète, fièvre typhoïde, maigreur, méningite, pneumonie. Le docteur Villeneuve notait dans son rapport annuel de 1913 qu'outre la tâche des médecins internes de l'institution d'effectuer les examens physiques des 483 nouveaux malades admis pendant l'année, ils avaient aussi pratiqué plus de mille interventions chirurgicales mineures.<sup>117</sup> Un regard sur ces données nous permet de constater que malgré les insuccès des thérapies appliquées pour troubles mentaux, les médecins de St-Jean-de-Dieu connaissaient davantage de réussites dans le traitement des problèmes physiques de leur clientèle insane.

#### **5.2.4. Croissance de la population asilaire.**

Selon les rapports annuels de la Sœur supérieure, les religieuses veillaient à l'aménagement de chacune des salles, afin que les malades, y étant réunies en fonction de leur diagnostic, puissent profiter de soins propices à leur guérison, tout en bénéficiant de distractions salutaires au soulagement de leurs douleurs morales.

---

<sup>116</sup> Seulement les dossiers avec une date de décès ont fait partie de ce calcul.

TABLEAU 12

*Nombre de femmes hébergées à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.<sup>118</sup>*

<i>ANNÉES</i>	<i>POPULATION</i>
1890	634
1899	738
1905	817
1914	1049
1920	1190
1924	1429
1928	1637

L'une des grandes difficultés à appliquer les thérapies morales et médicales, fut, sans nul doute, l'augmentation croissante du nombre d'admissions. Rapidement, même si l'Hôpital était neuf et conçu pour accueillir 3000 patients, alors qu'il en hébergeait moins de 1500 lors de son inauguration en 1901, religieuses et médecins dénonceront le manque d'espace. L'importante augmentation annuelle du nombre d'admissions affectera incessamment la vie des aliénés. Dès 1923, les 3000 lits sont insuffisants : 3040 patients sont hébergés à St-Jean-de-Dieu et leur nombre ne cesse de croître. La situation d'encombrement que vivent les patients ne fait que commencer. En 1930, 3890 aliénés sont hébergés à l'hôpital, ce qui représente depuis 1923 une augmentation de 22% du nombre de patients à la charge des soeurs de la Providence et de 62% depuis l'inauguration de l'institution en 1901.

Chaque année, de plus en plus de femmes se présentent aux portes de St-Jean-de-Dieu pour y être admises comme patientes publiques : 102 en 1879, 117 en 1885 et 193 en 1891. Cette importante croissance connaîtra un ralentissement au cours de la première décennie du 20<sup>e</sup> siècle pour se maintenir autour d'une moyenne annuelle de

---

<sup>117</sup> Ibid, 1914, vol. 48, no. 4, p. 101.

118 admissions féminines. Dès 1909 et au cours de la décennie suivante, même si généralement moins nombreuses que les hommes, elles seront, en moyenne, plus de 170 chaque année à être admises à la Longue-Pointe. Au nombre de 634 en 1890, elles augmenteront leur présence à près de 30% en 1905 pour passer à près du double en 1920, soit à 1190. La population féminine représente, en 1920, 46% de toute la clientèle asilaire. Au cours des années 1920, une augmentation significative de 42% de la présence féminine au sein de l'institution asilaire souligne l'utilisation probablement excessive de l'hôpital psychiatrique ou plutôt du rôle, de plus en plus étendu, que prend l'institution asilaire en accueillant une clientèle des plus diversifiées. Situation qui semble également s'être produite au Pennsylvania Hospital for the Insane et cela dès la fin du 19<sup>e</sup> siècle, comme le mentionne Tomes dans sa recherche sur le surintendant Kirkbride: « the asylum had increased the number of mental disorders considered suitable for treatment, thereby multiplying the number of borderline or less severe cases among its patients ».<sup>119</sup>

Un nombre toujours de plus en plus impressionnant de femmes internées pour aliénation est comptabilisé dans les rapports annuels du surintendant médical. Inévitablement, les capacités physiques de l'institution ne peuvent plus fournir tout le confort souhaité par les propriétaires. L'encombrement est à ce point considérable qu'il arrive que dans la salle Ste-Thais, où sont les agitées, deux patientes couchent ensemble. Situation à laquelle le surintendant médical, en principe, s'oppose : « s'il y a congestion dans une salle, les malades pourraient coucher dans le corridor, sous

---

<sup>118</sup> COURTEAU, Bernard, *De St-Jean-de-Dieu à Louis-H. Lafontaine, historique de l'Hôpital psychiatrique de Montréal*, Montréal, Méridien, 1989, 210 pages.

<sup>119</sup> TOMES, op. cit., p. 262.

la surveillance du gardien de nuit de cette salle. »<sup>120</sup> Certes, l'institution n'a pas été conçue en prévision d'une occupation aussi intense d'hommes et de femmes atteints de troubles psychiatriques.

Le surintendant médical insiste dans presque chacun de ses rapports annuels sur le fait que l'institution est encombrée par un trop grand nombre de patients incurables. Ces derniers (idiots, déments, épileptiques), selon les inspecteurs d'asiles, « jouiss[ent] d'une excellente santé physique, [...] vivent de longues années dans les asiles et finissent par les encombrer »<sup>121</sup>. Déjà en 1903, il se dégage des rapports annuels, une modification de la perception sociale dans l'acte d'interner une personne. Les habitudes ont changé et annoncent de nouvelles tendances. Les motifs d'internement sont plus nombreux, plus diversifiés et par conséquent embrassent un plus grand créneau de personnes susceptibles, non seulement d'être perçues comme étant déviantes, mais étiquetées comme étant aliénées.

Les êtres dangereux envers eux-mêmes ou dangereux pour les autres ne sont maintenant plus les seuls à faire l'objet d'une exclusion sociale. Alors, même si les asiles n'ont pas été érigés dans le but d'accueillir des personnes atteintes de maladies nerveuses de vieillesse ou d'une quelconque manifestation délirante, le docteur Villeneuve estimait, pour l'année 1906, que « plus de 50% des malades étaient atteints de formes absolument incurables d'aliénation mentale, démence vésanique, démence sénile et organique, paralysie générale, folie épileptique, imbécillité et

---

<sup>120</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance dossier médical : 19882. Lettre du surintendant médical adressée à la Révérende Sœur Supérieure le 27 mars 1928.

<sup>121</sup> Rapport annuel des inspecteurs d'asiles de 1903. Document de la session, vol 38, no 2, 1905, p. 209.

idiotie »<sup>122</sup>. En 1909, 45% des malades admis sont atteints de formes réputées incurables d'aliénation mentale. Ces 50% des malades plutôt atteints d'une forme curable d'aliénation mentale arrivent à l'hôpital, selon les aliénistes, à une période assez avancée de leur maladie pour être passés à la chronicité, et par conséquent à l'incurabilité. En 1921, 53% des femmes admises à St-Jean-de-Dieu étaient atteintes d'une forme incurable d'aliénation mentale. Tendances à laquelle le surintendant médical, dans ses rapports annuels, fait allusion pour expliquer les faibles taux de guérison de la clientèle qu'il traite. Effectivement, ces cas nombreux, pour lesquels aucun traitement ne laisse espérer une éventuelle guérison, encombrer les salles de l'asile et pour bon nombre de cas, la mort sera la seule alternative à leur libération asilaire.<sup>123</sup>

L'encombrement auquel sont inévitablement confrontés les propriétaires de l'asile les oblige à modifier la logistique de l'institution afin d'assurer le meilleur bien-être de leur clientèle. Les critères de confort et d'esthétisme environnemental que sous-tend la thérapie asilaire, notables en 1901 lors de l'inauguration de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, seront difficilement maintenus au cours des décennies suivantes. Ainsi, il aura fallu moins de dix ans pour encombrer les salles aménagées pour les malades. Aux installations modernes et parfois luxueuses, décrites par les inspecteurs d'asiles, s'ajoutent des équipements de dépannage. Au fil des ans, le milieu asilaire pourra difficilement maintenir sa réputation de maison de santé modèle. Dès 1907, l'accroissement de la population asilaire a nécessité le remaniement de certaines

---

<sup>122</sup> Rapport annuel du docteur Villeneuve pour l'année 1906. Document de la session, vol. 41, no 2, 1908, p.199.

