

# L'asile, de 1845 à 1920

Par André Paradis



CONSULTER EN LIGNE

**[atlas.cieq.ca](https://atlas.cieq.ca)**

Une fenêtre sur le passé québécois

Plus de 200 textes et cartes de référence  
sur l'histoire du Québec en libre accès

POUR CITER CET ARTICLE, UTILISER L'INFORMATION SUIVANTE :

Paradis, André (1998). «L'asile, de 1845 à 1920» dans Normand Séguin (dir.), *L'institution médicale*. Québec: Les Presses de l'Université Laval (coll. «Atlas historique du Québec»). [En ligne]: <https://atlas.cieq.ca/l-institution-medicale/l-asile-de-1845-a-1920.pdf>

Tous droits réservés. Centre interuniversitaire d'études québécoises (CIEQ)  
Dépôt légal (Québec et Canada), 1998.  
ISBN 2-7637-7623-X

---

Les chercheurs du CIEQ, issus de neuf universités, se rejoignent pour étudier les changements de la société québécoise, depuis la colonisation française jusqu'à nos jours. Leurs travaux s'inscrivent dans trois grands axes de recherche: **les gens** : les populations et leurs milieux; **les ressources** : les moyens d'existence et les stratégies; **les régulations** : la norme, l'usage et la marge. Ils privilégient une approche scientifique pluridisciplinaire originale pour comprendre le changement social et culturel dans ses dimensions spatiotemporelles – [www.cieq.ca](http://www.cieq.ca)

# L'asile, de 1845 à 1920

## 1. DES LOGES À L'ASILE

### La tradition des loges

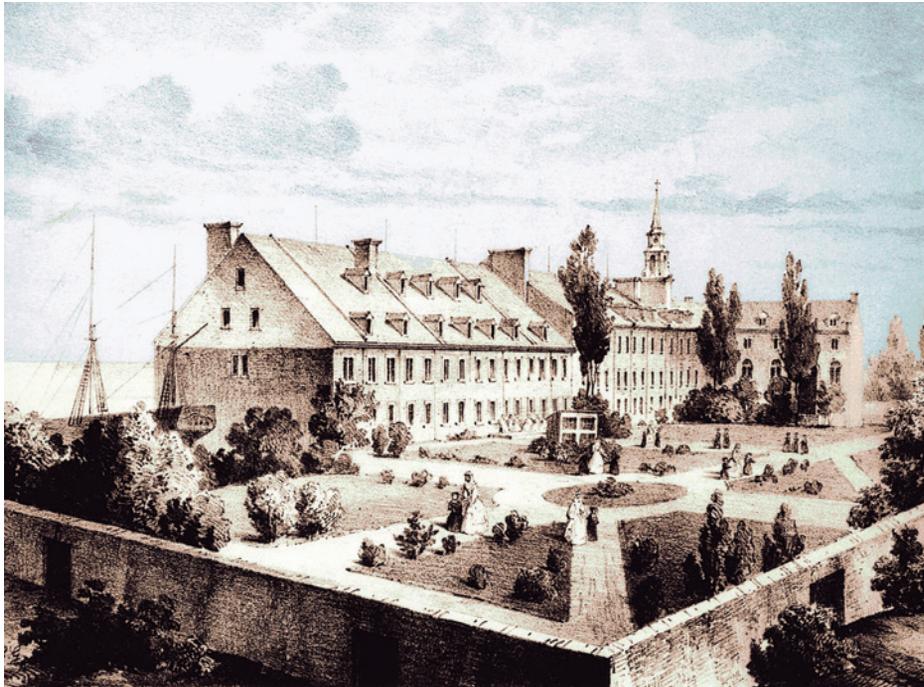
L'histoire de l'institution asilaire s'inscrit dans celle du grand « renfermement », comme le montre bien l'exemple français. Pour que Philippe Pinel, médecin célèbre qui s'occupa de l'étude des maladies mentales, consente en 1792 à la libération des fous écroués dans les cellules de Bicêtre, il fallait que ces derniers y aient d'abord été enfermés. Or, ce « renfermement », comme l'a si bien illustré Michel Foucault, nous fait remonter un siècle plus tôt, plus exactement en 1657, lorsque le roi soleil, Louis XIV, édicta la mise à l'ombre de tous les gueux qui avaient élu domicile dans les rues de Paris. C'était l'époque où les paysans, appauvris et trop nombreux pour ce que pouvait donner la terre, affluaient vers les villes et venaient grossir les rangs des indigents et des sans-abri. La méfiance entre le peuple et la noblesse grandissait et la bourgeoisie, qui revendiquait elle aussi plus de place au soleil, trouvait particulièrement embarrassante cette colonie de marginaux qui bourdonnait autour d'elle : on peut imaginer que s'y trouvaient non seulement des mendiants, des clochards et des ivrognes, qui gênaient ou troublaient régulièrement la paix publique, mais aussi des délinquants, des prostituées et des criminels, contraints de quêter ou de voler quotidiennement leur pitance. S'y ajoutaient des infirmes, des déficients et des insensés incapables de pourvoir à leurs besoins et abandonnés à leur sort d'itinérants. Dans bien des cas, un mal entraînant un autre, la folie finissait par apparaître comme une sorte d'état limite combinant jusqu'à l'exaspération toutes les autres formes de destitution sociale : on se mit alors à penser qu'elle avait des affinités naturelles avec la pauvreté, la débauche, le libertinage, la paresse, le blasphème et la criminalité, la déraison n'étant que l'aboutissement d'un long processus de régression, généralement irréversible, vers l'animalité.

À la suite de l'édit de 1657, il se trouva bientôt des fous enfermés avec leurs congénères un peu partout à Paris, dans des conditions assez proches de celles qu'on réserve habituellement aux fauves : que ce soit dans le département de force de l'Hôpital Général, dans les cachots ou les calottes de la Bastille, à la prison de Bicêtre, dans les cellules des léproseries désaffectées, comme celle de Saint-Lazare, ou encore

à La Salpêtrière, dont la population passa de 700 à 8 000 pensionnaires entre 1650 et 1750. Comme tous les marginaux jugés inaptes à la vie en société, on les mit en cellule, on enchaîna les plus récalcitrants et on leur confectionna au besoin toutes sortes d'appareils de contrainte pour inhiber leurs habitudes vicieuses : muselières, menottes métalliques, ceintures ou anneaux de chasteté, etc. Ces mesures de répression ne faisant qu'exaspérer davantage leurs injures, la folie acquit très vite la réputation d'être intrinsèquement immorale, violente et dangereuse. Alors qu'auparavant beaucoup d'insensés pouvaient vaquer sur la terre à de petites besognes et espérer vivre de la charité publique, quitte à subir la moquerie occasionnelle de leurs concitoyens, leur enfermement ouvrait la porte sur une toute autre époque, celle de l'incompatibilité de la folie avec les nouvelles valeurs de la bourgeoisie montante : travail, salariat, productivité, rentabilité et profit, primat de la famille nucléaire, de la propriété privée et de l'ordre public. En regard de ces critères, la folie, en milieu urbain, se trouvait définitivement disqualifiée.

En Nouvelle-France, la situation sociale et démographique n'avait rien de vraiment comparable avec la vie parisienne. Pourtant l'élite laïque et religieuse de la Colonie ne semble pas avoir tardé à importer l'esprit et la lettre des nouvelles institutions métropolitaines. Dès 1717, en effet, M<sup>gr</sup> de Saint-Vallier favorisa personnellement la construction d'un département de force à l'Hôpital Général de Québec pour qu'y soient renfermées les « femmes furieuses et de mauvaise vie ». Au départ, cet établissement hospitalier avait été conçu, tels ses homologues d'outremer, comme un établissement de ségrégation et de redressement visant à corriger et à rééduquer, par le biais de la réclusion et du travail, non seulement les personnes scandaleuses, mais aussi les pauvres mendiants, valides ou invalides, qui vivaient jusque-là de la mendicité publique. L'ordonnance de 1692, qui autorisait la construction de l'Hôpital Général, prévoyait d'ailleurs l'abolition de la mendicité, comme si le décret royal visait précisément à débarrasser Québec de ses éléments indésirables. Cette politique de ségrégation allait bientôt être suivie à l'Hôpital Général de Montréal et chez les ursulines de Trois-Rivières où d'autres loges furent construites pour la réclusion des personnes insensées. À la fin du XVIII<sup>e</sup>





**L'HÔPITAL GÉNÉRAL  
DE QUÉBEC VERS 1800.**

Auteur : lithographie /  
F. d'Avignon. Archives  
nationales du Québec à Québec.

siècle, avec le resserrement de la législation<sup>1</sup>, le nombre des arrestations augmenta de façon telle qu'il fallut se résoudre à admettre bon nombre d'insensés dans les prisons communes.

En 1801, lorsque fut adoptée la première mesure législative visant à financer sur une base régulière la réclusion des personnes insensées, on peut dire que l'enfermement dans les loges avait atteint un point critique. Autant à Québec qu'à Montréal, le gouvernement colonial dut faire diligence et remplacer les loges, qui n'étaient jusque-là que des hangars de bois, par des bâtiments de pierre plus spacieux qu'on entourait, comme à l'Hôpital Général de Québec, d'une clôture de cèdre. Suivant un plan uniforme, typique de l'institution carcérale, les loges furent disposées en deux rangées parallèles, séparées par un couloir. Aux extrémités, deux petites fenêtres permettaient à peine la ventilation. Au centre, un poêle, surplombé de longs tuyaux, réchauffait l'ensemble du bâtiment, divisé en deux quartiers, selon le sexe des reclus. Quant aux cellules, elles consistaient en cubicules exiguës de 7 pi<sup>2</sup>, à hauteur d'homme, et n'étaient éclairées que par un « vitreau grillé » de un pied carré. Il était donc difficile d'y voir et de s'y mouvoir. Les insensés, parfois enchaînés au plancher, y couchaient sur la paille. Ils y étaient confinés dans la plus grande solitude jour et nuit avec, dit-on, peu d'exceptions. Un orifice pratiqué dans la porte permettait la transition des gamelles. Sur les murs, une glissoire invitait à l'évacuation des urines et des excréments vers une décharge extérieure ; mais on peut penser qu'avec leurs membres mortifiés par l'immobilité, les reclus des loges ne prenaient souvent même plus la peine de ces précautions pour satisfaire leurs besoins. La salissure du corps s'incrétait et la vermine ne tardait pas à s'installer, hypothéquant encore plus que l'isolement leur état physique et mental. Il était donc impérieux de les transférer de temps à autre dans une autre cellule, le temps de procéder au nettoyage de leurs cachots, particulièrement humides des pluies d'automne jusqu'au printemps, et à ce point infects qu'aucun médecin, pas même ceux qui étaient ratta-

chés aux hôpitaux généraux, n'osait y pénétrer. Comme le rappelèrent plus tard les propriétaires de Beauport, plusieurs aliénés réussirent à survivre plus de 20 ans dans cette solitude infernale : « Jamais on ne leur avait permis de sortir de la bâtisse. Rarement voyaient-ils quelque personne... La plupart avaient des habitudes de malpropreté dégoûtante ; plusieurs étaient considérés dangereux et les autres étaient tombés dans un état d'imbécillité ou de démence<sup>2</sup>. »

À ces cellules, finirent par s'ajouter, comme ce fut le cas à Québec, quelques cellules « morales », attenantes au bâtiment principal de l'Hôpital Général. Mieux chauffées et mieux entretenues, elles étaient réservées, dit-on, aux patients non pressentis comme dangereux. On peut penser qu'elles étaient surtout destinées à des patients privés, volontairement placés, sur le conseil d'un médecin, par des familles qui en avaient les moyens. Il est vraisemblable que ces « personnes dérangées », qui n'étaient pas passées par la filière judiciaire, jouissaient de meilleures conditions d'hygiène et de certains privilèges.

Il est difficile d'évaluer combien d'insensés furent enfermés dans les loges. Mais, en extrapolant à partir des chiffres dont on dispose, on peut avancer qu'entre 1750 et l'ouverture de l'asile de Beauport en 1845, au moins 500 insensés y furent admis. Il est presque superflu de préciser que le taux de mortalité y fut particulièrement élevé : ainsi, des 207 insensés enfermés entre 1800 et 1824, 88 moururent sur place, soit approximativement 42 %. Une bonne proportion réussit malgré tout à en sortir : certains, soi-disant guéris, furent renvoyés dans leur famille ou leur communauté après quelques semaines ou quelques mois d'isolement. Sans doute la séquestration avait-elle fini par les rendre dociles et par venir à bout de l'énergie de leur délire. D'autres, qui résistaient au châtement et persistaient dans l'insoumission, furent expulsés pour mauvaise conduite et remis dans le circuit carcéral. Un certain nombre, dont un qui y avait croupi pendant 28 ans, allaient échapper à leur morne existence grâce à leur transfert à l'asile de Beauport.

Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, plusieurs s'émurent des conditions de détention inhumaines réservées aux insensés. On commençait à s'inquiéter des cas de plus en plus nombreux d'incarcération et des effets néfastes qui en résultaient pour les autres prisonniers. Ces incarcérations, qui pouvaient durer jusqu'à 10 ou 15 ans, finirent par obliger les magistrats, les députés et les médecins à protester vivement auprès des autorités publiques. En 1823, le gouvernement du Bas-Canada décida finalement d'instituer une commission d'enquête. Les shérifs sautèrent sur l'occasion pour se plaindre de l'obligation qui leur était faite d'enfermer dans les sous-sols ou les cellules de leurs prisons des maniaques bruyants, qui semaient périodiquement l'émoi et qui, par surcroît, semblaient indifférents à toute mesure disciplinaire. Les médecins, eux, déplorèrent que les insensés des loges soient tenus en état de confinement permanent, sans pouvoir prendre l'air, se délier les membres, s'adonner à des travaux utiles et jouir d'une alimentation saine, comme c'était le cas depuis une bonne quinzaine d'années dans les asiles anglais. D'où la détérioration rapide de leur état et la répulsion que leur odeur et leur allure inspiraient. Dans une lettre adressée en 1816, et reprise par la Commission de 1823, le docteur William Hackett, qui était médecin et chirurgien des malades du gouvernement à l'Hôpital Général de Québec, résumait ainsi son point de vue : « Dans les circonstances présentes, je conçois qu'il est tout à fait inutile de faire l'essai d'aucun traitement médical, et quant à un traitement moral, il serait non seulement absurde mais même ridicule d'y penser<sup>3</sup>. »

Le rapport de la Commission, produit en 1824, arrivait sensiblement aux mêmes conclusions :

*En un mot, les cellules ont plutôt l'air de lieux destinés à la détention des criminels et loin de tendre à la guérison de la démence, elles paraissent plutôt calculées pour la causer ou l'augmenter... La guérison apparente ou le soulagement de la plupart des personnes qui ont été déchargées ne peut s'attribuer qu'à des causes soit constitutionnelles soit accidentelles, mais nullement au traitement moral ou médical qu'elles ont éprouvé pendant le temps de leur détention dans ces misérables demeures.*

Cette déclaration confirmait l'opinion des grands jurés et même des hospitalières des hôpitaux généraux qui, elles aussi, se plaignaient du triste sort de leurs pensionnaires. Se référant à la situation qui prévalait au début du XVIII<sup>e</sup> siècle, les médecins propriétaires de l'asile de Beauport écrivaient en 1849 :

*À cette époque, en Europe comme ailleurs, les personnes aliénées n'étaient renfermées que parce qu'elles étaient incontrôlables ou dangereuses au public, ou à elles-mêmes. Aucun moyen n'était employé pour leur faire retrouver leur raison perdue. Enfermées dans des cellules séparées, toute communication avec le monde extérieur ou entre elles leur était interdite [...] La défektivité générale de ces réceptacles, l'état nécessairement malpropre des loges, leur manque de ventilation suffisante, leur humidité et le traitement général que recevaient les malheureux qui y étaient détenus ont fait le sujet de vives et de fréquentes réclamations de la part de Grands jurés à différents temps. Nous devons dire cependant que les Dames Religieuses... ont souvent signalé la défektivité des loges et la nécessité d'améliorer la condition des aliénés sous leurs soins<sup>4</sup>.*

D'autres témoignages établirent enfin qu'il allait à l'encontre des intérêts de la justice d'incarcérer sur une base discrétionnaire des fous devenus insupportables pour leur famille ou, mieux encore, des fous criminels, manifestement irresponsables de leurs actes. L'absence de procédures ordonnant le dépistage des cas dès l'emprisonnement, sans compter l'absence de maisons appropriées pour les recevoir, forçait les juges à prendre des décisions aléatoires<sup>5</sup>.

On se mit donc à requérir d'urgence un asile et même une maison d'industrie comme il en existait en Angleterre.

### **L'impact de la révolution pinélienne**

Cet éveil à la cause des insensés était essentiellement commandé par le nombre de plus en plus inquiétant des mendiants et des personnes délinquantes dans la Colonie. Mais il était aussi imputable aux nouvelles idées progressistes qui circulaient en Europe depuis 1750. Ces idées avaient pris racine dans la tradition empiriste anglaise et dans le rationalisme des Lumières. Elles suivaient le cours des revendications populaires contre les abus de la noblesse et de la monarchie de droit divin. Il s'en dégagait non seulement une conception de l'État et du Droit qui allait à l'encontre de toute forme d'absolutisme et d'intolérance, mais aussi une anthropologie naturaliste, hostile à tout présupposé métaphysique. Cette anthropologie était toute axée sur le continuisme et le comparatisme entre l'homme et l'ensemble du règne animal. Elle reposait sur une philosophie qui prônait l'émancipation des individus par l'observation des faits et l'étude des lois qui règlent la vie sociale aussi bien

que la vie physiologique des hommes. Déjà à l'œuvre chez le philosophe français Étienne Bonnot de Condillac, elle allait culminer en France sous la Révolution, notamment avec les idéologues. L'homme, en tant qu'être naturel, n'étant plus qu'organes, nerfs et sensations, l'heure était désormais venue de procéder systématiquement à l'étude des pathologies humaines, celles, notamment, qui étaient reliées aux organes de la sensibilité, à la distribution de l'énergie « nerveuse » et aux processus de mentalisation. Cette révolution épistémique allait non seulement faire la gloire de l'École de médecine de Paris, mais elle allait inspirer à Pinel une toute nouvelle conception des causes et du traitement des maladies mentales.

Pinel en vint en effet à la conclusion que les insensés, loin d'être des dégénérés, condamnés à perpétuité à une existence bestiale, étaient curables du fait que leurs délires et leurs idées fixes n'étaient que des complexes de sensations morbides incrustés avec le temps et la répétition dans le système nerveux. Ces chaînes d'idées vicieuses, qui liaient l'énergie nerveuse et se répercutaient par là sur l'ensemble des fonctions physiologiques, s'étaient développées, selon lui, à l'occasion d'expériences difficiles accompagnées d'affects puissants de douleur et de plaisir. Les comportements excentriques qui en résultaient n'étaient donc pas héréditaires mais appris. En outre, ils ne concernaient que certains segments associatifs du psychisme et pouvaient très bien coexister avec des actions réfléchies et sensées. Loin d'avoir perdu la raison, les « insensés » n'étaient tout au plus, selon Pinel, que des « aliénés » rendus provisoirement étrangers à la société. Il s'agissait donc de voir comment il était possible de déloger leurs idées morbides, de les réfréner tout au moins, et de leur substituer des habitudes plus conformes à l'hygiène et à la bienséance. Cette tâche de rééducation, qui excluait tout recours à la violence gratuite, impliquait d'abord un reconditionnement de la sensibilité au moyen de stratégies puissantes et bien calculées qui mettaient à profit, elles aussi, des affects élémentaires : ainsi, par exemple, la peur de perdre l'affection de l'aliéniste, les démonstrations de « terreur salutaire » qui décourageaient l'agressivité et les délires de grandeur, la culture d'illusions bénéfiques plus puissantes que celles dont souffraient déjà les malades et toutes sortes de gratifications proportionnelles au désir des patients de concourir volontairement à leur guérison.

Cette certitude inébranlable de pouvoir réhabiliter l'entendement humain était en soi révolutionnaire. Mais elle avait besoin pour cela d'un cadre de vie bien réglé qui en faciliterait l'exécution. Un cadre qui autoriserait : 1) la perception de l'insensé comme un malade et non comme un destitué ; 2) son éloignement de tout milieu pathogène, générateur d'associations morbides ; 3) sa mise en liberté relative sous la surveillance étroite d'un médecin-chef qui servirait de modèle ; 4) son isolement sécuritaire en cas de crise et d'insoumission ; 5) son occupation à des activités manuelles capables de mobiliser son attention et de lui faire abdiquer les bénéfices du délire ; 6) sa réinsertion dans des activités de distraction qui pourraient tenir lieu de passions nouvelles, tout en le remettant sur la voie de la sociabilité.

Les stratégies pinéliennes, connues sous le nom de traitement moral de l'aliénation mentale, furent développées et clairement exposées dans le fameux traité médicophilosophique de Pinel sur la manie (1800). Déjà anticipées par bien d'autres médecins philanthropes, elles servirent de « philosophie savante » autant que de légitimation idéologique à l'entreprise asilaire qui, à partir de 1815, ne mit pas beaucoup de temps à devenir l'une des plus florissantes d'Europe. Le traitement moral prit vite la couleur des us et coutumes locales et s'annexa toutes sortes d'interventions qu'on estimait pouvoir inclure dans sa définition : travail agricole, travaux domestiques, danse, pique-niques, jeux de société, assistance de la religion et autres activités.

À en juger par les textes québécois de la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, ce traitement parvint au Bas-Canada sous la forme de recettes curatives déjà universellement sanctionnées. Ses racines philosophiques, plus subversives, furent pratiquement ignorées et c'est sans doute à partir de visites dans les établissements asilaires d'outre-mer, de réminiscences de lectures ou par oui-dire que les médecins anglophones de la Colonie, tels Hackett, William Holmes<sup>6</sup> ou G. Selby, en signalèrent l'opportunité et les avantages. Ainsi par exemple, Hackett soutint dans sa lettre adressée à sir John Sherbrooke, gouverneur de la Colonie en 1816, que « le travail, et même un travail dur », plutôt que la réclusion, devait donner « inévitablement un nouveau cours aux pensées » et permettre « d'obtenir presque toujours la guérison » des aliénés<sup>7</sup>. Il en allait de même, selon lui, de la lumière, de la compagnie, de la parole, de l'exercice et des horaires disciplinés substitués à l'obscurité, à la solitude, au silence et à l'immobilité intemporelle des reclus. Cette version du traitement moral conduisit ultérieurement

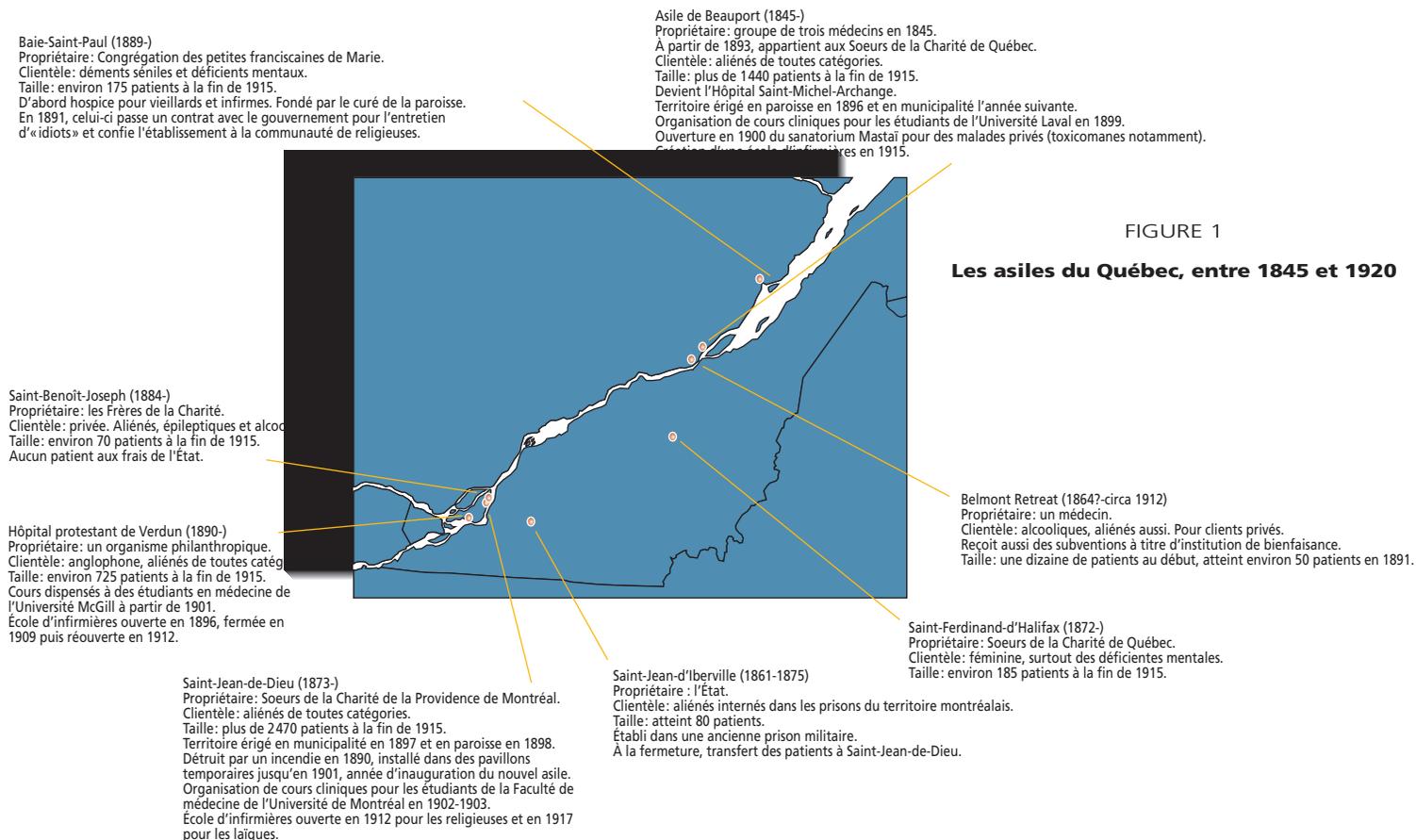


FIGURE 1

Les asiles du Québec, entre 1845 et 1920

à des recommandations quant à la construction d'un asile similaire à celui de Glasgow, en Écosse.

