

Premières initiatives d'intégration sociale des malades mentaux dans une phase de pré-désinstitutionnalisation. L'exemple de Saint-Jean-de-Dieu, 1910–1950

MARIE-CLAUDE THIFAUT

ISABELLE PERREAULT*

Cet article sur les premières initiatives d'intégration sociale des malades mentaux, dans l'exemple de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, présente la mise en place d'une phase de désinstitutionnalisation au cours des premières décennies du XX^e siècle. Notre étude s'inscrit dans le courant historiographique récent qui propose une relecture de la période pré-Révolution tranquille au Québec. Nous entendons y contribuer en démontrant que les politiques, les stratégies et les pratiques des Sœurs de la Providence et des psychiatres ont mis en place un système de désinstitutionnalisation et de réintégration des patients dans leur famille dès les années 1910, soit un demi-siècle avant que ne s'amorce la première vague de désinstitutionnalisation des années 1960 orchestrée par les auteurs du rapport Bédard.

This article on the first initiatives of social integration of the mentally ill, using the example of the Hôpital St-Jean-de-Dieu, explores the implementation of a period of deinstitutionalization in the early decades of the 20th century. Our study is situated in the recent historiography that offers a rereading of the period just prior to the Quiet Revolution in Quebec. We intend to contribute by demonstrating that the policies, strategies and practices of the Sisters of Providence and the psychiatrists of St-Jean-de-Dieu developed a system of deinstitutionalization that reintegrated patients

* Marie-Claude Thifault, historienne spécialiste de l'univers asilaire québécois et canadien, est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa. Ses plus récentes recherches s'intéressent aux religieuses hospitalières, les Sœurs de la Providence fondatrices de l'École de gardes-malades de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, et à l'intégration d'un service professionnel de soins de santé, spécialisé en médecine mentale, offert par des infirmières diplômées au sein de l'institution psychiatrique montréalaise. Isabelle Perreault, elle, poursuit ses études postdoctorales à l'Université d'Ottawa et à Concordia University. Ces recherches portent sur l'institutionnalisation et la désinstitutionnalisation de la déviance mentale, les traitements psychiatriques physiologiques et pharmacologiques, et les discours religieux et médicaux sur la sexualité.

into their family as early as the 1910s, half a century before the first wave of deinstitutionalization of the 1960s was orchestrated by the authors of the Bédard report.

Mon cher monsieur,

En réponse à votre lettre en date du 8 Juillet courant [1909]. je regrette de vous informer que je ne pourrai pas permettre de retirer votre femme de l'asile, sous congé d'essai parce que son état mental ne justifie pas cette mesure.

Votre dévoué.

Sur. Méd.¹

C'EST AU cours de la première décennie du XX^e siècle que de la correspondance au sujet de demandes de congés d'essai, comme celle-ci en exergue, s'ajoute aux quelques feuillets colligés dans les dossiers médicaux des patientes et des patients internés à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Une demande récurrente et de plus en plus fréquente de la part tant des familles que des psychiatres, à mesure que ce précise la mi-temps de ce siècle. Cette étude, menée dans le cadre du projet *Le champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale*², explore les pratiques de congés d'essai, afin de mieux comprendre les premières tentatives d'intégration sociale des patients internés à Saint-Jean-de-Dieu. Ces initiatives débutent bien avant que ne s'amorce la première vague de désinstitutionnalisation des années 1960 orchestrée par les auteurs du rapport Bédard³.

Notre recherche sur les premières décennies du XX^e siècle dans les dossiers médicaux de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu révèle que parmi les admissions de 1890, à peine 1 % des patients profitent d'un congé d'essai; en 1906, ils sont 30 %, et plus de 50 % en 1928⁴. La particularité

1 Archives de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (AHL-HL), dossier médical 9421. Cette citation a été reproduite telle que trouvée dans le dossier. Afin de ne pas alourdir le texte, nous avons jugé préférable de ne pas ajouter l'expression *sic* pour aviser le lecteur chaque fois que les transcriptions sont fidèles au texte original. Il en sera ainsi pour toutes les citations de cet article tirées des correspondances compulsées dans les dossiers médicaux.

2 Ce projet de recherche s'inscrit dans la foulée des projets subventionnés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) : 1) *Open Doors/Closed Ranks : Locating Mental Health After the Asylum* (2007–2012), dirigé par Megan Davis et Erika Dyck; 2) *Le champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale : enjeux socio-historiques, normes et pratiques, 1920–1980* (2010–2013), dirigé par Marie-Claude Thifault. Ces deux projets d'étude sur l'histoire de la santé mentale, plus précisément sur la période de la désinstitutionnalisation, proposent une lecture pancanadienne sur le passage de l'enfermement asilaire à la réintégration des psychiatisés au sein de la société.

3 Henri Dorvil, Herta Guttman, Nicole Ricard et André Villeneuve, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Annexe 1 : 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961–1996*, Québec, rapport soumis au ministre de la Santé et des Services Sociaux, 1997, p. 109–121.

4 Marie-Claude Thifault, *L'enfermement asilaire des femmes au Québec : 1873–1921*, thèse de doctorat en histoire, Université d'Ottawa, 2003, p. 245–246.

de cette pratique, incitant le retour des malades au sein de leur famille, va à l'encontre des principes thérapeutiques du XIX^e siècle fondés sur l'internement des malades mentaux, aussitôt l'apparition des premières manifestations de comportements « insanes ». Ces initiatives « antithérapeutiques » qui replongent le malade dans son milieu naturel, là où les aliénistes croyaient que la maladie mentale avait pris naissance, répondaient d'une part au désir des familles de voir revenir leur malade à la maison, aux nouvelles théories d'explication des maladies mentales basées sur l'hérédité et la constitution, mais aussi à l'état de surpopulation de l'institution asilaire.

Les facteurs économiques jouent également un rôle non négligeable dans les pressions exercées pour sortir certains aliénés de l'asile, pressions qui amènent en 1909 la formulation d'un article de loi (art. 4152, S.R.Q. 1909) permettant au secrétaire de la province ou au surintendant médical d'ordonner que les cas chroniques soient envoyés dans leur famille à condition qu'ils ne soient pas une cause de scandale ou de danger. Il s'agit d'une procédure qui permet de libérer les asiles, dans un état de plus en plus critique d'encombrement, des idiots, aliénés incurables, déments et séniles; en somme, la population asilaire pour qui les aliénistes ont perdu tout espoir de guérison. Les familles ont ainsi un rôle de premier plan dans le désengorgement des institutions psychiatriques et dans l'intégration de leur malade au sein de la communauté.

Nos questions de recherche s'intéressent à comprendre : quel était le rôle des familles dans l'intégration sociale des malades mentaux, et cela, dès les années 1910; comment la communauté les a accueillis; est-ce que les malades mentaux ont vraiment pu prendre leur place au sein de la société? L'augmentation de la population asilaire, les changements sur l'étiologie et les traitements des maladies mentales, tout comme les relations dynamiques entre les autorités asilaires et gouvernementales, déterminent les lois et les politiques d'admission et de sortie. Nous ferons tout d'abord état du contexte asilaire de l'époque pour être en mesure de bien inscrire dans un cadre explicatif les illustrations des congés d'essai. Nous retrouvons, de fait, l'application des discours officiels dans les pratiques de congés entre 1910 et 1950.

L'historiographie de la désinstitutionnalisation au XX^e siècle, soit du phénomène de réinsertion des personnes psychiatisées au sein de la société, est surtout unidimensionnelle. Les précurseurs de ce champ d'études au Québec sont notamment Françoise Boudreau, Henri Dorvil et Hubert Wallot⁵. Leurs travaux ont grandement inspiré plusieurs

5 Françoise Boudreau, *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : histoire et institutions*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1984 (2^e éd., 2003); Henri Dorvil, « Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation », *Cahiers de recherche sociologique*, n^{os} 41–46, 2005, p. 209–235; Henri Dorvil, « La désinstitutionnalisation :

études de 2^e et 3^e cycles depuis les quinze dernières années⁶. La désinstitutionnalisation demeure néanmoins un sujet jusqu'ici principalement étudié dans une perspective sociologique⁷. Fidèles aux analyses anti-institutionnelles, ces auteurs se sont surtout intéressés au mythe de l'asile « curatif », en le définissant comme lieu de contrôle social et avant tout comme lieu d'abandon et de déshumanisation. Pour revenir aux travaux incontournables de Dorvil, spécialiste de l'expérience « trans-institutionnelle » au Québec, il faut noter qu'il s'intéresse plus spécifiquement à la situation précaire des malades mentaux au sein de la communauté depuis les réformes sociales de la Révolution tranquille. À ces études s'ajoutent les témoignages percutants des survivants de l'ère asilaire⁸.