<sup>123</sup> Ibid.

salles, pour faciliter et améliorer le service.<sup>124</sup> Sœur Sabithe, supérieure de l'institution, dans son rapport annuel de 1909, fait le constat du problème d'infrastructure auquel l'augmentation croissante de la population asilaire les confronte et qui aboutit à la détérioration du milieu de vie. Les travaux d'agrandissement planifiés ne peuvent être effectués en raison du trop grand nombre de dépenses qui incombent à un grand hôpital comme celui de St-Jean-de-Dieu. De nouveaux espaces pour accueillir les patients sont aménagés là où il est possible de convertir les lieux.

Nous sommes rendues au point où l'encombrement des salles menace de se faire sentir d'une façon aiguë. [...] il nous a fallu recourir à l'ancienne buanderie, la restaurer et la transformer en salles. Une aile que nous avons construite dans le but de servir de magasin pour y conserver la glace est devenue disponible par le fait que nous confectionnons la glace au moyen d'appareils mécaniques pendant tout l'été. Nous allons y aménager une nouvelle salle. Ce sont des palliatifs pour éviter un trop grand encombrement, mais nous ne pouvons faire mieux.<sup>125</sup>

Le problème de l'encombrement vécu à St-Jean-de-Dieu est rapporté, en 1912, par le docteur Villeneuve au Secrétaire de la province, monsieur Jérémie L. Décarie. Le gouvernement était alors en pourparlers avec les Sœurs propriétaires de l'asile de la Baie-St-Paul pour y placer quelques centaines de malades dans le but de solutionner la question de l'encombrement des asiles de Beauport et de St-Jean-de-Dieu.<sup>126</sup> Suivant ce dossier de près, le docteur Villeneuve exposait, en juillet 1913, au sous-Secrétaire de la province, monsieur M. C. J. Simard, ses recommandations concernant l'éventuel placement d'une certaine classe de malades.

---

<sup>124</sup> Ibid., vol. 42, no 3, 1909, p. 39.

<sup>125</sup> Rapport annuel de Madame la supérieure Sœur Sabithe, pour l'année 1910. Document de la session, vol. 45, no 3, 1912, p. 53.

<sup>126</sup> Archive de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance du docteur Villeneuve, 15 octobre 1912.

Une fois encore, le docteur Villeneuve ne semble s'enquérir que de ses patients mâles. Quelques statistiques, jointes à sa lettre, comptabilisent les incurables admis depuis 1873 et toujours présents à l'asile. Aucune femme ne fait partie de l'impressionnant nombre des 783 patients incurables, parmi les 1093 hommes inscrit, le 30 juin 1913, dans les registres de l'institution. Il est vrai que le docteur Villeneuve s'intéresse tout particulièrement au sort de cette classe de malades. Car il signifie au sous-Secrétaire qu'il n'est pas envisageable de déplacer, pour un long transport, les déments séniles et organiques, les paralytiques généraux et un certain nombre de déments vésaniques à cause de l'affaiblissement physique qui accompagne leur déchéance intellectuelle. Il est, également, hors de question, pour le docteur Villeneuve, de laisser partir ses patients sans connaître exactement le caractère que les Sœurs entendent donner à leur établissement. « Dans le siècle éclairé où nous sommes, il n'est plus permis de faire, même dans le cas de malades réputés incurables, des renfermeries<sup>127</sup>. C'est-à-dire des établissements où les assistés sont uniquement nourris et couchés, et où il n'existe aucune émulation scientifique. »<sup>128</sup> C'est pourtant ce qui paraît se passer dans le département des femmes, puisque à toute fin pratique, elles ne semblent aucunement faire partie des préoccupations du docteur Villeneuve et l'approche thérapeutique « scientifique » s'y pratiquant a laissé bien peu de traces dans les dossiers médicaux des patientes.

Bien que des lettres annonçant l'éventuel transfert des malades de St-Jean-de-Dieu vers l'Hôpital de Baie-St-Paul apparaissent vraiment dans les dossiers seulement à la toute fin des années 1920, elles s'adressent autant aux hommes qu'aux femmes

---

<sup>127</sup> Souligné par le docteur Villeneuve.

<sup>128</sup> Archive de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance du docteur Villeneuve, 2 juillet 1913.

classés parmi les incurables de l'institution. Toutefois, lors de ces tentatives de transfert, le docteur Villeneuve n'est plus, depuis près de 10 ans, le surintendant médical de l'institution. Cette solution connaîtra quelques obstacles, dont celui du désaccord des familles, que le docteur Villeneuve avait d'ailleurs anticipé :

Les patients devront être l'objet d'un choix judicieux, tant au point de vue de leur état mental et de leurs dispositions, que de leurs relations de famille. Cette dernière considération a son importance; car, au moins 675 des hommes internés à l'Hôpital, sur les 1093 présents le 30 juin dernier, c'est à dire près des deux tiers, appartiennent à l'île de Montréal et à l'île Jésus, et la moitié du dernier tiers sont à quelques heures de chemin de fer de leurs familles.

Inévitablement, malgré les efforts pour offrir aux malades un environnement propice à la guérison de leur aliénation mentale, le milieu asilaire ne pourra maintenir sa réputation et permettre une aussi grande aisance à sa clientèle que celle proposée en 1901. Chaque décennie accueillera un nombre considérable de nouveaux patients et ces derniers n'auront guère autre choix que de partager l'espace de plus en plus restreint avec les autres malades déjà sur les lieux. Les conditions de vie ne seront plus jamais les mêmes et indubitablement les services offerts à chacun des pensionnaires seront eux aussi de plus en plus limités.

#### **5.2.5. Le personnel soignant.**

Les espoirs de guérison de la clientèle asilaire reposent principalement sur un traitement qui se réalise sous la forme d'amusement, de travail et d'une bonne alimentation. Cette prise en charge hospitalière exige la présence d'effectifs nombreux. Cependant, trop souvent sont engagées des personnes sans expérience

valable et sans aptitude pertinente pour le soin des malades.<sup>129</sup> Ce qui engendre un roulement de personnel fréquent. « La tâche d'un gardien préposé au soin de l'aliéné est extrêmement ardue, et plusieurs bons employés démissionnent et s'en vont parce qu'ils ont absolument besoin de repos et de tranquillité [...]»<sup>130</sup> ». Les longues heures de travail, les conditions dangereuses dans lesquelles s'effectue ce travail, et les faibles salaires des gardiens sont les principales caractéristiques spécifiques au travail de gardien et cela tant au Québec qu'en Ontario.<sup>131</sup> Le milieu asilaire offre aussi sa part de tracasseries et de risques. Une certaine misère pénètre cet environnement marginal où les patients comme le personnel doivent faire face à une réalité empreinte d'agitation, de violence, de bruits et de nombreuses scènes de mélancolie, de désespoir, d'euphorie et d'excès de toutes sortes.

**TABLEAU 13**

*Personnel de garde au service des malades  
de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.*<sup>132</sup>

	1898	1903	1908	1913	1920
<i>À la garde de jour</i>	184	208	226	253	-
<i>À la garde de nuit</i>	8	11	11	11	-
<i>Total</i>	192	219	237	264	492
<i>Nombre de patients</i>	1455	1520	1877	2086	2603

<sup>129</sup> Rapport annuel du surintendant médical de St-Jean-de-Dieu pour l'année 1903. Document de la session 1905, vol 38, no II, p. 237.

<sup>130</sup> Rapport annuel du surintendant médical T.S.W Burgess pour l'année 1907. Document de la session 1909, vol 42, no III, p.59.

<sup>131</sup> MORAN, James E., « Keepers of the Insane : The Role of Attendants at the Toronto Provincial Asylum, 1875-1905 », *Histoire sociale*, vol 28, no. 55, may 1995, pp. 51-75. CONNOR, Patrick J., "Neither Courage Nor Perseverance Enough: Attendants at the Asylum for the Insane, Kingston, 1877-1905", *Ontario History*, vol. 68, no. 4 décembre 1996, pp. 251-272.

<sup>132</sup> Rapport annuel de la sœur supérieure de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu pour les années 1898, 1903, 1908, 1913 et 1920.