Les membres du Comité spécial de 1823, institué pour enquêter notamment sur la situation des aliénés et considérer la possibilité d'implanter un asile, démontrèrent en effet comment l'organisation en étoile de l'espace dans cet asile concrétisait la nouvelle philosophie. Leur recommandation donnait à entendre qu'il était possible, à partir d'une tour centrale octogonale, prolongée par quatre ailes, de classer les aliénés en différentes catégories sociales et médicales, selon « le degré d'aliénation des esprits », de procurer à chacune une aire de résidence et de libre circulation clôturée « d'un demi-quart de cercle », et d'avoir ainsi tous les malades simultanément à vue, avec un minimum de ressources. Au dire des commissaires, chaque étage, sur les ailes, devait constituer un quartier (*ward*) et être muni, d'un côté, d'une série de chambres avec des fenêtres hors de portée, pour épargner aux aliénés tout spectacle qui pourrait les inciter à s'évader. De l'autre côté, une galerie oblongue leur permettrait de se délier les muscles tout en ayant une vue limitée sur leur propre cour. Cette « mise en liberté surveillée », similaire à celle des pénitenciers, risquait sans doute de pervertir l'esprit du traitement moral tel que l'avaient conçu initialement les pères fondateurs de la psychiatrie. Mais, comparativement à la réclusion solitaire, elle dut apparaître comme une mesure extrêmement libérale. Elle suffit en tout cas pour blâmer et discréditer définitivement le système des loges. Jugeant dès lors leur situation intenable, tout comme celle de leurs reclus, les hospitalières de l'Hôpital Général de Montréal décidèrent en 1831 de retourner tous leurs insensés à la prison commune. À compter de ce moment, le gouverneur fut bien forcé d'agir.

### Une transition difficile vers l'asile

Cependant, il faudra encore attendre une bonne dizaine d'années, le temps d'être acculé à l'urgence. Ce n'est qu'en 1839 en effet, à la suite des pressions exercées par John Doratt — le médecin associé aux travaux de l'enquête présidée par Lord Durham au lendemain des troubles de 1837-1838 — que le gouverneur Colborne prit le dossier du projet asilaire en main.

De 1820 à 1840, la population du Bas-Canada était passée de 360 000 à 700 000 habitants. Ces années avaient été particulièrement éprouvantes pour les immigrants britanniques arrivés en nombre croissant. Le manque de structures d'accueil et d'hôpitaux se faisait durement sentir, surtout pour les contagieux qu'on entassait souvent dans des tentes ou des bâtiments improvisés, érigés à la toute dernière minute : que ce soit à l'Île aux Ruaux, à la Grosse-Île, à l'Hôpital des Émigrés de Québec ou à l'Hôpital de la Marine. Les conditions misérables de la traversée en mer, l'expérience difficile de l'exil, ajoutées à la pauvreté, à la maladie, à la solitude et à la dissolution brutale de nombreuses familles en avaient conduit plus d'un à l'errance, à l'alcoolisme et aux portes de la folie. Dans ce contexte, l'asile représentait beaucoup plus qu'un raffinement institutionnel. C'était plutôt cette voie de garage polyvalente où pourrait être dirigée d'urgence une population hétéroclite d'individus sans moyens, désorientés, arrivés au bout de leurs forces, étrangers aux coutumes locales comme aux mesures d'hygiène et souvent même incarcérés comme criminels. Une faune bigarrée donc, qui faisait peur, comme le choléra, et qui aurait difficilement trouvé refuge ailleurs.



**GROSSE-ÎLE,  
FIN XIX<sup>e</sup> SIÈCLE.**

Auteur : J. E. Livernois.  
Archives nationales  
du Québec à Québec.

Colborne avisa donc de procéder dans les plus brefs délais, mais il n'eut pas la main heureuse. Il se heurta très vite en effet au refus des responsables du Montreal General Hospital qui ne voulaient pas d'un asile sur leur terrain. Les aliénés, qu'on ne savait pas trop où mettre, furent donc regroupés et parqués provisoirement au Montreal Lunatic Asylum, un étage de la prison du Pied-du-Courant qui n'avait de l'asile que le nom. Cette prison de district était située à proximité de la population et n'avait pratiquement pas de cour extérieure pour accommoder les aliénés. Les spéculations sur la localisation du futur asile continuèrent pendant quelques années et finalement c'est le gouverneur Metcalfe, en 1843, qui mit fin à ces atermoiements. Il régla la question en confiant à contrat à trois médecins soumissionnaires de Québec, les docteurs James Douglas, Joseph Morrin et Charles-Jacques Frémont, la garde des aliénés du Bas-Canada. En même temps, il leur promit qu'il leur ferait construire sous peu un bâtiment adéquat.

## **2. DU RÊVE À LA DÉSILLUSION : LA FAILLITE DE L'EXPÉRIENCE ASILAIRE (1845-1890)**

### **L'asile temporaire de Beauport**

Forts de la promesse du gouverneur, Douglas, Morrin et Frémont firent donc diligence et louèrent la ferme du manoir Giffard à un certain colonel Gugy. Cette ferme, située à Beauport, n'avait rien assurément de l'asile de Glasgow. Cependant, on pensait que les aliénés pourraient au moins y être mis provisoirement sous la surveillance de gardiens et récupérer une partie de leurs forces, tout en étant inoffensifs pour la paix et la sécurité publique. En septembre 1845, le docteur Douglas fit entrer ses premiers malades, qui provenaient du district de Montréal, dans les dépendances du manoir. C'était un grand bâtiment de pierre qui pouvait recevoir 120 patients. On y avait aménagé, pour les hommes, un réfectoire de 40 pi sur 24 ainsi qu'une quarantaine de lits répartis dans quelques chambres que longeait un long corridor de 108 pi sur 12. À l'étage, un grand dortoir pouvait aussi accommoder 24 patients. Quant aux femmes, elles étaient logées dans une aile à l'extrémité du bâtiment. Elles avaient à leur disposition une grande salle de 36 pi sur 18, une autre de 20 pi sur 40 pour travailler et 5 cham-

bres contenant en tout 40 lits. Les plus autonomes assumaient le rôle de servantes et logeaient au manoir même où résidaient le surintendant et son épouse.

En octobre 1845, puis en septembre 1846, les reclus des loges de Trois-Rivières et de l'Hôpital Général de Québec vinrent grossir la population de l'asile temporaire de Beauport. Dans le rapport des propriétaires de Beauport de 1849, reproduit en bonne partie l'année suivante dans le *British American Medical and Physical Journal*, le docteur Frémont décrivit leur transfert avec enthousiasme, faisant écho aux anticipations les plus optimistes de Pinel : le miracle tant attendu de l'asile était accompli. Cela pouvait se lire sur le visage illuminé des aliénés qui, malgré une constitution effritée et débile, au seuil de l'effondrement, étaient devenus soudainement capables de s'étonner, de communiquer, de jouir et d'apprécier, comme tous les autres humains, le spectacle de la nature et les faveurs qu'on leur faisait<sup>8</sup>.



**HÔPITAL DE LA MARINE, XIX<sup>e</sup> SIÈCLE.**

Auteur : non identifié. Archives nationales du Québec à Québec.

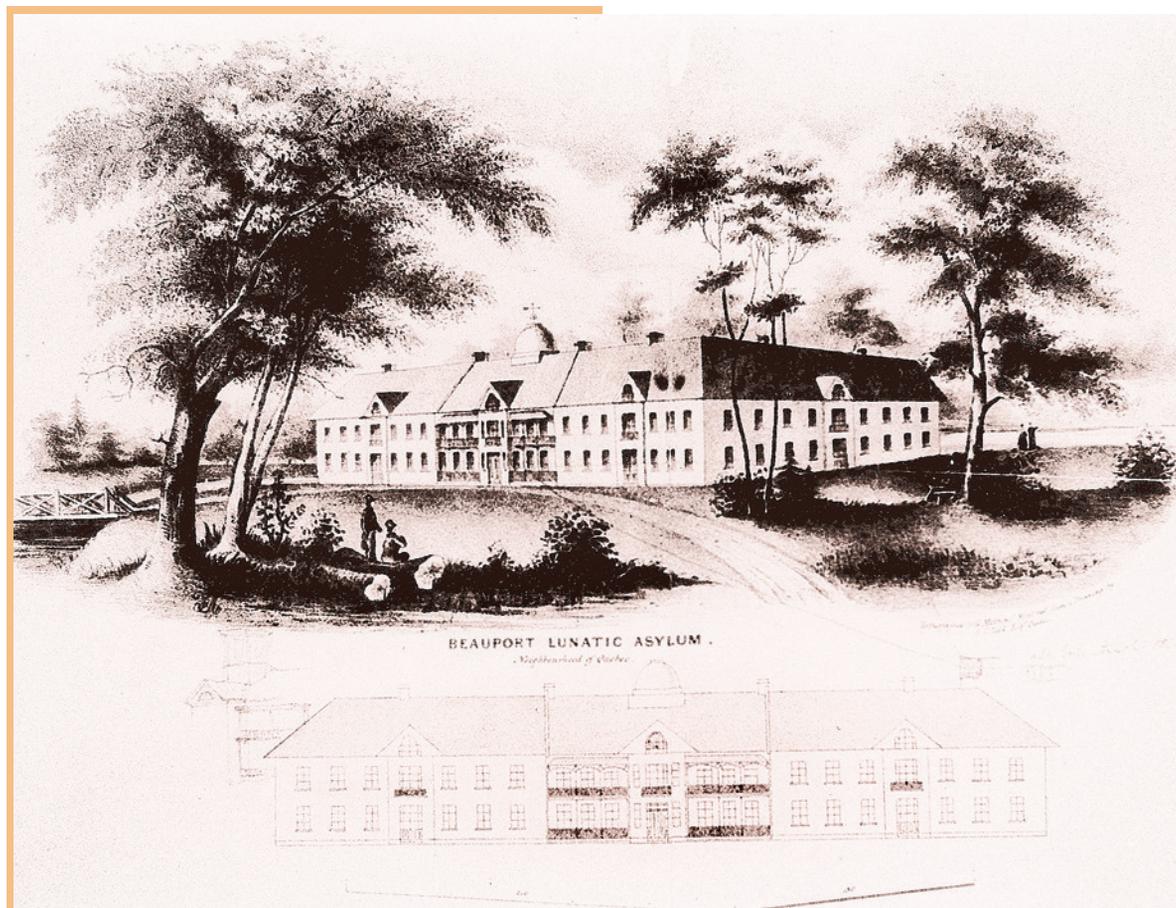
ASILE TEMPORAIRE  
DE BEAUPORT  
(GIFFARD), VERS 1845.  
Archives de la Galerie  
historique Lucienne-  
Maheux du Centre  
hospitalier Robert-Giffard.



On initia les patients à sarcler, à jardiner, à couper et à fendre du bois. L'hiver, les plus vigoureux déblayaient la neige, ouvraient les voies d'accès et allaient même casser du caillou — comme le faisaient les prisonniers — dans une carrière située à proximité de l'asile. Le dimanche, on amenait les patients catholiques à l'église paroissiale tandis que les patients protestants recevaient la visite d'un ministre du culte. On octroyait alors aux offices religieux, aux sermons et aux rituels liturgiques un grand pouvoir de fascination sur l'imagination des malades qui se voyaient ainsi, momentanément, débarrassés de leurs idées fixes. Puis, peu à peu, envers et contre les préjugés courants, on introduisit aussi dans l'asile des activités comme le jeu de dames, la lecture, la musique et la danse qui devinrent très vite des distractions recherchées. En plus d'être collective et économique, plus que toute autre activité, la danse avait l'avantage de canaliser le besoin d'agitation, de somatisation et de transgression des patients. Tout cela, dit-on, les amena à reprendre progressivement des forces et du sommeil. Un patient qui avait passé plusieurs années dans les loges fut même rendu à sa famille, complètement guéri, après 13 mois de résidence à Beauport.

Le mythe de la toute-puissance curative de l'asile<sup>9</sup> était lancé. Et il était parfaitement synchrone avec le mouvement asilaire, qui arrivait lui-même à ce moment à maturité. Forts d'une clientèle de 21 000 patients, les aliénistes anglais venaient tout juste en effet de se regrouper (1841) pour fonder la Medico-Psychological Association of Great-Britain and Ireland. Les aliénistes français (1843), allemands (1843) et américains (1844) avaient aussitôt emboîté le pas et annoncé leur intention de mettre en circulation leurs propres organes de presse. Ainsi, la médecine pouvait clamer bien haut et plus que jamais son ambition de gérer et de traiter scientifiquement la folie au même titre que toute autre maladie physique.

Cependant, après une brève euphorie, les médecins propriétaires de Beauport durent rapidement déchanter. Dès la fin du premier exercice, ils se rendirent à l'évidence que l'asile ne donnerait peut-être pas tous les fruits escomptés : d'après leur évaluation, les deux tiers de leurs nouveaux patients, de souche majoritairement irlandaise, étaient en effet des cas incurables et « sans espoirs », à ce point éprouvés par leurs conditions de détention antérieure qu'une bonne quinzaine moururent en cours d'année. En outre, il s'y trouvait déjà des cas d'idiotie, de paralysie et d'épilepsie nombreux qui exigeaient des soins et une attention beaucoup plus soutenus qu'on ne l'avait d'abord entrevu. Quant au travail des aliénés, il était fluctuant comme la versatilité d'humeur des patients et ne semblait pas « compenser pour le nombre de gardiens nécessaires à leur surveillance<sup>10</sup> ». Aux yeux du personnel, qui n'était sans doute pas informé des intentions de Pinel, il n'était « rentable » ni pour les aliénés, qui offraient beaucoup de résistance à la discipline requise pour les travaux de bras, ni pour le personnel, qui se trouvait mobilisé pendant des heures par la surveillance de travaux inutiles. Les gardiens avaient le sentiment de perdre leur temps. Il leur semblait beaucoup plus « avantageux de tenir les malades dans la maison<sup>11</sup> ». À maintes reprises d'ailleurs, ils proposèrent aux propriétaires de s'occuper eux-mêmes des travaux extérieurs de l'asile. Cette prière, qui mettait fin au credo de la *working-cure*, fut apparemment exaucée puisque l'absence à peu près totale de planification dans le domaine du travail et des activités extérieures fut remarquée par les inspecteurs d'asiles dans leurs rapports de 1869 et de 1882<sup>12</sup>.



**LE NOUVEL ASILE  
PERMANENT  
DE BEAUPORT,  
ENTRE 1850 ET  
1875.**

Archives de la Galerie  
historique Lucienne-  
Maheux du Centre  
hospitalier Robert-  
Giffard.

Puis, de 1847 à 1850, la situation de Beauport se corsa davantage. D'autres patients, venus ceux-là directement des prisons, vinrent en effet compliquer la gestion de l'espace asilaire. Ils arrivèrent à l'asile « garottés (sic), chargés de chaînes et meurtris, furieux et sous l'influence d'un délire frénétique ». Plusieurs avaient été impliqués dans des homicides et dans des tentatives de suicide. Profondément marqués par leur détention, ils souffraient non seulement de dépression profonde ou d'emportements intempetifs, mais aussi de toutes sortes de maladies, dont en particulier les infections intestinales, la neuro-syphilis et surtout la tuberculose pulmonaire (phtisie, appelée parfois consommation) qui, 20 ans plus tard, allait compter pour approximativement 27 % des décès à l'asile de Beauport. La plupart des « nouveaux arrivants » avaient subi des sévices. Un d'eux, par exemple, avait été attaché si serré à son lit, que faute de circulation dans les poignets, il en avait perdu les deux mains sous l'effet de la gangrène. Le nombre de ces aliénés criminels était appelé à grossir rapidement puisqu'en 1868, sur les 159 nouvelles admissions à Beauport, 86, soit 54 %, provenaient des prisons de la province, surtout de celle de Montréal où croupissaient alors plus de 400 détenus. Les inspecteurs d'asiles étaient alors unanimes à dire que les conditions de vie à la prison de Montréal étaient misérables à l'époque et que condamner les aliénés à la détention équivalait à les rendre irrécupérables. En 1868-1869, ils dressaient ce constat :

*The chief prison of the province, that of the City of Montreal, in which are confined more*

*prisoners than in all the others put together inclusive of the one of Quebec, affords a striking example of the disorders which are sure to arise in a crowded prison... In the words of Dr. Nelson in 1861, it is a prison where prisoners of all kinds, young and old, novices and hardened ruffians, mix together in the same hall, and are allowed free communication : in it they amuse themselves and complete their education in all kinds of vice ; it is a perfect picture of vice and misery - a hideous spectacle of human crime... Setting aside these defects, so injurious to the moral health of the inmates, there are others fully capable of destroying the bodily health of even the most robust. The rooms in the first flat are extremely damp, badly lighted and worse ventilated. It is perfectly obvious that some serious malady may suddenly manifest itself in the crowded population of these rooms... [...] The present system of our gaols fails entirely in effecting the objects of penal institutions. We do not punish, or we punish improperly. During the day the prisoners remain together and at night they sleep together. Without a separation, more or less perfect, of the sexes, it may be said that all ages, ranks and morals, form, in these establishments, an indescribable medley, in the midst of which are found unfortunate lunatics, miserable idiots and those, more unhappy still, whom a first fault condemns almost inevitably to complete ruin, in condemning them to a gaol. Defects in*

*superintendence, defects in discipline, defects in construction, in arrangements, defects above all, in the means of reforming. Defects every where... So neglected are the prisons, that in at least thirteen of them there are no rules of any kind...*<sup>13</sup>.

On comprend que les aliénés, généralement dérangeants, constituaient dans ces conditions des proies faciles pour les prisonniers plus endurcis. Comme on pouvait abuser d'eux à volonté, à moins qu'ils ne soient plus intimidants que leurs agresseurs, les shérifs et les geôliers préféraient les isoler le plus tôt possible en espérant qu'ils ne se pendent ni ne se brisent la tête sur la porte de métal de leur cachot, comme c'était arrivé à la prison de Joliette en 1868. Mais il n'était pas de leur compétence de les envoyer à l'asile même une fois que leur état d'aliénation mentale était constaté par les médecins de prisons. Il fallait pour cela aller en haut lieu, ce qui pouvait prendre des mois. Isolés ou non, les aliénés transportaient donc les séquelles de leur incarcération dans le milieu asilaire, où leur admission était considérée comme « prioritaire ». Cette question de l'incarcération des aliénés n'allait se régler que tardivement, à la toute fin du XIX<sup>e</sup> siècle, en dépit des pressions constantes exercées par toutes les parties concernées, y compris les inspecteurs d'asiles. En 1875, en effet, le taux des nouveaux aliénés criminels à Beauport, par rapport au nombre total des nouvelles admissions, se situait encore à 34,3 %, soit à peine 6 % de moins que la moyenne pour les 30 premières années de l'établissement (1845-1875). En 1882, à Saint-Jean-de-Dieu, il atteindra même 41 % comparativement à 2 % seulement en 1904.

L'admission des aliénés à l'asile devenait alors problématique pour au moins deux raisons : la première, c'est que les propriétaires étaient tenus par la loi de les considérer toujours comme des criminels, ce qui impliquait que même « améliorés » ou « guéris », ils ne pouvaient être déchargés qu'après de longues procédures auprès du secrétaire de la province<sup>14</sup>. Comme les congés sur essai n'étaient pas encore autorisés par la loi, les établissements asilaires étaient appelés à se peupler à un rythme extrêmement rapide, à moins, justement, que les aliénés en besoin de soins ne fassent le pied de grue dans les prisons ou ne deviennent un fardeau insupportable et un danger imminent pour leur communauté. La seconde raison, c'est qu'il fallait absolument trouver des moyens pour venir à bout de ces patients généralement plus méfiants, plus agressifs

et beaucoup plus imprévisibles que les autres, à moins qu'ils n'aient sombré dans un état définitif de léthargie. Confrontés à ces cas, les médecins propriétaires de Beauport non seulement en vinrent à la conclusion qu'il serait difficile, sinon impossible, de les soumettre à quelque traitement, mais, dès 1850, ils durent aussi sortir les chaises de force et les menottes dont ils avaient cru au départ pouvoir se passer.

En 1848, au terme de leur premier contrat avec le gouvernement, Douglas, Morrin et Frémont comprirent qu'il ne faudrait pas compter de sitôt sur la promesse du gouverneur de la colonie. La province, apparemment, n'était pas encore suffisamment bien nantie pour se payer un nouvel asile. Comme le nombre cumulatif des admissions à Beauport était passé de 95 en 1845 à 263 en 1848, ils durent donc songer à consolider eux-mêmes leur entreprise et à transporter leurs pénates sur une autre ferme, beaucoup plus accommodante. Ils en trouvèrent une sur le site actuel du Centre hospitalier Robert-Giffard.

### **L'asile permanent de Beauport : sous le régime de l'affermage**

Le nouvel asile, permanent, de Beauport y ouvrit ses portes en 1850. Dès lors se trouva officiellement inauguré le système d'affermage, celui de la propriété privée des asiles, qui allait se perpétuer au Québec jusqu'à la Révolution tranquille des années 1960.

Ce système avait ceci de particulier qu'il allait à l'encontre du modèle de l'asile public en vigueur non seulement presque partout en France et en Angleterre, mais aussi dans le Haut-Canada, en Nouvelle-Écosse et aux États-Unis. Les avantages que le gouvernement du Bas-Canada retirait du système d'exception en vigueur à Beauport étaient évidents : mis à part le montant octroyé aux propriétaires pour l'entretien annuel de chaque patient, les autorités publiques n'avaient à se soucier ni de l'achat ni de l'entretien des bâtiments d'asile, ni du mobilier, ni de l'embauche et des conditions de travail du personnel. Le gouvernement renonçait en outre à toute prétention en ce qui concerne les qualifications et le nombre des médecins traitants et il plaçait le traitement de la folie sous le droit de gérance des propriétaires. Le seul droit, incontournable, que se réservaient les autorités publiques, c'était celui de faire visiter de temps à autre l'asile de Beauport par des commissaires. C'était pratiquement donner carte blanche aux propriétaires et ouvrir la porte à beaucoup d'abus.



**GROUPE DE PATIENTS  
ET LEUR GARDIEN  
À L'ASILE DE  
BEAUPORT, VERS 1876.**

Archives de la Galerie  
historique Lucienne-  
Maheux du Centre  
hospitalier Robert-Giffard.

Les propriétaires de Beauport ne cachèrent jamais leur intention de faire de leur asile une entreprise lucrative. Leur prétention n'était pas en effet de jouer aux philanthropes, qui l'eût fait, mais de faire valoir leur titre de médecins qui, à l'époque, rapportait très peu. Quoi qu'il en soit, l'affaire dut s'avérer intéressante puisque, selon les docteurs Ulric-Antoine Bélanger et Charles-A. Martin, c'est grâce à leur investissement à Beauport que les docteurs Douglas et Jean-Étienne Landry réussirent à accumuler une véritable petite fortune<sup>15</sup>. Mais si le marché de la folie pouvait être profitable, il n'allait pas pour autant sans péril. Comparativement aux autres asiles nord-américains, le montant de 143 \$ octroyé aux propriétaires pour l'entretien annuel de chaque patient était très modique. Les coûts d'entretien des patients devaient être le plus possible limités, car en dépendrait finalement le revenu des propriétaires. C'est donc là qu'il leur fallait « couper » pour financer l'expansion de leur asile et se protéger des risques encourus par ce genre d'entreprise : les évasions, de quatre à cinq par années, entraînaient toujours des frais supplémentaires, et les incendies, toujours imprévisibles, pouvaient tourner à la catastrophe. On n'a qu'à se rappeler ici les pertes sèches que subirent les propriétaires de Beauport lors des incendies de 1855, de 1870 et de 1875<sup>16</sup>.

Les propriétaires de Beauport cherchèrent donc à préserver de leur mieux leur marge de profit. Pour cela, ils envisagèrent divers moyens. Le premier fut de réduire au strict minimum la taille du personnel médical. Ainsi, hormis le docteur Anthony von Iffland qui rendit périodiquement visite aux malades de l'asile entre 1847 et 1849, aucun médecin traitant ne fut engagé à Beauport avant 1865, c'est-à-dire avant que le Bureau des inspecteurs, créé en 1859, ne fasse obligation à l'asile de recevoir la visite quotidienne d'au moins un médecin. Malgré ce qu'en disent certains rapports, il est peu probable que les médecins propriétaires se soient chargés eux-mêmes du traitement de leurs malades, vu leurs nombreuses obligations à l'extérieur de l'asile.

