

Enfermer la folie To lock up madness

Monique Meloche

Volume 6, Number 2, November 1981

Où va la psychiatrie ?

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030099ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030099ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Meloche, M. (1981). Enfermer la folie. *Santé mentale au Québec*, 6(2), 16–26.
<https://doi.org/10.7202/030099ar>

Article abstract

In New France, Madness has initially been considered according to European traditions : lunatics had to be excluded, taken out of sight. Very soon though, a distinction was made between the function of protection, attributed to general hospitals and later to asylums, and the function of treatment, undertaken by the Hôtel-Dieu (fore-shadowing the role played by general hospitals in the twentieth century).

In 1960, changing concepts in the fields of the aetiology and treatment of mental illness, the hugeness of mental hospitals and the transformation of Quebec society from rural to urban hasten the re-organization of psychiatric services, without eliminating the risk of excluding the mentally ill.

This paper also describes briefly psychiatric hospitals and their dependencies in the early sixties in Quebec.

Monique Meloche*

Considérer le traitement des psychotiques comme une entreprise séculaire serait là déjà trop limiter notre propos au développement de notre propre institution¹, si intéressant soit-il. Cette préoccupation des hommes "différents" remonte probablement aussi loin que l'histoire de l'humanité, c'est-à-dire dès que les hommes ont vécu ou travaillé en commun. John Rickman disait à Winnicott que "ne pas être en mesure de trouver quelqu'un capable de vous supporter, telle est la maladie mentale" (Winnicott, D.W., 1974, p.200). C'est en nous référant à cette définition que nous parlerons, selon l'époque et la disposition d'esprit envisagées, d'*exclusion*, de *garde* et de *traitement*.

Au Québec, notre façon d'exclure, de garder et de traiter les psychotiques s'inscrit dans la continuité de l'histoire européenne, avec une bonne centaine d'années de retard, sauf en ce qui concerne la chimiothérapie où l'on a connu quelques précédents québécois. Les fous ont d'abord été chassés des villes, laissés à errer dans les campagnes ou donnés à des romanichels ou des pèlerins (on donnait probablement plus facilement les enfants idiots et l'on rejoint ici le mythe des enfants volés), ou encore placés sur des bateaux et lancés sur les fleuves, comme les célèbres nefs des fous en Allemagne, ou enfin parqués dans des villages éloignés. Au mieux, et pour sauver sa bonne conscience, on les expulse aux portes des villes"... par le privilège donné au fou d'être enfermé aux portes de la ville : son exclusion doit l'enclorre ; s'il ne peut et ne doit avoir d'autres prisons que le seuil de lui-même, on le retient sur le lieu du passage. Il

est mis à l'intérieur de l'extérieur et inversement" (Foucault, 1972, p.22). Pendant longtemps, les "asiles" seront construits à l'extérieur des villes, mais les temps modernes aboliront ces frontières et effaceront les distinctions entre l'intérieur et l'extérieur, et d'autres masques et d'autres cachets devront être créés pour les fous.

En Europe, on enferma les fous dans de grands bâtiments construits pour les lépreux et utilisés ensuite et successivement par les soldats estropiés, les vénériens et simultanément par les pauvres, les enfants trouvés et les vieillards abandonnés. En fin de compte, le fou sera redouté comme le lépreux, condamné et rejeté comme le vénérien et ultimement trouvé à plaindre comme le pauvre. À Paris, au XVII^e siècle, on fonde l'hôpital Général pour y enfermer, sur un édit royal, tous les sujets qui encombrant les rues et rendent la ville peu sûre (il s'agissait d'une mesure aussi politique que philanthropique) : les archers du roi donnent la chasse aux mendiants et les envoient dans les différents bâtiments de l'hôpital Général — on avait récupéré à cette fin la Salpêtrière, Saint-Louis, la Grande et la Petite Pitié, etc. Il n'est plus permis de mendier, de se promener dans Paris sans feu ni lieu, de courir les rues, d'être pauvre, seul, malade, fou ou abandonné. En une seule semaine, à Paris, on enferma quatre à cinq mille personnes. Quelques années plus tard, on en compte six mille à l'hôpital, soit 1% de la population de la ville. Pour désencombrer l'hôpital, on en expédie bientôt ailleurs ; certaines de nos Filles du Roy venaient de la Salpêtrière : enfants abandonnées, orphelines, folles ou "filles de mauvaise vie". Des maisons semblables furent ouvertes en province. On en comptait trente-deux à la veille de la Révolution. Elles étaient administrées par un conseil spécial semblable à celui de nos premiers asiles : les membres sont nommés à vie et jouissent d'un

* L'auteur est travailleuse sociale et travaille au service de pédopsychiatrie de l'hôpital Notre-Dame. Ce texte modifié a été présenté lors d'un Mardi de Notre-Dame, à l'occasion du centenaire de cette institution.

pouvoir discrétionnaire. Ils gèrent, non pas un établissement médical, mais une structure semi-juridique qui décide et exécute (Foucault, 1972, p. 60).

Au Québec, il faudra attendre la fin du XVII^e siècle pour qu'on fonde un Hôpital Général destiné à *garder* les incurables, les miséreux, les vieillards et les enfants, alors que l'Hôtel-Dieu était destiné, lui, à *soigner* les malades. On attendra cent ans de plus pour promulguer une loi visant à renfermer dans des maisons de correction toute personne oisive et désordonnée, tout malfaiteur vagabond. Mais il semble que cette loi ait été peu appliquée, si l'on en juge par le nombre de vagabonds et de quêteux de tout acabit qui ont hanté nos campagnes — et alimenté nos mythes et notre folklore — jusqu'à la fin du XIX^e siècle. Cependant, notre société bien pensante refuse maintenant à un schizophrène inoffensif le droit d'habiter une cabane à l'orée du bois, sous prétexte qu'il y gèlera peut-être l'hiver prochain — et fort de ce bon sentiment, le met dans un hôpital ou un centre d'enfermement plutôt que de traitement.

Si on ne retrouve pas, dans notre historique, de dispositions spéciales pour les psychotiques avant 1724, on retrouve quand même des psychotiques dont on attribue l'état à l'action du démon ou du sorcier. En 1660, une jeune domestique du seigneur de Giffard reçoit un "sort" du meunier voisin, un prétendant éconduit. Il lui apparaît jour et nuit, ainsi que des démons sous forme d'hommes, d'enfants, de bêtes et même de spectres qui brisent tout dans la maison; de plus, les diables parlent par sa bouche. Les exorcismes répétés ne la délivrent pas. On l'amène finalement à l'Hôtel-Dieu (!), où la Mère Catherine de Saint-Augustin (qui avait l'habitude des démons : ils la tourmentaient toutes les nuits depuis des années) prit soin d'elle et la délivra en quelques mois. Barbe Hallé se maria plus tard et eut cinq enfants; on n'entendit plus parler d'elle par la suite (Séguin, 1971).