La croissance constante du nombre d'individus internés a, certes, nuit à l'encadrement thérapeutique privilégié par les aliénistes. Considérant les effectifs en personnel religieux, médical et secondaire, œuvrant à St-Jean-de-Dieu, il est certain que la qualité des soins prodigués aux malades à la fin du 19<sup>e</sup> siècle a difficilement pu être maintenue très longtemps au cours des premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle. Qu'il s'agisse du personnel médical ou du personnel de garde de jour ou de nuit, les effectifs sont évidemment insuffisants. Chaque salle destinée aux patientes a pour officière une sœur, qui est quelquefois, aidée par une autre sœur. La sœur hospitalière a de plus constamment avec elle deux et parfois trois gardiennes comme assistantes.<sup>133</sup> Les chiffres les plus révélateurs sont probablement ceux concernant le personnel responsable de la garde de nuit. En 1898, 8 employés ont la responsabilité de près de 1500 patients, ce qui donne un ratio de plus de 180 malades par surveillant et cela dans le meilleur des cas où les 8 gardes étaient de service en même temps. La situation semble toutefois s'améliorer après 1901, en 1903, les gardes de nuit n'ont plus que 138 patients, en moyenne, à leur charge. Cependant, de 1903 à 1913 les effectifs de nuit demeurent les mêmes, malgré l'augmentation de 30% de la population hébergée à St-Jean-de-Dieu. Cette situation est des plus alarmante lorsque l'on sait que les nuits des patients étaient souvent très agitées. Il n'est pas rare de lire dans les dossiers médicaux que les patientes circulent, chantent, crient ou dansent au cours de la nuit<sup>134</sup>.

Effectivement, la garde de nuit est un réel problème à St-Jean-de-Dieu. En 1928, le docteur Tétreault, médecin en chef, et sœur Marie-Octave, sœur supérieure, tenteront

<sup>133</sup> Rapport annuel sœur supérieure de l'Hospice St-Jean-de-Dieu, 1882, p. 90.

<sup>134</sup> THIFAUT, Marie-Claude., « Folie et déviance des femmes au Québec : 1901-1913 », mémoire de maîtrise en histoire, UQAM, p. 65.

d'y trouver des solutions. Incontestablement, la nécessité d'avoir une surveillance plus active la nuit dans les salles se fait sentir. Les cas de violence et d'évasions sont au cœur des préoccupations de la surveillance de nuit. En cette fin de décennie, il n'y a toujours pas de gardien dans chacune des salles et bien que l'on envisage de placer les effectifs nécessaires afin de combler les besoins de chacun des départements, cela ne semble pas suffisant. Il faut également envisager les services d'un surveillant en chef pour surveiller les gardiens, depuis que certains d'entre eux ont été surpris en plein sommeil pendant leurs heures de travail.<sup>135</sup> Loin d'être exceptionnel, ce scénario de garde de nuit se compare facilement à celui du Kingston

Asylum for the Insane :

The asylum was divided into separate male and female wards, each containing approximately fifty patients and supervised by two, or sometimes three, attendants. At night, single attendants were responsible for two wards and Dr. Clarke commented that "even the temporary illness of one [attendant] proves more than a serious inconvenience for the whole house." [...] the superintendent repeatedly asked that he be allowed to hire additional staff, telling the inspector that "it is no exaggeration to say that the [attendants] are becoming tired out through overwork." [...] employees were frequently found asleep on the job...<sup>136</sup>

---

<sup>135</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Correspondance, dossier Médical : 19882, , 27 mars 1928.

<sup>136</sup> CONNOR, P., op. cit., p. 254-255.

TABLEAU 14

*Personnel au service des patients internés  
à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.<sup>137</sup>*

	1895	1898	1901	1904	1907	1910
Sœurs de la Providence	85	90	117	134	138	149
Sœurs coadjutrices	104	96	82	80	74	68
Aumôniers	*	*	3	4	3	4
Médecins de service	3	3	3	3	3	3
Médecins du gouvernement	3	4	4	4	4	5
Personnel secondaire <sup>138</sup>	106	136	186	152	148	163
<b>Nombre de patients</b>	<b>1349</b>	<b>1387</b>	<b>1459</b>	<b>1596</b>	<b>1682</b>	<b>1976</b>

\*Le nombre d'aumôniers est compris dans le nombre de Sœurs de la Providence.

Malgré l'importance et le rôle supposé dominant du médecin dans le cadre du traitement moral auquel étaient soumis les patients de St-Jean-de-Dieu, là non plus les statistiques ne sont pas rassurantes. Sans entrer dans les détails et déterminer avec exactitude quelles étaient les fonctions précises des médecins de service en comparaison à celles des médecins du gouvernement, d'autant plus que cela pouvait varier d'un médecin à l'autre, il est juste de reconnaître que les effectifs médicaux étaient insuffisants. À la fin du 19<sup>e</sup> siècle, il y avait 3 médecins de service et 4 médecins du gouvernement pour répondre aux besoins des 1500 patients internés. De façon encore plus flagrante, en 1928, l'insuffisance se fait sentir : seulement 10 médecins devaient assurer, entre autre, le suivi thérapeutique de 2603 patients. Ils étaient trop peu pour assurer les soins pour lesquels plusieurs familles avaient fait interner leur protégée. Cette faiblesse du système asilaire a laissé des traces dans les dossiers médicaux et nous permet d'avancer que l'encadrement thérapeutique des patients en a souffert. Cette situation sera d'ailleurs déplorée, en 1910, par le docteur

<sup>137</sup> Données tirées des rapports annuels de la Sœur Supérieure, pour chacune de ces années. Voir en annexe un tableau indiquant, en détail, le nombre et la fonction des personnes employées au service des patients pour l'année 1904.

Villeneuve dans une lettre adressée à L'Honorable Sir Lomer Gouin, Premier Ministre et Procureur-général de la Province.

Je vous ai déclaré [...] que la nomination d'un médecin additionnel était opportune. Je serais aujourd'hui en état de faire rapport, si j'étais consulté, qu'une telle nomination est devenue nécessaire dans l'intérêt du service public. La population de l'asile, qui s'accroît sans cesse, constitue un nombre de malade qui dépasse maintenant les moyens du personnel médical mis à ma disposition, pour exercer le contrôle et la surveillance qui incombent au gouvernement<sup>139</sup>.

C'est avec célérité que le Premier Ministre Gouin répond au docteur Villeneuve et l'invite à entamer les procédures nécessaires pour les besoins de son service médical.<sup>140</sup> Ce qu'effectivement a fait le docteur Villeneuve auprès du Secrétaire de la Province, J.L. Décarie. La requête du surintendant médical est claire. L'augmentation de 41% de la clientèle asilaire depuis 1893 justifie amplement le besoin criant de personnel pour les services médicaux. Villeneuve plaide le surcroît de patients, l'absence du docteur Devlin, excusé de ses fonctions pour cause de maladie, la fatigue accumulée des autres médecins qui doivent se partager la tâche et le besoin du surintendant lui-même de prendre congé; considérant qu'il n'a pas pris de vacances depuis deux ans, pourtant, J.L. Décarie ne crois pas pouvoir remédier à cette situation au cours de cette année, mais il promet d'étudier les suggestions du docteur Villeneuve.

À la fin de l'année 1918, le surintendant médical, prêt à répondre aux lettres des requérants, les avise cependant que considérant le « grand nombre de malades

---

<sup>138</sup> Personnel non religieux et non médical.

<sup>139</sup> Correspondance du Dr. Villeneuve. Archives de L'Hôpital Louis-H. Lafontaine, 26 avril 1910.

<sup>140</sup> Ibid., 28 avril 1910.

(2,500) [...] vous devez comprendre que, avec un tel nombre de lettres à répondre chaque mois, il nous est pratiquement impossible de vous écrire plusieurs fois par mois. »<sup>141</sup> Inévitablement les services médicaux dépourvus d'effectifs suffisants pour exécuter toutes les tâches médicales ont nécessairement répondu, par priorité, aux exigences de leur rôle. Néanmoins, la correspondance ne semble pas avoir été trop affectée. C'est avec promptitude qu'habituellement la famille recevait des nouvelles de son malade. Il n'en demeure pas moins, que la pratique de la médecine entraînait son lot de frustrations et cela n'était pas le propre que des médecins de St-Jean-de-Dieu. Docteur Burgess du Protestant Hospital, réitère dans ses rapports annuels l'impossibilité d'assurer le traitement des aliénés avec si peu d'effectifs à sa disposition :

Je répète ici ce que je disais dans mon dernier rapport, savoir si c'est le désir du gouvernement que nous donnions à nos patients plus que de simples soins de garde, en d'autres termes, s'il veut que nous prenions part au progrès de l'étude des maladies mentales, et que nous augmentions ainsi le nombre de nos guérisons, il est absolument nécessaire d'augmenter le personnel médical. S'attendre à ce que deux hommes, le nombre fixé par le gouvernement puissent donner les soins nécessaires à la population d'un hôpital de sept cent cinquante, y compris les employés, est chose absurde, même dans les conditions normales, et si l'on tient compte des absences, de la maladie, cela devient impossible.<sup>142</sup>

Le moins que nous puissions dire, c'est que le gouvernement était alerté de la situation de plus en plus dramatique qui se vivait dans les asiles québécois. Considérant que la population asilaire de la Longue-Pointe dépassait en nombre celles de Beauport et de Verdun, il est tout à fait légitime de reconnaître la gravité de la situation à St-Jean-de-Dieu. D'autant plus que cette institution était la moins bien

---

<sup>141</sup> Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Dossier médical : 13983, 21 novembre 1918.