Une autre façon pour les propriétaires de consolider leur investissement fut de réduire au minimum la taille et le salaire de leur personnel de soutien. Pour les 40 premières années de l'établissement, le ratio gardiens/patients tourna en effet autour de 1 pour 23 patients. Ce ratio, de loin inférieur à la norme en vigueur dans les asiles publics nord-américains, conférait à la charge de travail une lourdeur exceptionnelle. Outre la surveillance et l'encadrement des patients, les gardiens de Beauport devaient exécuter quotidiennement toutes sortes de travaux de bras, comme faire les foins, voir à la coupe du bois, entreposer les arrivages de marchandises, nettoyer les locaux, entretenir les chemins, planter les arbres, s'occuper des canalisations, faire les commissions, etc. D'où la nécessité de s'absenter fréquemment de leurs salles et de confier leurs malades à leurs collègues d'étage. D'aucuns prétendent que les gardiens de Beauport, dont plusieurs avaient à peine 17 ou 18 ans, étaient aussi « effrités » que leurs patients et qu'on les

trouvait souvent le soir en train de dormir sur leur chaise, à leur poste de garde. Avec un horaire quotidien de plus de 12 heures, un salaire qui équivalait à la moitié de celui en vigueur dans les asiles ontariens<sup>17</sup> et l'obligation de rester presque jour et nuit en contact avec les patients, il était surtout prévisible qu'ils prennent promptement la clef des champs. Les témoignages de l'époque se limitent à signaler qu'il était extrêmement difficile de les garder. Mais on peut raisonnablement penser que les propriétaires durent chaque année renouveler presque tout leur personnel, comme c'était encore l'usage au début du xx<sup>e</sup> siècle à l'asile de Verdun.

Une autre mesure qui pouvait aider à la rentabilité de l'asile de Beauport, c'était de miser sur la taille de sa population. De cette manière, il était possible d'amortir considérablement les dépenses courantes. De contrat en contrat, les propriétaires cherchèrent donc à convaincre le gouvernement que la capacité d'accueil de leur asile était presque sans limite<sup>18</sup> et à obtenir des garanties fermes quant au nombre minimal de patients qui y seraient placés. Ce nombre minimal, fixé d'abord à 400 dans le contrat de 1857, passa à 450 en 1865 puis à 650 en 1871. En compensation, le gouvernement obtint une réduction substantielle pour chaque pensionnaire excédentaire. Cette clause faisait l'affaire des deux parties. Enfin, les propriétaires s'assurèrent que, quel que soit le nombre total des patients hébergés, le gouvernement n'exigerait pas de déboursés supplémentaires importants en termes d'équipement et de ressources<sup>19</sup>.

À moyen terme, ces dispositions eurent d'innombrables inconvénients. Le premier fut l'impossibilité de mettre en œuvre le traitement moral qui avait pour but d'assainir le climat asilaire et la qualité de vie des patients en les incitant à participer à des activités de loisirs et à des travaux manuels aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. Pour atteindre ces objectifs, il fallait en effet des activités organisées sur une base régulière, des locaux et des chefs d'ateliers nombreux, disponibles et intéressés. Or, les propriétaires de Beauport ne cherchèrent jamais à se payer ce luxe. Ce n'est pourtant pas qu'ils manquèrent d'idées puisque leurs rapports pour les années 1874-1875 et 1875-1876 font état d'un vaste projet de thérapie morale incluant travail (jardinage, ateliers de tricot, couture, menuiserie, cordonnerie, boulangerie, entretien de l'abattoir, de la porcherie, des étables) et loisirs (danse, promenade, pique-niques, théâtre, concerts, amusements publics, cirque, lectures illustrées, concerts, jeux de société, représentations théâtrales et chansons). Mais ces déclarations, qui sont de bon ton,

ne donnèrent apparemment pas beaucoup de résultats puisque, dans les années 1880, le travail en atelier ne mobilisait encore qu'une vingtaine de patients à Beauport. Dans son rapport pour l'année 1884, l'inspecteur Walton Smith se plaignait âprement de cette situation :

À chaque visite, c'est toujours pour moi un spectacle pénible que de voir gisant sur les planchers dans leurs quartiers respectifs un si grand nombre d'hommes et de femmes qui paraissent capables de travailler... Pour ces pauvres créatures qui restent des années sans rien à faire, assurément l'emploi à un ouvrage quelconque serait une vraie providence...<sup>20</sup>.

De son côté, l'inspecteur de Martigny déclarait « avoir remarqué, et qu'il [était] admis par les propriétaires, que nos aliénés f[aisaient] très peu de travail dans nos asiles<sup>21</sup> », que « quelques-uns [étaient] employés aux travaux domestiques ou de la ferme - et voilà tout », et « que la plus part de ces malheureux pass[ai]ent la journée à parcourir les salles, ou demeur[ai]ent immobiles, assis sur des bancs, ou accroupis par terre dans quelques coins<sup>22</sup> ». Cette situation, ajoutait-il, était diamétralement opposée à celle des asiles ontariens où « au delà de 63 % des aliénés travaill[ai]ent journellement ». Pourtant, au même moment, les propriétaires de Beauport suggéraient dans leurs rapports annuels qu'un nombre considérable de patients s'affairaient aux travaux de cuisine, de buanderie, au tricot et surtout à la fabrication du mobilier. Cette apparente contradiction tenait sans doute au fait qu'il était facile pour les propriétaires de livrer d'impressionnants tableaux statistiques au public, sans jamais préciser si leurs patients travaillaient une heure, une journée ou une semaine par mois...

La conséquence de cet état de chose fut immédiate : la promiscuité s'ajouta au surpeuplement de l'espace asilaire et il en résulta non seulement une plus grande propension à la répression, mais aussi une difficulté constante de promouvoir des conditions d'hygiène acceptables. Faute d'occupations extérieures, les patients furent entassés les uns sur les autres sans autre classification évidente que celle de leur « sympathie de caractère ». Les furieux et les turbulents ne tardèrent pas à venir compliquer l'existence des patients paisibles qui, en revanche, furent utilisés comme aides occasionnels pour venir à bout des premiers, particulièrement le soir lorsqu'il fallait, comme les gâteaux, les mettre en cellules<sup>23</sup>. On imagine facilement que ce genre de collaboration improvisée, qui « avait ses bons côtés » au dire des inspec-

teurs d'asiles, dut attiser bien des rivalités personnelles et créer un climat propice à la suspicion. L'utilisation de la contention devint d'autant plus fréquente que la population de l'asile augmenta sensiblement à partir de 1870 et qu'elle dut compenser pour le manque de surveillants.

À Beauport, les mesures de contrainte étaient généralement laissées à la discrétion des gardiens et aucun registre ne permettait au médecin et aux inspecteurs de vérifier dans quelle mesure on y avait recours. Si on se fie aux rapports officiels, elles devaient s'appliquer au bas mot à une bonne cinquantaine de patients. Le docteur Bélanger<sup>24</sup>, le médecin interne de Beauport au cours des années 1880, rapporte qu'on recourait durant la journée aux poignets, à la ceinture, aux mitaines, au manchon, à la camisole, à la chaise de force ou encore à la cellule, pour les insoumis et les plus agités. S'y ajoutaient à l'occasion les bains et les douches froides qui, selon les règlements de la maison, devaient se faire strictement sous la supervision exclusive du médecin, à qui il incombait de juger de leur opportunité et d'en fixer la durée. Durant la nuit, c'était le lit de force, c'est-à-dire la « couchette à barreaux », les anneaux aux pieds et éventuellement une courroie sur les épaules pour empêcher certains patients de se lever. Il existait, selon Bélanger, des cas de « contrainte constante ». Quelques patients, disait-il, « y avaient été des années complètes ». Les excès d'intimidation et de brutalité eux aussi ne semblaient pas rares. Le docteur Arthur Vallée raconte par exemple qu'il arrivait que des patients qui avaient déchiré leurs vêtements soient assujettis des heures durant à leur chaise, complètement nus, ce qui ne les empêchait pas de vociférer, de blasphémer et de continuer à cracher autour d'eux.

Par ailleurs, les gardiens n'avaient généralement ni le temps ni l'instruction de s'occuper de la toilette de leurs patients dont l'apparence, disait-on, laissait fort à désirer. Certains patients, qui préféraient éviter le contact de la réalité asilaire, devenaient indélogeables de leurs lits. Et délogés, ils trouvaient à se coucher un peu partout, dans les corridors, dans les coins de salles ou sur les bancs, où ils demeuraient immobiles, piégés dans leur ruminant délirant. Comme la surveillance de nuit était extrêmement réduite et qu'elle interdisait la libre circulation et l'accès aux toilettes, les patients étaient généralement contraints de faire leurs besoins dans des baquets rivés au plancher de leurs salles. On peut imaginer l'odeur qui s'en dégageait le matin quand on ouvrait les portes. Les lieux d'aisance, surfréquentés durant la journée, ne tardaient pas, eux aussi, à devenir irrespirables, tout comme les salles des gâteaux qu'on préférait, pour des raisons évidentes, aménager dans les étages supérieurs de l'établissement.

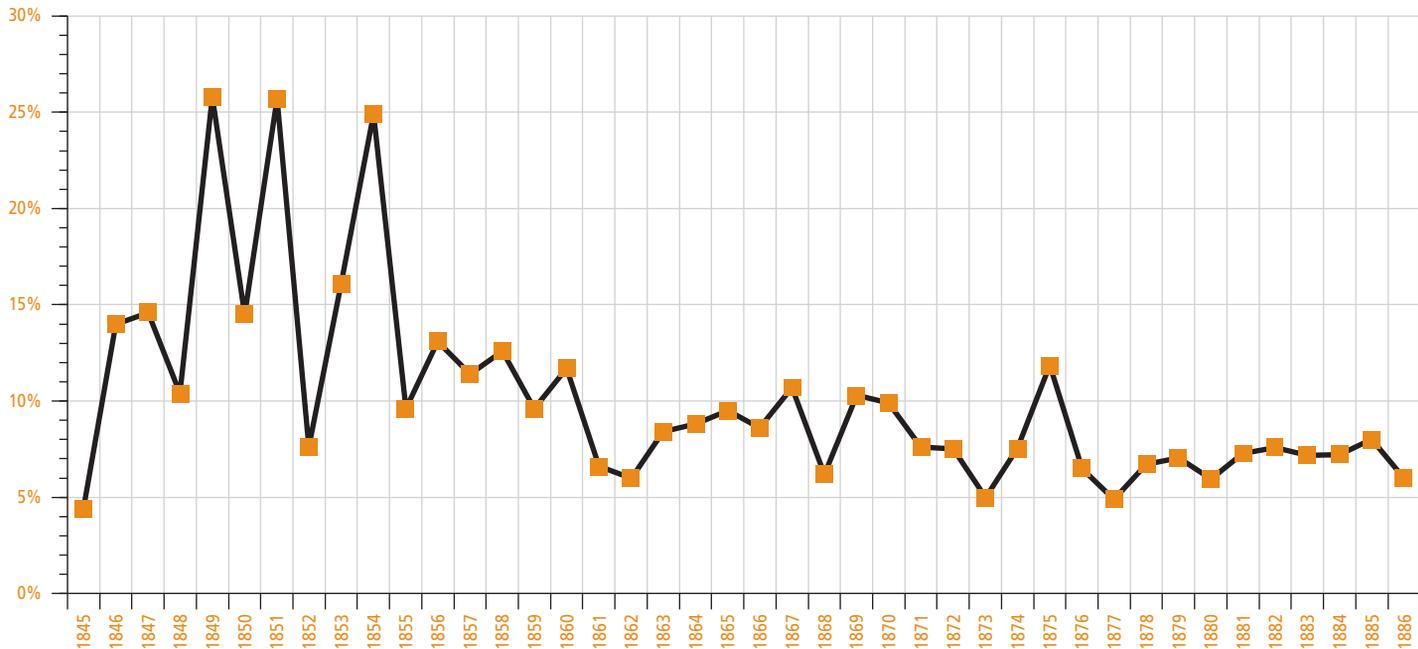
On comprend aisément que les aliénistes de l'époque aient attribué à la folie une odeur caractéristique et que les inspecteurs aient tellement insisté pour évaluer les asiles en termes d'efficacité des systèmes de ventilation et de pieds cubes d'air disponibles par patient. Sous ce rapport, l'asile de Beauport ne se conforma pratiquement jamais aux normes, même dans ses nouveaux pavillons qui, à peine érigés, étaient déjà saturés. Le bilan sanitaire de Beauport se trouvait enfin alourdi par la difficulté, vu la présence d'un seul médecin, d'isoler en temps opportun les contagieux. L'impression qui se dégageait de tout cela en était une de laxisme et d'exaspération. Le docteur Vallée n'hésitait pas à dire que la discipline à Beauport était telle dans les années 1880 que si l'on prenait un à un les règlements de la maison, il s'en trouverait très peu qui aient été vraiment observés.

L'asile de Beauport, loin d'être un établissement de cure, comme on l'avait rêvé au départ, finit très vite en effet par se gagner une réputation de maison de pension, pour employer l'expression d'un critique de l'époque. On aurait aussi bien pu alléguer qu'il s'agissait d'un mouiroir. Ainsi, pour la période allant de 1845 à 1860, le pourcentage des décès varia annuellement entre 4 % et 26 % en regard de la population totale de l'asile, le taux moyen se situant autour de 14 %. Ce pourcentage était exceptionnellement élevé, d'autant plus que la moyenne d'âge des patients au décès se situait alors autour de 43 ans (comparativement à 54 ans en 1883). Ce taux s'améliora sensiblement par la suite et, de 1876 à 1886, se stabilisa à moins de 10 %.

Mais là encore, il était deux fois plus élevé que celui qui était enregistré dans les asiles ontariens<sup>25</sup>. Il est indicatif de constater à cet égard que 43 % des patients admis à Beauport entre 1845 et 1887 moururent à l'asile. C'était 1 % de plus qu'aux loges pour les années 1800 à 1824 ! Et loin de s'améliorer avec le temps, cette proportion allait grimper jusqu'à 50 % vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle : il fallait compter en effet non seulement avec le vieillissement normal de la population asilaire, de plus en plus grevée par la clientèle tous azimuts des déficients, des paralytiques, des alcooliques invétérés, des épileptiques et des déments séniles, pour lesquels n'existait aucun établissement spécialisé, mais aussi avec l'âge de plus en plus élevé des nouveaux admis. On peut supposer, comme le docteur Georges Villeneuve, qu'avec le mouvement d'industrialisation, les familles urbaines trouvaient de plus en plus difficile de soutenir financièrement leurs membres âgés, *a fortiori* ceux qui étaient en perte d'autonomie. Les inspecteurs d'asiles donnent d'ailleurs à entendre qu'on incitait souvent les personnes aliénées à se mettre dans des situations telles qu'elles se retrouveraient inévitablement en prison. Certains, pour s'éviter des procédures longues et fastidieuses, n'hésitaient pas à venir les déposer eux-mêmes à la porte de l'asile.

FIGURE 2

**Les décès à l'asile de Beauport, 1845-1886  
(en pourcentage de la population hospitalisée)**



Sources : rapports annuels des propriétaires et surintendants de l'asile ainsi que rapports des inspecteurs d'asiles et de prisons.

Une autre conséquence importante de la politique d'affermage, telle qu'elle était pratiquée à Beauport, fut d'encourager la concentration des malades au même endroit et d'empêcher la régionalisation et la multiplication des établissements asilaires. En 1873, le Québec ne pouvait encore compter que sur un seul véritable asile, alors que l'Ontario en comptait déjà six. Les effets de cette disparité allaient devenir particulièrement flagrants vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle : on constate en effet qu'en 1890, malgré un bassin de population comparable, le réseau des asiles ontariens, qui étaient alors au nombre de sept, hébergeait déjà 5 000 patients alors que les deux grands asiles du Québec, Beauport et Saint-Jean-de-Dieu, n'en accueillait encore que 3 000. Lorsque ces chiffres furent rendus publics dans les rapports officiels, les inspecteurs d'asiles et de prisons en conclurent que la population du Québec, plus stable et moins bousculée par l'immigration, était beaucoup moins sujette aux troubles de l'esprit...

Parallèlement à Beauport, il y eut aussi pendant une bonne quinzaine d'années un asile public à Saint-Jean-d'Iberville. Mais cet asile, créé en 1861, à même l'ancienne prison militaire, ne compta jamais plus de 80 patients et ne fut conçu que comme une mesure palliative pour recueillir les aliénés qui pourrissaient dans les prisons du territoire de Montréal à l'encontre des dispositions de la loi de 1851<sup>26</sup>. C'était un bâtiment d'un seul étage de 60 pi sur 40 occupé par les hommes. Le grenier cependant avait été converti en logement pour les femmes. Une extension fut ajoutée plus tard au bâtiment principal pour les quelque 20 patients gâteux qu'on n'arrivait pas à faire coexister avec les autres. Le surintendant de l'asile, le docteur Henry Howard, y fit aussi ajouter une annexe pour y installer son bureau, une salle à manger et d'autres salles pour son personnel<sup>27</sup>. Mais dans les faits, cet asile, pour employer une expression de

l'époque, ne fut jamais plus qu'un *miserable makeshift*. Jamais le gouvernement n'eut l'intention d'investir dans cet établissement qui avait besoin de réparations urgentes et majeures. L'asile de Saint-Jean-d'Iberville avait aussi comme inconvénient qu'il ne donnait sur aucune terre agricole. Il ne pouvait mettre à la disposition des patients qu'une petite cour vite détrempeée dès la moindre pluie. Il aurait fallu aussi que le gouvernement soutienne un peu mieux les activités de travail qui, à peine entamées, avaient dû être complètement abandonnées. Dans leur rapport pour l'année 1868, les inspecteurs d'asiles écrivaient :

*We cannot however too much insist on the urgent necessity for the establishment of an asylum creditable to the Province and suited to the treatment of the unfortunate persons destined to reside in it, instead of the miserable institution at St. Johns. It is sufficient for me to say, that it is high time to replace this institution by another more worthy of the Province, and better calculated to satisfy the laudable ambition of the medical superintendent. Towards the end of July last, the work of the lunatic has been put a stop to in the absence of funds to procure wool and necessary stuff; the joiners shop alone, continues working. The cloth and linen necessary for the clothing of the lunatics as well as for their stockings, were made on the premises. Six spinnings wheels, a carding mill, a weaving and a knitting machine, as well as all the works in the tailors', shoemakers' and blacksmiths' shops, have been stopped. This has made a great diminution in the patients wearing apparel and linen. The patients at the time of my visit had little...<sup>28</sup>.*

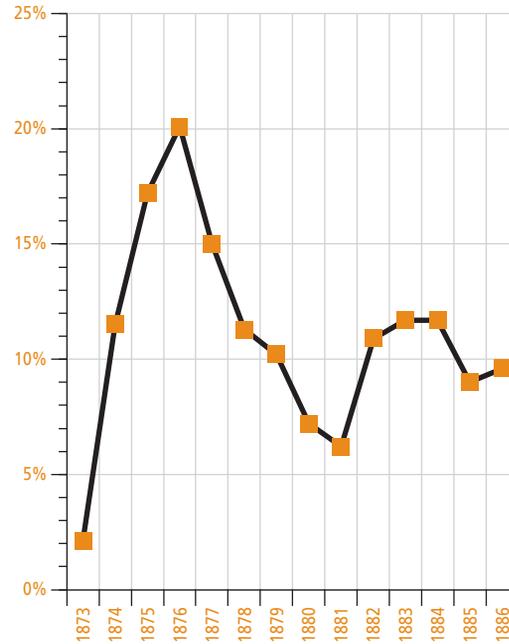
Les conditions de réclusion à l'asile de Saint-Jean-d'Iberville durent être particulièrement misérables puisque sœur Thérèse de Jésus (Cléopée Têtu), la supérieure de Saint-Jean-de-Dieu, décrivit ainsi le transfert de ses patients à Longue-Pointe en 1875 :

*[Les sœurs] n'oublieront jamais le lugubre spectacle de l'arrivée des malades. Dans quel état ils étaient grand Dieu... Sales, souillés, mal vêtus, dévorés de vermine, ils ne présentaient, de la tête aux pieds, qu'un assemblage d'une malpropreté dégoûtante. Un grand nombre portaient aux bras et aux jambes des chaînes en fer et autres entraves métalliques qui ne les quittaient jamais. Les cheveux hérissés, les yeux hagards, ils tournaient une figure effarée vers les murs nouveaux qu'ils ne connaissaient pas, et où ils rencontraient tout à coup des sœurs de Charité<sup>29</sup>.*

Cet asile de transition servit surtout à attiser les escarmouches entre les partisans de l'asile public, chapeautés par Henry Howard, le médecin surintendant de l'établissement, et les partisans du système privé qui étaient soutenus par une fraction grandissante de l'élite francophone catholique. La question des asiles prit d'ailleurs à partir de ce moment une connotation nationaliste qu'elle ne perdit qu'avec l'ouverture du Verdun Protestant Hospital for the Insane en 1890. Dès 1872, une petite guerre de chiffres éclata entre le docteur Howard, qui avait l'appui des médecins anglophones protestants de Montréal, et ses concurrents de Beauport, les docteurs François-Elzéar Roy et Landry. Chaque protagoniste y alla de ses supputations et de ses hypothèses cinglantes quant à la rentabilité et à l'efficacité thérapeutique des deux asiles de la province. Chaque partie accusa l'autre de manipuler et d'interpréter tendancieusement les données. À cet épisode s'ajouta bientôt le dépôt d'un mémoire signé par quatre citoyens de Saint-Jean-d'Iberville<sup>30</sup> dans lequel il était dit que les propriétaires de Beauport « gardaient leurs malades le plus longtemps possible, afin de favoriser leurs intérêts pécuniers en profitant de leur pension, et que dans ce but les malades placés sous leurs soins n'étaient renvoyés dans leur famille qu'en dernière instance<sup>31</sup> ».

FIGURE 3

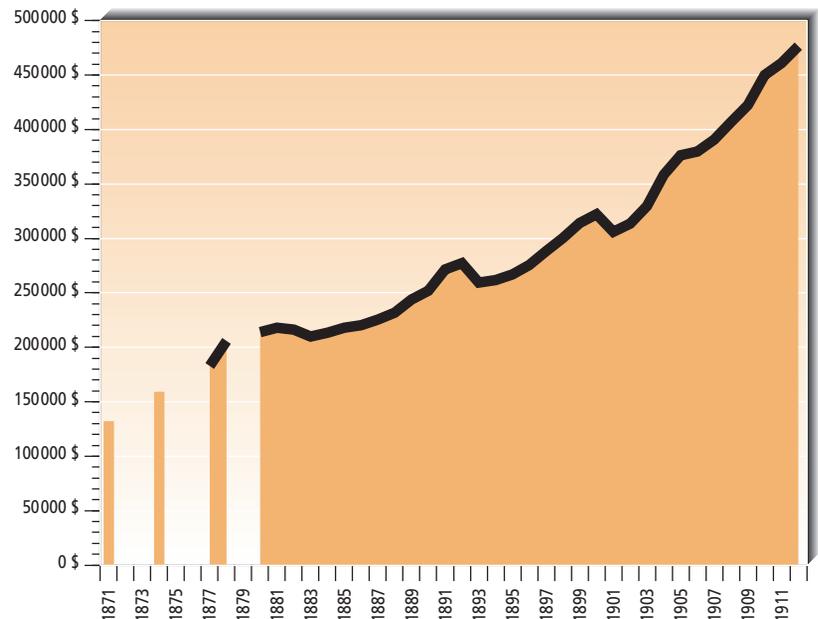
Les décès à l'asile Saint-Jean-de-Dieu, 1873-1886 (en pourcentage de la population hospitalisée)



Sources : rapports annuels des propriétaires et surintendants de l'asile ainsi que rapports des inspecteurs d'asiles et de prisons.

FIGURE 4

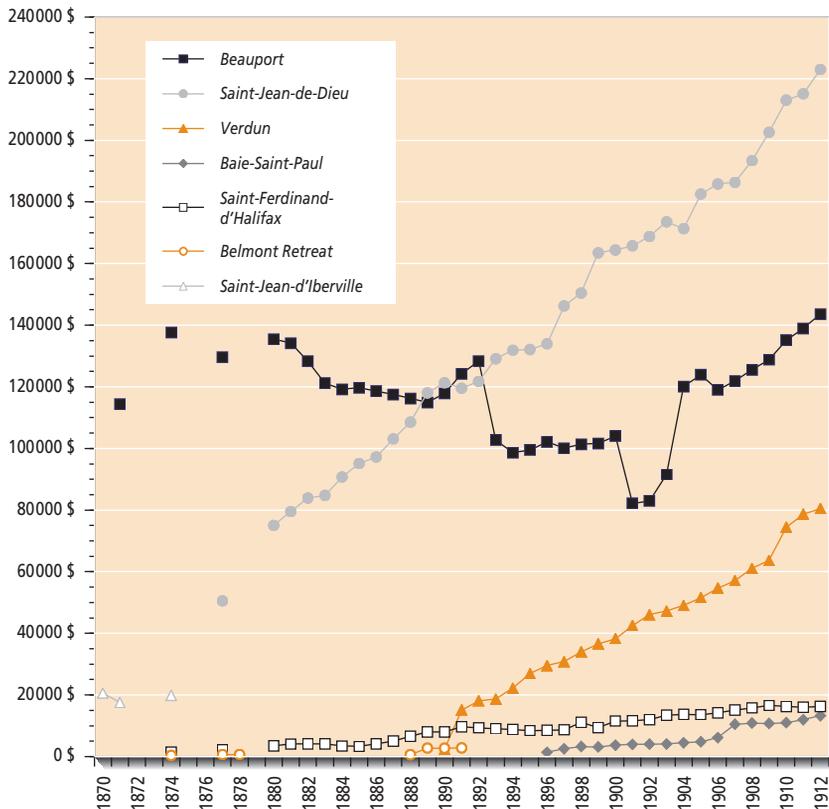
Le financement public des asiles d'aliénés, 1871-1912 (en dollars courants)



Sources : rapports annuels des propriétaires et surintendants d'asiles ainsi que rapports des inspecteurs d'asiles et de prisons.

FIGURE 5

### Le financement public des asiles d'aliénés, 1870-1912, par hôpital (en dollars courants)



Sources : rapports annuels des propriétaires et surintendants d'asiles ainsi que rapports des inspecteurs d'asiles et de prisons.