Quelques années plus tard, une jeune religieuse de l'Hôtel-Dieu de Montréal tombe malade "d'un excès d'imagination" et croit qu'on veut la faire domestique. On la soigne d'abord pour son orgueil en lui enlevant des responsabilités au chœur et ensuite, à l'hôpital, en lui donnant "les remèdes propres aux vapeurs". Elle s'enfuit, on la rattrape, elle s'échappe, on l'attache, elle refuse de manger

et de boire, convaincue qu'on veut l'ensorceler, devient furieuse, attaque celles qui viennent la voir et meurt finalement d'une fièvre très violente, probablement due à la déshydratation, et "baisant les fers qu'elle porte toujours aux mains" (Morin, 1979). Il n'a pas été question de possession du démon. Même si la Sœur Daveluy parle d'ensorcellement, Sœur Morin elle parle toujours de "la maladie de ma sœur Daveluy"...

De même, à la fin du XVIII^e siècle, le curé de Pointe-Lévis et l'évêque de Québec refusent d'exorciser une femme tombée dans les convulsions et un dérangement d'esprit considérable, "sachant qu'il s'agissait d'une simple maladie" (Archives de l'archevêché de Québec, in Martin, 1947). Ici comme ailleurs, quand la folie sera vue comme miroir et réceptacle de nos mauvais objets, de notre haine et nos désirs inavouables, nous la soustrairons à nos regards et même à nos souvenirs.

Avant même que ce soit à l'Hôpital Général, dans les "loges" ou les prisons, on enfermera les fous dans leurs maisons; 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. Les ermites et les reclus de toutes sortes étaient mieux tolérés il y a un siècle ou deux qu'ils ne le sont présentement.

Le XVIII^e siècle verra le début de la garde organisée des psychotiques, ainsi que leur exclusion plus stricte encore. L'Hôpital Général des Frères Charon fut fondé à Ville-Marie en 1688 et passa, en 1747, aux mains de Madame d'Youville. Ce fut d'abord un refuge pour vieillards, une maison d'accueil pour tous les déshérités et les orphelins (Desjardins, 1969, p. 2109). On se demande pourquoi les femmes en étaient exclues : les Frères ne voulaient-ils pas prendre soin des femmes? Celles-ci étaient-elles déjà pourvues en soins? L'Hôpital était situé à la Pointe-à-Callières, donc en dehors des fortifications de la ville, et son premier hospitalisé (un "diminué intellectuel") y entra en juin 1694 pour y mourir en septembre 1735, le premier d'une suite innombrable de patients à vivre et mourir dans des institutions semblables. Le frère Charon voyait grand et tentait d'associer l'instruction des jeunes paysans à l'établissement de petites manufactures

et d'ateliers pour "occuper" les pensionnaires, comme cela se faisait dans les Maisons de charité de France et les Workhouse d'Angleterre, mais il échoua dans ses deux entreprises (Desjardins, 1969, p. 2110). Les ateliers visaient à tuer l'oisiveté, cause de tous les vices et de la folie aussi, plutôt qu'à réinsérer socialement les détenus. L'hôpital passa aux mains de Madame d'Youville, qui fonda simultanément l'Hôpital Général et la communauté des Sœurs Grises de Montréal.

De 1721 à 1750, on verra la construction de "loges" rattachées aux hôpitaux généraux de Québec et de Montréal et aux établissements hospitaliers des Ursulines de Trois-Rivières. Il s'agissait de bâtiments situés derrière les hôpitaux et destinés à recevoir les insensés, vraisemblablement violents. Tout y est prévu pour le plus grand contrôle des déplacements, la solitude la plus complète... et la protection des gardiens.

À Montréal, dix-sept loges sont ouvertes dans un long corridor; les portes en sont grillagées. L'hiver, il n'y a qu'un poêle dans le corridor et l'été, les fenêtres sont ouvertes à chaque bout du corridor; au printemps, le corridor est inondé (Journal de l'Assemblée législative Appendice I, 1824, in *Essais pour une préhistoire de la Psychiatrie au Canada*, 1977, p. 269 et suivantes). Les insensés sont coincés dans un espace si restreint (7' X 7') que les médecins visiteurs craignent "la mortification de leurs orteils et de l'épine du dos" à cause du manque d'exercice. Ils sont confinés solitairement nuit et jour et on ne les sort que pour les mettre dans une seconde cellule pendant que la première est nettoyée, ou alors pour les "changer de hardes", ce dont on s'occupait, semble-t-il, une fois par semaine. Les loges de Trois-Rivières et de Québec sont semblables et n'ont rien à envier aux "cages" de la Salpêtrière et de l'Hôpital de Strasbourg qu'on retrouve encore en 1814 (Foucault, 1972, p. 165). La solitude est totale, le temps se déroule dans la pénombre de cellules sans fenêtre et aucun horaire ou rituel ne semble en marquer le passage. Au moment du transfert à Beauport, en 1845, le docteur Fremont souligne qu'aucune histoire de cas n'accompagnait ces patients (Paradis, 1977, p. 8). Malgré tout cela, on ira jusqu'à renvoyer pour "mauvaise conduite" certains insensés des loges à la prison commune, ce qui nous fait comprendre combien les loges

n'étaient pas destinées à soigner, encore moins à guérir, mais seulement à "garder", et encore à certaines conditions.

Plusieurs enquêtes ont été faites, en 1818 et 1824, sur les conditions d'hébergement des individus dans les hôpitaux, les loges et les prisons. Les témoignages sont souvent contradictoires : une Supérieure déclare que la contrainte physique n'est jamais utilisée alors qu'une autre dit qu'on a rarement recours aux chaînes, (Journal de l'Assemblée législative Appendice I 1824, in *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada*, 1977, p. 269-273), "à moins qu'on ne puisse faire autrement" (Journal de l'Assemblée législative, Appendice I 1824, opus cité, 1977, p. 273)...; l'une admet qu'on ne traite que les maladies accidentelles, sans traiter particulièrement la folie, mais l'autre considère l'intervention des médecins comme inadmissible et même nuisible!

Le rapport de l'année 1824 mentionne qu'en vingt-quatre ans, il y eut 207 personnes enfermées dans les 33 loges des trois hôpitaux généraux : 88 y sont mortes, 93 furent libérées, étant considérées guéries ou améliorées, et 26 y étaient encore détenues (Journal de l'Assemblée législative, Appendice I 1824, opus cité, 1977, p. 270).