<sup>142</sup> Rapport annuel de l'année 1910 du Surintendant médical du Protestant Hospital, p.95.

servie par le gouvernement. Sœur Sabithe exprimait au gouvernement, dans son rapport annuel de 1910, l'insuffisance des montants alloués pour les malades qui étaient à sa charge. La somme de 112\$ par an, par malade, selon Sœur Sabithe était plutôt maigre surtout lorsque comparée à la pension accordée à d'autres asiles semblables, particulièrement, à l'asile de Verdun qui recevait 142\$ par tête.

**TABLEAU 15**

*Population et coût du maintien pour l'Hôpital St-Jean-de-Dieu et pour le Protestant Hospital, depuis 1905 à 1910 inclusivement.*<sup>143</sup>

<i>Hôpital St-Jean-de-Dieu</i>			
ANNÉE	POPULATION	COÛT DE LA PENSION PAR TÊTE.	COÛT TOTAL
1905	1 636	114 \$	182 549.54 \$
1906	1 682	112 \$	185 810.91 \$
1907	1 720	112 \$	186 333.67 \$
1908	1 817	112 \$	193 397.11 \$
1909	1 888	112 \$	202 592.76 \$
1910	1 976	112 \$	213 018.00 \$

<i>Protestant Hospital</i>			
ANNÉE	POPULATION	COÛT DE LA PENSION PAR TÊTE.	COÛT TOTAL
1905	501	116 \$	51 592.59 \$
1906	406	116 \$	54 675.00 \$
1907	429	116 \$	57 142.96 \$
1908	465	116 \$	61 066.04 \$
1909	483	116 \$	63 648.14 \$
1910	495	142 \$	74 428.73 \$

Dès les premières décennies du 20<sup>e</sup> siècle, l'alerte est donnée au gouvernement et les surintendants médicaux répèteront constamment dans leurs rapports annuels les conditions déplorables dans lesquels ils doivent exercer leurs fonctions. Et cela sans trop insister sur leur rémunération qui est notoirement inférieure et insuffisante,

<sup>143</sup> Données tirées des rapports annuels des surintendants médicaux de chacune des institutions.

surtout comparée aux traitements accordés aux titulaires des autres postes remplis par des membres des professions libérales.

L'institution asilaire, gonflée d'illusions, connaîtra assez rapidement un essoufflement qui ne lui permettra pas de répondre aux exigences qu'elle s'était fixée en tant qu'hôpital spécialisé dans les soins des troubles mentaux. L'encombrement des lieux, déjà évoqué, les minces ressources financières et les effectifs médicaux insuffisants sont quelques-unes des raisons qui feront naître la désillusion asilaire du possible asile-hôpital.

L'échec thérapeutique qui caractérise les institutions psychiatriques du 20<sup>e</sup> siècle démontre le manque de soutien et de ressources avec lesquels les pionniers d'un système de santé consacré aux aliénées ont dû composer. En marge du corps médical, les aliénistes ont tenté de faire reconnaître leur « science médicale ». Malgré son peu de succès, leur médecine n'a cependant cessé de se développer et de se perfectionner. Il est vrai que la psychiatrie a obtenu ses lettres de noblesses, mais elle a assurément souffert d'un manque de confiance à l'égard de ceux qui ont cherché, au cours des siècles passés, à sortir la folle de son délire.

## **CONCLUSION.**

Au-delà des manifestations insanes les plus drôles, les plus cruelles ou les plus démentes qui se dégagent du regard, de la parole ou de la gestuelle de ces femmes, étiquetées comme étant folle, ces femmes espèrent et entretiennent des relations amoureuses et affectives avec les membres de leur famille qu'elles ont été dans l'obligation de quitter. Explorer, raconter, divulguer l'univers familial des femmes

captives du milieu asilaire ne peut s'effectuer sans prendre en considération qu'elles sont avant tout, des mères, des épouses ou des enfants aux yeux de ceux qui les ont fait interner.

Volontairement, nous avons tenu à répéter tout au long de ce chapitre qu'il était question, bien sûr, de femmes internées pour folie, mais bien plus encore que Alice, Marie-Louise, Domithilde étaient la fille d'un père inquiet, l'épouse d'un mari découragé, la mère d'enfants attristés. Que toutes ces femmes qui ont contribué à mieux définir une parcelle de la réalité asilaire l'ont fait par le biais de l'intérêt que leurs parents, leur époux ou leurs enfants leur ont témoigné en cours d'hospitalisation. Ces femmes représentent plus du tiers de la population féminine totale de St-Jean-de-Dieu. Et c'est grâce à l'attention accordée par les membres de leur famille qu'il a été possible de mieux comprendre les raisons de l'internement, mais davantage de mieux saisir l'importance attribuée à celles qui sont demeurées enfermées parmi les folles pendant quelques semaines, quelques mois et parfois pendant plusieurs années. Cette fidélité soutenue par des liens fraternels, parentaux ou amoureux a permis de mettre à jour des bilans de santé mentale qui n'auraient assurément jamais existés, si les familles n'avaient pas persisté dans leur désir de connaître l'état physique et mental de leur malade.

Les réponses annuelles, mensuelles, ou bi-mensuelles du surintendant médical adressées à un membre de la famille des malades se sont avérées dans bien des cas les seules traces d'informations au dossier concernant l'état de la patiente. Sans ces réponses, aucune note, aucun bilan, aucun compte rendu n'attesterait de l'évolution de la condition dans laquelle était la malade en cours d'internement. C'est en

parcourant les nombreux dossiers dépourvus d'une correspondance même sporadique qu'il nous a été possible de constater à quel point la patiente sans ressource extérieure devenait, derrière les murs asilaires, sans histoire.

C'est par le regard et le discours de la famille des malades qu'il a été possible de mieux saisir la dynamique interne du milieu asilaire. Il est clair que plusieurs patientes veulent retourner dans leur famille. Les demandes sont nombreuses et se font insistantes. Le plus surprenant c'est que les familles abondent dans le même sens et cela malgré tout le trouble, les chagrins, les menaces et la peur qu'elles ont subis avant l'internement de leur folle. L'asile avait peut-être l'utilité d'offrir un temps d'arrêt, un petit repos ou un répit aux familles à bout de souffle, épuisées et dans l'incapacité d'assumer une surveillance adéquate à leur protégée. Moins de deux semaines après l'internement de certaines malades, le surintendant recevait déjà des demandes pour sortir ces patientes récemment hospitalisées. De façon inattendue, les lettres des familles expriment le même message, à savoir qu'elles veulent venir chercher leur malade. Éloignée du tourbillon que pouvait générer la malade, l'ennui d'un être cher se faisait sentir, ou bien la culpabilité liée à ce geste d'abandon lors de l'internement suffisaient probablement à insister une mère, un époux ou un frère à réclamer celle qu'il avait exclue de leur milieu de vie. D'une autre façon, l'intérêt de la famille à solliciter le retour de leur malade pouvait s'expliquer du fait que les familles réalisaient probablement assez rapidement que l'asile, contrairement aux discours des aliénistes, avait peu à offrir à leur malade et que finalement le meilleur endroit pour retrouver la santé était le milieu familial.