La question des liens entre la psychiatrie, le catholicisme et la Révolution tranquille a été traitée par Boudreau, qui affirme que jusqu'en 1960, les francophones conçoivent la folie comme un mal incurable provoqué par Dieu pour nous punir ou pour nous éprouver. Toujours selon elle,

du fou de village aux fous des villes », *Bulletin d'histoire politique*, vol.10, n° 3, 2002, p. 88–104; Henri Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté 1962–1987 : de l'Annonciation à Montréal*. Montréal, Éditions Émile-Nelligan, 1988; Henri Dorvil, « Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, n° 1, 1987 p. 79–89; Hubert Wallot, *Peut-on guérir d'un passé asilaire? Survol de l'histoire socio-organisationnelle de l'hôpital Rivière-des-Prairies*, Montréal, Publications HMH, 2006; id., *La danse autour du fou : entre la compassion et l'oubli. Survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours* [préface de Camille Laurin], Beauport, Publications HMH, 1998.

6 Catherine Duprey, *La crise de l'enfermement asilaire au Québec à l'orée de la Révolution tranquille*, thèse de maîtrise en histoire, Université du Québec à Montréal, 2007; Brigitte Gagnon, *Tout ce qu'on veut c'est vivre le plus normalement possible. Désinstitutionnalisation psychiatrique et communautarisation des pratiques en milieu franco-ontarien*, mémoire de maîtrise en service social, Université d'Ottawa, 1996; P. Morin, *Espace urbain montréalais et processus de ghettoïsation de la population marginalisée*, thèse de doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal, 1994; Jacynthe Pitre, *A.P.P.L.E. (A Post Psychiatric Leisure Experience) : Un visage parmi tant d'autres. Un modèle de pratiques d'aide qui s'élaborent « hors les murs » de l'institution pour les psychiatisés*, mémoire de maîtrise en service social, Université d'Ottawa, 1999; M. Robert, *De la médicalisation à la pénalisation des justiciables souffrant de troubles mentaux*, thèse de doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal, 1997.

7 Louise Blais, Louise Mulligan-Roy et Claude Camirand, « Un chien dans un jeu de quilles : le mouvement des psychiatisés et la politique de santé mentale communautaire en Ontario », *Revue canadienne de politique sociale*, vol. 42, 1998, p. 15–35; Marcelo Otero, « Les fous n'existent qu'en société », *CREMIS*, vol 3, n° 1, hiver 2010, p. 16–20; Nérée St-Amand, « Dans l'ailleurs et l'autrement : pratiques alternatives et service social », *Reflète*, vol. 7, n° 2, automne 2001, p. 30–74.

8 Jean-Claude Pagé, *Les fous crient au secours*, Montréal, Éditions du Jour, 1961; Bruno Roy, *Mémoire d'asile*, Montréal, Boréal, 1994; Nérée St-Amand et Eugène Leblanc, *Osons imaginer. De la folie à la fierté*, Moncton, Éditions Our Voice/Notre Voix, 2008; Luc Vigneault et Marcel Blais, témoignage dans la série *Les maudits fous!*, Vendôme, 2007.

[l]e malade était donc « placé » à l'asile, et les sœurs, du fait de leur esprit d'abnégation et de leur engagement à mener une vie de chasteté, de pauvreté et d'obéissance, étaient considérées comme étant les mieux qualifiées pour prendre soin des affligés et sauver leur âme⁹.

Son analyse, en plus d'être anti-institutionnelle, est fortement empreinte d'anti-catholicisme. Pourtant, nous devons à Nérée St-Amand une contribution originale aux pratiques alternatives sur la spiritualité en santé mentale en Ontario et au Nouveau-Brunswick¹⁰.

Chez les historiens et sociologues, on voit depuis près de dix ans une relecture du catholicisme au Québec sous la plume de Michael Gauvreau, Jean-Philippe Warren et E. Martin Meunier, notamment¹¹. L'idée du retard d'un Québec traditionaliste et réactionnaire dirigé par les clercs est remise en cause par l'analyse des mouvements sociaux catholiques qui prennent racine dans le personnalisme chrétien au cours des années 1930–1940. Pour Gauvreau, la Révolution tranquille provient de la crise des années 1930 et du mouvement d'Action catholique. Son étude, basée sur la culture et la société, démontre que la première phase de la Révolution tranquille a été orchestrée par un désir de changement d'un nouveau catholicisme dirigé par des laïcs¹². La deuxième phase de sécularisation de la société québécoise à partir du milieu des années 1960 a, elle, rejeté le catholicisme comme force de changement social. Cette deuxième étape, réalisée par une élite d'intellectuels de la classe moyenne des années 1950–1960 masque l'action des mouvements sociaux et populaires (ouvriers, jeunes et féminins)¹³. En d'autres mots, elle a dénigré les pratiques des classes populaires, auteurs des changements de l'après-guerre. Les auteurs du rapport Bédard font partie de cette élite.

9 Boudreau, *op. cit.*, p. 54.

10 Nérée St-Amand, « Le sacré : au cœur ou en marge du social » *Revue ontariote d'intervention sociale et communautaire*, vol. 12, n° 1, 2006, p. 20–47.

11 E. Martin Meunier, « Une nouvelle sensibilité pour les “Enfants du Concile” ? », dans Stéphane Kelly, *Les idées mènent le Québec*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, p. 93–106; Michael Gauvreau, *Les origines catholiques de la Révolution tranquille*, Montréal, Fides, 2008 [McGill-Queen's, 2005 en anglais]; E. Martin Meunier et Jean-Philippe Warren, *Sortir de la Grande Noirceur. L'horizon personnaliste de la Révolution tranquille*, Sillery, Septentrion, 2002. Bien qu'ils s'inscrivent dans l'histoire sociale et culturelle du catholicisme au Québec, nos travaux de recherche sollicitent également l'histoire des savoirs, des institutions, de l'économie et des acteurs. Les premières politiques de désinstitutionnalisation n'auraient pu voir le jour sans plusieurs variables.

12 Gauvreau, *op. cit.*, p. 348–353.

13 Sur les mouvements jeunesse et féminins, voir les études de Lucie Piché, *Femmes et changement social au Québec. L'apport de la Jeunesse ouvrière catholique féminine 1931–1966*, Québec, PUL, 2003, et de Louise Bienvenue, *Quand la jeunesse entre en scène : L'Action catholique avant la Révolution tranquille*, Montréal, Boréal, 2003.

Notre étude s'inscrit dans ce courant historiographique récent qui propose une relecture de la période pré-Révolution tranquille au Québec en considérant le catholicisme social comme l'une des forces de changement de la société québécoise. Nous entendons y contribuer en démontrant que les politiques, les stratégies et les pratiques des Sœurs de la Providence et des psychiatres ont mis en place un système de désinstitutionnalisation et de réintégration des patients dans leur famille dès les années 1910. L'analyse des archives nous permet de questionner l'idée commune selon laquelle les psychiatres « modernistes », formés dans les années 1950 et auteurs des réformes psychiatriques des années 1960, ont créé une rupture et pensé un nouveau mode d'assistance avec la réforme¹⁴. Au contraire, ils ont poursuivi un système déjà en place depuis un demi-siècle. Si les années 1960–1970 ont connu une vague de désinstitutionnalisation massive, celle-ci est moins attribuable aux pratiques psychiatriques « modernistes » qu'à l'arrivée de la psychopharmacologie à partir de 1954.

Constitué de deux volets, cet article traite dans un premier temps du contexte asilaire de 1910 à 1950. C'est par le discours officiel des instances décisionnelles à l'égard de la prise en charge des aliénés que sont présentés les politiques et les articles de lois en vigueur auxquels doivent répondre les psychiatres qui se sont succédé à la surintendance de Saint-Jean-de-Dieu au cours de la première moitié du XX^e siècle. Ces politiques répondent à une surpopulation asilaire, mais également à un changement dans l'explication des causes de la maladie mentale, à une volonté professionnelle des psychiatres d'être des spécialistes médicaux comme les autres et à l'arrivée de nouveaux traitements curatifs. Le deuxième volet, nourri de minutieuses recherches dans les dossiers médicaux, présente quelques traces de la mise en application du discours officiel sur la volonté de désengorgement de l'asile, phénomène qui n'est pas demeuré vain. Ces traces révèlent un segment de l'histoire des asiles encore trop peu connu : celui d'une phase « pré-désinstitutionnelle » fondée sur la « déhospitisation » des patients psychiatriques¹⁵.