Les religieuses ne croyaient pas pouvoir changer les choses et soulignaient, à juste titre, que la principale fonction de leur établissement était de voir aux enfants trouvés; elles croyaient que le système était mauvais et ne voulaient pas s'en faire les complices. Elles iront même jusqu'à refuser un octroi supplémentaire afin de ne pas aider à perpétuer le système (Paradis, A., 1977, p. 25). En 1831, elles retourneront quelques insensés à la prison (Martin, 1947, p. 712).

Pendant tout le XIX^e siècle, et une bonne partie du XX^e siècle, on retrouve des psychotiques dans les prisons. Certains sont presque emmurés vivants dans le sous-sol des prisons communes à Québec. En 1818, trois personnes "dérangées dans leur esprit" étaient gardées à la prison de Québec et sept à celle de Montréal.

Dans son rapport daté de 1852, le médecin de la prison de Montréal constate avec un certain effarement que "la prison de Montréal est fort improprement appelée prison seulement, il vaudrait mieux lui donner tous les différents noms des différents établissements où sont reçues toutes les

infirmités humaines : maternité, hospices pour enfants, hospices pour les individus âgés des deux sexes et pour les infirmes de tous genres, asile pour les aliénés, foyer d'accueil pour les voyageurs" (Nelson, 1852). La situation diffèrera peu d'ailleurs au milieu du XX^e siècle, avant les réformes promulguées par la Commission Bédard. On amenait aux postes de police et aux prisons les vagabonds, les vieillards et les psychotiques errants, égarés ou délibérément mis à la porte, et dont les familles ne pouvaient plus prendre soin, ceux que nul centre de traitement ne pouvait accueillir.

Les commissaires et le public, par la voix des journaux, ainsi que Dorothea Dix dans son *Mémoire aux deux Canada assemblés*, daté de 1844, réclamèrent la fondation d'institutions pour recevoir et traiter les fous (Martin, 1947, p. 713 et suivantes). La conjonction de l'intérêt public, de la charité privée et de quelques intérêts privés favorisera la création de certains asiles selon un modèle d'affermage, c'est-à-dire que l'on confiait la charge de patients aliénés à une corporation privée qui voyait à tout, moyennant une subvention annuelle, et plus tard quotidienne. Il y eut d'abord le groupe des docteurs Douglas et Fremont à Beauport en 1845, les Sœurs de la Providence à Longue-Pointe en 1873, une corporation de citoyens pour l'Hôpital de Verdun en 1888 — et beaucoup plus tard, une autre corporation privée pour le Sanatorium Prévost en 1919. Malgré son respect de l'opinion publique, l'État ne voulait pas assumer la charge financière et administrative des asiles, préférant ne pas avoir affaire aux fous, et les confia donc aux sœurs et aux sociétés de bienfaisance. Il y eut bien une tentative de financement public d'un asile à Saint-Jean d'Iberville, en 1861, mais l'expérience fut de courte durée, les frais s'avérant beaucoup plus élevés que prévus. Plus tard, les sœurs seront victimes, comme les fous, d'aliénation et d'ostracisme. Après leur avoir confié le soin de ces malades vus comme la mauvaise partie clivée d'eux-mêmes, on les considèrera comme de mauvaises mères et on les rejettera elles aussi, non sans avoir d'abord profité du fait qu'elles constituaient une main-d'œuvre à bon marché, le plus bas per annum au Canada : en 1888, il était de 117 \$ au Québec, 155 \$ au Nouveau-Brunswick,

171 \$ en Ontario et 224 \$ en Nouvelle-Écosse. En psychiatrie, le financement au per diem plutôt que sur prévisions budgétaires restera en vigueur jusqu'au début des années 1970.

L'Asile de Beauport ouvrit ses portes en 1845 et accueillit, en moins d'un mois, 23 malades de l'Hôpital Général de Québec, 52 de la prison de Montréal et 7 de l'Hôtel-Dieu de Trois-Rivières (Martin, 1947, p. 716). En quatre ans, on avait déjà dépassé le nombre de malades prévus et en onze ans, on en était de nouveau à garder des aliénés dans les caves et les greniers; en 1873, les Sœurs de la Providence accueillèrent les premiers malades à l'Asile de Longue-Pointe, parce que l'Asile de Beauport était trop éloigné et déjà surpeuplé. Le 25 octobre 1873, on y reçut deux hommes et trois femmes; deux jours plus tard, 34 patients arrivent de Saint-Jean dans un état déplorable; le 7 novembre, on accueille 38 malades venant de Beauport (Bellay, 1892). En 1883, une faction gouvernementale s'élève contre les renouvellements de contrats aux asiles et réussit à faire réduire la subvention annuelle par patient versée aux propriétaires. Ce ne sera pas la dernière fois que les fous seront un objet de controverse plutôt que de préoccupation.

Et déjà tous les lits sont occupés... Les religieuses louent alors les bâtiments connus sous le nom de Casernes d'Hochelaga où, pendant deux ans, on logera jusqu'à 112 patients. En 1873, le gouvernement s'était engagé par contrat à "fournir" aux sœurs des idiots et des aliénés "en nombre de pas moins de 300, y compris les idiots que lesdites sœurs avaient actuellement sous leurs soins". L'hôpital grandit rapidement et le nombre de patients passa de 408, à la fin de l'année 1875, à 1 246 à la fin de 1889. Et les patients protestants avaient déjà quitté en 1888 l'hospice pour le Verdun Protestant Hospital (maintenant appelé le Douglas Hospital), fondé par un groupe de citoyens (Beaudet, 1976, p. 21 et suivantes) un peu pour soustraire leurs patients aux conditions physiques déplorable qui commençaient à régler à Longue-Pointe, un peu pour les exposer à une autre philosophie de traitement que celle pratiquée par les religieuses. La séparation se fit donc sur la base de la religion et produisit une autre aberration qui eut cours jusqu'au milieu des années 1960 : on retrouva des catholiques anglo-

phones strictement unilingues à Saint-Jean de Dieu et des juifs et protestants francophones au Verdun Protestant Hospital.

L'Asile de Longue-Pointe et le Verdun Protestant Hospital avaient tous deux été bâtis sur des terrains de fermes, mais le Verdun était plus proche de la ville et les citoyens intentèrent des poursuites contre la corporation, alléguant la dévalorisation de leurs propriétés (Beaudet, 1976, p. 27). Ils furent déboutés en justice, mais on retrouvera, presque cent ans plus tard, le même genre de poursuites dans les municipalités à proximité desquelles croissent des centres d'accueil pour patients psychiatriques. L'exclusion des fous n'a pas été assez étanche.