L'asile retrouvait probablement tout son sens et sa raison d'être auprès d'une clientèle sans famille et sans ressource. Ainsi, l'institution asilaire offrait l'« asile » aux plus démunis et par conséquent assumait une vocation sociale plutôt que médicale dans sa capacité à éliminer toutes les indésirables des paysages ruraux et urbains des sociétés du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècles. Situation particulièrement vécue au cours du 20<sup>e</sup> siècle, caractérisé par une société moins tolérante et plus sujette à exclure un plus grand nombre de marginales rapidement étiquetées comme étant des aliénées. Ceci étant dit, l'augmentation sans cesse croissante de la population asilaire n'a pas permis aux autorités en place d'atteindre leurs objectifs en matière de thérapies et de suivi médical auprès de leurs patients. Et cela est d'autant plus vrai dans le cas des femmes hospitalisées. Considérées comme une « clientèle » de seconde classe, les femmes internées à St-Jean-de-Dieu ont de toute évidence été traitées avec moins d'égard, d'attention et d'intérêt médical que leur vis-à-vis masculin. L'enfermement asilaire des femmes s'organisait dans un système de gardiennage au sein duquel étaient préconisés les soins de subsistance. La thérapie psychiatrique y jouait un rôle des plus mitigé. En somme, l'asile n'était pas en mesure de fournir tous les soins et les attentions que prônait l'approche morale, attention que dans bien des cas les familles étaient en mesure d'offrir à leur malade lorsque la crise ou la phase aiguë de la maladie était passée.

Le fait que les familles insistent pour que leur malade réintègre la résidence familiale et que le surintendant médical accordât semble-t-il assez facilement les congés d'essai, a permis de constater que parmi tous ceux qui ont bénéficié de ce type de congé, 60% quittaient l'asile dans un état qualifié comme étant « guéri » ou du moins amélioré. Cette tendance est d'autant plus importante qu'elle souligne la difficulté

sinon l'impuissance des aliénistes qui ne libèrent jamais plus de 30% de la population féminine de l'institution annuellement. De façon plus concrète, en 1905 moins de 5% des patientes, sur la population féminine totale de l'institution, sont libérées et estimées guéries. Il est évident que l'asile, malgré sa structure, ses imposants bâtiments, ses grands espaces et ses tentatives thérapeutiques, bref réunissant les conditions gagnantes d'une exploitation thérapeutique basée sur l'approche morale, n'a point su trouver les voies de la guérison en matière de maladie mentale. La théorie de la dégénérescence contribua indéniablement au déclin de la psychiatrie au sein de l'hôpital psychiatrique qui engendra l'expression d'un pessimisme amer au sein du corps médical de l'institution. Le savoir médical en maladie mentale progressivement éclipsée de la psychiatrie, en tant que spécialité, pour plutôt devenir une spécialité de la neurologie, ajouté à la modification du cadre théorique et clinique de l'enseignement universitaire des maladies mentales ainsi que l'absence progressive des surintendants médicaux au sein des facultés de médecine ont nécessairement coopéré à la disqualification des hôpitaux psychiatriques en tant que lieu d'expertise spécialisé en psychiatrie active (pour les malades atteints d'affection mentale aiguë, légère ou symptomatique) pour devenir un lieu d'hébergement pour les cas chroniques.

Puisqu'il était pratiquement impensable d'envisager la réelle guérison de seulement la moitié de la population asilaire, il est clair que ce lieu n'avait pas comme premier but de guérir la folle de sa folie, mais bien d'éliminer la folie du paysage social. Du moins, c'est ce que le laxisme des représentants du gouvernement laisse croire. Ainsi, malgré la bonne volonté des religieuses et les efforts thérapeutiques des

aliénistes, l'hôpital psychiatrique était indubitablement organisé et utilisé à l'entretien des indésirables de la société.

Religieuses et aliénistes ont été les serviteurs d'une cause qui rapidement a dépassé les limites des ressources et des moyens thérapeutiques qu'ils avaient à leur disposition. Une cause, en définitive, qui n'était assurément pas celle du gouvernement. En somme, les patientes qui ont bénéficié d'attention et de soutien de la part de leur famille sont assurément celles qui ont été les mieux servies pendant leur internement. Elles sont également celles qui ont eu le plus de chances d'envisager une possible libération.

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION

La vie derrière les murs de la cité asilaire a été fouillée, scrutée, explorée. Cet univers a été visité par le biais du discours officiel tenu par les inspecteurs, les aliénistes et les religieuses, mais surtout par le discours des femmes qui ont vécu à l'asile ainsi que de ceux et celles qui les ont soutenues pendant leur internement. Excessives, euphoriques, extraverties, parfois taciturnes, tristes ou pessimistes, elles ont laissé des traces de leur passage entre ces murs qui conservent les empreintes d'expériences trop rarement racontées. Elles dérangent, elles bousculent, elles blessent, elles traumatisent, elles choquent. Leur marginalité, leur non-conformité à la norme sociale, leur énergie, leur délinquance, leur fougue les ont conduit loin de la civilisation, loin des regards, loin de chez elles. Elles sont devenues, malgré elles, folles de St-Jean-de-Dieu.

Les femmes de la cité St-Jean-de-Dieu partagent l'univers asilaire avec leurs vis-à-vis masculins... les citoyens de cette forteresse de la folie. Avant même donc d'établir des scénarios spécifiques à la gent féminine, nous avons tenu à comparer la représentation des femmes à celle des hommes au sein de l'institution asilaire. Cette analyse comparative a poussé notre curiosité jusqu'à mettre en parallèle les premières manifestations insanes des deux sexes ainsi que les principales causes de leur folie selon leur requérant et de sonder également l'opinion des aliénistes afin de

vérifier si les diagnostics qu'ils attribuent à leurs malades ne sont pas inspirés de préjugés médicaux sexistes. Les données quantitatives tirées du *Registre des idiots de l'Asile de la Providence* et du *Formulaire « C »* ont permis de tracer le profil type des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et au début du 20<sup>e</sup>. Il s'avère que les femmes et les hommes de la Longue-Pointe présentent des profils très ressemblants. Les clientèles féminine et masculine de l'institution sont aussi nombreuses au sein de l'asile et elles sont en majorité âgées entre 26 et 50 ans, célibataires et de niveau éducationnel élémentaire. La différence la plus marquée entre les femmes et les hommes est leur état de dépendance ou d'autonomie. Comme dans les sociétés des 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles, les femmes, en général, sont plus vulnérables et vivent dans des conditions de précarité dues à leur dépendance économique. Les hommes, contrairement aux femmes, sont en grande majorité autonomes et responsables dans bien des cas non pas de leur seule destinée, mais aussi de celle des autres membres de leur famille.

Cette différence importante annonce une remise en question de l'enfermement des personnes aliénées incapables de subvenir à leurs besoins et dépendantes du noyau familial. La population asilaire est composée d'un nombre aussi important de folles dépendantes économiquement que de fous économiquement autonomes. Les raisons spécifiques reliées à l'enfermement asilaire d'un des membres de la famille ne sont donc pas automatiquement une conséquence du fardeau économique que représente le malade dépendant de la cellule familiale. Ce constat nous oblige à prendre davantage en considération l'effet, l'influence et l'impact des manifestations insanes du fou ou de la folle sur la vie familiale.

En ce qui concerne les principales manifestations d'actes insanes, les femmes et les hommes expriment leur aliénation surtout par de l'agressivité, des troubles physiques ou de l'excentricité. C'est dans l'expression de l'agressivité qu'il nous a été possible de mettre en parallèle les réelles distinctions de genre qui caractérisent les stéréotypes féminins et masculins de la folie. Les femmes aliénées sont considérées comme des êtres impulsifs qui favorisent l'action au détriment de la réflexion. Leur folie est l'expression excessive de leur tendance « naturelle » à l'étourderie. Les hommes aliénés, eux, sont colériques, méchants, dangereux. Ils sont aussi destructeurs et violents. Rarement leurs capacités mentales sont remises en cause dans l'explication de leurs tourments délirants ou de leurs comportements maniaques. Malgré la maladie, ils demeurent forts et ambitieux tandis que les femmes sont insouciantes et désobéissantes.

Quant aux causes probablement responsables de l'état d'aliénation des femmes et des hommes internés, les dysfonctions physiques ou cérébrales d'origine héréditaire, congénitale ou traumatique sont les plus fréquentes. Le changement des habitudes de vie, les comportements marginaux et les traits spécifiquement reliés à la personnalité du malade, après les problèmes de santé du corps, expliquent le mieux, selon les requérants, les origines de l'aliénation mentale. Concernant, plus spécifiquement, les causes supposées d'aliénation des femmes, elles sont principalement associées à des troubles d'ordre physique, mais aussi à une attitude dépressive. L'ennui, l'abandon, l'isolement et la tristesse affecteraient deux fois plus de femmes que d'hommes. Les causes de la folie masculine, en général, expliquent les faiblesses de l'esprit des hommes par des troubles physiques ou par une consommation toxique d'alcool. Malgré que certains hommes souffrent de mélancolie, cet état est très rarement pointé

comme étant une cause possible de folie. Le discours des requérants, tant concernant les manifestations insanes que leurs causes, nie la faiblesse de l'esprit du mâle. Outre les cas d'idiotie de naissance ou de sénilité, l'intelligence masculine est rarement remise en cause. Les faiblesses mentales des hommes sont inévitablement une conséquence d'un trouble physique ou d'événements incontrôlables qui nuisent à leurs capacités mentales. La folie féminine s'explique plutôt par de la désobéissance, de la nervosité et de l'impulsivité. Les femmes sont invariablement responsables de leur état parce qu'irresponsable de leurs actions.