Ces disputes entre les *pro* et les *contra* de l'affermage se trouvèrent définitivement « envenimées » par la décision du gouvernement de confier aux Sœurs de la Charité, toujours à contrat, le nouvel asile de Longue-Pointe dans la région de Montréal. En prenant cette décision, sur le conseil du député Laurent-David Lafontaine, le gouvernement indiquait clairement au clan Howard non seulement son intention de fermer son « asile d'État » à Saint-Jean-d'Iberville, mais celle aussi de raffermir sa politique d'affermage en faisant ouvertement alliance avec le clergé catholique. Cependant, cette alliance, politique, n'était pas, pour autant, dépourvue de motivations économiques. En transigeant avec les Sœurs de la charité de la Providence, le gouvernement, en effet, allait faire chuter son allocation annuelle par patient de 143 \$, qu'elle était à Beauport depuis de nombreuses années, à 100 \$, et même à 80 \$ en ce qui concerne les établissements de Saint-Ferdinand d'Halifax et de Baie-Saint-Paul. C'était faire tomber le coût d'entretien des aliénés plus bas qu'il n'était partout ailleurs au Canada<sup>32</sup>. Le même phénomène allait se reproduire en 1893, lors du transfert de la propriété de l'asile de Beauport.

La contribution financière de l'État aux asiles épouse une tendance à la hausse durant la période comprise entre 1871 et les années 1910. Toutefois, si l'on divise le montant global versé chaque année aux asiles par le nombre de patients qui y séjournent, on constate après 1871 plutôt un net déclin du soutien de l'État. Avec l'ouverture, en 1873, de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, l'allocation moyenne par patient passe de 152 \$ deux ans plus tôt à 86 \$ en 1886. À partir de 1887, elle remonte la pente pour atteindre 115 \$ en 1912.

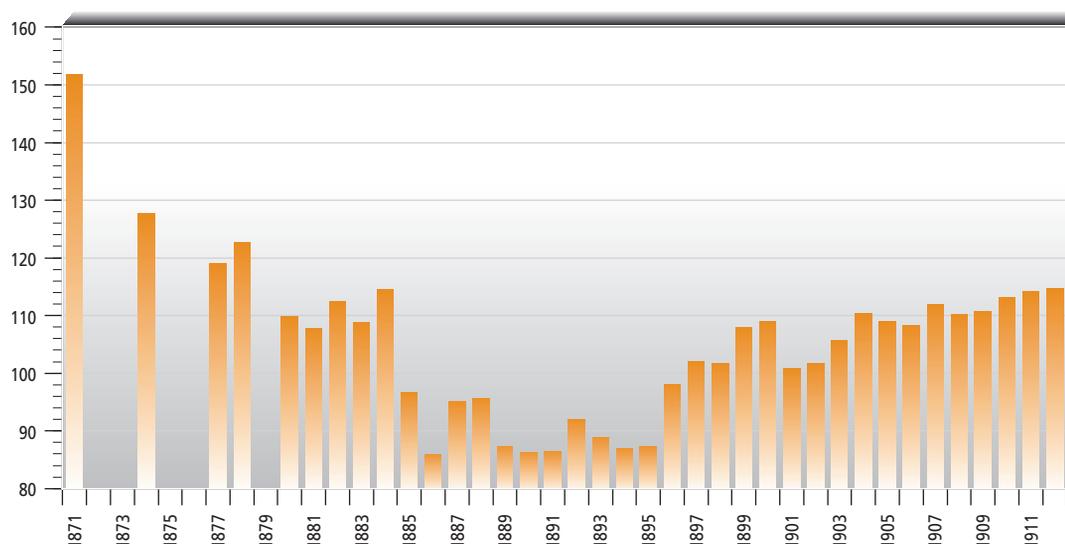
La raison de ces « dépréciations » était évidente : les religieuses, liées par le vœu de pauvreté, représentaient d'abord et avant tout pour le gouvernement une main-d'œuvre peu coûteuse et surtout peu exigeante. En contrepartie, elles offraient des garanties de fidélité et de fiabilité au travail qu'aucun personnel laïque ne pouvait alors concurrencer. La loyauté des sœurs offrait aussi l'avantage d'être médiatisée par celle du haut clergé. Et par-dessus tout, la capacité des religieuses, en tant que corporation, d'emprunter et de rembourser le gouvernement avec intérêt pour toute nouvelle construction en faisait certainement un partenaire de choix. Mais à cela il y avait aussi un prix à payer. Le plein pouvoir des propriétaires sur la gérance médicale des deux asiles du Québec allait en effet être reconfirmé et renforcé le 14 août 1879, par un ordre en Conseil qui permettait aux sœurs d'assumer le coût des services du médecin interne, pourvu qu'elles le choisissent elles-mêmes et pourvu que le gouvernement renonce « à tous droits de faire fournir par les dites sœurs le logement à tous les médecins employés, soit comme médecins visiteurs, soit en toute autre qualité<sup>33</sup> ». C'était, pour le gouvernement, admettre implicitement que l'espace asilaire tombait sous la pleine et entière juridiction des propriétaires.

#### Un régime asilaire contesté

Depuis le début des années 1860, les asiles du Québec avaient été la cible d'innombrables critiques, particulièrement dans les quotidiens et les journaux médicaux anglophones. Mais c'est surtout à partir de l'ouverture de l'asile Saint-Jean-de-Dieu en 1873 que ces critiques se firent virulentes. Éditorialistes, médecins, parlementaires et aliénistes étrangers en visite donnèrent l'impression de travailler de concert pour dénoncer le système d'affermage. Toutes les facettes de l'administration asilaire y passèrent. On reprocha aux deux asiles francophones leur caractère confessionnel qui contrevenait aux droits de la communauté protestante. On fit état de l'usage abusif des moyens de contention, de la surpopulation des salles et de l'absence totale de classification des malades qui rendait pratiquement impossible, sinon inutile, toute forme de traitement moral. John Charles Bucknill, le coéditeur du prestigieux *Journal of Mental Science* qui visita les asiles du Québec en 1876, releva en particulier l'indiscipline et la négligence des jeunes gardiens de Beauport (*boyish persons*) qui n'avaient d'égaux, selon lui, que la morosité ou l'agressivité des patients. Ces derniers, faute d'activités et d'occupations, passaient une bonne partie de leur temps à se chamailler et à se coller. Et on n'avait cure d'intervenir. Les salles, au

FIGURE 6

**Le financement public des asiles d'aliénés,  
par patient, 1871-1912 (en dollars courants)**



Sources : Rapports annuels des propriétaires et surintendants d'asiles. *Annuaire statistique de Québec, 1914.*

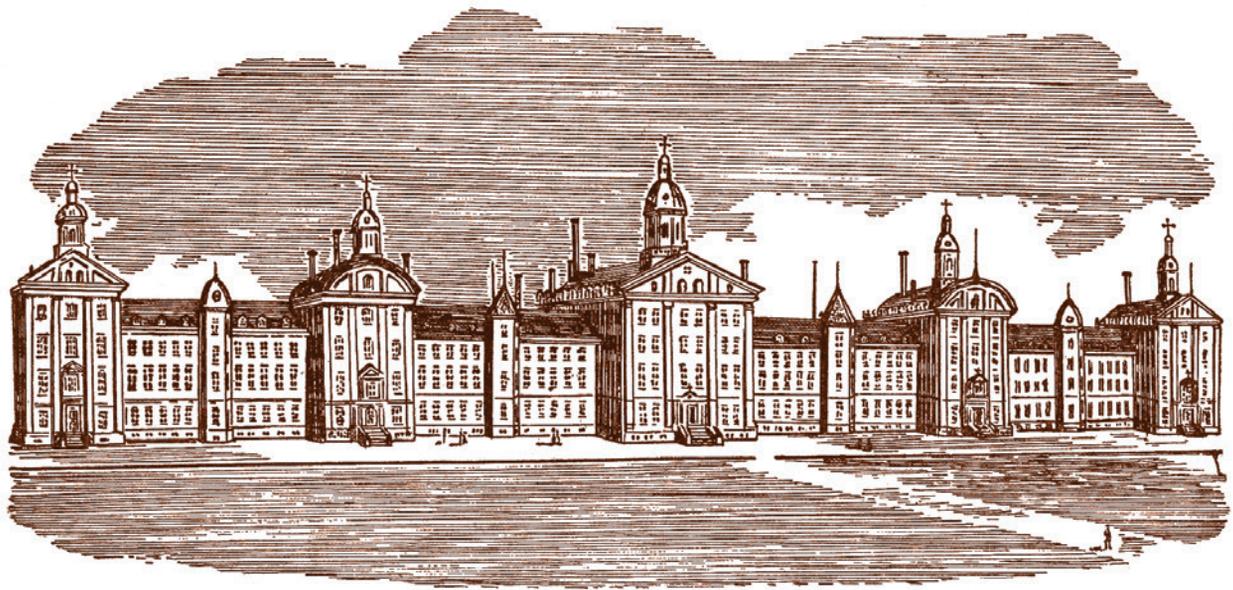
dire de l'aliéniste anglais, n'avaient rien du climat chaleureux qu'on trouvait dans les autres asiles. Elles étaient complètement dénudées. Il trouva aussi particulièrement étonnant qu'aucun médecin ne soit sur place au moment de sa visite. Quant à la prison des casernes d'Hochelaga, où était encore regroupée provisoirement une partie de la clientèle de Saint-Jean-de-Dieu, elle apparut à Bucknill encore plus déprimante et lugubre que tout ce qu'il avait vu partout ailleurs en Amérique.

Ce bâtiment ne pouvait avoir que la propreté d'une vieille prison bien nettoyée. D'après les informations qu'il réussit à recueillir auprès du personnel, aucun médecin n'avait visité les patients depuis longtemps et le matériel médical était en piètre condition sinon inexistant. C'est que les Sœurs de la charité de la Providence, mal soutenues par le gouvernement, avaient dû louer ces locaux, situés à proximité du couvent de la ferme Saint-Isidore, à la toute dernière minute. Il leur fallut patienter jusqu'en 1877 pour pouvoir enfin disposer d'un bâtiment convenable.

À partir des années 1880, les griefs se firent beaucoup plus directs et mordants. Le *Canada Medical and Surgical Journal*, par exemple, prit à parti le médecin interne de Saint-Jean-de-Dieu, le docteur F.-X. Perreault. On lui reprocha son manque d'expérience et de formation en matière de maladies mentales et on prétendit qu'il ne se trouvait à l'asile Saint-Jean-de-Dieu que parce qu'il avait sa clientèle sur le territoire de Longue-Pointe. On fit aussi remarquer que Perreault était le seul médecin en fonction pour les 700 ou 800 patients de l'établissement, ce qui n'avait aucun sens. Le docteur Henry Hurd, du Michigan Hospital for the Insane, un des membres les plus en vue de l'American Medico-Psychological Association, ajouta son grain de sel en disant, après sa visite de 1883, qu'il avait été profondément déçu par la façon dont les deux asiles du Québec étaient administrés. Même les inspecteurs d'asiles et de prisons, presque toujours élogieux dans leurs rapports trimes-

triels, se mirent soudainement à regretter que la nourriture des patients soit toujours la même et qu'elle ne soit pas suffisamment abondante, que les cas de contrainte soient trop nombreux et qu'il soit impossible, vu l'absence de registres de contrainte, de se former une opinion exacte sur la fréquence et la durée des mises sous contention. Ils déplorèrent aussi que beaucoup de cellules anciennes ne soient ni éclairées ni ventilées, que les salles des gâteaux ne soient pas bien aérées, que les patients soient « entassés pêle-mêle jour et nuit », sans égard pour la classification et que, faute d'organisation du travail comme agent thérapeutique, la plupart soient contraints de séjourner passivement dans leurs quartiers, du mois de novembre au mois de mai. À bien des égards, l'asile Saint-Jean-de-Dieu fut davantage épargné que celui de Beauport. Les inspecteurs savaient très bien en effet que, pour le prix qu'on lui payait, on ne pourrait jamais trouver un personnel aussi responsable et soucieux de discipline et de propreté que celui des sœurs.

Mais c'est surtout l'aliéniste anglais D. Hack Tuke, un farouche partisan de la politique de *non-restraint* de Jean Conolly, qui mit le feu aux poudres. Tuke, qui visita les asiles de la province en 1884, alla en effet beaucoup plus loin dans ses commentaires. Il s'étendit longuement sur la condition des patients agités enfermés à Beauport et à Saint-Jean-de-Dieu. Il qualifia même leurs salles de « ménageries humaines » et de « chambres des horreurs ». Leur enfermement la nuit dans de petites cellules cadencées « ramenait, pour employer son expression, au moins cent ans en arrière ». Il se montra surtout étonné que les médecins en fonction dans les deux asiles du Québec aient si peu d'ascendant et d'autorité sur les soins et le personnel hospitaliers. Tuke s'inquiéta enfin de la minceur des revenus des propriétaires qui impliquait « selon toute probabilité, que les patients seraient sacrifiés à leurs intérêts ». Le réputé aliéniste anglais ramassa son propos en déclarant que, comparativement aux asiles de l'Ontario qu'il venait de visi-



L'ASILE SAINT-JEAN-DE-DIEU AVANT L'INCENDIE DE 1890.  
Hôpital Louis-H. Lafontaine.

ter, les asiles du Québec étaient « *a relic of barbarism* ». Ses remarques furent promptement rapportées dans la *Gazette* et publiées l'année suivante à Londres dans un mémorandum sur les asiles nord-américains. La question des asiles étant ainsi rendue sur la place publique, la Montreal Medico-Chirurgical Society en profita pour battre le fer et pour exiger dans les meilleurs délais une enquête publique...

Dès cet instant, comme en témoigne la supérieure de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, les critiques à l'endroit du système d'affermage se mirent à fuser de tous côtés, comme si le couvercle de la marmite venait de sauter.

Il faut dire que les médecins d'asiles, depuis de nombreuses années, étaient insatisfaits des conditions de travail qu'on leur faisait. Comme le fait remarquer le docteur Jean Magloire Turcotte, le médecin interne était en effet le seul à s'occuper de toute la besogne, même s'il fut dit dans les rapports officiels de Beauport que « les propriétaires étaient les médecins de l'asile et que seuls ils en avaient le contrôle et la responsabilité<sup>34</sup> ». Il devait visiter quotidiennement chacun des départements de l'asile, s'enquérir de l'état de santé de chaque patient, diriger au besoin les malades vers l'infirmerie, servir les remèdes, s'occuper de la correspondance avec les parents et les amis des patients, recevoir et accompagner les visiteurs dans les salles, tenir les livres, établir les statistiques pour les rapports annuels et préparer ces rapports<sup>35</sup>. Ce travail de clerc était d'autant plus mal récompensé que les médecins internes n'étaient considérés par les propriétaires que comme de simples exécutants. À Saint-Jean-de-Dieu, par exemple, ils n'avaient accès aux différentes salles que précédés de la sœur apothicairresse qui avait la « haute main » sur les clefs des salles. À Beauport, presque toutes leurs décisions étaient sujettes à contestation par l'intendant, surtout si elles impliquaient des coûts ou des aménagements importants, comme c'était souvent le cas pour l'orga-

nisation du traitement moral. Comme les patients n'avaient pratiquement pas accès à l'extérieur de l'asile, hormis l'été, ce traitement avait d'ailleurs fini par prendre la dimension d'une peau de chagrin, le médecin n'ayant ni le temps ni l'autorité nécessaire pour s'en occuper.

À l'époque, les activités de travail dans les asiles du Québec ne mobilisaient que 10 % à 15 % des patients sur une base régulière, comparativement à 60 % ou 70 % dans les asiles ontariens. Même les activités de distraction étaient épisodiques et arrivaient à peine à arracher aux propriétaires et aux inspecteurs d'asiles un commentaire d'une ligne ou deux dans leurs rapports. Faute d'avoir une politique bien définie dans ce domaine, on avait d'ailleurs tendance à identifier le traitement moral à l'enfermement pur et simple<sup>36</sup> ou encore à surinvestir dans les consolations de la religion. Les chapelains, qui avaient droit au chapitre et qui faisaient eux aussi annuellement rapport aux inspecteurs d'asiles, comptaient d'ailleurs parmi ceux qui fréquentaient assidûment les patients, autant sinon plus que les médecins. Régulièrement, on leur prêtait des pouvoirs curatifs qui auraient fait l'envie de bien des aliénistes. À moins qu'ils ne se voient eux-mêmes investis d'un rôle de thérapeute, tel l'abbé F.-X. Leclerc qui écrivait dans ses rapports pour les années 1882 et 1884 :

Comme le Divin maître, dont il est l'humble ministre et le continuateur, le Prêtre, ainsi que je le comprends, a pour mission, non seulement de travailler à sauver les âmes, mais encore de venir, dans la mesure du possible, au secours de ceux qui souffrent de maladies physiques ou mentales. Un grand nombre d'aliénés ayant perdu l'usage de la raison par suite d'une vie de désordre, trouve dans l'action éminemment moralisatrice de la Religion... le grand et souvent l'unique remède à leurs habitudes dépravées. Leur



SOINS À UN PATIENT,  
ASILE DE BEAUPORT,  
1910.

Archives de la Galerie historique Lucienne-Maheux du Centre hospitalier Robert-Giffard.

guérison morale étant effectuée en tout ou en partie, ne peut que les prédisposer merveilleusement à la cure souvent complète du dérangement d'esprit dont ils souffrent.

La religion par son influence bénie est très souvent pour ne pas dire toujours un merveilleux agent thérapeutique qu'on ne devrait pas négliger d'exploiter en faveur de la plupart des malades et surtout de ceux qui souffrent dans la partie morale et intellectuelle de leur être. Comme on l'a si bien dit, il est certain qu'en maintes circonstances, le seul remède efficace préventif ou curatif de la folie est le retour pur et simple au sentiment religieux.

Ajoutons à cela qu'il était aussi interdit aux médecins d'asiles de pratiquer des autopsies, pour déterminer la cause des décès, ou des examens exploratoires posthumes, comme l'autorisait pourtant la loi d'anatomie. Enfin, les propriétaires incitaient souvent leurs médecins internes à collaborer le moins possible avec les médecins visiteurs du gouvernement, ce qui avait pour effet d'éroder l'esprit de corps et le prestige de la profession médicale.

On ne s'étonnera donc pas que des médecins francophones particulièrement en vue à l'époque, tels les docteurs Joseph-Alfred Laramée, Hugues-E. Desrosiers ou Emmanuel-Persillier Lachapelle aient jugé eux aussi que le temps était venu de parler. La crise de l'institution asilaire, qui avait fermenté pendant une bonne trentaine d'années, avait atteint son point critique. Il fallait désormais choisir : favoriser l'option du progrès et de la modernité, c'est-à-dire l'hégémonie de la science sur la religion, ou lui préférer celle de la tradition et de la spécificité culturelle du Québec... En d'autres termes : médicaliser l'institution asilaire ou la contenir dans le giron ultramontain.

En 1885, la question des asiles était devenue suffisamment explosive pour diviser en deux camps le Parti conservateur alors au pouvoir. Le gouvernement de John Jones Ross résolut alors de donner un coup de barre. Pour les premiers intéressés, les propriétaires, c'était surtout un coup de force. Le premier ministre fit en effet voter une loi qui les contraignait à céder à un Bureau médical composé de médecins nommés par le gouvernement la pleine et entière juridiction sur tout ce qui concernait directement ou indirectement le traitement des patients. Les propriétaires d'asiles, religieuses et médecins, en avisèrent auprès de leurs avocats et contestèrent immédiatement la loi Ross. De toute évidence, elle contrevenait à certaines clauses de leurs contrats. Il allait de soi qu'en soumettant sa cause aux tribunaux le gouvernement serait débouté. Le haut clergé, pour mieux assurer l'affaire, s'en mêla, discrètement. L'évêque de Saint-Hyacinthe, le moins pontifiant quant aux droits sacrés de l'Église, mais sans doute le plus habile, rappela dans une lettre adressée au premier ministre Ross que les élections approchaient... et il lui suggéra d'attendre avant d'aller trop loin.

Faute de pouvoir être validée par les tribunaux, la loi de 1885 demeura sans effet et la question controversée des asiles finit par prendre l'allure d'un débat stérile. Le docteur Howard profita de cette période d'impuissance pour entreprendre une correspondance acrimonieuse avec les Sœurs de la charité de la Providence. Il leur reprocha de vouloir imposer leur volonté au gouvernement, de nuire au progrès de la médecine et de rendre sa nouvelle tâche de surintendant impraticable. Le chapelain Leclerc lui donna la réplique en sermonnant Tuke, son maître à penser, qui « s'était fait, contre l'œuvre des sœurs de la Charité, le trop docile instrument de la malveillance et du fanatisme ».

Tout le sentimentalisme et l'humanitarisme concentrés, quintessence de nos modernes savants, écrivit-il, ne pourront jamais rien réaliser qui approche tant soit peu des prodiges de dévouement et d'abnégation qu'inspire sans cesse à nos sœurs directrices la sainte charité dont le Dieu fait Homme, devenu leur céleste époux, est l'unique inspirateur<sup>37</sup>.

Le docteur Perreault prit lui aussi sa revanche en déclarant que le parti pris de Tuke en faveur de la politique de *non-restraint* reposait sur des postulats complètement irréalistes. S'adressant à l'inspecteur L.-L.-L. Desaulniers, il écrivit :

Je vous avouerai franchement, monsieur l'inspecteur, que je ne suis pas partisan quand même de l'école de non-restraint ; d'après mon expérience, il est certainement impossible de contrôler les actes dangereux de certains aliénés sans employer la camisole, le gilet, le manchon et même la cellule, et cela dans les crises nerveuses qui se manifestent par des accès de fureur. J'ai sous mes soins des malades qui éprouvent l'impulsion irrésistible de déchirer leurs vêtements, de briser les vitres et tous les objets qui tombent sous leurs mains, d'autres de frapper leurs compagnons sans la moindre provocation. Je voudrais voir les partisans du non-restraint s'amuser un instant au milieu de ces patients ; ils abandonneraient, du moins pour le moment, ces idées qui me paraissent étranges.

Enfin, Joseph-Charles Taché, qui avait été lui-même inspecteur des asiles et prisons sous la période de l'Union, riva le clou. Il publia un pamphlet virulent dans lequel il inonda littéralement Tuke d'invectives. À ses yeux, Tuke n'était qu'un piètre « compilateur naviguant à l'aventure, se heurtant dans ses ouvrages aux lieux communs et aux platitudes » et voulant se donner les allures d'un « *Prophet abroad* ». Finalement, après ces altercations et quelques autres rebondissements à l'Assemblée et dans la presse locale, le gouvernement se trouva dans l'impasse. Coincé entre son désir de réformer les politiques asilaires et la résistance farouche des forces du *statu quo*, il n'eut d'autre choix que d'instituer une Commission royale d'enquête comme le souhaitait la partie anglophone de la profession médicale.

### **La Commission royale d'enquête de 1886-1888 : annonce de changements**

Cette commission, constituée en 1886, eut beaucoup de difficulté à démarrer. Décès et démissions s'en mêlèrent. Et elle eut aussi de la difficulté à fonctionner. En 1888, au terme de son mandat, elle dut se contenter de deux rapports : l'un majoritaire, l'autre minoritaire.

Le rapport majoritaire de la Commission avoua tout haut ce que beaucoup de médecins et de politiciens pensaient tout bas. Il confirma, avec de nombreuses dépositions à l'appui, la véracité des griefs adressés aux deux grands asiles du Québec par les adversaires de l'affermage. Il mit en question le protocole de visite des inspecteurs d'asile, attira l'attention sur la superficialité et la crédibilité parfois douteuse de leurs rapports et releva le manque de suivi gouvernemental en ce qui concerne leurs recommandations. La Commission demanda aussi que le rôle du médecin-chef soit revalorisé, que le traitement, moral, médical et hygiénique soit mis sous son entière et absolue juridiction, que les gardiens soient mieux choisis, qu'ils soient initiés aux exigences de leur travail et que la *working-cure* soit organisée sur une base systématique. Les commissaires insistèrent aussi pour que le recours à la contrainte soit réduit au strict minimum et que les patients soient classés de façon telle que la qualité de vie de la population asilaire en soit favorisée. Mais, en ce qui concerne le statut juridique des asiles, la Commission se trouva devant un choix : ou privilégier le modèle de l'hôpital Notre-Dame, où les religieuses n'avaient aucun intérêt financier, ou laisser courir le *statu quo*. La Commission se contenta de suggérer prudemment l'abrogation de la loi de 1885, jusqu'à échéance des contrats liant le gouvernement et les propriétaires, et de « préparer entre temps une loi nouvelle bien élaborée et pourvoyant aux exigences de la science... ». Le vague libellé de cette formule, adaptée à la précarité des finances publiques, était loin de sonner le glas de la propriété privée des asiles. De toute façon, toute cette question dépendait essentiellement du bon vouloir des politiciens.



Et c'est sur ce terrain que toute la partie allait se jouer. Ainsi, après avoir repris le pouvoir en 1891, le Parti conservateur résolut plus que jamais de maintenir le cap sur l'affermage, de renforcer son alliance avec le clergé catholique et d'étendre même les privilèges des Sœurs de la charité de la Providence à l'asile de Beauport, jusque-là dirigé par des médecins propriétaires. Le secrétaire de la province, l'honorable Louis-Philippe Pelletier, avait déjà, en 1889 alors qu'il était dans l'opposition, résumé la position du gouvernement dans un vibrant et pathétique *Discours sur la question des aliénés* dans lequel il rendait hommage à la spécificité de nos traditions en matière de soins hospitaliers, au dévouement inégalable des religieuses, à l'excellence de leur formation médicale, supérieure, disait-il, à celle de beaucoup de médecins, et surtout à leur contribution exceptionnelle aux finances publiques de la province. C'était dire que le gouvernement avait fait ses choix.