En 1889, le premier asile de Longue-Pointe offrait tous les services administratifs d'une grande institution ou d'un couvent : 79 chambres privées, 27 salles, 2 infirmeries, 23 réfectoires, 51 dortoirs et 150 cellules. On avait bâti avec beaucoup de soin un système de ventilation des loges; malheureusement, c'est par ce système de ventilation que se propagea le désastreux incendie en 1890. Derrière l'hospice, les dépendances : potager, buanderie, etc. On trouve aussi un cimetière pour les patients — ce qui prouve bien qu'on s'attendait à en garder quelques-uns jusqu'à leur mort. Plus loin, une ferme où l'on cultivait l'avoine, le blé d'Inde et un arpent et demi de tabac. "Le tabac offre aux patients une grande distraction que les médecins recommandent, car interdire de fumer à ceux qui en ont l'habitude, serait une trop grande privation" (Bellay, 1892). L'incendie de 1890 détruisit entièrement l'Asile de Longue-Pointe, laissant 1 200 patients sans abri; il y eut 80 victimes. Beaucoup d'hommes parvinrent à s'échapper et coururent la campagne. On s'imagine la terreur qu'ils durent répandre. L'asile fut reconstruit en six mois et se développa rapidement. En octobre 1898, on dénombre ainsi les résidents : personnel laïque 141, personnel religieux 183, médecins 3, aumôniers 2 et patients 1 579. Il s'agissait encore vraiment plus d'un asile ou d'un refuge que d'un hôpital.

Le problème de l'encombrement se posait; il sous-tendait celui de la nécessité d'établir une "fin de ligne" et, au XIX^e siècle, ce dernier problème sera partiellement résolu par la distinction très nette qu'on fera entre l'Hôtel-Dieu, centre de

traitement actif, et ce qu'on appelait alors un hôpital général. À l'Hôtel-Dieu de Montréal, on prendra bien soin d'exclure tous les patients qui risquent de demeurer longtemps. "Ne sont pas admis ceux qui ont les maladies suivantes : contagion, lèpre, syphilis, flux de sang, teigne, gale invétérée ou maligne, paralysie, écouvelles, les aveugles confirmés, les mutilés, les insensés, les épileptiques, les femmes enceintes, les enfants au-dessous de 7 ans, les infirmes jugés incurables" (Journal de l'Assemblée législative, Appendice I 1824, opus cité, 1977). L'Hôpital Général accueillera toutes ces personnes, sauf les insensés et les épileptiques — parfois certains infirmes — qui eux seront dirigés vers l'asile. Bien que la terminologie ait changé, la distinction n'en demeure pas moins présente jusqu'à nos jours, sauf qu'aucune institution ne tient à être la "fin de la ligne". On oscille constamment entre le traitement à long terme et la soi-disant guérison rapide, ou encore du bref passage en institution de type médical pour passer ensuite à la réclusion définitive en institution de type social, loin des regards indiscrets de la société, fut-elle médicale. Au XIX^e siècle, on procédera à une classification des malades qui tiendra davantage compte de la description du comportement et de l'espace institutionnel requis que de la nosologie : les aliénés violents, bruyants, obscènes, malpropres, gâteux, ou au contraire "tranquilles", complaisants. Il y aura de "bons" départements et de "mauvais" départements et jusqu'en 1962, des salles "d'en avant" ou "d'en arrière", avec snobisme concomittant des soignants et des soignés. On garde ensemble épileptiques, mélancoliques et mystiques, les condamnant à perpétuer leur psychose par réaction en chaîne et en miroir : chez les religieuses, leur stabilité même contribuera à un affaïssement de la vitalité, à une "institutionnalisation" de la personnalité. Au moment des grands changements des années 60, le recyclage et la revivification du personnel ne sera pas la moindre des tâches. Les religieuses vivent l'aliénation des malades, les médecins également — on les accuse de franc-maçonnerie au XIX^e siècle (Martin, 1947, p. 733), de mœurs suspectes au XX^e, chacun devenant un peu le parent pauvre de sa profession ou de sa communauté.

Dès 1851, on parle d'escalade dans l'admission des aliénés irrécupérables et en 1855, on

insiste sur la nécessité de fonder un hospice distinct pour le soin et la garde des idiots et d'une certaine classe d'aliénés sans espoir. Depuis, bien sûr, certaines maladies sont du ressort d'autres spécialités (quelques-unes sont maintenant en voie d'extinction) : l'épilepsie, la syphilis quaternaire, les syndromes de Korsakoff, diverses intoxications et avitaminoses, la paralysie cérébrale. Mais le problème de la chronicité et de l'irréversibilité de certaines maladies reste toujours actuel. De plus, on ne semble pas avoir trouvé de remède efficace (encore moins préventif) à la démence sénile, quoique le vieillissement de notre population en augmente les risques à un rythme alarmant.

L'entassement des malades et leur évacuation vers des milieux inappropriés demeurent des problèmes aux proportions presque endémiques. Au XIX^e siècle, on trouvait des aliénés dans les caves des prisons; au beau milieu du XX^e siècle, des vieillards séniles dans les greniers de soi-disant familles d'accueil. On les retrouvait un peu partout, dans un "nursing-home", rue St-Vincent, au-dessus de la morgue, aux étages supérieurs d'édifices commerciaux, dans les greniers d'anciennes belles demeures sur le boulevard Gouin. L'eau était rationnée, les médicaments mis en commun, distribués aux plus bruyants. En 1962, la Commission Bédard a transformé la psychiatrie au Québec, mais elle se préoccupait surtout des institutions. En plaçant un si grand nombre de malades dans des familles ou des centres d'accueil, il semble que la qualité des soins échappe plus facilement au contrôle gouvernemental. Jusqu'à présent, l'opinion publique s'est surtout manifestée par la voix de certains journalistes, mais il faudra peut-être créer des comités de vigilance ou nommer, de temps en temps, des commissions d'enquête sociale, car entre la clinique externe et le foyer clandestin, l'impasse est parfois complète : des malades dont on croyait pouvoir améliorer l'état en deux mois en sont au même point six ou douze mois plus tard; d'autres sont transférés en clinique externe alors que leur état est déjà grandement détérioré et qu'ils sont incapables de réintégrer leur milieu normal; des séniles, des débiles profonds sont laissés à l'urgence. Les institutions sont pleines et, en désespoir de cause, on accepte des expédients temporaires : foyers ou centres qui ne satisfont pas à toutes les normes et sur lesquels on

ferme volontairement les yeux. Le personnel soignant, en particulier les travailleurs sociaux, est coincé entre les exigences de l'hôpital général et l'assurance de minimum de soins à tous les malades. Autant on doit donner priorité aux malades pouvant profiter des traitements offerts, autant on n'a pas le droit d'abandonner dans des conditions sordides ceux qui ne nous font pas le plaisir de guérir — rapidement — ou du moins d'améliorer leur état. Le système de psychiatrie communautaire ne peut vraiment fonctionner que s'il offre un éventail complet de services. Mais le coût en est élevé, l'État et les citoyens n'ont pas toujours envie de dépenser pour les fous; il est souvent si facile de se fermer les yeux...