Le contexte asilaire : politiques, discours et pratiques institutionnelles, 1910–1950¹⁶

À la fin du XIX^e siècle, le système asilaire québécois est critiqué car sa population regroupe un mélange d'incurables, de fous-criminels et de

14 Boudreau, *op. cit.*, 2003, p. 140; Dorvil, Guttman, Ricard et Villeneuve, *op. cit.*, p. 121–128.

15 « [L]a déhospitisation renvoie à une sortie des hôpitaux psychiatriques des personnes diagnostiquées », comme l'expliquent Dorvil et collab., dans « 35 ans de désinstitutionnalisation. . . », *op. cit.*, p. 112.

16 Sur le contexte et les savoirs psychiatriques, voir Isabelle Perreault, *Psychiatrie et ordre social : Analyse des causes d'internement et des diagnostics donnés à Saint-Jean-de-Dieu dans une perspective de genre, 1920–1950*, thèse de doctorat, Université d'Ottawa, 2009.

non-aliénés. En 1885, une loi gouvernementale place le contrôle de l'asile entre les mains des surintendants médicaux, médecins payés par l'État. L'administration reste entre les mains des Sœurs de la Providence à Saint-Jean-de-Dieu¹⁷. Le D^r Bourque, surintendant médical à Saint-Jean-de-Dieu, adopte alors la doctrine de la dégénérescence de Magnan. Celle-ci classe les maladies en deux grands groupes : celles qui ont des causes organiques, comme la folie des dégénérés, et celles qui ont des causes fonctionnelles, comme le délire chronique. Le fou doit désormais être perçu comme un être malade, et sa folie est associée à un arrêt du développement du cerveau, à une lésion ou encore à l'hérédité.

La surintendance médicale passe aux mains du D^r Villeneuve en 1900. Ce dernier restera en poste jusqu'à sa mort en 1918. Sur le plan médical, l'Asile Saint-Jean-de-Dieu harmonise sa classification avec les autres institutions du genre au Québec, en plus d'adopter le système de *non-res-reint*, de la thérapie par le travail et des congés d'essai¹⁸. On tente alors de prévenir la folie chronique et incurable par la mise en place d'un système d'internement hâtif au lieu de simplement soulager la société de ses « fous ». Cela dit, avec le souci d'être une spécialité médicale qui prévient et traite les troubles mentaux, l'internement des personnes présentant des symptômes mineurs provoque à la fois l'augmentation de la population asilaire et l'élargissement du bassin des comportements associés à l'aliénation mentale¹⁹. Si la prévention se fait à l'intérieur des murs de l'asile avec la politique d'internement hâtif, ce système voit augmenter la population asilaire de manière importante et provoque un problème de gestion économique²⁰. C'est quelques années plus tard, dans les années 1920 au Québec, que le mouvement d'hygiène mentale tentera de prévenir l'aliénation mentale mais, cette fois, à l'extérieur des murs de l'asile²¹.

17 Guy Grenier, *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentales au Québec entre 1885 et 1930*, mémoire de maîtrise en histoire, Université de Montréal, 1990, p. 50.

18 Bernard Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H.-Lafontaine, Évolution historique de l'hôpital psychiatrique à Montréal*, Montréal, Méridien, 1989, p. 75.

19 La prévention se fait à l'intérieur des murs de l'asile avec la politique d'internement hâtif. Ce système voit augmenter la population asilaire de manière importante et le sous-financement des institutions du genre au Québec amène un problème de gestion économique. Voir André M. Paradis, « Le sous-financement gouvernemental et son impact sur le développement des asiles francophones au Québec (1845–1918) », *RHAF*, vol. 50, n° 4, 1997, p. 571–598. À partir des années 1920, le mouvement d'hygiène mentale tente de prévenir l'aliénation mentale à l'extérieur des murs de l'asile; Guy Grenier, « Doctrine de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885–1930) », *Cahiers du centre de recherches historiques*, vol. 12, 1994, en ligne.

20 Paradis, *op. cit.*, 1997.

21 Aux États-Unis en 1909, au Canada anglais en 1918 et au Québec en 1928. Pour une étude canadienne, voir David McLennan, « Beyond the Asylum: Professionalization and the Mental Hygiene Movement in Canada, 1914–1928 », *CBMH/BCHM*, vol. 4, 1987, p. 7–23.

Loi sur les asiles d'aliénés de 1909 : les prémisses d'un nouveau mode de gestion asilaire

La *Loi sur les asiles d'aliénés* de 1909, refonte de la loi de 1880, régit les processus d'internement jusqu'en 1950. Ce sont les articles 4105 et 4115 de la loi de 1909 qui légifèrent sur les raisons d'internement « volontaire ». Cette loi stipule que,

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

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

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

(4115) [...] Étant donné qu'un individu est aliéné, son internement peut se justifier, soit comme mesure de thérapeutique, d'assistance ou de sécurité publique et privée et d'ordre public. À part la certitude que l'individu est aliéné, le surintendant médical devra trouver dans le certificat médical, une raison suffisante pour l'interner, à l'un de ces trois points de vue. Ce ne sont pas de vagues présomptions, ce sont des faits que le médecin devra apporter à l'appui de son opinion, lorsque les indications de l'internement ne se déduisent pas exclusivement de la forme particulière d'aliénation mentale dont souffre l'individu²².

Certains comportements témoignent de la nécessité de la mise à l'écart des individus et mettent en branle le processus d'admission. Au sens de la loi, qui peut être interné? La loi est précise. Les aliénés peuvent être internés selon trois motifs : (1) pour les soigner, (2) pour les aider ou (3) par mesure de sécurité et d'ordre dans la cité comme à la maison. Dans le cas des idiots et des imbéciles, ils ne peuvent être internés que s'ils sont dangereux ou scandaleux, épileptiques ou « monstrueux ». Or, la définition de ce qui est scandaleux n'est pas donnée par la loi et les comportements jugés tels répondent en fait à un critère de tolérance fondé sur les mœurs et les valeurs de l'époque. Le jugement appartient au psychiatre, un homme qui vit et pense dans un contexte particulier. Deux autres justifications d'internement sont mentionnées dans la loi : la thérapeutique et l'assistance, justifications rarement invoquées lors de l'admission.

Mais sur quels critères peut-on juger de la folie d'un individu? Le D^r Tétreault, psychiatre à Saint-Jean-de-Dieu dans les années 1910–1920, apporte une réponse précise :

22 S.R.Q. 1909, Vol. II, chap. 4, « Lunatic Asylums ».

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

1- Pour lui-même, lorsqu'il est sérieusement exposé à attenter à ses jours ou à compromettre sa fortune, soit en se laissant exploiter par son entourage, soit en s'abandonnant lui-même à des projets extravagants.

2- Pour autrui, lorsqu'il y a lieu de craindre qu'il n'attende à la pudeur ou à la vie des personnes, qu'il n'incendie ou ne détruise les propriétés.

3- Pour la société, quand, par ses écrits, ses paroles ou par ses actes, il compromet l'ordre public ou augmente indûment les charges sociales dans les cas, par exemple, d'enfants procréés par des idiots laissées en liberté²³.

Par la médicalisation de la déviance sociale, les psychiatres mettent en place, peut-être à leur insu, un système d'internement qui sera fortement critiqué un demi-siècle plus tard. Si les congés d'essai sont en vigueur depuis 1909, les pressions sociales et les stigmates liés à des comportements immoraux et scandaleux créeront une tension entre les justifications de mises à l'écart et la volonté de sortir les patients de l'institution.

Au décès du D^r Villeneuve en 1918, c'est l'assistant surintendant médical, le D^r Francis Eugène Devlin, qui assure l'intérim jusqu'en 1931. Le contrat des Sœurs de la Providence avec le gouvernement arrive à échéance et elles y voient la nécessité de se préoccuper de l'état des infrastructures et d'être à jour par rapport aux techniques médicales. Le système d'hydrothérapie est mis en place en 1921 puis, l'année suivante, l'occupation thérapeutique a son département, avec du personnel spécialisé²⁴. C'est aussi à ce moment que la première assistante sociale, Marie Migneault, est embauchée à titre d'officier enquêteur. Dans une lettre au D^r Desloges en février 1921, le D^r Devlin souligne que tous les grands hôpitaux de ce continent ont des officiers enquêteurs ayant juridiction autant sur les aspects médicaux qu'économiques. Les documents produits par ces personnes permettent de connaître l'histoire du malade avant son internement, de recommander les congés d'essai, les réadmissions ou sorties définitives et enfin d'évaluer la situation financière de la famille du patient de manière à établir son niveau de participation aux coûts des traitements²⁵.

En 1923, pour 3 019 patients, on compte 280 religieuses (dont 72 infirmières diplômées), 58 gardes-malades séculières, quatre psychiatres, près de dix médecins consultants, un chirurgien, un dentiste et un

23 Alcée Tétreault, *Cours des maladies mentales, donné à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu*, Montréal, s.d. (vers 1920), p. 61–63.