Cette décision eut deux implications : d'une part, le gouvernement dut immédiatement conclure une entente avec la communauté protestante de la région de Montréal pour l'ouverture et le financement public de son propre asile confessionnel. C'était le prix de la paix. Du côté catholique, les lendemains de crise invitaient aux compromis et à la modernisation des soins et des structures. On ne pouvait s'exposer davantage à la critique du public et de la profession médicale. Les religieuses l'avaient apparemment compris, puisque dès la création de la Commission royale en 1886, elles avaient senti le vent tourner et elles avaient

envoyé leur propre médecin, le docteur Bourque, se perfectionner à Paris. Mieux valait que les Sœurs de la charité de la Providence aient leurs propres médecins, bien qualifiés, plutôt que ceux que le gouvernement aurait la tentation de leur imposer. En 1889, le rapport de la Commission royale d'enquête aidant, on se mit donc à multiplier les initiatives. Ainsi, par exemple, le docteur Vallée, le médecin visiteur du gouvernement à Beauport, fut délégué au congrès de médecine mentale de Paris. C'était une primeur. La supérieure de Saint-Jean-de-Dieu, sœur Thérèse de Jésus, aidée par le gouvernement, entreprit de son côté une tournée des asiles européens et ontariens pour vérifier le bien-fondé des critiques adressées à son établissement et pour se mettre au diapason de la clinique moderne. L'anecdote n'est pas décisive, mais rappelons que c'est durant ce voyage, lors de son séjour à Paris, que l'aliéniste français Valentin Magnan lui fut présenté. Magnan l'invita, avec les docteurs Joseph-Edmond Bourque, E.-E. Duquet, Adélar Barolet et Vallée, à venir dîner à sa résidence et à son asile privé de Suresnes. Cette rencontre, toute familiale, eut certainement son importance puisqu'elle vint apparemment à bout des fortes appréhensions de sœur Thérèse de Jésus à l'endroit du scientisme et de l'anticléricalisme français<sup>38</sup>. La supérieure de Saint-Jean-de-Dieu en témoigna dans son récit de voyage en disant que Magnan, d'après ce qu'elle en avait entendu dire, était un « savant » inféodé à un « gouvernement qui faisait la guerre aux corps religieux<sup>39</sup> ». C'était un de ces « médecins, disait-elle, qu'on lui avait représentés

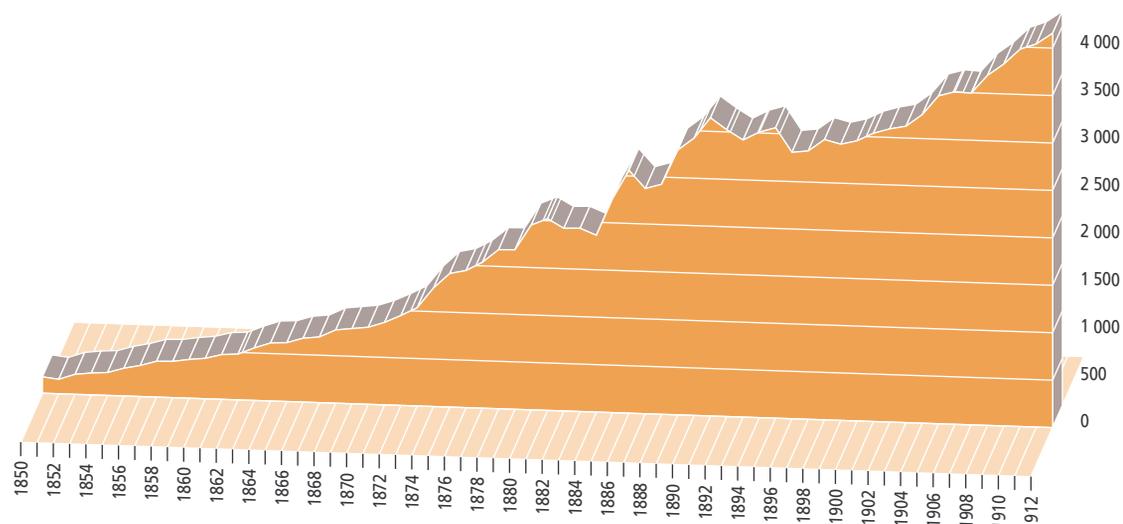
UNE SALLE DE  
L'ASILE SAINT-JEAN-  
DE-DIEU, 1911.  
Collection Notman,  
Musée McCord.

FIGURE 7

**Estimé de la population des patients entretenus par l'État dans les asiles d'aliénés, 1850-1912**

Sources : *Rapports annuels des propriétaires et surintendants d'asiles. Rapports des inspecteurs d'asiles et de prisons.*

Note : Cette courbe a une valeur indicative. Elle a été établie sur la base des sources consultées par André Paradis. Celles-ci, bien souvent, ne précisent pas si les données fournies concernent l'ensemble de la population ou les seuls patients publics. Toutefois, nos vérifications semblent confirmer que les inspecteurs s'en tiennent à la notion de patients publics même lorsqu'ils parlent de « population totale ». Comme plus de 90 % des patients sont à la charge du gouvernement, les écarts restent de faible amplitude.



comme des adversaires acharnés de l'Église et qui l'étaient vraiment<sup>40</sup> ». Mais la courtoisie et l'affabilité de Magnan, qui avait grandement facilité son introduction dans les hôpitaux de Paris, l'avait finalement amenée à prendre en considération les bonnes manières de ce savant soi-disant voué à l'extinction du clergé. D'où finalement ces lignes pleines d'enthousiasme de la supérieure de Saint-Jean-de-Dieu : « Nous admirions combien la Providence nous avait protégé jusque là. Elle avait fait tomber devant nous l'animosité des médecins anticléricaux à tel point qu'ils nous ont fait spontanément les meilleures offres de service<sup>41</sup> ».

Cette réconciliation providentielle avec la mère patrie marquait en principe le début d'une autre époque. Non seulement les médecins d'asiles du Québec auraient désormais une porte ouverte sur la clinique parisienne de Sainte-Anne et de La Salpêtrière, mais on devrait aussi reconnaître l'exclusivité de leur compétence en matière de maladies mentales. Cet acte de reconnaissance de la médecine psychiatrique allait se concrétiser quelques années plus tard, en 1894, lorsque les propriétaires d'asiles finirent par reconnaître aux médecins de leurs établissements la pleine et entière juridiction sur toute la partie morale et médicale du traitement des aliénés. Mais encore fallait-il que cette juridiction soit également répartie entre « leurs » médecins et ceux du gouvernement.

En 1890, on peut dire que l'institution asilaire au Québec avait atteint la limite de son ancien statut. Jusque-là, en effet, la fonction primordiale de l'asile avait été presque exclusivement en complémentarité avec l'institution carcérale et les œuvres de charité. Mais avec le changement de mentalité qui s'annonçait, on pouvait déjà penser, comme le dira le docteur Michel-Delphis Brochu en 1904, que « l'ancien asile, l'asile-prison, a[va]it disparu et [que] l'asile moderne, l'asile-hôpital, a[va]it surgi : la maison de santé a[va]it remplacé la maison de détention ». (Nous présentons à l'annexe II un état des lieux en 1890 des asiles Saint-

Jean-de-Dieu et de Beauport, à l'annexe III, l'horaire d'une journée à l'asile de Beauport en 1876, et à l'annexe IV, une classification des patients traités en 1909 à l'asile de Beauport selon la forme d'aliénation mentale diagnostiquée).

L'ironie du sort voulut cependant que ce soit précisément à ce moment que l'asile Saint-Jean-de-Dieu connaisse la pire catastrophe de son histoire. Le 6 mai 1890, un incendie rase complètement les bâtiments de l'asile. Malgré la construction diligente de pavillons provisoires, cet événement tragique allait freiner considérablement l'envol de la psychiatrie en milieu francophone et mettre pendant de nombreuses années les Sœurs de la charité de la Providence dans l'embarras financier. Pour relancer à neuf leur établissement, elles durent contracter, à intérêt, un emprunt de 1 million \$.

### 3. DE L'ASILE À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

#### Un vent de réforme : l'asile de Verdun

C'est finalement du côté de l'asile de Verdun que vint le vent de réforme tant souhaité par les membres de la Commission royale de 1887-1888. Lorsque le Verdun Protestant Hospital for the Insane ouvrit ses portes en 1890, c'était à la suite d'une longue saga de critiques qui, depuis le milieu des années 1860, avaient pris pour cible le système d'affermage tel qu'il était pratiqué dans les asiles francophones de la province. Comme le système d'affermage mettait en jeu des intérêts particuliers considérables, on le jugeait fondamentalement incompatible avec les intérêts des patients. La première démarche des promoteurs de l'asile de Verdun fut donc de s'assurer que toute tentative de « privatisation » tant dans la propriété que dans la gestion de l'hôpital serait écartée. Sa direction fut alors confiée à un conseil d'administration composé de philanthropes bien en vue, incluant pasteurs, hommes d'affaires, notables et médecins. Les mem-

bres de ce conseil furent élus par un collège d'une trentaine de personnes, elles-mêmes choisies parmi les gouverneurs à vie et les souscripteurs annuels de l'établissement.

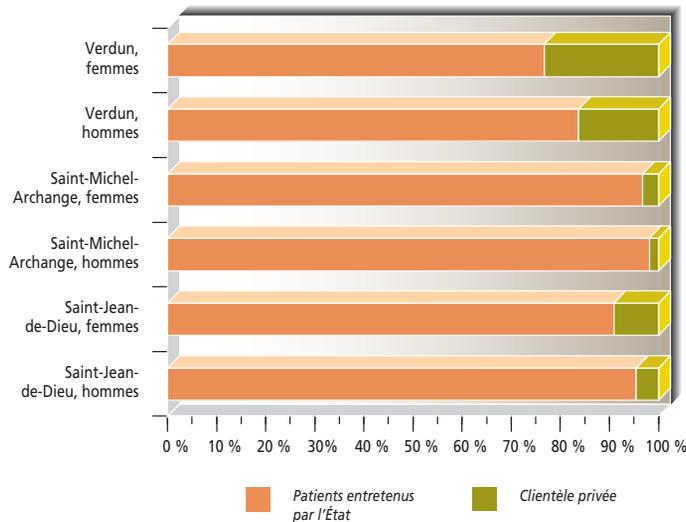
Cette façon de procéder, courante dans les hôpitaux anglophones, eut des retombées immédiates. Elle permit de mettre à contribution rapidement des membres influents de la communauté protestante au sein des comités de développement et de surveillance de l'établissement, ce qui facilita grandement l'engagement du public dans les activités d'animation et de financement de l'hôpital. Aux campagnes de souscriptions et aux contributions statutaires des quelque 180 gouverneurs à vie (lesquelles variaient entre 200 \$ et 6 500 \$), vinrent s'ajouter promptement des dons de toute taille et de toute nature. Dès 1894, certaines largesses exceptionnelles permirent la création de fondations (*endowment funds*) dont les revenus furent immédiatement investis sous forme d'actions dans des sociétés canadiennes. Pour la période allant de 1894 à 1915, on estime à environ 216 000 \$ la somme cumulative des montants qui furent ainsi levés et investis. Les dividendes de ces placements comptèrent pendant de nombreuses années parmi les sources de financement régulières de l'asile de Verdun. D'autres dons permirent l'acquisition de terrains, de nouveaux bâtiments ou encore de matériel médical. Ainsi, le docteur James Douglas de New York, le fils du premier propriétaire de l'asile de Beauport, octroya successivement 42 000 \$ et 75 000 \$ à l'établissement de Verdun pour l'acquisition d'un terrain adjacent et la construction d'une résidence pour le personnel infirmier. John Henry Robinson Molson, le premier vice-président de l'hôpital, fit lui-même édifier à ses frais un pavillon avec de grandes vérandas, une allée de bowling et un curling intérieur. George Bull Burland, en plus de financer l'installation d'un laboratoire de pathologie en 1897, fit construire au surintendant médical une demeure très confortable sur les terrains de l'asile. D'autres contributions prirent la forme de fleurs, de livres, de papier peint, de savon, de location de ligne téléphonique, de vivres, de vêtements, de journaux, de mobilier, de services personnels ou de cadeaux à distribuer aux patients. Le relevé annuel de toutes ces gratifications est impressionnant. Il montre que l'asile put compter sans défaillance pendant ses premières décennies sur l'encouragement et les ressources de la communauté protestante.

Une autre décision majeure du conseil d'administration de Verdun fut de s'assurer que la médecine y aurait d'emblée sa place. Dès son ouverture, la direction médicale de l'hôpital fut confiée au docteur T. J. W. Burgess, un médecin d'expérience qui avait pratiqué pendant près de 20 ans dans les trois plus grands asiles de l'Ontario. Burgess connaissait de longue date les acteurs du milieu asilaire au Canada. Il était, par formation, partisan de la politique de non-contrainte, adepte du traitement moral, et il connaissait fort bien les difficultés afférentes à l'hospitalisation des aliénés. Le conseil d'administration de l'hôpital de Verdun accorda effectivement à Burgess un mandat large : on lui donna non seulement le droit de prescrire tous les traitements, qu'ils soient d'ordre médical, moral, diététique ou hygiénique, mais celui aussi d'engager et de congédier le personnel des gardiens, d'en fixer le nombre et d'ordonner lui-même tous les aménagements matériels qu'il jugerait nécessaires au bien-être des patients<sup>42</sup>. C'était lui donner plus de pouvoir que n'en avait jamais eu aucun autre médecin d'asile du Québec.

Un des avantages de l'hôpital de Verdun, c'était d'échapper en tant que nouvel établissement à la surpopulation et à la multiplication des cas chroniques qui grevaient, depuis de nombreuses années, la « rentabilité » et la performance des asiles francophones. C'était aussi d'apparaître à un moment où l'architecture asilaire pouvait beaucoup plus facilement intégrer les avances de la technologie moderne : le chauffage à la vapeur d'eau, l'électrification de l'éclairage, les systèmes de ventilation éprouvés, le téléphone, les systèmes d'alarme électromagnétiques, le macadamissage des chemins, l'accès à l'asile par tramway, les réservoirs d'eau souterrains de très grande capacité, l'utilisation de pompes à vide pour l'alimentation quotidienne en eau et pour les occurrences d'incendie, etc. En outre, l'asile, plutôt que de miser sur une architecture verticale de trois ou quatre étages, n'en comportait que deux. Cela avait pour effet de bonifier l'éclairage et la libre circulation des patients entre l'intérieur et l'extérieur. Ces avantages et un service médical plus que recommandable pour l'époque suscitèrent l'admission d'un nombre étonnamment élevé de patients privés, dont la contribution finit par équivaloir, au tournant du xx<sup>e</sup> siècle, au tiers des revenus de l'établissement.

FIGURE 8

### La proportion de la clientèle privée dans les asiles en 1901



Source : 32<sup>ième</sup> rapport des inspecteurs de prisons et asiles de la province de Québec pour l'année 1901, Documents de la Session, 1903, 36.

Il fallut peu de temps au nouveau surintendant de Verdun pour donner à son établissement l'allure d'un véritable hôpital. Dès 1893, Burgess réussit en effet à faire introduire dans le cursus de la Faculté de médecine de l'Université McGill un cours de théorie et de clinique des maladies mentales. Cette conjonction de la clinique asilaire avec l'enseignement universitaire était d'autant plus attendue que plusieurs membres de la faculté avaient déjà développé une expertise dans le domaine de la neuropathologie et de la neurochirurgie. C'était non seulement le cas de George Ross et de Thomas George Roddick, deux des chirurgiens les plus réputés de l'époque, mais aussi celui de James Stewart et de George Armstrong qui collaborèrent par la suite à l'entreprise de Burgess. Ce dernier profita de ces circonstances favorables pour s'entourer aussi d'une solide équipe médicale, constituée d'un pathologiste et de trois cliniciens consultants. Cette équipe prit rapidement de l'expansion et finit par inclure, vers 1907, outre son assistant, le chirurgien, le gynécologue et le généraliste de l'établissement, un neurologue, un orthopédiste, un aurooculiste, un laryngologiste et un dentiste. Pour les patients, dont beaucoup souffraient de sérieuses carences alimentaires, à moins que ce ne soit d'affections et de maladies parfois chroniques, la mise sur pied de ces services représentait une véritable manne. Elle illustre à quel point la psychiatrie était dépendante à l'époque d'une bonne infrastructure médicale et que sans celle-ci il était inutile de compter sur les progrès de cette discipline.

En 1896, Burgess poursuivit son objectif de médicalisation en inaugurant la première école de nursing psychiatrique au Québec. Cette initiative, pour laquelle Burgess mobilisa pas moins de sept médecins, tombait à pic, car l'épine au pied de l'institution asilaire, hormis la question du financement, était justement le manque de formation du personnel, son manque de motivation, sa mobilité exceptionnellement élevée et l'absence de consensus quant aux comportements à adopter vis-à-vis des patients. Il en résultait une sorte d'anarchie peu propice à la

discipline hospitalière et au rapport soignant-soigné. À ce manque de cohésion s'ajoutaient les horaires extrêmement chargés, la maigreur des gages et la proximité constante des patients (hormis une courte échappée d'une demi-journée par semaine) qui conduisaient facilement le personnel de soutien à l'épuisement, à l'exaspération et finalement au décrochage. À tel point qu'il fallait parfois le renouveler au complet à l'intérieur d'une même année. L'inauguration d'une école de nursing devait permettre de pallier, en partie, cette situation. D'abord en relevant le niveau de compétence et en revalorisant symboliquement le métier d'infirmière jusque-là considéré comme un pis-aller. Puis en inculquant aux candidates une vision nouvelle de la folie considérée comme une véritable maladie au même titre que toute autre. Comprendre que les patients puissent se trouver piégés dans une logique délirante, c'était déjà éviter l'écueil de la moralisation et s'abstenir de leur prêter des intentions malveillantes. C'était éviter que des incidents insignifiants ne dégénèrent en véritables conflits. D'un autre côté, le cours de nursing devait favoriser une meilleure intelligence entre la direction médicale et le personnel de soutien et une délégation plus fiable des pouvoirs.

Une autre façon d'étayer le processus de médicalisation, c'était d'accorder une plus grande importance à la recherche clinique. Là aussi, Burgess ne manqua pas d'imagination. Avec la collaboration de son assistant, G. H. Manchester, il entreprit en 1895 une étude expérimentale sur le traitement « à l'extrait thyroïdien » de la déficience mentale et des troubles intellectuels. C'était une des premières initiatives du genre. Ce traitement « hormonal » comptait alors parmi les dernières trouvailles de la psychiatrie. Il lui avait été suggéré par le psychiatre ontarien Charles Kirk Clarke qui avait publié, en 1886, une communication sur les rapports présumés entre le goitre et l'aliénation mentale. Cet engouement de Burgess pour la recherche fut relancé deux ans plus tard, en 1897, grâce à l'acquisition d'un magnifique laboratoire de pathologie. Burgess encouragea alors Andrew Macphail, son pathologiste, à pratiquer des autopsies et des explorations sur le cerveau des cadavres de ses patients non réclamés. Macphail, dont l'ambition était de localiser, grâce à la méthode de coloration au bleu d'aniline, les foyers de dégénérescence cellulaire responsables, selon lui, des crises épileptiques, en profita pour compiler de nombreuses observations sur les cas d'hémorragie cérébrale, de neurosyphilis, de cancer du cerveau, de tuberculose des organes abdominaux, etc. À ces examens, s'ajouta toute une série de tests et de mesures sur les humeurs des patients, morts ou vifs :



ASILE SAINT-JEAN-DE-DIEU, FAÇADE, 1911.  
Collection Notman, Musée McCord.

gravité du liquide céphalo-rachidien, taux d'albumine et d'hémoglobine, identification histologique de tumeurs (gliomes, adénomes, etc.), examen bactériologique de sections stomacales et intestinales, analyses de l'urine et des crachats, tests de Wassermann, etc. Enfin, en 1901, Burgess allait récidiver : secondé par Macphail et par le neurologue David Alexander Shirres, il chercha à établir expérimentalement l'existence d'un rapport entre l'épilepsie et la glycosurie en postulant que l'intensité et la fréquence des crises étaient attribuables à la hausse du taux d'albumine et de dextrine dans l'urine<sup>43</sup>.

Ces investigations n'étaient évidemment pas promises à des lendemains lumineux, mais elles avaient l'avantage de donner le ton et de montrer que les troubles mentaux méritaient autant l'attention de la médecine que les autres pathologies. Elles aidèrent certainement à la création du cours de pathologie du système nerveux que Shirres commença à dispenser en 1901 à une dizaine d'étudiants de l'Université McGill dans les locaux mêmes du laboratoire de l'hôpital de Verdun. D'autres recherches, beaucoup plus protocolaires, furent menées par la suite, en l'occurrence par le neurologue Colin K. Russel qui succéda en 1907 à Macphail comme pathologiste attitré de l'établissement. D'un naturel rigoureux mais souple, Russel, qui avait été initié à la neurologie par John Hughlings Jackson et Constantin von Monakow, se fit vite remarquer par la qualité de ses communications et de ses publications. Il fut, avec Ernest Jones (Toronto) et W. H. Hattie (Halifax), un des premiers psychiatres canadiens à faire connaître les travaux de Freud sur les psycho-névroses.

Là où l'hôpital de Verdun se distingua surtout des autres établissements asilaires du Québec, c'est dans l'importance que Burgess donna, dès son entrée en fonction, au traitement moral. Ce traitement n'avait été appliqué jusque-là que superficiellement et sans grande conviction au Québec. Or, pour Burgess, il était vital, tant pour le climat général de son établissement que pour l'hygiène mentale de ses patients, que ceux-ci aient une vie quotidienne active et qu'ils puissent jouir d'une bonne liberté de mouvement compte tenu des contraintes disciplinaires déjà considérables qu'ils devaient subir. À ses yeux, le confinement des patients ne pouvait qu'encourager à la longue l'esprit de résignation et conduire à plus de promiscuité et à plus de violence. Comme il ne croyait pas aux vertus de la médication qui ne pouvait constituer en aucun cas, disait-il, un traitement « spécifique » pour les maladies mentales, il ne lui restait comme choix que de multiplier les ateliers de travail, encourager la libre circulation des patients sur parole et organiser un véritable programme d'activités pour les occuper et les distraire en toutes saisons.

À en croire les rapports annuels de la surintendance, l'hôpital de Verdun se transforma en un véritable chantier de travail entre 1894 et 1920. Le travail des aliénés, que ce soit sur la ferme, au jardinage, dans l'entretien des chemins, dans le creusage des voies de canalisation et d'égouttement, en menuiserie, en peinture, en boulangerie, dans l'entretien des bâtiments ou dans l'entretien ménager, eut des retombées considérables. Il en eut sur la qualité de vie des patients, encouragés à se rendre utiles et à ne pas sombrer dans la passivité, mais il en eut aussi sur les revenus de l'établissement et sur sa capacité de s'autosuffire. Pour se faire une idée de la progression de ces travaux qui mobilisaient déjà 60 % des patients en 1897, mentionnons que le seul produit de la ferme, très diversifiée en animaux et en produits maraîchers, était évalué à plus de 6 300 \$ en 1894, soit quatre ans à peine après l'ouverture de l'établissement. Cinq ans plus tard, il passait le cap des 10 000 \$

et atteignait le chiffre de 22 366 \$ en 1913. La même progression se remarque pour la réparation ou la production d'articles de vêtements, de mobilier ou de literie. Ainsi, pour la seule année 1894, les patients de Verdun, qui s'affairaient aussi à la cuisine, à la buanderie, au frottement des planchers et au nettoyage des chambres, avaient fabriqué 1 988 nouveaux articles (corsets, tapis, chemises, rideaux, coussins, nappes, chapeaux, oreillers, etc.) en plus d'en réparer 6 060. En 1902, ces chiffres passaient respectivement à 5 339 et 19 765. Contrairement aux produits de la ferme et du jardin qui étaient en bonne partie monnayés sur le marché, ces travaux n'étaient pas comptabilisés dans les sources de revenu officielles de l'asile, mais ils n'en représentaient pas moins une économie importante. On doit présumer que tous ces travaux manuels et domestiques n'avaient pas comme seul effet d'épuiser et de tranquilliser les patients, mais aussi de les distraire et de les tenir en état de cultiver des contacts humains valorisants. Le rituel de ces activités suppléait en tout cas aux mesures disciplinaires agressives, fréquentes dans les asiles surpeuplés. Il aidait à donner une image positive des patients et de l'établissement aux yeux du public.

Cette politique d'occupation par le travail se serait probablement soldée par un échec si elle avait été menée sans discernement. Burgess, qui admettait ouvertement que le travail des aliénés était rentable pour son établissement, était tout à fait informé du danger qu'il y avait de faire de la *working-cure* une recette purement mécanique et sans véritable finalité thérapeutique. Il se faisait donc un point d'honneur de ne jamais brusquer ses patients, dont une bonne proportion refusait carrément de se laisser embrigader. Il cherchait plutôt à les motiver par toutes sortes de menus plaisirs, dont en particulier le tabac et les privilèges de table. Mais conformément à son adage « *the best play is work, the best work is play* », sa stratégie préférée c'était de miser sur l'organisation parallèle de nombreuses activités de loisir. Ainsi, il y a peu de sports que les patients n'aient pu pratiquer durant leur séjour à Verdun, pourvu qu'ils en fussent capables : le baseball, le football, le basket-ball, le tennis sur gazon, le croquet, le bowling, le curling, le golf, le patinage, la natation et la gymnastique comptèrent très tôt parmi les principales activités de distraction de l'établissement. Pour les mordus de toboggan, Burgess fit même aménager des échafaudages et une descente de 200 mètres à partir du toit du pavillon Molson. S'ajoutaient à ces activités les fameux « Jeux annuels de septembre », avec leurs 25 ou 30 épreuves de compétition, auxquels étaient convoqués parents et amis. Avec le personnel de l'asile, les patients se

chargeaient sur place de la vente des billets et performaient, avec le personnel, dans les courses à obstacle, les sauts en hauteur, les *pick-a-back races*, les *barrel propulsion races*, les *potato races*, et toute une panoplie d'épreuves, toutes plus désopilantes les unes que les autres. Il y avait aussi les *industrial competitions* qui regroupaient les expertes tricoteuses, couseuses, crocheteuses, fabriquantes de coussins, etc. Ceux et celles qui se sentaient moins en moyen, pouvaient toujours se rabattre sur les *in-door games*, c'est-à-dire sur les traditionnels jeux de cartes, les échecs, la lecture, les dominos, le ping-pong, le billard ou encore les soirées de danse hebdomadaires.