Il y aurait long à dire sur l'évolution de l'interprétation des causes de la maladie mentale et nous pourrions aisément remonter jusqu'à l'antiquité; chaque cause privilégiée à un moment ou l'autre déterminant la perception du phénomène et son "traitement" : l'enfermement, la garde, la thérapeutique. Le psychotique sera tour à tour augure ou pythonisse, sorcier ou possédé du démon, impur, c'est-à-dire récoltant le salaire du péché de la chair, ou malheureuse victime de la volonté divine qu'il ne faut pas contrecarrer. La masturbation conduisait à la folie, comme l'adultère et la contraception aux malformations physiques des enfants. Quand la responsabilité des psychotiques passa aux mains des médecins, les causes devinrent physiques. On parla d'inflammation "qui résulte essentiellement de troubles artériels et circulatoires, s'accompagnant généralement d'une excitation des membranes intérieures du cerveau" (Spears Dr., *Journal de l'Assemblée législative*, 1851, opus cité 1977). Ainsi, l'hérédité devint l'explication privilégiée de la maladie mentale. Quand l'approche devint plus individualisée, on rechercha pour chaque malade une mère neurasthénique, un père ou un grand-père syphilitique. On semble encore retenir cette approche, bien que sous une forme différente, dans l'importance que l'on attribue aux facteurs sociaux et psycho-familiaux.

Au Québec, comme en Europe, les traitements offerts aux psychotiques évolueront lentement : de la sorcellerie et de l'exorcisme jusqu'à la chimiothérapie et les traitements s'inspirant de la psychanalyse et de la psychiatrie communautaire. Pendant longtemps, la plus grande partie de la thé-

rapeutique relevait de soignants parallèles : sorciers, guérisseurs, droguistes, herboristes, apothicaires, dames de miséricorde, moines, religieuses, etc... À la fin de la période asilaire, soit vers 1960, les gens qui prennent "soin" des malades sont des "préposés", des gardiens sans formation particulière, dont les attitudes "thérapeutiques" varient au gré de leur fantaisie et qui n'ont souvent aucun contact avec le personnel professionnel. Ces préposés ne relevaient d'ailleurs pas des directrices de nursing, mais des directeurs du personnel, avec toutes les contradictions que cela entraîne. Pour les malades vivant hors des secteurs asilaires, l'absence de ressources professionnelles favorisait la prolifération de guérisseurs de tout acabit. On en retrouve d'ailleurs encore de nos jours ; il faut naturellement s'élever contre une telle situation, bien qu'on se demande parfois ce que la science apporte de plus. On doit admettre en effet que, dynamiquement, de nombreuses thérapeutiques se sont avérées efficaces parce qu'elles répondaient à des besoins inconscients de pardon, de purification, de libération, de déplacement de culpabilité ou même de réparation.

Même dans les asiles, on retrouvait des applications de grandes thérapeutiques qui connurent leur heure de gloire et subsistent encore parfois sous des formes déguisées : la *consolidation*, c'est-à-dire le renforcement des faiblesses qu'on présumait causer la folie, et ce par la diète, la gymnastique, les odeurs désagréables qui vivifient les esprits ; la *purification* qui désencombe les viscères et évacue les idées fausses, les vapeurs et les violences, et ce par les saignées, l'application de sangsues, les maladies de peau comme la gale ou la petite vérole qui attirent à la surface du corps la corruption du cerveau. Puis les traitements par *immersion* s'apparentant aux rites de propreté, de libation et de renaissance dans l'hydrothérapie sous toutes ses formes et finalement, la *régulation* du mouvement dans la marche, la course, la danse, l'équitation, les voyages, etc...

Toutes ces thérapeutiques décrites par Foucault (Foucault, 1972, p. 327) ont été pratiquées chez nous, ce qui prouve une fois de plus qu'avec un peu de retard, nous avons reproduit tout ce qui s'était passé ailleurs — pour les sociétés comme pour les individus, l'ontogénèse reproduit la phylogénèse.

Dès qu'on sortit les patients des loges, des caves et des greniers et qu'on les transféra dans les premiers asiles, on s'occupa de les distraire et on les fit travailler sur la ferme et au jardin. La plupart d'entre eux réagirent positivement à ce changement d'approche, à la liberté de mouvements et aux contacts sociaux retrouvés : on crut avoir découvert la thérapie par le travail ! En 1849, les propriétaires de Beauport disaient : "Comme service, le travail des aliénés est sans valeur. Il ne compense certainement pas pour le nombre de gardiens nécessaires à leur surveillance. Nous ne pouvons compter sur le travail de l'aliéné" (Bertrand-Ferretti, 1972, p. 120). C'était parfois vrai : dans les années 60, on pouvait voir de vieilles schizophrènes chroniques, assises au bout d'une table, tricotant des carrés de laine que d'autres malades défaisaient à l'autre bout de la même table, afin de continuer à alimenter le réseau... Quand même, le travail des malades réduisait sûrement les frais des établissements : des départements entiers, fermes, buanderie, cuisine, fonctionnaient grâce au travail de malades payés en cigarettes à la fin de la semaine et récompensés d'une bonbonnière à Noël. La main-d'œuvre était lente mais abondante ; on assignait plus de patients pour accomplir la même tâche.

L'évolution de notre société a aussi reflété et parfois conditionné notre approche de la psychose. Quand notre société était fortement rurale, on tolérait mieux les vieillards et les insensés : on pouvait plus facilement les garder — ou même les cacher — à la campagne qu'à la ville. Encore, récemment chaque village abritait au moins un vieux schizophrène chronique, ou un débile depuis longtemps inoffensif, qui parlait aux fleurs et tenait des discours religieux aux chats. Au XX^e siècle, les premiers asiles recevront plus de patients "envoyés par le gouvernement", c'est-à-dire des patients "publics" provenant de la ville plutôt que de la campagne. Et on attribuera au grand air et aux bonnes mœurs rurales, la santé mentale de la population.

De plus, il est bien connu que si le besoin crée l'organe, l'organe crée aussi le besoin. Les familles qui hésitaient à placer leurs malades dans les horreurs qu'étaient les loges, les confiaient plutôt aux asiles, ce qui explique en partie l'accroissement phénoménal du nombre d'admissions qu'on connut pendant les premières années et l'encombrement

qui s'ensuivit. On n'a plus aujourd'hui la même perception du temps qu'autrefois, on utilise l'espace différemment et les systèmes de parenté ont changé, de sorte qu'on a encore davantage besoin de systèmes adéquats de garde ou de traitement. Les familles urbaines isolées, souvent monoparentales, ne peuvent plus offrir la même compassion que les familles rurales étendues.