24 *Ibid.*, p. 86.

25 AHL-HL, lettre du D^r Devlin au D^r Desloges, 2 février 1921.

oto-rhino-laryngologiste²⁶. Sept ans plus tard, on retrouve 23 professionnels à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, une dizaine de médecins comprenant les psychiatres internes et les consultants et six spécialistes pour 4 165 patients²⁷. Avec une augmentation de plus de mille patients en moins de dix ans, les tentatives du D^r Villeneuve dans les années 1900–1910 pour restreindre la population asilaire et inscrite dans la loi de 1909 ne portent pas fruit. En 1932, les D^{rs} Noël et de Bellefeuille rappellent que Saint-Jean-de-Dieu ne peut recevoir certains types de malades, comme les épileptiques non délirants et les « petits mentaux », c'est-à-dire les pithiatiques, les psychasthéniques, les neurasthéniques et les arriérés²⁸.

N'oublions pas que l'augmentation de la population asilaire va de pair avec l'augmentation de la population du Québec, qui double de 1881 à 1931, passant de 1 359 027 à 2 874 662. Qui plus est, la province connaît une forte urbanisation durant la même période, avec un taux qui passe de 36 % en 1901 à 60 % en 1931²⁹. Si la grande saignée vers les États-Unis sert de soupape à l'augmentation de la pression démographique durant un certain temps, l'exode rural alimente le phénomène d'urbanisation et de surpopulation des quartiers ouvriers. On estime en effet à 90 000 le nombre de personnes qui migrent de la campagne à la ville pour la seule décennie 1921–1931³⁰.

À partir de 1931, la population asilaire connaît une hausse qui dépasse largement le taux d'accroissement de la province.

Les psychiatres et professionnels de l'époque prennent acte de l'influence des facteurs sociaux dans le développement de l'aliénation mentale. La Première Guerre mondiale et la crise économique du début des années 1920 et des années 1930 appellent à une intervention de

26 *Notes historiques de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, 1923, p. 12. Les psychiatres « permanents » au début des années 1920 sont les D^{rs} Devlin, Noël, Tétreault et de Bellefeuille. C'est à partir de 1928 que le nombre de neuropsychiatres consultants augmente considérablement.

27 Les psychiatres de Saint-Jean-de-Dieu sont les D^{rs} Devlin, Noël, de Bellefeuille, Lahaise et Loignon. en plus des spécialistes, les D^{rs} Dufresne, Gagnier, Décarie, etc. S'ajoutent des psychiatres consultants comme les D^{rs} Plouffe, Barbeau, Amyot, Saucier, Langlois, Prévost, etc. Omer Noël et Gaston de Bellefeuille, « L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *L'Union médicale du Canada*, tome LXI, n° 2, février 1932, p. 246–247.

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

29 Paul-André Linteau, René Durocher et Jean-Claude Robert, *Histoire du Québec contemporain. Tome 1 : De la Confédération à la Crise (1867–1929)*, Montréal, Boréal, 1989, p. 26; Paul-André Linteau, *Histoire de Montréal depuis la Confédération*, Montréal, Boréal, 1992, p. 314.

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

TABLEAU 1.1 : Population du Québec et de la région de Montréal, et taux d'urbanisation au Québec³²

	1911	1921	1931	1941	1951
Province de Québec	2 005 776	2 360 510	2 874 662	3 331 882	4 055 681
Ville de Montréal	467 986	618 506*	818 577	903 007*	1 021 520*
Île de Montréal	543 449	724 305	1 003 868	1 116 800	1 320 232
Région métropolitaine de recensement	–	–	1 023 158	1 139 921*	1 395 400*
Taux d'urbanisation	44,5 %	51,8 %	59,5 %	61,2 %	66,8 %

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

TABLEAU 1.2 : Population totale des patients à Saint-Jean-de-Dieu, 1911–1951

Année	Population totale
1911	2 000
1916	2 443
1921	2 962
1926	3 653
1931 ³³	4 179
1936	5 706
1941	6 814
1946	7 054
1951	6 010

Sources : *Annuaire statistique du Québec*, 1911 à 1951.

l'État dans la sphère sociale³¹. Dans ce contexte de difficultés économiques et sociales, on assiste à une augmentation de personnes dans le besoin. L'augmentation de la population asilaire de 1930 à 1939 passe de 4 165 à 6 548 patients. Devant cette hausse importante, un autre problème apparaît : le manque de ressources et d'infrastructures pour les accueillir.

Avec les réformes de 1926 et 1928, on voit une forte volonté d'envisager l'asile non plus comme un lieu d'enfermement, mais comme un hôpital qui traite et qui guérit. Cette position se trouve à être un renforcement des actions déjà amorcées avec la création de l'École des gardes-malades de

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

32 Linteau, Durocher et Robert, *op. cit.*, p. 470 et 474 et *Tome 2 : Le Québec depuis 1930*, Montréal, Boréal, 1989, p. 212 et 277-281; Linteau, *op. cit.*, p. 314. Les données ont été vérifiées sur les sites de Statistique Québec et de Statistique Canada.

33 Il y a une absence de données pour l'année 1931. Le chiffre indiqué est une moyenne entre les données de 1930 et 1932 (4165 patients en 1930 et 4192 patients en 1932).

Saint-Jean-de-Dieu en 1912³⁴. La variable qui joue le plus dans ces désirs de changement est celle du fort taux de patients jugés incurables, qui atteint alors 50 %³⁵. Rappelons que l'ouverture du service de pharmacie avec herbages, tisanes, barbituriques et bromures date de 1928. C'est aussi la mise en place des « traitements de choc », avec la malariathérapie de Von Jauregg dès 1929 et jusqu'en 1951 pour traiter les syphilitiques³⁶. L'insulinothérapie ou le coma insulinique de Sakel et la convulsivothérapie ou choc métrazolique de Von Meduna sont mises en pratique peu de temps après. Ajoutons aussi l'arrivée de la pénicilline en 1938 qui permet de traiter les infections virales dégénératives comme la syphilis.

Après 43 ans de services, le D^r Devlin prend sa retraite en 1931. L'assistant médical, le D^r Omer Noël, à Saint-Jean-de-Dieu depuis 1908, devient alors le surintendant médical, et ce, jusqu'en 1952. L'augmentation du nombre d'internements, malgré les congés d'essai et la loi de 1909 qui interdit l'admission des idiots et imbéciles non dangereux, force la construction de nouveaux pavillons. Bien que le D^r Noël se plaigne du haut taux d'incurabilité des « déments sénils [sic], idiots ou imbéciles, chez qui une guérison est impossible mais qui diminue forcément le pourcentage de guérison par rapport à la population traitée », Saint-Jean-de-Dieu demeure l'endroit qui accueille aussi bien les cas chroniques que les « guérissables »³⁷. En 1933, le D^r Noël note que le rôle de l'hôpital n'est pas la garde de personnes plus ou moins dangereuses, mais le traitement et la guérison des malades. Il souligne alors les nombreux préjugés qui stigmatisent l'hôpital et les aliénés. Devant l'augmentation de la population, il suggère au ministre de la Santé la création d'hôpitaux spéciaux pour les alcooliques et les narcomanes qui sont trop différents des autres malades, car ils demandent une surveillance constante³⁸.

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

34 Marie-Claude Thifault, « Au-delà d'un rôle de protection à l'égard des aliénés : initiation à l'art du *nursing* à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1912-1915 », dans Sanni Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 2009, p. 341-358.

35 Rapport annuel du D^r Noël pour l'année 1931, *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec*, année 1931-1932, p. 31.

36 *Bref historique de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, Centre hospitalier de soins psychiatriques Louis-H.-Lafontaine, 1976 [rééd. 1991], 11 p.

37 Noël et de Bellefeuille, *op. cit.*, p. 246.

38 Rapport annuel du D^r Noël pour l'année 1932, *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec*, année 1933, p. 110.

de 2 %³⁹. À sa demande, le surintendant demande la nomination d'un nouveau médecin pour faire face à l'augmentation de la population asilaire. C'est le D^r Jean Panet-Raymond qui est nommé. En 1937, il y a 22 médecins, 392 religieuses, 41 gardes-malades, 188 gardiens, 149 infirmières laïques, 246 employés, pour un total de 6 064 patients, dont 1189 en congé d'essai⁴⁰. Cela représente 47 % de la population totale de malades mentaux internés dans les sept hôpitaux psychiatriques de la province de Québec, estimée en 1937 à 12 786⁴¹.