Plus audacieux encore, Burgess chercha à décroiser son asile : il permit à une bonne centaine de ses patients<sup>44</sup> de participer à l'Exposition de Montréal en 1895, de sillonner périodiquement le fleuve sur le *Napierville*, de visiter le palais de glace et les spectacles de cirque, de faire des excursions de tramway, d'entreprendre des *sleigh-rides*, des *walking parties*, de pique-niquer au parc Sohmer et au parc Dominion. Pour l'époque, c'était sonder les reins du public généralement réfractaire à la libre circulation des « aliénés ». On semblait les craindre en effet comme la peste (*a morbid dread*, disait Burgess). En contrepartie, Burgess invita les citoyens de la ville de Montréal à franchir eux aussi les murs de l'asile : la variété des spectacles dispensés chaque année par des organismes de bienfaisance, des particuliers ou des groupes divers est en effet surprenante : concerts de chorales et de musique instrumentale, opérettes, séances de projections (*stereopticon*), de lanterne magique et de phonographie, ventriloquie et théâtre de vaudeville, lecture à haute voix de récits d'aventure, chorégraphies, parades et fanfares, projections cinématographiques, etc. Ces distractions, dont le nombre atteignait facilement la vingtaine chaque année, étaient surtout programmées pour les mois d'automne et d'hiver. Le point culminant de toutes ces activités était marqué par les fêtes de l'Halloween et de Noël, où le merveilleux avait rendez-vous avec la remise de cadeaux. On peut penser que ce sont ces expériences positives d'interaction entre l'asile et le milieu qui amenèrent Burgess à revendiquer pour ses patients le droit d'obtenir des congés sur essai, comme c'était le cas en Ontario depuis 1880. Cette revendication se heurta toutefois à la résistance des milieux politiques, encore tout imprégnés par la mentalité de l'asile-prison. On imaginait mal encore qu'entre la folie certifiée et la normalité il puisse y avoir d'innombrables états intermédiaires et que l'internement puisse n'être qu'une modalité contingente du traitement de l'aliénation mentale.

Burgess, comme tous les surintendants d'asiles de l'époque, eut, lui aussi, sa large part de désillusions. L'entassement des cas chroniques et incurables, l'obligation de sacrifier de nombreux locaux pour accommoder ses patients, celle de se battre constamment pour obtenir de nouveaux postes d'assistants, la difficulté aussi de garder son personnel, vu les conditions de travail et de salaire peu reluisantes, et finalement la lourdeur croissante des tâches administratives, tout cela limita considérablement les ambitions de l'aliéniste. Malgré tout, on peut se risquer à dire que l'hôpital de Verdun fut le premier établissement à jeter le modèle de ce que pouvait être un hôpital psychiatrique moderne.

### **Les asiles francophones en transition**

Les asiles francophones mirent davantage de temps à se médicaliser. L'entente de 1894 relativement au pouvoir exclusif des médecins sur toute la partie morale et médicale du traitement des malades devait en principe y concourir, mais il fallait d'abord faire face à la dure et pénible réalité.

Au lendemain de l'incendie de 1890, l'asile Saint-Jean-de-Dieu se trouvait dans une situation extrêmement délicate. L'état d'encombrement de l'hôpital était plus que jamais redevenu le leitmotiv des rapports de la surintendance et rien ne laissait présager que la population de l'asile irait en déclinant. Bien au contraire, les demandes d'admission grimpaient dangereusement. Comme le soulignait le docteur Villeneuve, la situation sociale semblait à ce point avoir évolué que les familles ne cherchaient plus à cacher leurs malades, mais à les faire connaître. À cela s'ajoutait l'absence d'hôpitaux spécialisés pour les alcooliques, les épileptiques, les malades chroniques atteints de démence sénile, les aliénés criminels et les déficients mentaux. Rien au budget de l'État n'était prévu pour de tels établissements en sorte que l'asile, qui ne voyait toujours pas ses revenus augmenter, se trouvait dans l'obligation de servir de refuge pour toute cette gamme d'infortunés. Et comme si cela ne suffisait pas, il y avait aussi tous ces cas de tuberculose que, faute de place et de diagnostic méthodique, on n'arrivait pas toujours à isoler en temps opportun. La promiscuité qui en résultait compromettait non seulement la classification des patients et les conditions sanitaires de l'établissement, mais aussi le traitement moral, l'application de la politique de non-contrainte et la cure de repos au lit qui, sous l'influence de Magnan, était devenue le nouveau cheval de bataille de la psychiatrie française. Elle avait aussi un impact direct sur le taux de mortalité de l'asile : en 1898, ce taux avait grimpé en effet à 9,43 % à

Saint-Jean-de-Dieu et se trouvait trois fois plus élevé que celui du nouvel asile protestant de Verdun. Dans son rapport pour l'année 1899, le surintendant Villeneuve écrivit que « l'air vicié des salles, par l'accumulation des malades et la mauvaise ventilation, plaçait les malades dans des conditions hygiéniques tellement défectueuses que l'on pouvait sans crainte attribuer à l'encombrement une bonne proportion de[s] décès ».

Théoriquement, il aurait fallu augmenter considérablement l'espace d'hébergement et construire, comme le souhaitaient les médecins, un pavillon d'administration pour libérer en bonne partie le bâtiment principal. Les sœurs, cependant, arguaient l'incapacité financière. Et elles étaient loin d'avoir tort. À ce moment, l'investissement du gouvernement québécois dans le secteur asilaire présentait en effet une fiche nettement déficitaire. En 1900, chaque établissement ontarien, par exemple, recevait 133 \$ annuellement « par tête » et les coûts de construction et d'entretien des bâtiments, ainsi que les frais extraordinaires, étaient directement assumés par le gouvernement. Au Québec, les religieuses de Saint-Jean-de-Dieu avaient réussi de peine et de misère à faire augmenter leur subvention à 114 \$ par patient, mais elles étaient tenues de payer annuellement, à même ce revenu, une somme de 40 000 \$ pour l'intérêt qui courait sur l'emprunt de 1 million \$ qu'elles avaient dû contracter pour la reconstruction de leur asile. Concrètement, cela ne leur laissait qu'un maigre revenu approximatif de 85 \$ par patient pour l'entretien et le développement de leur établissement, y compris le traitement du personnel qui était sous leur juridiction. C'était moins que la moitié du montant dépensé annuellement à l'asile de Verdun pour l'entretien de chaque patient !



PHARMACIE  
DE L'ASILE SAINT-  
JEAN-DE-DIEU,  
1911.  
Collection Notman,  
Musée McCord

Cette situation de gêne continua longtemps à peser sur le destin de Saint-Jean-de-Dieu. À tel point qu'en 1908 les Sœurs de la charité de la Providence, qui avaient dû abandonner cette année-là leurs travaux de reconstruction, durent adresser une requête au lieutenant-gouverneur pour corriger au plus vite la situation financière catastrophique de l'hôpital. L'année suivante, le surintendant Villeneuve, qui répétait depuis 1904 que chaque décision administrative n'était prise que pour corriger une situation déjà résolue, signala au gouvernement la difficulté pratiquement insurmontable de mener à bien toute réforme dans son établissement.

À part les inconvénients hygiéniques qu'il présente, écrivit-il, l'encombrement détruit le principe de la séparation des cas qui est à la base du traitement. Cette réforme ne peut se réaliser pour l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu que par un agrandissement considérable, pour les besoins tant présents que futurs. Les efforts individuels menacent de rester infructueux dans la situation actuelle.

À Beauport, le docteur Brochu, qui prit la relève du docteur Vallée en 1903, connut lui aussi très vite l'écueil du financement et se trouva pratiquement au même point que son prédécesseur qui déplorait encore en 1899 que les femmes soient obligées de passer leurs nuits dans des « cellules » mal aérées et en piteux état. La grande ambition de Brochu était de mettre sur pied une organisation méthodique du travail, de donner plus d'importance au suivi médical, d'adopter des mesures hygiéniques vigoureuses et surtout d'améliorer la classification des patients en séparant les incurables des convalescents. Pour réaliser ce programme, il fallait libérer les médecins de leurs trop nombreuses tâches administratives. Or, Brochu eut beaucoup de difficulté à atteindre ces objectifs. Il se heurta d'abord au refus des Sœurs de la charité de construire un pavillon indépendant pour les incurables. En sorte qu'en 1909, le personnel de Beauport, qui venait d'entrer dans ses nouveaux bâtiments, était de nouveau débordé. Et le contexte de la guerre n'allait certainement pas améliorer les choses : à la clientèle tous azimuts des hôpitaux psychiatriques allaient en effet s'ajouter les cas nombreux de dépression et d'épisodes psychotiques déclenchés par les déboires financiers, la perte de conjoints ou le surmenage en usine.

Brochu réalisa aussi très vite qu'une équipe de trois médecins pour 1 500 patients ne donnait pas beaucoup de répit pour individualiser les soins et donner une attention plus soutenue au suivi des patients.

Malgré cet état de pénurie et d'engorgement permanent, certains progrès furent enregistrés avant que la Première Guerre mondiale n'éclate. Le plus significatif fut sans doute l'inauguration, en 1902-1903, d'une chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses à l'Université Laval à Montréal. La plupart des cliniciens de Saint-Jean-de-Dieu allaient y passer, soit à titre de démonstrateurs, comme J.-C. Larose, soit à titre d'assistants d'enseignement, comme Gaston L. de Bellefeuille et Albert Prévost<sup>45</sup>. Cette chaire, confiée au docteur Villeneuve, permit de mettre à la disposition des étudiants de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal les ressources et le vaste matériel clinique de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Comme à ce moment la Société médico-psychologique de Québec venait d'être dissoute, vraisemblablement à cause des tiraillements engendrés par l'adoption controversée de la loi Roddick<sup>46</sup> par la Chambre des communes, à Ottawa, la nouvelle chaire devint rapidement le lieu de ralliement des spécialistes francophones en psychiatrie. C'est grâce à elle qu'allait progressivement s'établir un lien organique non seulement entre l'asile francophone et l'université, mais aussi entre l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu et les services médicaux de l'hôpital Notre-Dame<sup>47</sup>. Ce lien commença à se concrétiser en 1911 lorsqu'on finit par admettre qu'un établissement aussi vaste que celui de Saint-Jean-de-Dieu devait absolument avoir des commodités pour la chirurgie et un laboratoire de pathologie, comme il en existait un à l'hôpital de Verdun depuis une bonne douzaine d'années. Ce laboratoire fut donc créé et mis sous la direction du docteur de Bellefeuille qui s'adjoignit, comme assistant, le docteur Larose. Dès la première année d'exercice, de Bellefeuille et Larose pratiquèrent plus de 670 analyses dans ce laboratoire (des crachats, du pus, du sang, des sérosités et de l'eau, y compris les tests de Widal, d'Eberth et de Wassermann), en plus de s'acquitter de leurs obligations cliniques. En octobre 1912, les docteurs de Bellefeuille et Larose entreprirent de dispenser des cours de clinique répartis sur trois ans aux sœurs hospitalières. Avec son école d'infirmières spécialisées, Saint-Jean-de-Dieu troqua définitivement son statut d'hospice pour celui d'hôpital psychiatrique.

L'importance prise par l'équipe médicale fut confirmée en 1913 lorsque, en collaboration avec la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, cinq autres services médicaux furent mis à la disposition des patients : l'otorhinolaryngologie et l'ophtalmologie, l'anatomie pathologique et la bactériologie, la chirurgie, la radiologie et la neurologie. Les responsables de ces services étaient presque tous rattachés à l'hôpital Notre-Dame. Des salles d'opération furent aussi aménagées avec tout le « matériel aseptique moderne ». Au cours de la première année, on y pratiqua 1387 interventions chirurgicales. C'est dire combien il était devenu urgent de compter sur des installations fiables. Finalement, en 1916, un dispensaire des maladies nerveuses et mentales fut créé à l'hôpital Notre-Dame et mis sous la direction de Villeneuve. C'était une autre façon d'initier les étudiants de médecine au domaine encore mal connu de la neuropsychiatrie. La guerre terminée, d'autres raffinements allaient être apportés à l'arsenal médical de Saint-Jean-de-Dieu, notamment dans le domaine de la dermatologie et de la clinique dentaire.

Parmi les autres initiatives importantes, il faut compter les congés sur essai<sup>48</sup>. La surpopulation asilaire aidant, l'administration médicale des deux asiles francophones de la province décida au début des années 1900 qu'il était temps d'accorder à certains patients des « congés d'absence » sur parole. En 1910, à Saint-Jean-de-Dieu, le nombre de ces congés équivalait déjà à 5 % de la population de l'établissement. Cette initiative marquait un progrès décisif. Elle se trouvait encouragée non seulement par le nombre grandissant des patients privés internés à la demande de la famille, mais aussi par le désir des médecins de considérer l'asile comme un hôpital plutôt que comme un lieu de détention.

Une autre amélioration consista à augmenter le nombre des occupations susceptibles de sortir les patients de leur état de léthargie et de passivité. Alors qu'en 1890 on comptait moins de 15 % de patients engagés dans des activités de travail, ce pourcentage atteignit respectivement 45 % et 52 % à Beauport et à Saint-Jean-de-Dieu en 1905. Même si ces pourcentages sont vraisemblablement surfaits, c'était une amélioration remarquable. L'administration asilaire en retirait un bénéfice certain en termes de décroisement et « d'aération » des espaces, mais aussi des avantages non négligeables en termes de revenus complémentaires. Il semble aussi qu'à partir de 1903 les activités de loisir commencèrent à se multiplier, puisqu'on y fait davantage allusion dans les rapports des propriétaires. Malheureusement, les rapports offi-

ciels des asiles francophones sont généralement peu bavards et livrent très peu de détails en ce qui concerne l'organisation de la vie quotidienne à l'interne.

La fin de la guerre fut marquée par une autre initiative qui consista à organiser des assemblées générales mensuelles pour le personnel médical et des cliniques bihebdomadaires dans les salles de malades. Ce fut au moins le cas à Saint-Jean-de-Dieu. L'esprit de corps et la solidarité entre les médecins des sœurs et ceux du gouvernement s'en trouvèrent renforcés et la concertation sur le traitement et le suivi médical de chaque patient améliorée. La révision continue des diagnostics et des traitements, les retours critiques sur le travail effectué, la prise en compte des rapports de laboratoire, tout cela fit sentir la nécessité de mieux encadrer et mettre à contribution le personnel des gardiens (secteur des hommes) en l'initiant lui aussi aux rudiments de la clinique et du nursing. C'était un des désirs exprimés dans le rapport du nouveau surintendant F. E. Devlin qui venait en 1918 de succéder au regretté Georges Villeneuve.

Ainsi, avec le tournant des années 1920, un nouveau cycle de l'histoire de la santé mentale prenait forme.

# Notes infrapaginales

## Chapitre II : L'asile, de 1845 à 1920

1. Ce resserrement concernait les personnes considérées comme oisives et désordonnées et les malfaiteurs vagabonds.
2. *Rapport aux Commissaires de l'asyle temporaire des aliénés à Beauport*, janvier 1849, p. 5-6.
3. Voir *Journaux de l'Assemblée législative*, 1824, app. I.
4. *Rapport aux Commissaires de l'asyle temporaire des aliénés à Beauport*, janvier 1849, p. 5-6.
5. Cette situation perdura au moins jusqu'en 1851, lorsque la loi autorisa enfin les jurés à s'informer de l'état mental des inculpés et permit aux juges de les référer, le cas échéant, à une instance supérieure seule habilitée, sur certification médicale, à les acquitter et à ordonner leur réclusion dans un asile. On doit présumer cependant que l'application de cette loi laissa beaucoup à désirer puisque l'aliéniste Georges Villeneuve précise que, même à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'invocation de la folie était extrêmement difficile à soutenir juridiquement. Quant à l'examen de dépistage en milieu carcéral, il aboutissait, quand il était fait de façon sérieuse, à un très petit nombre d'acquittements.
6. Dans sa déposition auprès de la Commission d'enquête de 1824, le docteur Holmes, qui fait partie des commissaires chargés du placement des maniaques et des enfants trouvés, se réfère nominalement à Pinel (Paris) et à Haslam (Londres). Mais il est bien évident qu'il n'a pas une idée très claire de ce qu'est le traitement moral qu'il prétend appliquer aux loges de l'Hôpital Général de Québec. Sur ce point précis, son témoignage est d'ailleurs contredit par ceux du docteur Hackett et de l'écuyer Thomas Wilson, lui-même président de la commission des maniaques.
7. *Journaux de l'Assemblée législative*, lettre du docteur Hackett, en annexe au rapport de la Commission d'enquête de 1824.
8. Voir *The British American Medical and Physical Journal*, NS, vol. VI (1850-1851), p. 307-308.
9. Voir par exemple à ce propos le 13<sup>e</sup> rapport des inspecteurs d'asiles et de prisons pour l'année 1882. Les inspecteurs affirment : « D'après les comptes rendus en Angleterre, l'on prétend que même 9 sur 10 guérissent s'ils sont soumis à un traitement dans les 3 mois qui suivent le début de la maladie. Le docteur Jarvis nous assure que 80 à 90 pour cent guérissent si ils reçoivent dès le début de la maladie le traitement approprié. »
10. *Rapport aux Commissaires de l'asyle temporaire des aliénés à Beauport*, janvier 1849, p. 17.
11. *Ibid.*
12. Report of H. H. Miles to the Board of Inspectors of Prisons and Asylums, *Documents de la Session*, 1869 (n° 23), s. p., et *Rapport des inspecteurs d'asiles et de prisons de la province de Québec (RIAPPQ)*, 13<sup>e</sup> rapport, 1882, p. 40.
13. *Journaux de la session*, 1869 (n° 23), First Report of the Board of Inspectors of Prisons, Asylums for the Years 1867 and 1868, Beauport and St. John Lunatic Asylums.
14. Voir à ce propos Report of Dr. Henry Howard, Superintendent of the Provincial Lunatic Asylum at St. John for the year ending the 31st december 1868, *Sessional Papers*, 1869 (n° 23)
15. Martin, [1983?], p. 13. ; voir aussi la déposition du docteur Ulric-Antoine Bélanger, 30 novembre 1887 devant la Commission royale d'enquête sur les asiles d'aliénés, A - n° 137, p. 17 : « J'ai servi le Dr. Roy et surtout le Dr. Landry, les résultats, à ma connaissance, ont été très satisfaisants, parce que le Dr. Landry a fait une fortune et il l'a faite à l'Asile. » On dit qu'en 1865, un parlementaire du nom de Cauchon, qui avait pour mandat de négocier la vente des parts du docteur Douglas, chercha à se servir du docteur F. E. Roy comme prête-nom pour obtenir une participation dans la propriété de Beauport.
16. Voir à ce propos le Rapport des commissaires nommés pour surveiller l'asile des aliénés à Beauport pour l'année 1855, 19 Vict. app. 2, 1856, *Documents de la session*, 1871 (n° 22), p. 36-37 et *Documents de la session*, 1876 (n° 9), p. 7. Dans ce dernier cas, le docteur Landry écrivit au gouvernement pour expliquer la situation précaire dans laquelle se trouvaient les propriétaires : « Au lendemain d'un incendie qui, pour nous, était presque une ruine, il est facile d'apprécier quelles ont pu être nos anxiétés [...] Nos assurances, sur la partie incendiée, s'élevaient à \$23,000, tandis que nos nouvelles constructions coûtent au delà de \$112,000, auxquelles il faut ajouter encore les frais considérables occasionnés par le déplacement des malades, la perte des provisions, du mobilier, de la lingerie, et par l'achat d'un mobilier plus considérable que le premier [...] En supposant, pour un instant que l'Asile eût alors appartenu à l'État, la folle incendiaire n'aurait assurément pas épargné davantage ses autres propriétaires et les pertes considérables, dont on semble vouloir nous laisser supporter seuls tout le fardeau, auraient été subies par l'État et réparties sur toute la population [...] Cet événement désastreux est survenu alors que nous étions dans l'exercice d'un pouvoir public ; partout on s'est empressé de nous témoigner de la sympathie, on a regardé cet incendie comme un malheur public ; et nous avons lieu d'espérer que notre législature aurait autorisé votre Gouvernement à venir en aide à cette institution par un appui plus efficace que celui d'un prêt de \$50,000 à un taux d'intérêt plus élevé que celui qu'il recevait lui-même des banques. »
17. En 1888, les gardiens étaient payés de 8 \$ à 10 \$ par mois en hiver et 12 \$ en été. Les gardiennes recevaient de 4,50 \$ à 5,50 \$. À la même époque, à London et à Toronto, les gardiens gagnaient entre 18 \$ et 26 \$ et les gardiennes entre 10 \$ et 12 \$.
18. « L'asile compte 900 patients ; il y aurait encore de la place pour 100 à 150 de plus... ». RIAPPQ, *Documents de la Session*, 1877-1878 (n° 23).
19. Ainsi, le 6 octobre 1871, le docteur Landry écrivit à l'honorable secrétaire de la province : « I have the honor to inform you that if the government understands by « all such lunatics as the Government may please to send to the Asylum » only as many as the existing Asylum can contain, the proprietors have no objections whatever to the clause, but if on the contrary it intends (what I indeed cannot believe) by this clause to have the right of forcing them to build and increase their establishment, it would be ruin to one of them, in the exceptional position in which he is now placed, and would seriously injure their united interests. » *Sessional Papers*, 1871, (n° 17) p. 13.
20. RIAPPQ, Rapport particulier de Walton Smith, 1884, p. 115.
21. RIAPPQ, 13<sup>e</sup> rapport, 1882, p. 40.
22. RIAPPQ, Rapport particulier de A. L. de Martigny, 1884, p. 141-142.
23. *Idem*, p. 143.
24. Déposition du docteur Ulric-Antoine Bélanger, Commission royale d'enquête sur les asiles d'aliénés, le 30 novembre 1887, A - n° 137.
25. Voir « The Beauport Asylum », *Canada Medical and Surgical Journal*, vol. 2, 1865-1866, p. 90. Ce taux de mortalité est estimé en effet à 1 pour 13 (7,6 %) patients à Beauport comparativement à 1 pour 23 (4,3 %) à Toronto, à 1 pour 34 (2,9 %) à Orillia et à 1 pour 27 (3,7 %) à Malden et Rockwood (Kingston).

- 26 . Cette loi ordonnait pour la première fois l'examen médical des prisonniers présumés aliénés.
27. *Journaux de la session*, 1869 (n° 23), First Report of the Board of Inspectors of Prisons, Asylums for the Years 1867 and 1868, Beauport and St. John Lunatic Asylums.
28. *Journaux de la session*, 1869 (n° 23), Special Report of L.L.L. Desaulniers to the Board of inspectors for 1868.
29. *Récit de voyage d'Europe de Sœur Thérèse de Jésus et Sœur Madeleine du Sacré-Coeur*, 1889, s. l., p. 194.
30. Rapport des propriétaires de l'Asile d'aliénés de Québec pour l'année 1873-1874, *Documents de la Session*, 1874-1875 (n° 26), p. 34 et 40.
31. Ce reproche allait être repris de plus belle en 1879 en opposant le docteur Howard et sœur Thérèse-de-Jésus. Voir à ce propos le récent ouvrage de P. Keating qui résume bien les événements (1993 : 85-87).
32. L'asile le moins bien financé de l'Ontario, si on tient uniquement compte des frais d'entretien, était l'asile d'Orillia, dont la population était entièrement composée de déficients mentaux. Cet asile n'en recevait pas moins 129 \$ par année pour chaque patient.
33. Voir *Discours de l'Hon. L. P. Pelletier sur la question des asiles d'aliénés prononcé à l'Assemblée législative le 28 février 1889*, Québec, Des Presses à vapeur de La Justice, 1889, p. 12.
34. Déposition du docteur Jean Magloire Turcotte, ex-médecin résident de l'asile de Beauport, Commission royale d'enquête sur les asiles d'aliénés, 15 décembre 1887, n° 436, p. 2.
35. Déposition du docteur A. Vallée, surintendant du Bureau médical, Commission royale d'enquête sur les asiles d'aliénés, 1887, C - n° 177, p. 2.
- 36 . Dans le rapport médical de l'Asile d'aliénés de Québec pour l'année finissant le 30 juin 1881, on peut lire : « L'homme devenu fou sous l'influence de fausses inspirations, de certains instincts, de certaines passions, de luttes diverses avec sa famille et ses semblables, a besoin d'isolement, de repos, d'une solitude qui l'arrache à toutes les influences pernicieuses du dehors. Le traitement de la folie dans le système des asiles se compose donc à proprement parler de trois éléments : la séquestration, l'isolement et la moralisation. L'isolement, c'est la soustraction du malade aux causes qui ont produit son affection et au milieu qui en a favorisé la production. La moralisation, c'est en partie l'influence de l'autorité et de la discipline qui règnent dans ces établissements sur la morale du malade. Enfin la séquestration n'est autre chose que la nécessité absolue pour le malade de vivre et de se mouvoir dans un cercle excessivement restreint, en dehors de tout ce qui ressemble à la vie ordinaire. » *Documents de la Session*, 1883, n° 15, p. 130.
37. Rapport du chapelain Leclerc, Asile Saint-Jean-de-Dieu, 1885, p. 254.
- 38 . Sœur Thérèse de Jésus, *op. cit.*, note 29, p. 113.
39. *Idem*, p. 14.
40. *Idem*, p. 91.
41. *Idem*, p. 113.
42. Verdun Protestant Hospital for the Insane (VPHI), *Annual Report for the year 1910*, janv. 1911, p. 52.
43. VPHI, *Annual Report for the year 1901*, janv. 1902, p. 39.
44. En 1912, le nombre de patients qui auront ainsi la permission de circuler librement, sur parole, sera de 150.
45. Albert Prévost était médecin légiste diplômé de l'Université de Paris. Dès 1913, il devint professeur agrégé et assistant à la clinique des maladies nerveuses de l'Université Laval à Montréal. Prévost était aussi à l'époque neurologue à l'hôpital Notre-Dame.
46. La loi Roddick (*Canada Medical Act*) adoptée en 1902 définissait les conditions d'obtention d'une licence de pratique interprovinciale.
47. L'hôpital Notre-Dame servait en quelque sorte d'hôpital universitaire aux étudiants et aux membres de la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.
- 48 . L'idée des congés sur essai remonte assez loin. Le docteur Henry Howard, qui était surintendant de l'asile Saint-Jean-d'Iberville à l'époque, est le premier à y avoir fait allusion dans son rapport publié dans les *Documents de la Session* de 1869 (n° 23). L'idée fut reprise à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle par le surintendant du Verdun Protestant Hospital, T. J. W. Burgess.