Les aliénistes ne font aucune différence de genre particulière. Aucun diagnostic spécifique attribué à un sexe ou à un autre n'a été observé mis à part les rares cas de maladies puerpérales dénombrés au 19<sup>e</sup> siècle. À des pourcentages presque identiques, les cas d'idiotie, de folie et de démence sont les principales classifications attribuées tant aux femmes qu'aux hommes. Seuls les cas de manie touchent presque deux fois plus de femmes que d'hommes. Ce diagnostic, évoquant des « passions excessives » ou des « idées fixes », définit plus souvent les pathologies féminines.

Outre ces distinctions de sexe qui présentent finalement des profils types de la femme et de l'homme internés pour folie assez ressemblants, cette thèse sur l'enfermement asilaire des femmes au Québec s'est intéressée tout particulièrement à l'histoire de toutes ces femmes exclues de la société parce qu'elles représentent une mauvaise image, un mauvais exemple ou un mauvais modèle du stéréotype féminin privilégié dans les sociétés des 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles. Répertoirees dans les registres d'asiles en tant que patientes atteintes de folie, nous avons cherché à découvrir quelques bribes de leur vie avant leur internement afin de justement mieux

comprendre quels étaient les comportements hors normes qui permettaient d'étiqueter des femmes comme étant folles et candidates à un placement en milieu asilaire. Il importait de bien cerner le contexte pré-asilaire et les causes évoquées lors des demandes d'admission afin de mieux saisir les raisons qui poussaient les requérants à claustre leur épouse, leur fille ou leur mère dans un lieu de contrôle et de coercition où les libertés individuelles étaient pratiquement inexistantes.

La réalisation de cette démarche fut possible grâce à une source extraordinaire que nous avons eu la chance de consulter et qui a révélé des parcelles de vie de femmes et d'hommes responsables d'une aliénée. Une correspondance passionnante, colligée dans les dossiers médicaux, nous a permis de mettre en scène le quotidien de plusieurs familles dont un de ses membres était une femme présentant des signes d'aliénation mentale. Des époux, des mères, des sœurs ou des fils ont couché sur papier leurs témoignages truffés de détails saisissant révélant les embrouilles, les tourments, les peurs, les chagrins, les angoisses que pouvaient générer à elle seule la dite aliénée. Le découragement, l'épuisement, et l'impuissance face aux pensées délirantes, aux gestes scandaleux, aux comportements violents, aux accès d'agitation ou aux menaces de l'aliénée sont presque des constantes dans les lettres de demande d'admission. Il est vrai que la véracité de tels propos n'a malheureusement pu être vérifiée. Il devait être simple pour n'importe quel individu voulant se débarrasser d'une femme devenue trop dérangeante de la décrire comme très détestable pour faire croire à sa folie. Cependant, ce n'est pas tant que ces dires devaient être authentifiés par un médecin et un représentant du culte ou de la loi qui nous a donné confiance en ces propos, mais plutôt que les requérants, après l'internement de leur malade, s'enquerraient de son état et réclamait son retour à la maison. Cet intérêt de la

part du requérant venait changer le profil de l'aliénée abandonnée et ouvrait de nouvelles avenues à explorer dans l'étude de l'expérience asilaire des femmes.

Lever le voile sur la vie asilaire implique une exploration approfondie du lieu d'enfermement. Découvrir l'Hôpital St-Jean-de-Dieu à l'extrémité est de la métropole et s'en approcher tout doucement est une expérience visuellement impressionnante qui a un certain charme. La beauté de l'allée principale qui conduit au pavillon Ste-Thérèse bordée d'arbres et de fleurs ornementales a de quoi ravir le coup d'œil, même si la grosse bâtisse de pierre grise, sombre et sévère, qui surplombe avec austérité les grandes étendues d'herbes qui l'entourent, s'impose par sa rébarbative façade. Pénétrer l'ancre de cet univers de la folie, par l'entremise de courts extraits promotionnels ou de témoignages désintéressés, permet de tracer une réalité plus juste de ce qu'était le rythme de vie au quotidien à l'intérieur de cette maison de fous. Les inspecteurs, les journalistes et les aliénistes ont abondamment vanté la beauté du cite asilaire et le luxe des installations modernes à la disposition des pensionnaires. Les aliéné-e-s et leur famille ont plutôt décrit l'asile comme étant un endroit où tout est ponctué d'une routine rigide, quasiment immuable, où le travail et les activités ludiques sont réservés à une classe de malades bien particulières qui exclut, entre autres, les agitées, les violentes, les hallucinées, les automutilatrices : bon nombre de folles finalement. Les fêtes, qui se veulent des moments de réjouissance au sein de l'asile, sont toujours à connotation religieuse et l'occasion, presque incontournable, d'offrir des témoignages de félicité et des sentiments de gratitude aux représentants du corps médical ou ecclésiastique. Cela ne veut toutefois pas dire que nul n'y trouvait un certain plaisir distrayant. Il est clair que malgré les inconvénients qu'impose la vie asilaire, plusieurs y découvraient un

confort inégalé en leur demeure. Néanmoins, selon les témoignages des aliénées, cette réalité restrictive laissait place aux bons sentiments qu'elles pouvaient parfois partager avec leurs semblables, parfois avec une gardienne ou une religieuse qu'elles affectionnaient tout particulièrement.

Tout au long de cette étude, nous avons insisté sur le fait que ces femmes internées pour folie étaient avant tout, des mères, des épouses ou des enfants aux yeux de ceux qui les ont fait interner. Cette dimension nous oblige à ne point perdre de vue que ces femmes enfermées pour folie n'ont pas toutes été abandonnées derrière les murs de la folie, mais qu'assurément plus du tiers d'entre elles étaient la fille d'un père inquiet, l'épouse d'un mari découragé ou la mère d'enfants attristés qui s'enquéraient des traitements qui étaient infligés à leur malade. C'est par le regard et le discours de la famille des aliénées qu'il a été possible de mieux saisir la dynamique interne du milieu asilaire. La correspondance entretenue entre la famille et le surintendant médical nous a permis également d'établir des bilans de santé mentale qui n'auraient assurément jamais existé si les familles n'avaient pas persisté dans leur désir de connaître l'état de leur malade. Seules les copies des réponses des surintendants médicaux adressées aux familles des malades témoignent d'un certain suivi thérapeutique. Ce constat nous fait prendre conscience de l'absence de contenu médical dans les dossiers sans correspondance. Aucune note médicale, aucun bilan de l'état mental, aucun compte rendu sur l'évolution de la maladie n'atteste, dans la majorité des dossiers, d'un traitement en cours et du suivi médical qu'il sous-tend. C'est en dépouillant les nombreux dossiers dépourvus d'une correspondance même sporadique que nous avons constaté à quel point les patientes sans ressources extérieures devenaient, derrière les murs asilaires, sans histoire.

L'analyse du contenu des dossiers a révélé les plus grandes distinctions, jusque là, entre les femmes et les hommes internés à St-Jean-de-Dieu, à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et au cours des premières décennies du siècle suivant. Effectivement, il a été démontré que les femmes étaient considérées comme une « clientèle » de seconde classe. Les femmes traitées à la Longue-Pointe ont, de toute évidence, été soignées avec moins d'égard, d'attention et d'intérêt médical que leur vis-à-vis masculin. L'examen minutieux des documents conservés dans les dossiers des femmes permet d'affirmer que, dans la majorité des cas, une courte note d'à peine quatre ou cinq lignes sur l'état mental de la patiente demeure la seule information au dossier, mis à part les formulaires de demande d'internement, comparativement aux trois ou quatre pages de notes sur l'état mental des hommes colligées dans leur dossier. L'enfermement asilaire des femmes s'organisait dans un système de gardiennage au sein duquel étaient préconisés les soins de subsistance. La thérapeutique psychiatrique y jouait un rôle des plus mitigé.