Pour faire le suivi des patients en congé et vérifier la situation économique des familles, Marie Migneault, l'assistante sociale en poste depuis 1921, se voit adjoindre une nouvelle collègue au début des années 1930, Annette Labonté. En 1936, un département de service social est mis sur pied, dans lequel œuvrent les assistantes sociales⁴². Sous forme de rapport, on y trouve l'état de la situation économique, sociale et familiale du malade, ainsi que ses relations de bonne entente ou de mésentente avec sa famille, par exemple⁴³. Ce service, qui compte deux personnes à l'orée des années 1940, n'est plus en mesure de répondre adéquatement aux besoins des malades de plus en plus nombreux. Des réformes doivent avoir lieu.

En 1941, un fonctionnaire de la santé publique, M. Gauthier, rappelle l'une des solutions au problème de surpopulation qu'il avait d'ailleurs déjà évoquée aux débuts des années 1930, soit l'établissement de cliniques externes dans les dispensaires de santé publique du Québec⁴⁴ :

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

39 145 guérisons sur 2 358 en 1910, 416 guérisons sur 5 428 en 1934. Données provenant des rapports annuels colligés dans les *Documents de la Session parlementaire*, années 1911 et 1935.

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

41 1^{er} Rapport annuel du ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1935 à 1941, Division des hôpitaux pour maladies mentales, Québec, 1944, p. 130. Des 12 786 patients internés, 1306 sont en congé. L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu a la plus importante population de malades mentaux; suivent l'Hôpital Saint-Michel-Archange avec 2792 patients et l'Hôpital de Verdun avec 1037 patients, p. 128 et 130.

42 Sœur Louise de l'Assomption. *L'Hôpital Saint Jean de Dieu : ses diverses activités, son service social*, mémoire de maîtrise en service social, Université de Montréal, 1951, p. 53.

43 *Ibid.*

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

de l'état du patient, de l'évolution de sa maladie, de sa réadaptation sociale, en somme de son utilité ou de sa nuisance à la société en général⁴⁵.

Il réclame un « réel » hôpital pour maladies mentales et non une simple garderie pour les êtres nuisibles ou dangereux pour eux-mêmes et la société⁴⁶. Ce faisant, il critique la loi de 1909 sur les raisons d'admission, la dangerosité, l'asocialité et le scandale, et souhaite que la psychiatrie justifie l'internement et les traitements sur des bases « pathologiques » et non plus de gestion sociale de la déviance. Si Gauthier et plus tard Sœur Louise de l'Assomption, travailleuse sociale à Saint-Jean-de-Dieu, parlent de garderie, l'historiographie parle de dépotoir, une expression plus adéquate pour le terme de « déchets sociaux » employé par le D^r Desloges.

La Loi de 1941 : une tentative de refus des cas chroniques

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

[q]uiconque, dans le but, ou de s'en débarrasser lui-même, ou d'en débarrasser un autre, ou de le faire interner dans un asile pour les aliénés ou les idiots, ou dans toute autre institution de bienfaisance subventionnée par la province, laisse ou dépose dans un endroit quelconque un aliéné, un idiot, un dément, un épileptique, un sourd-muet, un malade ou un infirme quelconque [...] est passible d'une amende, d'un emprisonnement de six mois dans la prison commune du district où l'infraction a été commise⁴⁷.

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

Devant cette situation, Sœur Louise de L'Assomption rappelle les buts de l'hôpital pour aliénés :

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

46 *Ibid.*, p. 852.

47 S.R.Q., 1941, chap. 188, article 17.

L'importance capitale d'institutions dans le genre de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, au point de vue social, et en second lieu, en vue de bien convaincre par des faits et des chiffres qu'un hôpital spécialisé pour le traitement des maladies mentales n'est pas une simple garderie de débilés mentaux, encore moins un asile où sont détenus de pauvres êtres dangereux pour la société, mais un hôpital, un hôpital bien spécialisé où l'on traite, où l'on guérit les maladies mentales. [...] Avec les besoins toujours grandissants, le contrôle social est devenu beaucoup plus difficile à maintenir du fait des agglomérations dans les villes. Dans ces temps d'inquiétude et de malaise, les troubles mentaux sont de plus en plus fréquents et nos hôpitaux spécialisés en maladies mentales ne peuvent suffire à recevoir ceux qui cherchent une cure⁴⁸.

Lorsque les statistiques de 1947 révèlent que 54 % des patients admis sont jugés incurables, il existe déjà une forte volonté de les retourner dans leur foyer familial ou dans un autre type d'institution pour les malades chroniques et inoffensifs⁴⁹. Il faut rappeler que depuis les années 1920, le gouvernement du Québec a créé de nouveaux types d'institutions, plus spécialisées, comme l'hôpital de Bordeaux pour aliénés criminels fondé en 1926 puis, au cours des années 1930 et 1940, l'école de réforme Saint-Jean-de-Bosco pour les délinquants, l'École Emmélie-Tavernier pour les jeunes déficients intellectuels, et l'asile Sainte-Anne à Baie-Saint-Paul pour les cas chroniques. L'hôpital Saint-Jean-de-Dieu veut, quant à lui, garder et surtout traiter les malades mentaux adultes qui souffrent de troubles organiques ou psychologiques. Les progrès en médecine, avec la découverte des antibiotiques, et l'amélioration des conditions de vie après la Seconde Guerre mondiale, donnent un répit à la psychiatrie. Bien que les causes psychologiques soient bien étudiées à partir de 1940, la majorité des psychiatres qui travaillent à l'intérieur de l'asile se concentrent néanmoins sur les causes « physiques » des maladies mentales. Si les causes psychogéniques de ces maladies sont mal comprises et si, à l'exception de la psychanalyse et de la psychothérapie, peu de traitements sont efficaces, les causes organogéniques font l'objet de recherches intenses depuis la fin de la Grande Guerre avec l'essor de la neurologie. Ces recherches amèneront bientôt la découverte de la chlorpromazine, un tranquillisant chimique distribué sous le nom de Largactyl.

En 1950, l'asile devient officiellement un hôpital, l'aliéné devient un malade mental et l'internement est une hospitalisation selon la nouvelle *Loi des institutions pour malades mentaux*. L'hôpital est le lieu où l'on traite les malades et non plus l'asile qui les garde. Cette loi stipule que

peut être admis dans un hôpital tout malade chez qui le désordre mental constitue l'élément prépondérant de son état pathologique.[...] Lorsqu'un

48 Sœur Louise de l'Assomption, *op. cit.*, p. 2 et 56.

49 *Loc. cit.*

médecin est d'avis qu'il est nécessaire, pour la protection de la vie d'un malade mental ou pour la sécurité, la décence ou la tranquillité publique, de le faire admettre dans un hôpital il peut obtenir de tout juge des sessions, magistrat de district, recorder ou juge de paix de la localité où se trouve le malade, une ordonnance de transport de ce dernier dans un hôpital⁵⁰.

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

la société qui demande qu'on enferme le malade mental sans se préoccuper continuellement de l'évolution de l'institution qu'elle a réclamée à cette fin. [...] Quoique l'hôpital psychiatrique représente pour la société une sorte de honteuse néo-formation et lui cause ainsi une profonde blessure narcissique, il est évident que nous sommes incapables de nous en passer et que nous devons l'utiliser dans les meilleures conditions possibles⁵¹.

Avec la modernisation de la classification des maladies mentales, les nouveaux traitements pharmacologiques et les professions « psy » en plein essor, une nouvelle génération de psychiatres s'apprête à prendre en main l'institution qui appartient toujours aux Sœurs de la Providence. Ce sera chose faite en 1974 lorsque le D^r Lazure devient le directeur de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu rebaptisé pour la circonstance Louis-H.-Lafontaine.

« Déhospitalisation » des malades mentaux de Saint-Jean-de-Dieu

Le dépouillement des dossiers médicaux de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, dans le cadre de différents projets de recherche pour lesquels nous avons obtenu l'accès à ces archives privées, a permis de découvrir des documents de première main d'une grande richesse, en particulier le formulaire « J » (demande de garder temporairement un aliéné en congé d'essai)⁵² et des lettres sur l'état de santé des aliénés lors de leur congé au sein du milieu familial. Ces sources permettent de constater les allées et venues des patients entre l'hôpital et le foyer familial au cours de différentes tentatives de réinsertion sociale. Procédure peu encouragée au tournant du siècle par les autorités hospitalières, elle devient, à la fin de la première décennie du XX^e siècle, une pratique beaucoup plus courante. En

50 S.R.Q. 1950, chap. 188, articles 8 et 12, « Loi des institutions pour malades mentaux ».

51 Jean-Marc Bordeleau, « Hôpital psychiatrique traditionnel et assistance psychiatrique moderne » *Laval Médical*, vol. 41, n° 6, juin 1970, p. 751 et 753.