# Bibliographie\*

- ABBOTT, Maude E. (1931), *History of Medicine in the Province of Quebec*, Montréal, McGill University Press, 97 p.
- AGNEW, George Harvey (1974), *Canadian Hospitals, 1920 to 1970 : a Dramatic Half Century*, Toronto, University of Toronto Press, 276 p.
- AHERN, Michael Joseph, et Georges Ahern (1923), *Notes pour servir à l'histoire de la médecine dans le Bas-Canada*, Québec, Imprimerie Laflamme, 563 p.
- À la faveur d'un centenaire, une porte close s'entrouvre : album-souvenir (1949), Québec, Sœurs de la Charité de l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
- ANCTIL, Hervé, et Marc-André Bluteau (1986), *La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986*, Québec, Santé Société, édition spéciale, 127 p.
- ARIENO, Marlene Ann (c.1989), *Victorian Lunatics : A Social Epidemiology of Mental Illness in Mid-Nineteenth Century England*, Selinsgrove [Pa.], Toronto, Susquehanna University Press, Associated University Presses, 140 p.
- BAILLARGEON, Denyse (1996), « Fréquenter les Gouttes de lait. L'expérience des mères montréalaises, 1910-1965 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50, 1 (été), p. 29-68.
- BAILLARGEON, Denyse (1994), « Care of Mothers and Infants in Montreal between the Wars : the Visiting Nurses of the Metropolitan Life, Milk Deposits and Assistance maternelle », dans Dianne Elizabeth Dodd et Deborah Gorham (édit.), *Caring and Curing : Historical Perspectives on Women and Healing in Canada*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p. 163-182.
- BEAUDET, Céline (1976), *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec, 1880-1963 : le cas de l'Hôpital de Verdun*, Québec, Cahiers de l'Institut supérieur des sciences humaines, 6, Université Laval, 126 p.
- BERNIER, Jacques (1988), *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 207 p.
- BERNIER, Jacques (1984), « Le corps médical québécois à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle », dans Charles G. Roland (édit.), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, p. 36-64.
- BERNIER, Jacques (1979) « Les praticiens de la santé au Québec 1871-1921. Quelques données statistiques », *Recherches sociographiques*, 20, 1 (janvier-avril), p.41-58.
- BILSON, Geoffrey (1988), « Public Health and the Medical Profession in Nineteenth Century Canada », dans Roy M. McLeod, et Milton James Lewis (dir.), *Disease, Medicine and Empire : Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*, Londres et New York, Routledge, p. 156-176.
- BILSON, Geoffrey (1985), « Dr Frederick Montizambert (1843-1929) : Canada's First Director General of Public Health », *Medical History*, 29, 4, p. 386-410.
- BILSON, Geoffrey (1983), « Science, Technology and 100 Years of Canadian Quarantine », dans R. A. Jarrell et A. E. Ross (dir.), *Critical Issues in the History of Canadian Science, Technology and Medicine*, Thornhill, HSTC Publications, p. 89-100.
- BILSON, Geoffrey (1980), *A Darkened House : Cholera in Nineteenth-Century Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 222 p.
- BLISS, Michael (1993), *Montréal au temps du grand fléau. L'histoire de l'épidémie de 1885*, Montréal, Libre Expression, 349 p.
- BOISCLAIR, Guy (1989), « La perception de la folie au Québec au XVIII<sup>e</sup> siècle », Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Sherbrooke, 183 p.
- BOISSONNAULT, Charles-Marie (1953), *Histoire de la faculté de médecine de Laval*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 438 p.
- BOUCAULT, Nicolas-Gaspard ([1754] 1921), « État présent du Canada, dressé sur nombre de mémoires et connaissances acquises sur les lieux, par le sieur Boucault (1754) », *Rapport de l'archiviste de la province de Québec pour 1920-1921*, Québec, Ls-A. Proulx, p. 11-50.
- BOUCHARD, Gérard (1996), « Naissance d'une élite : les médecins dans la société saguenayenne (1850-1940) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 49, 4 (printemps), p. 521-549.
- BOUDREAU, Françoise (1984), *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : histoire et institutions*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 274 p.
- BOUGAINVILLE, Louis-Antoine de (1924), « Conversation avec le sieur Blondeau », *Rapport de l'archiviste de la province de Québec pour 1923-1924*, Québec, Ls-A. Proulx, p. 69-70.
- BURGESS, Thomas Joseph Workman (1898), « A historical Sketch of our Canadian Institutions for the Insane », *Proceedings and Transactions of the Royal Society of Canada*, sect. V, p. 2-222.
- CAHN, Charles H. (1981), *Hôpital Douglas. 100 ans d'histoire et de progrès*, Montréal, Hôpital Douglas, 238 p.
- (CANADA), COMMISSION ROYALE DES RELATIONS ENTRE LE DOMINION ET LES PROVINCES (1940), *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces* (3 volumes), Ottawa.
- (CANADA), BUREAU FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (1932-), *Statistique des hôpitaux*.
- CANGUILHEM, Georges (1973), *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 224 p.
- CASH, Philip, Eric H. Christianson et J. Worth Estes (édit.) (1980), *Medicine in Colonial Massachusetts, 1620-1820. A Conference Held 25-26 May 1978 by Colonial Society of Massachusetts*, Boston, The Colonial Society of Massachusetts, 425 p.
- CASSEL, Jay (1987), *The Secret Plague. Venereal Disease in Canada, 1838-1939*, Toronto, University of Toronto Press, 340 p.
- CASTEL, Robert (1976), *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit, 334 p.

- CELLARD, André (1991), *Histoire de la folie au Québec de 1660 à 1850. « Le désordre »*, Montréal, Boréal, 280 p.
- CELLARD, André, et D. Nadon (1986), « Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 39, 3 (hiver), p. 345-369.
- CHAPALAIN-NOUGARET, Christine (1989), *Misère et assistance dans le pays de Rennes au XVIII<sup>e</sup> siècle*, Nantes, Cid Éditions, 468 p.
- CHARBONNEAU, Hubert (1992), « Les varioleux de Saint-François-de-Sales en 1733 », *Mémoires de la Société généalogique canadienne-française*, 43, 4 (hiver), p. 291-300.
- CHARLTON, Miss (1923-1924), « Outlines of the history of medicine in Lower Canada », *Annals of medical History*, V, 2 (juin 1923), p. 150-174 ; V, 3 (septembre 1923), p. 263-278 ; VI, 2 (juin 1924), p. 222-235 ; VI, 3 (septembre 1924), p. 312-354.
- CHARTRAND, Luc, Raymond Duchesne et Yves Gingras (1987), *Histoire des sciences au Québec*, Montréal, Boréal, 488 p.
- Chirurgie complète suivant le système des modernes* (1757), 2<sup>e</sup> édition, Paris, Veuve de Charles-Maurice d'Houry, 2 vol.
- CHRISTIANSON, Eric H. (1987), « Medicine in New England », dans Ronald L. Numbers (édit.), *Medicine in the New World. New Spain, New France, and New England*, Knoxville, University of Tennessee Press, p. 101-153.
- CLICHE, Marie-Aimée (1988), *Les pratiques de dévotion en Nouvelle-France. Comportements populaires et encadrement ecclésial dans le gouvernement de Québec*, Québec, Les Presses de l'Université Laval (coll. « Ethnologie de l'Amérique française »), 354 p.
- CODELL CARTER, K. (1985), « Ignaz Semmelweis, Carl Mayrhofer, and the rise of germ theory », *Medical History*, p. 33-53.
- COHEN, Yolande, et Louise Bienvenue (1994), « Émergence de l'identité professionnelle chez les infirmières québécoises, 1890-1927 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 11, p. 119-151.
- COHEN, Yolande, et Michèle Dagenais (1987), « Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41, 2 (automne), p. 155-177.
- COHEN, Yolande, et Michèle Gélinas (1989), « Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal : du service privé au service civique », *Histoire sociale*, xxii, 44 (novembre), p. 219-246.
- COHEN, Yolande, et Éric Vaillancourt (1997), « L'identité professionnelle des infirmières canadiennes-françaises à travers leurs revues », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50, 4 (printemps), p. 537-570.
- COLEMAN, William (1982), *Death is a Social Disease, Public Health and Political Economy in Early Industrial France*, Madison, Wis., The University of Wisconsin Press, 322 p.
- COLLIN, Johanne, et Denis Béliveau (1994), *Histoire de la pharmacie au Québec*, Montréal, Musée de la pharmacie du Québec, 334 p.
- COMACCHIO, Cynthia R. (1993), « Nations are Built of Babies » : *Saving Ontario's Mothers and Children, 1900-1940*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 340 p.
- COMEAU, Michèle (1989), « Discours et pouvoir de la profession médicale canadienne-française 1930-1950 », Mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 152 p.
- COMITÉ D'ENQUÊTE SUR L'HYGIÈNE À MONTRÉAL (1928), *Enquête sur les activités en hygiène publique*, Montréal, The Metropolitan Life Insurance Company, 156 p.
- COPP, Terry (1982), « The Health of the People : Montreal in the Depression Years », dans David A.E. Shephard et Andrée Lévesque (édit.), *Normand Bethune, his Times and his Legacy*, Ottawa, Canadian Public Health Association, p. 129-137.
- COPP, Terry (1978), *Classe ouvrière et pauvreté, les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*, Montréal, Boréal Express, 213 p.
- COURTEAU, Bernard (1989), *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H.-Lafontaine. Évolution historique de l'hôpital psychiatrique de Montréal*, Montréal, Éditions du Méridien, 211 p.
- Coutumier et Petites règles des Religieuses Hospitalières de la Congrégation de S. Joseph* (1688), Angers, Chez Olivier Avril.
- CRELLIN, John K. (1968), « The Dawn of the Germ Theory : Particles, Infection and Biology », *Medicine and Society in the 1860s*, Londres, Wellcome Institute of the History of Medicine, p. 79-94.
- CRELLIN, John K. (1967), « Airborne Particles and the Germ Theory : 1860-1880 », *Annals of Science*, p. 46-60.
- CUSHING, Harvey Williams (1925), *The Life of Sir William Osler*, Oxford, Clarendon Press, 2 vol.
- D., M. (1753), *Introduction à la matière médicale en forme de thérapeutique*, Paris, Veuve Quillau, 551 p.
- DAIGLE, Johanne (1990), « Devenir infirmière : le système d'apprentissage et la formation professionnelle à l'Hôtel-Dieu, 1920-1970 », Thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 617 p.
- DAIGLE, Johanne, Nicole Rousseau et Francine Saillant (1993), « Des traces sur la neige... La contribution des infirmières au développement des régions isolées du Québec au XX<sup>e</sup> siècle », *Recherches féministes*, 6, 1, p. 93-103.
- D'ALLAIRE, Micheline (1971), *L'Hôpital-Général de Québec (1692-1764)*, Montréal, Fides (coll. « Fleur de Lys »), 251 p.
- DARMON, Pierre (1986), *La longue traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive*, Paris, Librairie académique Perrin, 503 p.
- DAVIS, Loyal Edward (1960), *Fellowship of Surgeons : A History of the American College of Surgeons*, Springfield, Ill., Thomas Publishers, 523 p.
- DE LA BROQUERIE, Fortier (1966), *Au service de l'enfance. L'Association québécoise de la goutte de lait 1915-1965*, Québec, Éditions Garneau, 146 p.
- DECHÊNE, Louise, et Jean-Claude Robert (1979), « Le choléra de 1832 dans le Bas-Canada : mesure des inégalités devant la mort », dans Hubert Charbonneau et André Larose, *Les grandes mortalités : étude méthodologique des crises démographiques du passé*, Liège, Ordina, p. 229-255.
- DEFRIES, Robert Davies (1940), *The Development of Public Health in Canada*, Toronto, Canadian Public Health Association, 184 p.
- DEMESY-MAURENT, Jeannine (1988), « Un maître chirurgien dans la Haute Provence drômoise à la veille de la Révolution », *Cahiers d'histoire* (Lyon), 33, 1, p. 43-70.
- DESJARDINS, Édouard, Suzanne Giroux et Eileen C. Flanagan (1970), *Histoire de la profession infirmière au Québec*, Montréal, Les Éditions du Richelieu, 270 p.

- DESROSIERS, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel (1993), « Le réseau de santé public au Québec de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle au milieu du XX<sup>e</sup> siècle : une opportunité d'engagement politique et social pour des médecins hygiénistes de l'époque », *Socialisme*, Hors série 2, p. 67-84.
- DESROSIERS, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel (1991), *Vers un système de santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comtés : 1926-1975*, Montréal, Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive, 239 p.
- DESROSIERS, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel (1989), « L'évolution des structures d'enseignement universitaire spécialisé de santé publique : 1899-1970 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 6, 1 (été), p. 3-26.
- DIDIER, Chantal (1976), « Aperçu sur les médecins et chirurgiens à Colmar au XVIII<sup>e</sup> siècle », dans *Médecine et assistance en Alsace, XVI<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Strasbourg, Librairie Istra, p. 87-111.
- Discours de l'Hon. L. P. Pelletier sur la question des asiles d'aliénés prononcé à l'Assemblée législative le 28 février 1889* (1889) Québec, Presses à vapeur de la Justice, 80 p.
- DODD, Dianne Elizabeth et Deborah Gorham (édit.) (1994), *Caring and Curing : Historical Perspectives on Women and Healing in Canada*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 218 p.
- DORATT, John (1839), « State of the Hospitals, Prisons, Charitable Institutions, &c., in Lower Canada », dans *Appendix (A.) to Report on the Affairs of British North America, from the Earl of Durham...*
- DOUSSET, Jean-Claude (1985), *Histoire des médicaments des origines à nos jours*, Paris, Payot, 405 p.
- DOUVILLE, Raymond (1975), *Yves Phlem dit Yvon le Breton ancêtre des familles Hivon. Les tribulations d'un guérisseur à Sainte-Anne-de-la-Pérade au 18<sup>e</sup> siècle*, Trois-Rivières, Éditions du Bien public, 27 p.
- DREW, Robert (édit.) (1968), *Commissioned Officers in the Medical Services of the British Army, 1660-1960*, Londres, Wellcome Historical Medical Library, 2 vol. (coll. « Wellcome Historical Medical Library, Publications », 14).
- DROLET, Antonio (1961) « La bibliothèque du Collège des Jésuites », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 14, 4 (mars), p. 487-544.
- DUBÉ, Joseph-Edmond (1928), *La situation hospitalière à Montréal*, Montréal, s.é., 44 p.
- DUCHARME, Jacques (1973), « Les revenus des Hospitalières de Montréal au XVIII<sup>e</sup> siècle », dans Michel Allard, Robert Lahaise, Édouard Desjardins et al., *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 13), p. 209-244.
- DUCHESNE, Raymond (1978), *La science et le pouvoir au Québec (1920-1965)*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 126 p.
- DUFFY, John (1990), *The Sanitarians : A History of American Public Health*, Urbana, University of Illinois Press, 330 p.
- DUPONT, Antonin (1972), *Les relations entre l'Église et l'État sous Louis-Alexandre Taschereau, 1920-1936*, Montréal, Guérin, 366 p.
- EARLE, S. (1969), « The Germ Theory in America : Antisepsis and Asepsis (1867-1900) », *Surgery*, p. 502-522.
- ESTES, J. Worth (1980), « Therapeutic Practice in Colonial New England », dans Philip Cash, Eric H. Christianson et J. Worth Estes (édit.) (1980), *Medicine in Colonial Massachusetts, 1620-1820. A Conference Held 25-26 May 1978 by Colonial Society of Massachusetts*, Boston, The Colonial Society of Massachusetts, 425 p.
- EVEN, Pascal (1986), « L'assistance et la charité à La Rochelle sous l'Ancien Régime XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles », Thèse de doctorat (histoire), Université de Paris I, 763 p.
- FABER, Knud Helge (1978), *Nosography. The Evolution of Clinical Medicine in Modern Times*, New York, AMS Press, réimpression de l'édition de 1930, 222 p.
- FARKAS, Maryann (1987), « Best of Enemies : Quebec Doctors and the State, 1930-1970 », Mémoire de maîtrise (histoire), Université Concordia, Montréal, 97 p.
- FARLEY, Michael, Peter Keating et Othmar Keel (1987), « La vaccination à Montréal dans la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle : pratiques, obstacles et résistances », dans Marcel Fournier, Yves Gingras et Othmar Keel (édit.), *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 87-127.
- FARLEY, Michael, Othmar Keel et Claude Limoges (1995), « Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885) », dans Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec : XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Montréal, Boréal, p. 85-114.
- FAURE, Olivier (1982), *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 269 p.
- FISET, Paul-A. (1957), « Une correspondance médicale historique : Blake à Davidson [...] », *Laval médical*, 23, 1 (septembre), p. 419-448.
- FONTAINE, Michel (1985), « Histoire de la médecine à Rochefort de sa création (1666) à 1745 », Thèse de doctorat d'État (médecine), Université de Bordeaux II, 204 p.
- FOUCAULT, Michel (1976), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 583 p.
- FOURNIER, Marcel, Yves Gingras et Othmar Keel (édit.) (1987), *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 210 p.
- FOX, Nicholas J. (1988), « Scientific Theory Choice and Social Structure : the Case of Joseph Lister's Antisepsis, Humoral Theory and Asepsis », *History of Science*, p. 367-397.
- FROST, Stanley Brice (1980), *McGill University for the Advancement of Learning, volume 1 (1801-1895)*, Montréal et Toronto, McGill-Queen's University Press, 2 vol., 1980-1984.
- GAUCHER, Dominique (1979), « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 : de la santé publique à la médecine préventive », *Recherches sociographiques*, 20, 1 (janvier-avril) p. 50-85.
- GAUMER, Benoît, Georges Desrosiers, Othmar Keel et Céline Déziel (1994), « Le service de santé de la ville de Montréal. De la mise sur pied au démantèlement : 1865-1975 », *Cahiers du Centre de recherches historiques* (EHES), 12 (avril), p. 131-158.

- GAUVREAU, Danielle (1991), *Québec. Une ville et sa population au temps de la Nouvelle-France*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 232 p.
- GELFAND, Toby (1987), « Medicine in New France », dans Ronald L. Numbers (édit.), *Medicine in the New World : New Spain, New France, and New England*. Knoxville, University of Tennessee Press, p. 64-100.
- GELFAND, Toby (1984 a), « A "Monarchical Profession" in the Old Regime : Surgeons, Ordinary Practitioners, and Medical Professionalization in Eighteenth-Century France », dans Gerald L. Geison (édit.), *Professions and the French State, 1700-1900*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, p. 149-180.
- GELFAND, Toby (1984 b), « Who Practised Medicine in New France ? A Collective Portrait », dans Charles G. Roland (édit.), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, p. 16-35.
- GELFAND, Toby (1980 a), « Deux cultures, une profession : les chirurgiens français au XVIII<sup>e</sup> siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, xxvii (juillet-septembre), p. 468-484.
- GELFAND, Toby (1980 b), *Professionalizing Modern Medicine. Paris Surgeons and Medical Science and Institutions in the 18th century*, Westport, Greenwood Press (coll. « Contributions in Medical History », 6), 271 p.
- GÉLIS, Jacques (1988), *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 560 p.
- GENDREAU, Ernest (1924), *La fondation de l'Institut du radium de l'Université de Montréal et de la Province de Québec*, Montréal, s. é., 14 p.
- GERMAIN, Robert (1985), *Le mouvement infirmier au Québec, 50 ans d'histoire*, Montréal, Éditions Bellarmin, 565 p.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1992), *Médecins d'hier, médecins d'aujourd'hui. Le cas du docteur Lavergne (1756-1831)*, Paris, Éditions Publisud, 249 p.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1987), « La réputation du médecin : corps médical et subdélégués dans la France pré-révolutionnaire », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 4, 1 (été), p. 25-31.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1977), « The Extent of Medical Practice in France around 1780 », *Journal of Social History*, 10, 4 (juin), p. 410-427.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1974), *Malades et médecins en Bretagne. 1770-1790*, Rennes, Institut armoricain de recherches historiques, 508 p.
- GOULET, Denis (1997), *Histoire du Collège des médecins du Québec 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 263 p.
- GOULET, Denis (1996), « Des bureaux d'hygiène municipaux aux unités sanitaires. Le Conseil d'hygiène de la province de Québec et la structuration d'un système de santé publique 1886-1926 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 49, 4 (printemps), p. 491-520.
- GOULET, Denis (1994), « Du modèle européen au modèle américain. Le développement de l'enseignement médical à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (1843-1980) », *Cahiers du Centre de recherches historiques (EHES/CNRS)*, 12 (avril), p. 116-130.
- GOULET, Denis (1993), *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal 1843-1993*, Montréal, VLB éditeur (coll. « Études québécoises »), 502 p.
- GOULET, Denis (1992), « Des miasmes aux germes. L'impact de la bactériologie sur la pratique médicale au Québec (1870-1930) », Thèse de Ph.D. (histoire), Université de Montréal, 435 p.
- GOULET, Denis, François Hudon et Othmar Keel (1993), *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1980*, Montréal, VLB éditeur (coll. « Études québécoises »), 452 p.
- GOULET, Denis, et Othmar Keel (1993), « Les hommes-relais de la bactériologie en territoire québécois et l'introduction de nouvelles pratiques diagnostiques et thérapeutiques (1890-1920) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 46, 3, p. 417-442.
- GOULET, Denis, et Othmar Keel (1991 a), « Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIX<sup>e</sup> siècle », *Anthropologie et Sociétés (L'univers du sida)*, 15, 2-3, p. 205-228.
- GOULET, Denis, et Othmar Keel (1991 b), « L'introduction du listérisme au Québec : entre les miasmes et les germes », *Actes du XXXI<sup>e</sup> Congrès international d'histoire de la médecine*, Bruxelles, Fierens, p. 397-405.
- GOULET, Denis, et André Paradis (1992), *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*, Montréal, VLB éditeur (coll. « Études québécoises »), 530 p.
- GRAUER, Albert Edward (1939), *Hygiène publique. Étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, Ottawa, Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Imprimeur du roi, 134 p.
- GRMEK, Mirko Drazen (1997), *Histoire de la pensée médicale en Occident, Tome 2, De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil, 376 p.
- GROB, Gerald N. (1994), *The Mad among Us : A History of the Care of America's Mentally Ill*, New York, Free Press, 386 p.
- GROB, Gerald N. (1983), *Mental Illness and American Society (1875-1945)*, Princeton, N. J., Princeton University Press, 428 p.
- GUÉRARD, François (1997), « L'État, l'Église et la santé au Québec de 1887 à 1939 », *Cahiers d'histoire*, vol. xvii, n<sup>os</sup> 1-2 (printemps-automne), 1997, p. 76-94.
- GUÉRARD, François (1996 a), *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 124 p.
- GUÉRARD, François (1996 b), « L'hygiène publique au Québec de 1887 à 1939 : centralisation, normalisation et médicalisation », *Recherches sociographiques*, (mai-août), p. 203-227.
- GUÉRARD, François (1995), « Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie, 1889-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 48, 3 (hiver), p. 375-401.
- GUÉRARD, François (1993), « La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939. Trois-Rivières et Shawinigan », Thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 525 p.
- GUYOT (1776-1783), *Répertoire universel et raisonné de jurisprudence civile, criminelle, canonique et bénéficiale*, Paris, Chez Panckoucke, 64 vol., vol. 10.