Cette évolution sociale ira même jusqu'à déterminer quelle catégorie de malades on admettra dans les asiles, et plus tard dans les hôpitaux psychiatriques. Plusieurs des "Originaux et Détraqués" de Fréchette ne pourraient circuler en liberté dans nos villes devenues intolérantes. Jusqu'au milieu de ce siècle, on retrouvait dans nos salles d'asiles des "détraqués" spéciaux, même amusants parfois, à condition de n'être pas dérangé dans leur folie : des rois d'Espagne ou des reines de Sabbat, des discoureurs anti-jésuites ou des patients vivant, qui dans la jungle africaine, qui dans l'Allemagne préhitlérienne. Si l'on admet avec Lehmann que "le nombre de stéréotypes dans une salle donnée est inversement proportionnel à l'attention thérapeutique qu'on y donne" (Lehmann, 1976), on doit aussi établir une distinction entre les admissions pour soigner et les admissions pour cacher. On a constamment tendance à vouloir cacher les patients aux symptômes spectaculaires, parfois risibles, qui "dérangent" la sérénité des gens dit normaux, ou révèlent cette partie cachée de nous-mêmes que nous ne voulons pas voir, ou encore montrent ce que nous pourrions devenir : infirmes ou séniles.

Les attentes de la société ont changé d'un siècle à l'autre : on veut maintenant guérir la maladie mentale comme on veut guérir les autres maladies. Au XIX^e siècle, on mourait vite ou lentement d'appendice ou de tuberculose ; on était exclu pour maladie contagieuse ou pour psychose. La curabilité pour tous est un mythe tout autant que l'incurabilité de chacun. Entre les deux, il devrait y avoir place pour la compassion qui "prend soin" plutôt qu'elle ne rejette ou transforme en robots.

Enfin, la transformation des modalités de garde ou de soins a toujours provoqué des mises en congé, sinon des guérisons. En effet, un grand nombre de patients furent mis en congé avec succès à chaque transfert important des prisons aux loges, des loges à l'asile, ou plus tard de l'hôpital psychiatrique au foyer, de même qu'à la

découverte de chaque nouvelle approche thérapeutique : travail, hydrothérapie, sismothérapie, chimiothérapie par neuroleptiques. On pourrait comparer statistiquement l'efficacité d'une méthode par rapport à une autre, mais ce qui contribue le plus au succès de la nouvelle entreprise semble être le changement d'attitude du personnel, cette projection d'espoir sur les patients. De plus, des changements majeurs au niveau des habitudes causent un effet choc qui libère et mobilise les énergies inconscientes, sans qu'on doive pour autant minimiser l'importance des changements de lieu, de diète, d'occupation ou de médicaments.

Après l'essor de la deuxième moitié du XIX^e siècle, il y a peu de nouveaux développements à signaler, sauf la progression du gigantisme des institutions existantes. Dès 1944, des hôpitaux satellites ouvriront leurs portes pour absorber le trop-plein des deux grands hôpitaux psychiatriques. Sous la juridiction de Saint-Michel Archange, on groupera Saint-Ferdinand d'Halifax, Baie Saint-Paul et quelques autres; autour de Saint-Jean-de-Dieu, l'Hôpital de l'Annonciation et celui de Saint-Charles Borromée à Joliette, pour lequel on fera venir des religieuses espagnoles parlant peu ou pas le français, toutes nos communautés ayant refusé de s'embarquer dans une nouvelle aventure. On y transfère les patients originaires de ces régions, de même que les "bons patients" tranquilles qui n'ont jamais de visiteurs et pour qui l'éloignement ne changera rien. Les administrateurs organisent des visites de triage dans les salles. Craignant de perdre tous leurs "bons" patients et les voir remplacés par des agités, des confus, des malades non rompus à la discipline de la salle et de la maison, quelques religieuses "cachent" certains patients chez leurs voisines, pendant ces visites, mais à charge de revanche bien entendu. La plupart de ces "bons" patients seront encore là au moment de la réforme des années 60. Pendant vingt ou trente ans, ceux dont personne ne voulait avaient été gardés, logés et nourris, mis à l'abri du rejet et des quolibets, et l'on s'étonna ensuite de les voir "institutionnalisés", "dépendants", "attachés" à la "mère-hôpital" — la seule mère parfois que ceux nés à la Miséricorde, élevés à la crèche et transférés à Saint-Jean-de-Dieu aient jamais connue. Le système aurait pu se perpétuer encore longtemps! Un nouvel hôpital satellite était déjà en construc-

tion à Sherbrooke, quand Jean-Charles Pagé publia *Les fous crient au secours*. Après la parution de ce livre, on créa la Commission Bédard qui fit arrêter les travaux et exigea qu'on transforme radicalement le système.

Hors des grands hôpitaux, il reste encore quelques développements à signaler : le retour des soldats après la guerre de 39-45 et la nécessité de prendre soin de ceux qui souffraient de troubles psychiques forcèrent les gouvernements à adopter de nouvelles mesures (Beaudet, 1976, p. 65). En 1948, les hôpitaux généraux pouvaient obtenir du gouvernement fédéral un octroi dit "de santé mentale" pour l'ouverture de cliniques psychiatriques, mais à condition que les équipes soient composées d'un minimum de psychiatres, infirmières, psychologues et travailleurs sociaux ; il s'agissait d'un octroi de base et chaque institution devait compléter les salaires, aussi tous les hôpitaux ne s'en prévalurent-ils pas. Au même moment, les hôpitaux psychiatriques ouvrirent des départements de service social pour mieux connaître le milieu socio-familial des patients et faciliter leur réinsertion éventuelle. Là aussi, les débuts furent extrêmement lents et l'influence de cet octroi minime, sauf dans quelques hôpitaux généraux anglophones. La première révolution de l'intérieur se fit au Douglas Hospital, grâce au docteur H. Lehmann et à son équipe, au début des années 50. Sur une base expérimentale, on administra des neuroleptiques à un grand nombre de malades. Les changements ne se firent pas attendre, même chez les malades chroniques. Il est fort émouvant de lire les dossiers de certains de ces patients qui, en quelques mois, passèrent de la solitude cellulaire où leur fureur les maintenait, à la vie sociale, calme mais active, du département ouvert. L'isolement et les contraintes devinrent superflus, les portes verrouillées aussi. On les ouvrit donc, mais pour certains patients internés depuis des années, les habitudes passives de troupeaux que l'on mène à la mangeoire ou au puits continuèrent encore longtemps.