52 Nous avons trouvé ce formulaire dans les dossiers à partir des années 1920 sous les appellations : Formule « F », « 9 », « 11 ».

somme, une façon de faire, avant *Les Trente Glorieuses* et l'injection de fonds par l'État dans le secteur de la santé, qui s'avère une solution pour désencombrer l'hôpital psychiatrique qui accueille chaque année un nombre plus important de patients, alors que les taux de guérisons affichent plutôt les cas d'exception⁵³.

Les congés d'essai

Lors d'un congé d'essai, les malades peuvent quitter l'asile pour une période de trois mois, et cela, même si leur état n'est qu'amélioré ou même encore non-amélioré. Ainsi, à condition que les patients ne représentent aucun danger pour eux-mêmes ou leur entourage, ils peuvent retourner chez eux pour des vacances ou un réel essai avant que soit demandé un congé définitif de l'asile. Si tout se passe bien, une prolongation du congé de trois mois peut être demandée. Toutefois, si la famille constate qu'il est impossible pour elle de garder son malade, elle peut le faire réadmettre à l'asile sans se soumettre à nouveau aux formalités d'admission⁵⁴. La possibilité de retourner son malade à l'asile demeure toujours une option qui, à bien des niveaux, sécurise la famille décidée à prendre soin de son protégé, hors des murs asilaires.

Les personnes ayant sollicité un congé d'essai et autorisées à quitter l'asile avec leur malade s'engagent, tous les trente jours, à communiquer au surintendant médical l'évolution de l'état physique et mental du patient en congé. Si le médecin demeure sans nouvelle, il communique alors avec la famille afin de rappeler à celle-ci cette obligation. C'est donc grâce à cette procédure qu'il nous est possible de connaître certains détails sur le déroulement du séjour des malades hors des murs asilaires. Sous la plume du médecin du village, du parent demandeur ou parfois du patient ou de la patiente elle-même, des nouvelles parviennent au surintendant qui, somme toute, dans bien des cas, sont assez positives. Il appert que l'état de santé mentale d'un patient sur deux s'améliore pendant le congé d'essai.⁵⁵ Parmi les correspondances les plus explicites concernant le comportement du malade pendant le congé d'essai, on note dans 49 % des cas une amélioration de l'état du patient, tandis qu'il demeure stable pour la majorité⁵⁶. Un état amélioré, rapporté par la famille, signifiait que le patient avait des comportements gérables sans

53 Le nombre total de patients publics hébergés à Saint-Jean-de-Dieu passera de 1976 en 1910 à 2 953 en 1923 et à 4 777 en 1934. « En 1934, bien que l'hôpital n'ait qu'une capacité de 1500 lits, 4777 patients publics y sont hébergés »; Courteau, *op. cit.*, p. 94. Archives Providences. Statistiques 1923. (SPM-M46_45.154_AG_Ae5_6). Dorvil et al., *op. cit.*, p. 109. Duprey, *op. cit.*, p. 140.

54 Formule J : Demande de garder temporairement un aliéné en congé d'essai.

55 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; *op. cit.*, p. 78.

56 Thifault, *L'enfermement asilaire des femmes...*, *op. cit.*, p. 247.

trop de peine et que la famille préférait ainsi prolonger de trois mois « l'essai » en cours. Ainsi le confirme cette courte missive semblable à tant d'autres : « Jusqu'ici nous n'avons encore eu aucun trouble avec Irène, cependant si vous voulez être assez bons de lui accordé encore une petite vacance, je vous en serai très reconnaissant⁵⁷ ».

Incontestablement, l'assistance, le soutien et la mobilisation de la famille auprès du malade lors de son internement pour troubles mentaux influencent directement ses chances de sortir un jour de l'asile, indépendamment de son état mental. C'est ce qu'Ellen Dwyer a également remarqué 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 them⁵⁸. » Pendant le congé, plusieurs patients ont présenté une amélioration de leur état pendant trois, six, voire neuf mois avant d'être réadmis à l'asile parce que redevenus incontrôlables. Prudents, les responsables d'un aliéné privilégient la prolongation du congé d'essai plutôt qu'une demande de sortie définitive pour leur malade, comme les deux extraits de lettres qui suivent le démontrent :

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 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 difficultés⁵⁹.

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 congé⁶⁰.

57 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 8300, 24 juin 1918.

58 Ellen Dwyer, *Homes for the Mad: Life Inside Two Nineteenth-Century Asylums*, New Brunswick (N.J.), Rutgers University Press, 1987, p. 152.

59 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 9544, 19 juin 1910.

60 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 15245, 20 août 1918.

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'aliéné, pour le moment satisfaisant, obsède les parents, l'époux, les enfants, les frères et sœurs qui se sont portés garants du ou de la malade hors des murs asilaires. L'extension du congé et la garantie du retour à l'asile si l'état de son malade s'aggrave incitent les familles à prolonger le plus longtemps possible l'expérience de réinsertion en milieu familial : « Notre cher Henri [...] est assez bien dans le moment, mais nous ne pouvons pas encore croire à une parfaite guérison. Veuillez donc nous accorder encore une extension du congé, en faveur de notre malade, pour trois mois⁶¹. » Il s'agit d'un message récurrent dans les lettres reçues par le surintendant médical, qui le force à informer les familles, dans certains cas, que le temps est venu de prendre en charge leur malade maintenant considéré guéri : « Madame, comme d'après votre lettre, votre mari semble guéri et qu'il est déjà absent depuis 6 mois, j'ai l'honneur de vous informer qu'il n'est pas opportun de prolonger davantage son congé et qu'il a été mis en sortie définitive aujourd'hui⁶². »

Les congés d'essai peuvent représenter une expérience positive pour bien des familles et offrent la possibilité aux patients de sortir de l'institution et ainsi augmenter leurs chances d'obtenir une libération définitive. 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'aliéné, dans le meilleur des cas, était traité avec bienveillance. Selon Nancy Tomes, « One might argue that those patients who improved would have improved anyway regardless of the treatment they received at the Pennsylvania Hospital for the Insane⁶³ ». De plus, les congés d'essai sont propices à l'intégration sociale des malades mentaux et s'avèrent excellents pour maintenir le contact avec leur famille. Ils permettent également à la famille de suivre de près l'évolution de l'état mental de leur malade et de participer à sa réhabilitation. Le succès des congés d'essai se traduit en 1912 par une libération définitive de 68 % des patients ayant profité d'un séjour dans leur famille. En 1960, c'est 44 % des patients qui sont libérés après avoir obtenu un congé d'essai⁶⁴.

61 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 9252, 21 décembre 1911.

62 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 10798, 27 janvier 1912.

63 Nancy Tomes, *A Generous Confidence. Thomas Kirkbride and the Art of Asylum-Keeping, 1840-1883*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, p. 222.

64 Thifault, 2003, *op. cit.*, tableau 5, « Population libérée de Saint-Jean-de-Dieu à la suite d'un congé d'essai », p. 251; statistique de 1960 : ASPM, rapport annuel de 1960, tableau 1, « Mouvement général des malades », p. 32.

Tentatives de désencombrement de l'asile

Les congés d'essai deviennent rapidement une stratégie de désencombrement de l'asile adoptée par les surintendants médicaux. En effet, ces derniers recommandent les congés d'essai en faisant parvenir aux familles des missives les priant de bien vouloir venir chercher leur malade jugé dans un état satisfaisant. C'est ce qu'a fait, dans l'exemple qui suit, le D^r Villeneuve : « J'ai le plaisir de vous informer que [patient] est susceptible de sortir en congé d'essai. Je vous prie, en conséquence, de venir le chercher au plus tôt [...] »⁶⁵. Une dizaine d'années plus tard, le ton du D^r Devlin est plus insistant, à en juger par cet avis :

Monsieur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que Catherine [nom de la patiente], admise à cet hôpital le 30/6/93 à votre demande, est une aliénée incurable chez qui nous n'observons pas actuellement de réactions dangereuses ou scandaleuses. Cette patiente tombe donc sous le coup de l'article 4152 S.R.Q. 1909 qui se lit comme suit :

« Le secrétaire de la province ou le surintendant médical sur l'autorisation écrite du secrétaire de la province peuvent ordonner que les idiots, les aliénés incurables ou les déments séniles sortent de l'asile où ils se trouvent, pour être envoyés dans leurs familles, ou chez les personnes tenues en loi à leur entretien, ou dans les hôpitaux dans lesquels on reçoit les vieillards et les malades; pourvu toujours que ces malades ainsi libérés ne soient pas une cause de scandale ou de danger. »

Pour me conformer aux instructions reçues de l'honorable Secrétaire de la Province, et transmises par le Directeur Médical Général des Hôpitaux d'aliénés, et me prévalant des dispositions de l'article cité plus haut, je vous enjoins de venir la chercher immédiatement. Sinon, elle vous sera retournée à vos propres frais. Je dois vous dire qu'elle sera mise en congé d'essai⁶⁶.