En somme, l'asile n'était pas en mesure de fournir tous les soins et les attentions que prônait l'approche morale préconisée à St-Jean-de-Dieu. De toute évidence, le département des femmes n'a pas eu le même support thérapeutique qu'a bénéficié celui des hommes de l'institution. L'important encombrement qui caractérise l'asile au cours du 20<sup>e</sup> siècle, les minces ressources financières et l'insuffisance des effectifs médicaux sont quelques-unes des raisons qui ont fait naître la désillusion asilaire face à l'asile-hôpital rêvé. La théorie de la dégénérescence, le pessimisme amer au sein du corps médical de l'institution, la disqualification des hôpitaux psychiatriques en tant que lieux d'expertise spécialisés en psychiatrie active et bien sûr le laxisme du

gouvernement envers les malades mentaux ont contribué à l'échec asilaire en tant qu'institution thérapeutique ayant pour but d'améliorer le milieu de vie des aliéné-e-s afin de favoriser la guérison de la maladie mentale. L'institution s'est plutôt avérée être un lieu de réclusion sociale où étaient claustrés les indésirables de la société. Chose certaine, ce sont les femmes qui ont été le plus pénalisées au sein de l'asile et ce sont également elles qui ont été les principales victimes d'un système de soin inefficace. Nombreuses sont celles qui ont été internées à St-Jean-de-Dieu dans l'espoir de retrouver un équilibre mental. Rares cependant sont celles qui ont réellement pu bénéficier d'un quelconque traitement. En définitive, les patientes qui ont reçu l'attention et le soutien de leur famille sont assurément celles qui ont été les mieux servies pendant leur internement et qui ont eu le plus de chance d'en être libérée.

Ce voyage historique au sein de la cité asilaire a permis de mettre en perspective l'expérience en milieu institutionnel de milliers de femmes enfermées pour folie. Il a permis à toutes les femmes marginales, asociales, insensées, qui ont eu un parcours de vie non traditionnel, de trouver leur place dans l'histoire des femmes. Outre leurs excès, leurs délires, leurs irresponsabilités, elles étaient des filles, des épouses, des mères que les parents, les maris et les enfants chérissaient, affectionnaient et aimaient. Le triste sujet de la folie au féminin a été tout au long de cette étude nourri de nombreux témoignages touchants qui nous ont permis de mieux comprendre les liens affectifs qui demeurent présents pendant l'isolement asilaire. Nous avons voulu ouvrir les portes de l'asile pour que Marie-Louise, Jeannine, Élizabeth, Rose et les autres habitent maintenant notre histoire des femmes.

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

## LISTE DES GRAPHIQUES

1.	Pourcentage de femmes et d'hommes admis à St-Jean-de-Dieu, de 1879 à 1921.....	90
2.	Population totale internée à St-Jean-de-Dieu de 1896 à 1914.....	92
3.	Âge de la population féminine admise à St-Jean-de-Dieu, fin 19 <sup>e</sup> début 20 <sup>e</sup> siècles.....	94
4.	Âge de la population masculine admise à St-Jean-de-Dieu, fin 19 <sup>e</sup> début 20 <sup>e</sup> siècles.....	94
5.	État civil, en pourcentage, de la population asilaire de 1879 à 1921, une années sur six.....	97
6.	État civil, en pourcentage, de la population asilaire, femmes et hommes confondus, fin 19 <sup>e</sup> début 20 <sup>e</sup> siècle.....	97
7.	Niveau éducationnel, en pourcentage, de la population asilaire de 1900 à 1921, une année sur trois.....	100
8.	Occupations, en pourcentage, déclarées par les hommes et les femmes, lors de leur admission à St-Jean-de-Dieu, fin 19 <sup>e</sup> début 20 <sup>e</sup> siècles.....	102
9.	Population asilaire ayant déclaré être sans métier lors de leur admission à St-Jean-de-Dieu, fin 19 <sup>e</sup> , début 20 <sup>e</sup> siècles.....	104
10.	Première manifestation de l'acte insane, en pourcentage, chez les femmes et les hommes internés à St-Jean-de-Dieu pour les années 1890 à 1896 et 1900 à 1921, une année sur trois.....	108
11.	Détails, en pourcentage, sur les manifestations agressives des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu, 1900 à 1921.....	110
12.	Pourcentage des manifestations bio-physiques des femmes et des hommes, selon l'âge à l'admission, 1890 à 1890 et 1900 à 1921, une année sur trois.....	112

13.	Pourcentage des manifestations bio-physiques des femmes et des hommes admis à St-Jean-de-Dieu, fin 19 <sup>e</sup> siècle début 20 <sup>e</sup> .....	114
14.	Pourcentage des manifestations agressives des femmes et des hommes admis à St-Jean-de-Dieu, fin 19 <sup>e</sup> siècle début 20 <sup>e</sup> .....	116
15.	Pourcentage des manifestations excentriques des femmes et des hommes admis à St-Jean-de-Dieu, fin 19 <sup>e</sup> siècle début 20 <sup>e</sup> .....	117
16.	Pourcentage de femmes et d'hommes admis à St-Jean-de-Dieu, ayant déjà été traité dans une institution asilaire.....	122
17.	Pourcentage des causes de folie d'ordre physique des femmes et des hommes admis à St-Jean-de-Dieu, selon leur état civil, début 20 <sup>e</sup> siècle.....	127
18.	Classifications médicales, en pourcentage, des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu, 1873 à 1897, une années sur six.....	133
19.	Classifications médicales, en pourcentage, des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu au cours des premières décennies du 20 <sup>e</sup> siècle.....	133
20.	Classifications médicales, en pourcentage, des femmes et des hommes internés à St-Jean-de-Dieu, fin 19 <sup>e</sup> début 20 <sup>e</sup> siècle.....	137
21.	Moyenne annuelle du nombre de malades qui travaillent, 1901 à 1910.....	201

## **LISTE DES TABLEAUX**

## LISTE DES TABLEAUX

1.	Population asilaire admise à St-Jean-de-Dieu, fin 19 <sup>e</sup> début 20 <sup>e</sup> siècles.....	89
2.	Apparition des premiers symptômes de la maladie pour lesquels l'admission est demandée, en mois ou en années,.....	120
3.	Causes probable, selon les requérants, à l'origine du trouble mental, 1891 à 1897 et 1900 à 1921, une année sur trois.....	125
4.	Mouvement de la population asilaire de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.....	250
5.	Population asilaire libérée de St-Jean-de-Dieu, Suite à un congé d'essai.....	251
6.	Comptabilisation des dossiers des femmes admises à St-Jean-de-Dieu dans lesquels aucune classification n'a été notée.....	273
7.	Dossiers des femmes internées dans lesquels est inscrit une date de sortie, au cours des 19 <sup>e</sup> et 20 <sup>e</sup> siècles.....	282
8.	Pourcentage de la population asilaire, admise annuellement, sortie guérie de St-Jean-de-Dieu.....	288
9.	Mouvement de la population asilaire du Protestant Hospital.....	290
10.	Pourcentage des patientes libérées de l'asile selon leur classification à l'admission.....	290
11.	Durée du traitement des patientes sorties guéries de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.....	291
12.	Nombre de femmes hébergées à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.....	294
13.	Personnel de garde au service des malades de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.....	301
14.	Personnel au service des patients internés à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu.....	304
15.	Population et coût du maintien pour l'Hôpital St-Jean-de-Dieu et pour le Protestant Hospital, depuis 1905 à 1910 inclusivement.....	307