On expérimenta aussi le placement en foyer, en "foster home", ancêtre de nos foyers affiliés, de nos familles d'accueil et de nos foyers de groupe, qui ne sont pas sans rappeler les fameuses "Petites Maisons" de la rue de Sèvres, ouvertes à Paris vers 1660 pour accueillir le surplus de pensionnaires des grands asiles La Salpêtrière, La Pitié, etc. où ils durent d'ailleurs souvent retourner (Foucault, 1972, p. 100).

On risque fort de répéter l'histoire ancienne et de créer des ghettos psychiatriques, si l'on ne peut offrir la gamme complète des services requis : centres de rééducation, ateliers protégés, etc. Les nouveaux services sont aux prises avec des difficultés presque insurmontables : pour ramener le nombre de patients à des dimensions manœuvrables, on applique parfois des mesures plus administratives que cliniques, on tient compte davantage des dollars que des patients. On sort les patients de l'hôpital et on les envoie là où ça coûte le moins cher ; des patients qui pourraient profiter des nouvelles thérapeutiques pratiquées en milieu hospitalier sont gardés dans des foyers n'offrant que le minimum décent.

Enfin le début du XX^e siècle vit aussi la création de services spécialisés pour enfants, ils avaient toujours été inclus dans les services pour adultes : le premier insensé admis à l'Hôpital du Frère Charon et le premier pensionnaire de Madame d'Youville étaient de jeunes débiles ; mais on ne leur accordait aucun "statut particulier", puisqu'en fait ils étaient traités "comme" des adultes dans presque toutes les sphères de la société. Exposés aux mêmes châtiments que les adultes ils pouvaient être condamnés à mort pour vols et autres délits mineurs (Plante, 1967). Au début du XX^e siècle, l'Association canadienne pour la Santé mentale se donna rapidement pour objectif le dépistage précoce de la déficience mentale, de la délinquance et des troubles du comportement.

En 1931, des religieuses de Saint-Jean-de-Dieu fondèrent une école pour l'éducation de jeunes débiles mentaux et une autre pour la formation d'enseignants spécialisés ; en 1945, elles essayèrent au Mont-Providence où tout avait été prévu pour l'éducation de débiles éducatibles et semi-éducatibles. L'entreprise dura peu de temps : un conflit éclata avec le gouvernement du temps et se joua sur le dos des enfants. L'institution ferma ses portes et pendant une dizaine d'années servit de déversoir — un autre — à Saint-Jean-de-Dieu. Ils faudra attendre respectivement jusqu'en 1950 et 1957 pour que le Montreal Children's Hospital et l'Hôpital Sainte-Justine offrent des services aux enfants psychotiques et aux autres enfants perturbés. En attendant, ils furent entassés, avec les débiles, les infirmes locomoteurs graves, les handicapés sensoriels de tout acabit, dans des institutions diverses qui, tout en étant accueillantes envers tous, n'offraient de services spécifiques à aucun.

Jusqu'à la fin des années 50, et même après la Commission Bédard, l'hôpital psychiatrique est encore, plus qu'une cité, un pays particulier. On n'y entre que muni d'un passeport spécial, délivré par un médecin qui décrit des symptômes et vous déclare dangereux pour vous-même ou pour la société, ou vous considère une occasion de scandale public; on doit faire temporairement cession de ses biens au Curateur public.

Mais habituellement, même muni d'un passeport en règle, il faut attendre une place libérée par un décès ou par un départ — cette attente est longue, toujours pénible, et se fait soit à la maison, soit à l'hôpital général, au poste de police ou à la prison. Les frontières de ce pays sont clairement délimitées et bien gardées. La clôture et la grille empêchent les patients de s'enfuir, mais s'il réussissent on ne cherche vraiment pas à les rattraper. Elles empêchent aussi les voleurs d'y pénétrer pour s'emparer de biens ou de jeunes patientes débiles à des fins malhonnêtes, et surtout elles empêchent les familles "malprises" de déposer une épouse psychotique ou un grand-père sénile à la porte et s'enfuir sans laisser aucun renseignement permettant de les identifier.

Une fois à l'intérieur, on fait face à un temps et un espace différents : l'heure et la géographie de la chrétienté. Les heures et les jours sont marqués au rythme des prières et des fêtes chrétiennes : c'est peut-être structurant pour le psychotique et préférable à l'intemporalité des prisons et des anciennes loges, mais c'est aliénant et aberrant historiquement. Les lieux sont divisés selon une carte hagiographique; on parle même de "reliques" dans le cas de malades internés depuis une vingtaine d'années et qui considèrent l'hôpital comme leur maison (Pagé, 1961). Et parfois, on retrouve deux chapelles, une pour les hommes, l'autre pour les femmes, car s'il semble ne pas y avoir de ségrégation raciale, la ségrégation sexuelle est omniprésente. Malgré tout, des femmes deviennent enceintes pendant leur séjour, mais on passe sous silence. Si une patiente accouche à l'hôpital, l'enfant doit être immédiatement transporté ailleurs et s'il s'agit d'un enfant illégitime, on le considère non adoptable. À vrai dire, il n'y a pas de propriété privée à l'hôpital psychiatrique, sauf pour la corporation propriétaire de l'établissement; les membres des communautés reli-

gieuses et les patients ne possèdent rien en propre, les unes par choix, les autres par obligation. Il n'y a pas d'armée, mais les fous portent l'uniforme et la nourriture est du genre caserne; après plusieurs années de ce régime, tous perdent jusqu'au sens de la propriété privée. Cela n'empêche ni les mendiants — la monnaie d'échange est la cigarette — ni les petits commerçants de proliférer face aux favoris du régime qui travaillent fort et bien, et finissent par pouvoir occuper des "chambres de récompense". On ne fait que "parler" de justice distributive, mais le pouvoir même est l'objet d'une démarcation sexuelle : les femmes — religieuses ou laïques — administrent, les hommes-médecins traitent. La morale est surveillée avec zèle, sinon toujours avec succès : on pourchasse les patients jusque dans l'intimité des cabinets — les W.-C. n'ont pas de portes (Pagé, 1961).

On retrouve encore des "cellules", de l'enfermement à l'intérieur de l'enfermement. On a aboli la peine de mort. Si l'on tâche d'empêcher le suicide par toutes les contraintes physiques possibles, on n'en garantit pas moins une mort lente pour tous, à moins que "le bon Dieu vienne vous chercher" plus tôt. Les finances fonctionnent bizarrement : on "traite" pour dix fois moins cher des patients jugés trop malades par les hôpitaux généraux. Et ce pays n'a plus de ministère de l'Éducation : on a exclu, pour différentes raisons, l'enseignement aux débiles et les stages universitaires de diverses disciplines.