Les lettres de cette nature sont souvent accueillies sans enthousiasme. Les souvenirs des ennuis causés par les agissements insensés du malade ont plutôt tendance à décourager les familles de venir chercher leur malade, comme le révèle cet extrait : « Le pauvre vieux leur a fait tant d'ennuis dans le passé, qu'il leur répugnerait énormément de le voir revenir, de crainte que ces mêmes ennuis ne se renouvelassent⁶⁷. » Parfois, c'est plutôt la situation familiale qui ne permet pas la garde, à long terme, d'une aliénée : « Mme [cousine] aimerait la garder, mais elle a déjà quatre enfants et son mari [s'oppose?] à ce qu'elle reçoive Mlle

65 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 10763, 22 avril 1912.

66 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 4873, 3 novembre 1925.

67 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 14369, 4 novembre 1915.

[patiente] pour des congés trop longs. Elle la reprendra aussi souvent que cela lui sera possible⁶⁸. » Entre 1934 et 1949, cette patiente atteinte de débilité mentale et d'épilepsie, accompagnée tour à tour de sa cousine ou de son frère, est libérée en congé d'essai pour une période de six mois une dizaine de fois. Lors de chacun des congés, la patiente est réadmise en moyenne à peine huit jours après son départ⁶⁹.

Un autre moyen mis en place afin de désencombrer l'institution psychiatrique, qui accueille chaque année plus de patients que l'année précédente sans pour autant compter un grand nombre de sorties définitives, est l'avis de transfert. Le surintendant médical fait parvenir un avis à la famille précisant que le patient a été (ou sera) transféré dans une institution spécialisée dans le traitement des patients incurables. En voici un extrait : « J'ai l'honneur de vous informer qu'à cause de l'encombrement qui existe présentement à l'hôpital Saint-Jean de Dieu, il nous est impossible de garder plus longtemps votre malade⁷⁰ ». Ainsi sont libérés les patients sans chance de guérison aucune. Certains quittent vers des hôpitaux psychiatriques plus petits comme l'Hospice de Mastaï près de Québec ou l'Hôpital Saint-Charles de Joliette. D'autres se voient transférer vers l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, également nouvellement construit et aménagé pour accueillir les malades incurables nécessitant des soins spéciaux⁷¹. Cependant, l'éloignement qu'obligent ces transferts est la principale raison sur laquelle s'appuient les objections des familles comme l'explique, au D^r Devlin, un parent inquiet de ne plus pouvoir rendre visite à sa fille :

Dernièrement, il était question d'envoyer ma fille à Baie St-Paul, Mon enfant est a votre hopital depuis vint ans et ce que je veux vous demander, c'est de la garde chez vous. Vous comprenez très bien que c'est mon seul désennuie, aller voir ma seule enfant souvent. Si donc vous l'envoyer plus loin encore, je ne pourrai la voir si souvent et certainement, cela m'affecter beaucoup. Je suis vieille, je sais que j'en ai pas pou longtemps à la voir, et je suis certain que vous vous ferez un plaisir de m'accorder cette faveur⁷².

Il s'agit ici d'un exemple qui illustre le transfert d'un malade toujours en contact avec son parent incapable d'en assumer la garde. Toutefois, il faut bien voir que cette procédure permettait surtout de libérer de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu les patients « seuls au monde ». Un mouvement qui participait déjà activement, au cours des premières décennies du XX^e siècle, à cette idée de « déhospitalisation », une composante du

68 AHL-HL, Enquête sociale, dossier médical 24131, 13 août 1940.

69 AHL-HL, Formulaires J, dossier médical 24131.

70 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 10653, 26 août 1931.

71 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 10677, 12 août 1927.

72 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 10615, 13 octobre 1927.

TABLEAU 1.3 : Population de Saint-Jean-de-Dieu en congé d'essai le 31 décembre*

Année	Patients présents	Population en congé d'essai	% de la population en congé
1927	3 398	550	14 %
1932	4 192	344	8 %
1937	6 064	1 189	16 %
1943	6 158	1 294	17 %
1948	6 075	813	12 %

* *Documents de la session parlementaire de la Province de Québec.*

processus de désinstitutionnalisation « officiellement » organisée suite au dépôt du rapport Bédard en 1962⁷³.

S'il était difficile pour certains patients même en contact avec leur famille de sortir de l'asile, nous pouvons imaginer le sort réservé aux patients sans réseau familial et considérer que ces derniers n'avaient que peu de chance de quitter l'établissement⁷⁴. Et cela est confirmé, encore une fois, lorsque l'on étudie l'impact de la crise économique des années 1930 sur les sorties des patients, lorsque plusieurs familles deviennent trop pauvres pour prendre en charge leur malade. De plus, à cause de la dépression économique, plusieurs malades ne peuvent reprendre leur travail quitté lors de leur hospitalisation ou encore en trouver un autre pour subvenir à leurs besoins. Par conséquent, le nombre de patients en congé d'essai, au cours de cette décennie, chute de moitié... (tableau 1.3). La popularité des congés d'essai reprend au cours de l'année 1937 et se poursuit jusqu'en 1943, année où 17 % des patients quittent l'asile temporairement pour vivre à nouveau au sein de leur famille⁷⁵. Or, cette pratique s'essouffle, puisqu'en 1948, seulement 12 % des patients sont déclarés en congé. Ce pourcentage demeure d'ailleurs relativement stable jusqu'en 1960⁷⁶.

Hors des murs asilaires

Réintégrer au sein de la société les patients qui ne sont pas dangereux et pour qui la médecine psychiatrique a abandonné tout espoir de guérison peut être une décision heureuse pour les aliénés qui bénéficient du soutien de leur famille. L'expérience menée hors des murs asilaires peut

73 Dorvil et Guttman, *op. cit.*, p. 112.

74 Cellard et Thifault, *op. cit.*; André Cellard et Marie-Claude Thifault, « The Uses of Asylums: Resistance, Asylum Propaganda, and Institutionalization Strategies in Turn-of-the-Century Quebec », dans James E. Moran et David Wright, *Mental Health and Canadian Society: Historical Perspectives*, McGill Queen's University Press, 2006, p. 103.

75 ASPM, registre des congés de 1940 à 1950.

76 ASPM, rapport annuel, Hôpital Saint-Jean-de Dieu, 1960, tableau 3, « État comparatif des quatre dernières années », p. 34.

s'avérer très positive et donner confiance à la famille désireuse de reprendre sous son aile son malade atteint d'une affection mentale chronique ou périodique. Il en est ainsi pour cette patiente, internée pour mélancolie à l'âge de 60 ans, dont la famille reçoit avec bonheur la nouvelle de son congé définitif, avec la mention « guérie », signé à la suite de la réception de la lettre suivante par le surintendant médical :

« Nous vous annonçons avec plaisir que Mde [...] 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 la garderons avec bonheur tant que Dieu voudras nous là laisser⁷⁷ ».

Cette patiente se voit libérée de l'asile où elle a été gardée pendant sept ans. Un congé de trois mois convainc les membres de sa famille que son état mental est satisfaisant. Cependant, malgré la bonne volonté de la famille, parfois ce sont les citoyens de la municipalité qui s'opposent fermement au retour de « l'indésirable », comme l'atteste la pétition suivante adressée aux autorités de Saint-Jean-de-Dieu, endossée par le plombier, l'épicier, le notaire, le médecin et d'autres encore :

N'a jamais pu s'accorder avec ses parents, encore moins avec ses voisins. A toujours été Kleptomane. A vécu « honteuse sordide » toute sa vie. Tous les voisins et le quartier où elle demeurait ont subi ses atteintes judiciaires. (a toujours été en procès, même à l'heure actuelle). A subi deux condamnations en cour de police pour avoir tenu une maison de débauches. Personnages à consulter [sept signataires]⁷⁸.

C'est par la voix de son avocat qu'une autre patiente admise pour psychonévrose tente d'obtenir sa libération de Saint-Jean-de-Dieu, demande qu'accueille favorablement le D^F Noël :

Cher Monsieur,
J'accuse réception de votre lettre du 17 novembre courant, et je dois vous dire que la malade ci-haut nommée [nom de la patiente] fait presque notre désespoir depuis qu'elle est à l'hôpital, en l'année 1933. Il me faut ajouter qu'elle a eu des congés innombrables, et de même, elle en a pris sans permission 2 fois. Nous l'avons placée peut-être 20 fois, et jamais elle n'a pu rester à ses places.