## **TABLE DES MATIÈRES**

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iv
INTRODUCTION.....	vii
BIBLIOGRAPHIE.....	xvii
1. HISTORIOGRAPHIE. DE LA PERCEPTION DU FOU À LA FEMME INTERNÉE, DU 17 <sup>e</sup> SIÈCLE AU DÉBUT DU 20 <sup>e</sup> .....	1
1.1. La perception du fou et la prise en charge de sa folie.....	4
1.1.1. Perceptions et jugement.....	4
1.1.2. Le traitement de la folie.....	12
1.1.3. L'art de contrôler la folie.....	20
1.1.4. La vie asilaire au quotidien.....	24
1.2. Ces femmes internées pour folie.....	31
1.2.1. L'étiquette de la folie.....	31
1.2.1.1. Perceptions sociales.....	32
1.2.1.2. La période victorienne et le « mystère du sexe féminin ».....	37
1.2.1.3. L'hystérie.....	40
1.2.2. L'enfermement au féminin.....	46
1.2.2.1. Norme et stéréotypes sexuels.....	46
1.2.2.2. Le concept d'oppression.....	50
Conclusion.....	56
2. MÉTHODOLOGIE : DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME ASILAIRE AU QUÉBEC ET RÉFÉRENCES ARCHIVISTIQUES.....	60
2.1. Réseau asilaire au Québec.....	62
2.2. Cadre structurel.....	64
2.3. Les archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.....	68
2.4. Les archives des sœurs de la Providence.....	77
2.5. Les sources imprimées.....	78
2.6. Les archives du district judiciaire de Montréal.....	79
3. LES STÉRÉOTYPES SEXUELS DE L'ENFERMEMENT.....	81
3.1. Profil de la population asilaire, 1873 à 1921.....	87
3.2. L'acte insane.....	106

3.2.1. Premières manifestations des comportements insanes.....	107
3.2.2. Insensé-e-s depuis quand ?.....	119
3.2.3. Les causes de la maladie.....	124
3.2.4. L'opinion de l'aliéniste.....	132
Conclusion.....	140
4. L'UNIVERS ASILAIRE ET L'ILLUSION THÉRAPEUTIQUE.....	146
4.1. L'enfermement asilaire... Une nécessité.....	149
4.1.1. L'essoufflement des ressources familiales et sociales.....	150
4.1.1.1. Trouble, tumulte et soucis : La demande d'admission.....	151
4.1.1.2. Péril en la demeure.....	158
4.1.1.3. Folles et sans le sou.....	161
4.1.1.4. De l'épuisement à l'Impuissance : Vivre avec une aliénée.....	165
4.1.2. La prise en charge médicale.....	170
4.1.2.1. Contexte asilaire avant 1890.....	170
4.1.2.2. Contexte asilaire dès 1890.....	171
4.1.2.3. Rôle social de l'asile.....	172
4.2. La cité asilaire.....	178
4.2.1. L'espace asilaire.....	180
4.2.1.1. Côté jardins.....	181
4.2.1.2. Côté résidences.....	183
4.2.2. Au-delà des murs.....	189
4.2.2.1. Vivre en communauté.....	190
4.2.2.2. L'occupation du temps et rythme asilaire.....	196
4.2.2.3. Réalité restrictive.....	208
4.2.2.4. Les bons sentiments.....	217
Conclusion.....	223
5. L'ENFERMEMENT ASILAIRE : ESPOIR ET DÉSILLUSION.....	226
5.1. Enthousiasme et scepticisme thérapeutique.....	230
5.1.1. Isolement thérapeutique et soutien familial.....	231
5.1.2. Prise en charge familiale.....	244
5.1.3. Doutes thérapeutiques.....	255
5.2. Sur les traces de l'échec asilaire.....	268
5.2.1. Rôle des médecins.....	270
5.2.2. Gestion des dossiers.....	280
5.2.3. Les faibles taux de guérison.....	286
5.2.4. Croissance de la population asilaire.....	293
5.2.5. Le personnel soignant.....	300
Conclusion.....	308
CONCLUSION.....	314
LISTE DES GRAPHIQUES.....	324
LISTE DES TABLEAUX.....	327
TABLE DES MATIÈRES.....	329

ANNEXE 1 : FICHE MODÈLE D'ENTRÉE DE DONNÉES .....333

ANNEXE 2 : TABLEAU INDIQUANT LE NOMBRE ET LA FONCTION DES  
PERSONNES EMPLOYÉES AU SERVICE DES PATIENTS INTERNÉS  
À ST-JEAN-DE-DIEU LE 31 DÉCEMBRE 1904 .....336

**ANNEXE 1**

**FICHE MODÈLE DES ENTRÉES DE DONNÉES**

**ANNEXE 1  
FICHE MODÈLE D'ENTRÉE DE DONNÉES**

**FORMULE C**

NO. DE BOÎTE	<input type="text"/>	NO. DE FICHE	<input type="text"/>	NO. DOSSIER	<input type="text"/>
PRÉNOM	<input type="text"/>	NOM	<input type="text"/>	SEXE	<input type="text"/> <input type="text"/>
DATE D'ADMISSION	<input type="text"/>				<input type="text"/>
CODE CLASSIFIC. MALADIE	<input type="text"/>				<input type="text"/>
CODE CLASSIFIC. MALADIE 2	<input type="text"/>				<input type="text"/>
LOCALITÉ	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
ÉTAT CIVIL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AGE		<input type="text"/>
ORIGINE	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
OCCUPATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
ÉDUCATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
RELIGION	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
ANTÉCÉDANTS P	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOMBRE D'INTERN. P	<input type="text"/>	MALADE DEPUIS P <input type="text"/>
CODE MANIFES. TR. MENTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
CODE MANIFES. TR. MENTAL 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
APPÉTIT	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
SOMMEIL	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PROPRETÉ	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
COMPLICATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
COMPLICATION 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
CAUSE DE L'ATTAQUE	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
CAUSE DE L'ATTAQUE 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TRAITEMENTS DISPENSÉS	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

---

**RÉSUMÉ DE DOSSIER**

---

**ÉVOLUTION MENTALE P CERTIFICAT MÉDICAL**

--

AFFECT. P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IDÉES P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IDÉES 2 P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMPORT P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMPORT 2 P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMPORT 3 P	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HÉRÉDITÉ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
REQUÉRANT P	<input type="text"/>	<input type="text"/>

---

**FORMULE J**

---

LIBÉRATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATE DE SORTIE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NATURE DÉCÈS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATE DÉCÈS	<input type="text"/>	

--

**ANNEXE 2**

**TABLEAU INDIQUANT LE NOMBRE ET LA FONCTION DES  
PERSONNES EMPLOYÉES AU SERVICE DES PATIENTS INTERNÉS  
À ST-JEAN-DE-DIEU LE 31 DÉCEMBRE 1904**

**ANNEXE 2**  
**TABLEAU INDIQUANT LE NOMBRE ET LA FONCTION DES**  
**PERSONNES EMPLOYÉES AU SERVIC DES PATIENTS INTERNÉS**  
**À ST-JEAN-DE-DIEU LE 31 DÉCEMBRE 1904.<sup>1</sup>**

<b>FONCTIONS</b>	<b>HOMMES</b>	<b>FEMMES</b>	<b>TOTAL</b>
Supérieure provinciale		1	1
Supérieure locale		1	1
Assistante supérieure		1	1
Aumôniers	4		4
Médecins de service	3		3
Médecins du gouvernement	4		4
À la procure et au secrétariat		6	6
Secrétaire de la supérieure provinciale		1	1
École des filles			
du village de la Longue-Pointe		2	2
À la pharmacie		4	4
À la sacristie		6	6
À la buanderie	2	5	7
À la couture	2	11	13
Au jardin et à la ferme	9	4	13
À la savonnerie		1	1
Au filage et au tissage		2	2
Aux cuisines	3	24	27
Au magasin		5	5
À la garde des malades, le jour	45	167	212
À la garde des malades, la nuit	6	5	11
À la reliure		2	2
Ajusteurs de tuyaux	6		6
Boucher	1		1
Boulangier	1		1
Cocher	1		1
Concierges	4		4
Conducteur de char	1		1
Chauffeurs	7		7
Charron	1		1
<b>Nombre à reporter</b>	<b>100</b>	<b>248</b>	<b>348</b>

<sup>1</sup> Rapport annuel de la sœur supérieure de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu pour l'année 1904. Document de la session, 1906, vol. 39 no 2, p.202 et 203.

*Suite*

<b>Nombre reporté</b>	<b>100</b>	<b>248</b>	<b>348</b>
Cordonnier	1		1
Ferblantiers	2		2
Fleuriste	1		1
Forgerons	2		2
Garde-moteurs	2		2
Ingénieur et électricien en chef	1		1
Ingénieurs-assistants	4		4
Électricien-assistant	1		1
Maçon	1		1
Messenger	1		1
Menuisiers	3		3
Organistes	1	1	2
Palefrenier	1		1
Peintres	4		4
Porcher et vacher	1		1
Sellier	1		1
Tailleur	1		1
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>249</b>	<b>377</b>

\*N.B. - Ceux qui s'occupent généralement d'ouvrage spécial sont en même temps chargés de la garde des malades qui travaillent avec eux.