Si on entre sur présentation d'un passeport, on sort par décret d'une assemblée délibérante qui se réunit selon un calendrier secret. Et la sortie s'accomplit progressivement, pour six mois d'abord, pendant lesquels on ne reçoit pas d'aide — faut être guéri d'un seul coup — pas de services en clinique externe, pas de médicaments gratuits. Cependant, la Curatelle garde vos effets et le droit d'administrer vos effets et le droit d'administrer vos finances, comme s'il s'agissait d'assurer un décroissement progressif de désinfection entre la vie ordinaire et celle de ce pays des fous.

Tout ça se passait il y a moins de vingt ans.

NOTE

1. Tout au long de ce texte il y a plusieurs situations décrites par l'auteur qui lui ont été rapportées verbalement ou encore qui ont été directement observées par elle au cours de sa pratique.

RÉFÉRENCES

- AIRD, Georges, 1978, Quelques réflexions sur l'état actuel des services en santé mentale dans la région de Montréal, *Santé Mentale au Québec*, vol. III, n° 2, novembre.
- BEAUDET, Céline, 1976, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec : 1880 - 1963, Le cas de l'Hôpital de Verdun*, Cahiers de l'ISSH, Université Laval, Québec.
- BECKER, A. et H.C. SCHULBERG, 1976, Phasing out State Hospitals - A Psychiatric Dilemma, *The New England Journal of Medicine*, vol. 294, n° 5, janvier.
- BELLAY, A., 1892, *Histoire de l'Hospice Saint-Jean de Dieu à la Longue-Pointe*, Montréal, Arbour et Laperle.
- BERTRAND-FERETTI, Andrée, 1977, Pratiques sociales et pratiques discursives : le discours sur la folie au Québec, sous l'Union, in *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada (1800-1885)*, Recherches et théories, n° 15, Université du Québec à Montréal.
- BOUDREAU, Françoise, 1978, *Changes in the System for the Distribution of Psychiatric Care in the Province of Quebec (Canada), 1960-1974*, Presented to the Medical Sociology Session for the ASA Meetings in San Francisco, septembre.
- CAMERON, Evan J. et B. SILVERMAN, 1965, Tale of Two Institutes, *American Journal of Psychiatry*, vol. 122, juillet.
- Conseil de la Santé et des Services Sociaux de Montréal Métropolitain, 1977, *Règlements de la Commission des Services psychiatriques*, août.
- DEJARDINS, Edouard, 1969, L'Hôpital Général des Frères Charon à Ville-Marie, *L'Union Médicale du Canada*, tome 98, décembre.
- FOUCAULT, Michel, 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.
- FUGÈRE, Alain, 1977, La stratégie matérialiste d'Henry Howard, médecin aliéniste québécois, in *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada, 1800-1885*, Recherches et théories, n° 15, Université du Québec à Montréal.
- Journal de l'Assemblée législative, Appendice I, 1824, *Appendice du Rapport du Conseil législatif nommé pour s'enquérir des Établissements dans cette Province pour les Personnes dérangées dans leur esprit, les Enfants trouvés et les Pauvres malades et infirmes*, in *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada 1800-1885*, Recherches et théories, n° 15, Université du Québec à Montréal, 1977.
- LAFRANCE, Jean, 1977, Sous-prolétariat et naissance de l'asile au XIX^e siècle (1817-1845), in *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada (1800-1850)*, Recherches et théories, n° 15, Université du Québec à Montréal.
- LAFRANCE, Jean, 1977, L'Asile de Beauport (1845-1860), le paradigme du traitement, in *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada (1800-1850)*, Recherches et théories, n° 15, Université du Québec à Montréal.
- LEHMANN, H., 1976, Différentes possibilités de traitement du schizophrène, *Hygiène Mentale au Canada*, vol. 24, n° 1, mars.
- MARTIN, Charles A., 1947, Le premier demi-siècle de la psychiatrie à Québec, *Laval Médical*, vol. 12, n° 7, septembre.
- MASSICOTTE, E.Z., 1923, Les chirurgiens médecins etc. de Montréal, sous le régime français, in *Rapport de l'archiviste de la Province de Québec, pour 1922-23*.
- MORIN, Marie, 1979, *Histoire simple et véritable. Les Annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1659-1725*, Presses Université de Montréal.
- NELSON, Wolsen, 1852, Rapport sur la condition, la discipline, l'administration et l'entretien des prisons de district et autres prisons du Bas-Canada, Québec, Lovell.
- PAGE, Jean-Charles, 1961, *Les fous crient au secours*, Les Éditions du Jour, Montréal.
- PARADIS, André, 1977, De la prison à l'asile : esquisse d'un portrait de la folie au Canada (1800-1840), in *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada (1800-1885)*, Recherches et théories, n° 15, Université du Québec à Montréal.
- PARADIS, André, 1977, L'asile temporaire de Toronto (1841-1850) ou l'impossibilité provisoire de l'utopie asilaire, in *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada (1800-1885)*, Recherches et théories, n° 15, Université du Québec à Montréal.
- PLANTE, Gilles, 1967, L'évolution de la psychiatrie infantile, *L'Infirmière Canadienne*, avril.
- Rapport du Service Social soumis au Comité de Planification de l'Hôpital Saint-Jean de Dieu*, 1968, Montréal, mars.
- SEGUIN, Robert-Lionel, 1971, *La Sorcellerie au Canada français*, Leméac, Montréal.
- Sœurs Grises, 1916, *L'Hôpital Général des Sœurs de la Charité*, tome I, Montréal.
- SILVERMAN, B., 1961, The Early Development of Child Psychiatry in Canada, *Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 6, n° 5, p. 239.
- Un héritage de courage et d'amour, 1873, La petite histoire de l'Hôpital Saint-Jean de Dieu à Longue-Pointe*.
- WEINER, Herbert, 1975, Schizophrenia : Etiology, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Freedman, A., M., Kaplan, H., I., Sadock, B., J., Editors, Volume I, 2^e édition, p. 866-890.
- WINNICOTT, D.W., 1974, *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot.

SUMMARY

In New France, Madness has initially been considered according to European traditions : lunatics had to be excluded, taken out of sight. Very soon though, a distinction was made between the function of protection, attributed to general hospitals and later to asylums, and the function of treatment, undertaken by the Hôtel-Dieu (fore-shadowing the role played by general hospitals in the twentieth century).

In 1960, changing concepts in the fields of the aetiology and treatment of mental illness, the hugeness of mental hospitals and the transformation of Quebec society from rural to urban hasten the re-organization of psychiatric services, without eliminating the risk of excluding the mentally ill.

This paper also describes briefly psychiatric hospitals and their dependencies in the early sixties in Quebec.