77 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 8307, 10 novembre 1913; Formule « J » : sortie guérie 11 novembre 1913.

78 AHL-HL, dossier médical 13933. Rapport au dossier. Réadmission en 1918 suite à un congé d'essai obtenu en 1913 et sortie avec la mention guérie.

Je dois tout de même vous dire que nous n'avons pas perdu l'espoir, et nous croyons qu'un de ces jours, il y aura un point pour elle quelque part. Si vous voulez vous occuper d'elle, il me fera plaisir de la laisser sortir sous vos charges, si vous m'en faites la demande [signature...]⁷⁹

À l'évidence, la difficulté pour cette patiente de se voir libérée ne dépend aucunement des autorités hospitalières, mais bien de trouver une personne responsable qui consente à se porter garante d'elle : « Mademoiselle, Il sera difficile d'avoir votre libération [...] il faudrait surtout avoir quelqu'un qui se rendrait responsable de vous. En ma qualité d'avocat, je ne puis le faire et il faudrait que vous trouviez quelqu'un de votre famille si possible⁸⁰ ».

Malgré le désir des familles à revoir parmi eux leur malade, les tentatives ne se concluent pas nécessairement comme il est désiré. Après un congé de deux mois accordé à son fils, le demandeur, bien que croyant qu'il « [...] pourrait en venir à bout », se résigne à retourner son malade à Saint-Jean-de-Dieu. Tel qu'indiqué sur le formulaire J, le surintendant n'a d'autre choix que d'accepter le retour de ce patient : « En réponse à votre lettre du 18 décembre, je dois vous dire que vous pourrez ramener votre malade quand vous voudrez, vu qu'il n'est qu'en congé⁸¹. » Néanmoins, les patients qui auront à de multiples reprises été en congé d'essai au cours des années 1930, 1940 et 1950 comptent parmi ceux libérés définitivement au cours de la « première » vague de désinstitutionnalisation qu'a connue le Québec⁸².

Conclusion

À la question *À quoi sert l'histoire aujourd'hui?* Jacques LeGoff répondait que c'est « une façon d'interroger le passé, une sorte de méthode de poser des questions au passé qui nous permettent d'être plus forts et de redresser ce qui ne va pas actuellement afin d'aider [sic] l'avenir à être meilleur⁸³ ». Subséquemment, notre enquête sur la première moitié du XX^e siècle a tenté de répondre à certaines questions posées au sombre passé qui hante depuis les années 1960 l'œuvre des Sœurs de la Providence. Le retour aux sources et la consultation tant des politiques asilaires, du discours des aliénistes que des pratiques institutionnelles nous conduisent,

79 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 24122, lettre du D^r Noël adressée à l'avocat de la patiente le 28 octobre 1944.

80 *Ibid.*, lettre de l'avocat à la patiente, 2 novembre 1944.

81 AHL-HL, Correspondance, dossier médical 15714, 18 décembre 1922 et 20 décembre 1922.

82 Le dépouillement exploratoire des dossiers médicaux des patients admis en 1933, effectué avec la précieuse collaboration de Martin Desmeules, révèle cette tendance. Il s'agit d'une piste que nos travaux en cours permettront de mieux documenter.

83 Jacques LeGoff, « Jacques LeGoff », dans Emmanuel Laurentin (dir.), *À quoi sert l'histoire aujourd'hui?*, Montrouge et Paris, Bayard Éditions et France Culture, 2010, p. 123–124.

à l'instar de Grenier, « [...] à rejeter tout d'abord la thèse selon laquelle cette époque aurait été tout simplement un âge noir pour l'asile et ensuite à contester également la thèse d'un prétendu retard de la psychiatrie canadienne-française⁸⁴ ». La mise en application du discours officiel, en particulier à la suite de la loi de 1909, et la volonté de désengorgement de l'asile sont nettement perceptibles dans les dossiers médicaux où les lettres aux familles encouragent celles-ci à venir chercher leur malade. Les congés d'essai ont fait partie d'une stratégie de désencombrement de l'institution asilaire au cours des premières décennies du XX^e siècle. Il s'agit là des toutes premières initiatives d'intégration sociale des malades mentaux dans une phase de pré-désinstitutionnalisation.

La mémoire collective selon laquelle « [l]a priorité qui marque le mouvement de désinstitutionnalisation dans les années 1960 est de faire sortir les personnes des hôpitaux psychiatriques⁸⁵ » apparaît ici peu originale et imitée. La démonstration des diverses stratégies mises en place par les surintendants médicaux, au cours de la première moitié du XX^e siècle, pour retourner dans leur milieu de vie les malades mentaux institutionnalisés, banalise le discours, à notre avis, magnifié du rapport Bédard à l'égard d'une politique de désinstitutionnalisation. L'historiographie sur le sujet de la folie situe souvent l'entrée en scène du rapport Bédard comme étant un moment décisif qui a permis de révéler la situation vécue dans les institutions psychiatriques et d'apporter des changements dans le réseau psychiatrique québécois, et cela, sans tenir compte des tentatives d'intégration sociale déjà en cours depuis un demi-siècle⁸⁶.

Le discours alarmiste des auteurs du rapport Bédard, favorablement appuyés sur la place publique par l'entremise de titres provocateurs dans les pages des journaux *Vrai*, *Le Devoir* et *La Presse* au cours des décennies 1950 et 1960, dénonce l'état inquiétant, sinon effrayant, dans lequel se trouve le milieu psychiatrique québécois⁸⁷. Bien que Duprey souligne le silence enfin rompu grâce au rapport Bédard, récurrents étaient les messages alarmistes, tant des propriétaires que des psychiatres de Saint-Jean-de-Dieu, colligés dans leurs rapports annuels depuis 1906⁸⁸. L'état d'encombrement de l'asile est décrié par sœur Sabithe en 1910 et encore en 1913 par le D^r Villeneuve : « Dans le siècle éclairé où nous sommes, il n'est plus permis de faire, même dans le cas de malades réputés incurables, des renfermeries⁸⁹. »

84 Guy Grenier, « Doctrine de la dégénérescence... », *op. cit.*

85 Dorvil et collab., *op. cit.*, p. 120.

86 Voir sur ce sujet Duprey, *op. cit.*, p. 175.

87 *Ibid.*, p. 145–164

88 Rapport annuel du docteur Villeneuve pour 1906. *Documents de la session*, vol. 41, n° 2, p. 199; rapport annuel de Madame la supérieure sœur Sabithe, pour l'année 1910. *Documents de la session*, vol. 45, n° 3, 1912, p. 53.

89 « Renfermerie », souligné par l'auteur. AHL-HL, correspondance du docteur Villeneuve, 2 juillet 1913.

Nous l'avons vu, les articles de loi de 1909 autorisaient le retour des malades dans leur famille s'ils n'étaient pas dangereux ou scandaleux. Force est de constater que se sont effectivement multipliées les stratégies pour retourner les malades institutionnalisés au sein de leur famille ou de les diriger vers de plus petits hôpitaux entre 1910 et 1950. La correspondance conservée dans les dossiers médicaux prouve les tentatives répétées de congés d'essai, de transferts et inévitablement les nombreuses réadmissions :

Cher confrère,

Mlle [nom de la patiente] qui depuis plusieurs années a été internée chez vous, devient impossible à garder. Sa sœur qui l'a recueillie n'en peut plus. Elle fait des crises d'hallucinations, cherche à s'enfuir, 'recherche un homme' pour coucher avec! Bref, l'internement s'impose. Faut-il de nouveau remplir les papiers d'internement? [signature...]⁹⁰

La stratégie du congé d'essai dans ce cas particulier, qui se conclut par un retour à Saint-Jean-de-Dieu, a toutefois permis à cette patiente, admise en 1933, de bénéficier de plusieurs congés et finalement d'être libérée définitivement le 13 février 1952. Le succès mitigé du rapport Bédard, selon l'expression de Dorvil et Guttman⁹¹, met malheureusement en lumière l'enthousiasme autour d'une promesse de changements et de nouveauté, nommée la première vague de désinstitutionnalisation psychiatrique, alors qu'un tel mouvement était en place depuis les premières décennies du XX^e siècle. Décideurs et psychiatres modernistes, aveuglés par leur nouvelle mission et leur désir de participer au démantèlement de « l'asile » et du retrait de son personnel religieux, n'ont que répété les défauts d'une pratique de réinsertion sociale déjà en vigueur et teinté d'un succès tout aussi mitigé.

90 AHL-HL, Correspondance, lettre du médecin de famille au D^f Noël, dossier médical 24122, 1^{er} mars 1951.

91 Dorvil et Guttman, *op. cit.*, p. 111.