- HALLER, John S. (1981), *American Medicine in Transition, 1840-1910*, Urbana, Chicago, Londres, University's Illinois Press, 457 p.
- HAMELIN, Jean (1995), *Histoire de l'Université Laval : les péripéties d'une idée*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 341 p.
- HAMILTON, Bernice (1951), « The Medical Profession in the Eighteenth Century », *The Economic History Review*, 2<sup>e</sup> série, IV, 2, p. 141-169.
- HARE, John, Marc LaFrance et David-Thierry Ruddle (1987), *Histoire de la ville de Québec, 1608-1871*, Montréal, Boréal/Musée canadien des civilisations, 399 p.
- HEAGERTY, John Joseph (1928), *Four Centuries of Medical History in Canada, and a Sketch of the Medical History of Newfoundland*, Toronto, The MacMillan Company of Canada, 2 vol.
- HELVÉTIUS, [Adrien] (1739-1748), *Traité des maladies les plus fréquentes, et des remèdes propres à les guérir*, Paris, Le Mercier, 2 vol. Nous avons également utilisé l'édition en deux tomes de 1756.
- HÉRAULT, Pascal (1993), « Soigner en Montmorillonnais au début du XVIII<sup>e</sup> siècle », *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest (Anjou, Maine, Touraine)*, 100, 1, p. 61-120.
- HÉRITIER, Jean (1987), *La sève de l'homme de l'Âge d'or de la saignée aux débuts de l'hématologie*, Paris, Denoël, 178 p.
- HOAD, Linda M. (1979), *La chirurgie et les chirurgiens de l'île Royale*, Ottawa, Parcs Canada (coll. « Histoire et archéologie », 6), p. 237-403.
- L'Hôtel-Dieu de Montréal : 1642-1973* (1973), Montréal, Hurtubise HMH, 346 p.
- HUDSON, Robert P. (1993), « Concepts of Disease in the West », dans Kenneth F. Kiple (édit.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, p. 45-52.
- HURD, Henry Mills (1917), *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 4 vol.
- IMBERT, Jean (1982), *Histoire des hôpitaux en France*, Paris, Privat, 559 p.
- IMBERT, Jean (1993), *Le droit hospitalier de l'Ancien Régime*, Paris, Presses Universitaires de France (coll. « Histoires »), 307 p.
- JADELOT, M. (1784), *Pharmacopée des pauvres ou formules des médicaments les plus usuels dans le traitement des maladies du peuple*, Nancy, H. Haener, 212 p.
- JANSON, Gilles (1973), « Joseph Benoît, chirurgien à l'Hôtel-Dieu (1711-1742) », dans Michel Allard, Robert Lahaise, Édouard Desjardins et al., *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 13), p. 153-182.
- JANSON, Gilles, Lise Lapointe et Édouard Desjardins (1975), « Les médecins militaires au Canada : Charles-Elemy-Joseph-Alexandre-Ferdinand Feltz », *L'Union médicale du Canada*, 104 (août), p. 1260-1273.
- JANSON, Gilles, Lise Lapointe-Manseau et Édouard Desjardins (1974), « Les médecins militaires au Canada : 1. André Arnoux », *L'Union médicale du Canada*, 103 (février), p. 304-311.
- JUCHEREAU DE SAINT-IGNACE, Jeanne-Françoise, et Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène (éditées par Dom Albert Jamet) (1984), *Les Annales de l'Hôtel-Dieu de Québec 1636-1716*, Québec, L'Hôtel-Dieu de Québec, 444 p. (réimpression de l'édition de 1939).
- KALM, Pehr ([1749] 1977), *Voyage de Pehr Kalm au Canada en 1749*, traduction annotée du journal de route par Jacques Rousseau et Guy Béthune avec le concours de Pierre Morisset, Montréal, Pierre Tisseyre, 674 p.
- KEATING, Peter (1993), *La science du mal : l'institution de la psychiatrie au Québec : 1800-1914*, Montréal, Boréal, 208 p.
- KEATING, Peter (1986), « L'Institutionnalisation de la psychiatrie au Québec », Thèse de doctorat (histoire), Université de Montréal, 323 p.
- KEATING, Peter, et Othmar Keel (dir.) (1995), *Santé et société au Québec : XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Montréal, Boréal, 272 p.
- KETT, Joseph F. (1981), « American and Canadian Institutions 1800-1870 », dans Samuel Edward Dole Shortt (édit.), *Medicine in Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal, McGill-Queen's University Press, p.189-205.
- KIPLE, Kenneth F. (édit.) (1993), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, 1176 p.
- KOPPERMAN, Paul E. (1979), « Medical Services in the British Army », *Journal of the History of Medicine and allied Sciences*, xxxiv, 4 (octobre), p. 428-455.
- LACHANCE, André (1969), « Le Bureau des Pauvres de Montréal, 1698-1699 : contribution à l'étude de la société montréalaise de la fin du XVII<sup>e</sup> siècle », *Histoire sociale*, 1, 4 (novembre), p. 99-110.
- LAFORCE, Hélène (1985), *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 237 p.
- LAHAISE, Robert (1973), « L'Hôtel-Dieu du Vieux-Montréal », dans Michel Allard, Robert Lahaise, Édouard Desjardins et al., *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 13), p. 11-56.
- LAHAISE, Robert (1980), *Les édifices conventuels du Vieux Montréal. Aspects ethno-historiques*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 50), 597 p.
- LAMBERT, Jules (1995), *Mille fenêtres*, Beauport, Centre hospitalier Robert-Giffard, 137 p.
- LAMOTHE, Gustave, Christophe Alphonse Geoffrion, Siméon Pagnuelo (1886?), *Consultations légales relatives aux conventions intervenues entre le gouvernement de la province de Québec et la communauté des Sœurs de charité de la Providence*, s. l., s.é., 14 p.
- LANDRY, Yves, et Rénald Lessard (1996), « Causes of Death in Seventeenth and Eighteenth-Century as Recorded in the Parish Registers », *Historical Methods*, 29, 2 (printemps), p. 49-57.
- LANGELIER, Charles (1890), *La question des asiles : discours de l'Hon. Chs Langelier, secrétaire de la province, sur l'adresse en réponse au discours du trône*, Québec, Belleau & cie, 16 p.
- LAPOINTE, Lise, Gilles Janson et Édouard Desjardins (1974), « Les médecins militaires au Canada : Charles Alavoine (1695-

- 1764) », *L'Union médicale du Canada*, 103 (octobre), p. 1690-1705.
- LATERRIÈRE, Pierre de Sales (1789), « *A Dissertation on the Puerperal Fever* », delivered at a Public Examination for the Degree of Bachelor in medicine, Boston, Mass., printed by Samuel Hall, 18 p.
- LAURIN, Nicole, Danielle Juteau et Lorraine Duchesne (1991), *À la recherche d'un monde oublié. Les communautés religieuses de femmes au Québec de 1900 à 1970*, Montréal, Le Jour, 431 p.
- LEAVITT, Judith Walzer (1982), *The Healthiest City. Milwaukee and the Politics of Health Reform*, Princeton, N. J., Princeton University Press, 294 p.
- LEBRUN, François (1983), *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles*, Paris, Temps actuels (coll. « La passion de l'histoire »), 206 p.
- LEBRUN, François (1975), *Les hommes et la mort en Anjou aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles. Essai de démographie et de psychologie historiques*, Paris, Flammarion (coll. « Science / Flammarion »), 382 p.
- LÉCUYER, Bernard P. (1986), « L'hygiène en France avant Pasteur », dans Claire Salomon-Bayet (dir.), *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Paris, Payot, p. 65-139.
- LEGENDRE, Napoléon (1890), *Nos asiles d'aliénés*, Québec, Belleau & Cie, 63 p.
- LÉMERY, Nicolas (1748), *Pharmacopée universelle contenant toutes les compositions de pharmacie*, Amsterdam, aux dépens de la Compagnie, 758 p.
- LÉMERY, Nicolas (1747), *Chirurgie complete suivant le système des modernes*, Paris, Veuve de Charles-Maurice d'Houry, t. 2.
- LEMIEUX, Vincent, et al. (1994), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 370 p.
- LEMOINE, Réjean (1983), « La santé publique : de l'inertie municipale à l'offensive hygiéniste », dans G.-Henri Dagneau (dir.), *La ville de Québec, Histoire municipale. IV : de la Confédération à la charte de 1929*, Québec, La société historique de Québec, p. 153-180.
- LÉONARD, Jacques (1981), *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs, histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Aubier-Montaigne (coll. historique), 386 p.
- LESSARD, Rénald (1996), « Aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles. L'exportation de plantes médicinales canadiennes en Europe », *Cap-aux-Diamants*, n° 46 (été), p. 20-24.
- LESSARD, Rénald (1995 a), « Direction pour la guérison du Mal de la Baie st Paul : la première publication médicale canadienne », *Le Bulletin de la Société canadienne d'histoire de la médecine*, 12, 2, p. 369-372.
- LESSARD, Rénald (1995 b), « Le livre médical au sein du corps de santé canadien aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles », *Le Bulletin de la Société canadienne d'histoire de la médecine*, 12, 2, p. 215-240.
- LESSARD, Rénald (1994), « Pratique et praticiens en contexte colonial : le corps médical canadien aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles », Thèse de doctorat (histoire), Université Laval, 2 vol.
- LESSARD, Rénald (1989 a), *Le mal de la Baie Saint-Paul*. Québec, CELAT, Université Laval (coll. « Rapports et Mémoires de recherche du CELAT »), 107 p.
- LESSARD, Rénald (1989 b), *Se soigner au Canada aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles*, Hull, Musée canadien des civilisations (coll. « Mercure »), 160 p.
- « Lettres de mère Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène, Supérieure des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec » (1926-1931), *Nova Francia*, II, 2 (déc. 1926), p. 67-78 ; 3 (fév. 1927), p. 132-137 ; III, 1 (oct. 1927), p. 39-56 ; 2 (déc. 1927), p. 94-110 ; 3 (fév. 1928), p. 162-182 ; 4 (avril 1928), p. 220-237 ; 5 (juin 1928), p. 279-308 ; 6 (août 1928), p. 355-361 ; IV, 1 (janv.-févr. 1929), p. 33-58 ; 2 (mars-avril 1929), p. 110-123 ; 4 (juil.-août 1929), p. 230-247 ; 5 (sept.-oct. 1929), p. 283-292 ; 6 (nov.-déc. 1929), p. 368-380 ; V, 2 (mars-avril 1930), p. 92-96 ; 4 (juil.-août 1930), p. 248-252 ; 5 (sept.-oct. 1930), p. 311-313 ; 6 (nov.-déc. 1930), p. 359-379 ; VI, 1 (janv.-févr. 1931), p. 41-56 ; 2 (mars-avril 1931), p. 109-120.
- LÉVESQUE, Andrée (1984), « Mères ou malades : les Québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 38, 1 (été), p. 23-37.
- LEWIS, David Sclater (1969), *Royal Victoria Hospital, 1887-1947*, Montréal, McGill University Press, 327 p.
- LOUDON, Irvine (1986), *Medical Care and the General Practitioner 1750-1850*, Oxford, Clarendon Press, 354 p.
- LOUDON, Irvine (1985), « The Nature of Provincial Medical Practice in Eighteenth-century England », *Medical History*, 29, 1 (janvier), p. 1-32.
- LUDMERER, Kenneth Marc (1985), *Learning to Heal. The Development of American Medical Education*, New York, Basic Books Inc., 346 p.
- LYONS, Albert S., et R. Joseph Petrucelli ([1978] 1987), *Medicine. An Illustrated History*, New York, Harry N. Abrams Inc., 615 p.
- MacDERMOT, Hugh Ernest (1967), *One Hundred Years of Medicine in Canada (1867-1967)*, Toronto et Montréal, McClelland and Stewart Limited, 224 p.
- MacDERMOT, Hugh Ernest (1950), *A History of the Montreal General Hospital*, Montréal, Montreal General Hospital, 135 p.
- MARIE DE STE-ALIX, sœur (1945), *Chronologie de l'établissement des hôpitaux canadiens tenus par des communautés religieuses 1639-1945*, Québec, Association catholique des hôpitaux des États-Unis et du Canada, Conférence de Québec, cahier 3, 8 p.
- MARTIN, Charles-A. (1983), *le premier demi-siècle de la psychiatrie à Québec : de l'Asile provisoire de Beauport à l'Hôpital St-Michel-Archange*, Beauport, Audio-visuel et information, Centre hospitalier Robert-Giffard.
- MATHIEU, Lise (1955), « Étude sur la législation sociale du Bas-Canada 1760-1840 », Thèse de maîtrise (service social), Université Laval, 100 p.
- MAULITZ, Russell Charles (1987), *Morbid Appearances. The Anatomy of Pathology in the Early Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 277 p.
- MILNER, Elizabeth Hearn (1985), *Bishop's Medical Faculty, Montreal, 1871-1905 : Including the Affiliated Dental College, 1896-1905*, Sherbrooke, René Prince, 530 p.
- MINVILLE, Esdras (1939), *La législation ouvrière et le régime social dans la province de Québec. Étude préparée pour la*

- Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Ottawa, Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Imprimeur du roi, 98 p.
- MITCHINSON, Wendy, et Janice Dickin McGinnis (1988), *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto, McClelland & Stewart, 218 p.
- MONDOUX, Maria (1942), *L'Hôtel-Dieu de Montréal. Premier hôpital de Montréal 1642-1942*, Montréal, s. é., 417 p.
- MONGEAU, Serge (1967), *Évolution de l'assistance au Québec*, Montréal, Éditions du Jour, 123 p.
- NADEAU, Gabriel (1951-1952), « Le dernier chirurgien du roi à Québec. Antoine Briault 1742-1760 », *L'Union Médicale du Canada*, 80 (juin 1951), p. 705-726 ; 80 (juillet 1951), p. 855-861 ; 80 (août 1951), p. 991-998 ; 80 (septembre 1951), p. 1106-1116 ; 81 (janvier 1952), p. 51-63 ; 81 (février 1952), p. 192-200 ; 81 (avril 1952), p. 439-443 ; 81 (mai 1952), p. 580-588.
- NAYLOR, C. David (édit.) (1992), *Canadian Health Care and the State : A Century of Evolution*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 241 p.
- NUMBERS, Ronald L. (édit.) (1987), *Medicine in the New World : New Spain, New France, and New England*, Knoxville, University of Tennessee Press, 175 p.
- NUMBERS, Ronald L. (édit.) (1979), *The Education of American Physicians : Historical Essays*, Los Angeles, University of California Press, 345 p.
- NYSTEN, Pierre-Hubert ([1806] 1814), *Dictionnaire de médecine, et des sciences accessoires à la médecine, avec l'étymologie de chaque terme ; suivi de deux vocabulaires, l'un latin, l'autre grec*, 3<sup>e</sup> édition, Paris, Chez J.-A. Brosson, 692 p.
- O'REILLY, Helena, dite Saint-Félix (1882), *Monseigneur de Saint-Vallier et l'Hôpital Général de Québec : histoire du monastère de Notre-Dame-des-Anges*, Québec, C. Darveau, 743 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977-1978), *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2 vol.
- PARADIS, André (1997 a), « Le sous-financement gouvernemental et son impact sur l'administration des asiles francophones au Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50, 4 (printemps), p. 571-598.
- PARADIS, André (1997 b), « Thomas J.W. Burgess et l'administration du Verdun Protestant Hospital for the Insane (1890-1916) », *Canadian Bulletin for the History of Medicine/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 14, 1, p. 5-35.
- PARADIS, André (1996), « En mémoire des années 70 », dans *20 ans de Santé mentale au Québec, Regards critiques des acteurs et des collaborateurs*, Cahier souvenir de la revue *Santé mentale au Québec*, Cap-Saint-Ignace, Sainte-Marie-de-Beauce, p. 29-33.
- PARADIS, André (1994), « L'asile québécois et les obstacles à la médicalisation de la folie », *Canadian Bulletin for the History of Medicine/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 11, 2, p. 297-334.
- PARADIS, André (1993 b), « De Condillac à Pinel ou les fondements philosophiques du traitement moral », *Philosophiques*, xx, 1, p. 69-112.
- PARADIS, André (1993 a), « Correspondance » (à propos de l'opportunité des ouvrages de référence et des travaux synthèses sur l'histoire de la médecine au Canada), *Canadian Bulletin for the History of Medicine/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 10, 2, p. 175-178.
- PARADIS, André (1992), « Ethnie et folie : visages pluriels de l'anormalité », *Santé mentale au Québec*, xii, 2, p. 13-24.
- PARADIS, André (1991 a), « L'histoire de la médecine québécoise : problèmes de construction de l'objet », dans Jacques Mathieu (dir.), *Les dynamismes de la recherche au Québec*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, p. 171-185.
- PARADIS, André (1991 b), « Note critique : André Cellard : Histoire de la folie au Québec (1650-1850), Boréal, 1991 », in *Santé mentale au Québec*, xvi, 2, p. 321-331.
- PARADIS, André (1989), « Un bilan de l'évolution de l'intérêt des médecins québécois pour les maladies infectieuses dans les périodiques médicaux (1826-1899) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 43, 1 (été), p. 63-91.
- PARADIS, André (1988), « L'histoire de la médecine : une porte ouverte sur l'histoire sociale », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 42, 1 (été), p. 73-83.
- PARADIS, André (1978), « L'asile temporaire de Toronto (1841-1850) ou l'impossibilité provisoire de l'utopie asilaire », *Santé mentale au Québec*, iii, 1, p. 18-35.
- PARADIS, André, et al. (1977 a), « L'émergence de l'asile québécois au XIX<sup>e</sup> siècle », *Santé mentale au Québec*, ii, 2, p. 1-44.
- PARADIS, André, et al. (dir.) (1977 b), *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada (1800-1885)*, Université du Québec à Trois-Rivières (coll. Cahiers « Recherches et Théories », n<sup>o</sup> 15) 345 p.
- PARADIS, André, et al. (dir.) (1975), *Bibliographie sur la préhistoire de la psychiatrie au Québec et en Ontario : le XIX<sup>e</sup> siècle*, UQAM et UQTR (coll. Cahiers « Recherches et Théories », n<sup>o</sup> 10,) 125 p.
- PARADIS, André, et Hélène Naubert (1995), *Recension bibliographique. Les maladies nerveuses et mentales dans les périodiques médicaux québécois*, Centre interuniversitaire d'études québécoises, Université du Québec à Trois-Rivières, 136 p.
- PARADIS, André, et Hélène Naubert (collaborateur : D. Goulet) (1988), *Recension bibliographique : les maladies infectieuses dans les périodiques médicaux québécois du XIX<sup>e</sup> siècle*, Centre de recherche en études québécoises, Université du Québec à Trois-Rivières, 237 p.
- PELLETIER, Michel, et Yves Vaillancourt (1974), *Les politiques sociales et les travailleurs*, cahier I, *Les années 1900 à 1929*, Montréal, s. é., 132 p.
- PERRON, Normand (1984), *Un siècle de vie hospitalière au Québec. Les Augustines et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi 1884-1984*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 439 p.
- PETER, Jean-Pierre (1993), « Trois « propos sur la douleur ». Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur », dans Jean-Pierre Peter (édit.), *De la douleur*, Paris, Quai Voltaire / Histoire, La cité des Sciences et de l'Industrie, p. 7-66.

- PETERSON, Mildred Jeanne (1978), *The Medical Profession in Mid-Victorian London*, Berkeley, University of California Press, 406 p.
- PETITAT, André (1989), *Les infirmières. De la vocation à la profession*, Montréal, Boréal, 412 p.
- PIERRE-DESCHÊNES, Claudine (1981), « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, 3 (hiver), p. 355-375.
- PIERRE-DESCHÊNES, Claudine (1980), « La tuberculose au Québec au début du XX<sup>e</sup> siècle : problème social et réponse réformiste », Mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 225 p.
- PONTAUT, Alain (1985), *Santé et sécurité. Un bilan du régime québécois de santé et sécurité du travail, 1885-1985*, Montréal, Boréal Express, 249 p.
- PORTER, John R. (1977), « L'Hôpital Général de Québec et le soin des aliénés (1717-1845) », *Société canadienne d'histoire de l'Église catholique, Sessions d'études*, 44, p. 23-55.
- PORTER, Margaret (1984), *Mille en moins! Histoire du Centre hospitalier de Charlevoix (1889-1980)*, Baie-Saint-Paul, s.é., 263 p.
- PORTER, Roy (1992), « The Patient in England, c.1660 - c.1800 », dans Andrew Wear, *Medicine in Society. Historical essays*, Cambridge, Angleterre, Cambridge University Press, p. 91-118.
- PORTER, Roy (1987), *Disease, Medicine and Society in England 1550-1860*, Londres, Macmillan Education, (coll. « Studies in Economic and Social History »), 79 p.
- POULIN, Gonzalve (1955), *L'assistance sociale dans la province de Québec 1608-1951*, Québec, Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, Annexe 2, 201 p.
- QUÉBEC (PROVINCE) (1988), COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 803 p.
- QUÉBEC (PROVINCE), COMMISSION DES ASSURANCES SOCIALES DE QUÉBEC (1932-1933), *Commission des assurances sociales de Québec* (4 rapports).
- QUÉBEC (PROVINCE), COMMISSION PROVINCIALE D'ENQUÊTE SUR LES HÔPITAUX (1943), *Rapport de la Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux*, Québec, Imprimeur du roi, 2 vol.
- QUÉBEC (PROVINCE), CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, SERVICE PROVINCIAL D'HYGIÈNE et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, série des rapports annuels de ces organismes.
- QUÉBEC (PROVINCE), DÉPARTEMENT DU SECRÉTAIRE, BUREAU DES STATISTIQUES, *Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance... 1915-1918* (le titre change).
- QUÉBEC (PROVINCE), DÉPARTEMENT DU SECRÉTAIRE, BUREAU DES STATISTIQUES, *Statistiques des institutions d'assistance (asiles, hôpitaux, hospices, sanatoria), pour l'année... 1919-1928* (le titre change).
- QUÉBEC (PROVINCE), DÉPARTEMENT DU SECRÉTAIRE PROVINCIAL, SERVICE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, *Rapport du directeur de l'assistance publique pour l'année... 1923 à 1937*.
- QUÉBEC (PROVINCE), MINISTÈRE DE LA SANTÉ, J.-ERNEST SYLVESTRE ET AL., *Enquête sur les services de santé : 1948, 1951*, 9 tomes.
- QUÉBEC (PROVINCE), ROYAL COMMISSION ON LUNATIC ASYLUMS OF THE PROVINCE OF QUEBEC, « Report of the Royal Commission on Lunatic Asylums of the Province of Quebec, 1888, *Documents de la Session*, 1890, vol. 24, n° 53.
- QUETEL, Claude, et Pierre Morel (1979), *Les fous et leurs médecins : de la Renaissance au XX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Hachette, 302 p.
- Règles et Constitutions des Religieuses de l'ordre de Saint Augustin dites les Filles de la Miséricorde, établies à Dieppe* (1631), France, s.é., 747 p.
- REVEL, Jacques, et Jean-Pierre Peter (1974), « Le corps. L'homme malade et son histoire », dans Jacques Le Goff et Pierre Nora (dir.), *Faire l'histoire*, Tome III, *Nouveaux objets*, Paris, Gallimard (coll. « Folio/Histoire »), p. 226-256.
- RIOUX, Christian (1981), « L'hôpital militaire à Québec : 1759-1811 », *La Société canadienne d'histoire de la médecine. Nouvelles*, (avril), p. 16-19.
- RIOUX, Denise (1993), *La grippe espagnole à Sherbrooke et dans les Cantons de l'Est*, Sherbrooke, Études supérieures en histoire, Université de Sherbrooke, 132 p.
- RISSE, Guenter B. (1993), « History of Western Medicine from Hippocrates to Germ Theory », dans Kenneth F. Kiple (édit.), *The Cambridge Word History of Human Disease*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, p. 11-19.
- RIVARD, Jean-Yves, et al. (1970), *L'évolution des services de santé et des modes de distribution de soins au Québec*, Annexe 2, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 125 p.
- ROBERT, Jean-Claude (1988), « The City of Wealth and Death : Urban Mortality in Montreal, 1821-1871 », dans Wendy Mitchinson et Janice Dickin McGinnis, *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto, McClelland & Stewart, p. 18-38.
- RODRIGUE, Laurent (1994), « Fondation et développement d'un hôpital laïc sous contrôle médical : l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke (1917-1943) », Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Sherbrooke, 131 p.
- ROLAND, Charles G. (édit.) (1984), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, 464 p.
- ROLAND, Charles G., et Paul Potter (1979), *An Annotated Bibliography of Canadian Medical Periodicals, 1826-1975*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, 77 p.
- ROMIEUX, Yannick (1986), *De la hune au mortier ou l'histoire des compagnies des Indes, leurs apothicaires et leurs remèdes*, Nantes, Éditions ACL, 440 p.
- ROSEN, George (1974), « The Hospital. Historical Sociology of a Community Institution », dans George Rosen, *From Medical Police to Social Medicine : Essays on the History of Health Care*, New York, Science History Publications, p. 274-303.
- ROSENBERG, Charles E. (1987), *The Care of Strangers : the Rise of America's Hospital System*, New York, Basic Books, 437 p.
- ROSENKRANTZ, Barbara Gutmann (1972), *Public Health and the State : Changing Views in Massachusetts, 1842-1936*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 259 p.

- ROSNER, David (1982), *A Once Charitable Enterprise. Hospitals and Health Care in Brooklyn and New York, 1885-1915*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, 234 p.
- ROTHSTEIN, William G. (1987), *American Medical Schools and the Practice of Medicine : a History*, New York, Oxford University Press, 408 p.
- ROUSSEAU, François (1994), *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Tome 2 : 1892-1989, Québec, Septentrion, 488 p.
- ROUSSEAU, François (1989), *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Tome 1 : 1639-1892, Sillery, Septentrion, 454 p.
- ROUSSEAU, François (1983), *L'œuvre de chère en Nouvelle-France. Le régime des malades de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- ROUSSEAU, François (1977), « L'hospitalisation en Nouvelle-France : l'Hôtel-Dieu à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 31, 1 (juin), p. 29-47.
- RUDEL, David-Thierry (1988), *Québec City 1765-1832. The evolution of a colonial town*, Hull, Musée canadien des civilisations (coll. « Mercure »), 291 p.
- SAINT-PIERRE, Arthur (1932), *L'œuvre des congrégations religieuses de charité : dans la province de Québec*, Montréal, Bibliothèque canadienne, 245 p.
- SHORTT, Samuel Edward Dole (édit.) (1981), *Medicine in Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 506 p.
- SHRYOCK, Richard Harrison (1977), *Medicine and Society in America : 1660-1860*, 4<sup>e</sup> édition, Ithaca, Cornell University Press, 182 p.
- SŒURS DE LA PROVIDENCE (1937), *Activités hospitalières des Sœurs de charité de la Providence (au Canada et en pays de missions)*, Montréal, Providence Maison-mère, 120 p.
- STARR, Paul (1982), *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, New York, Basic Books, 514 p.
- STEVENS, Rosemary (1989), *In Sickness and in Wealth. American Hospitals in the Twentieth Century*, New York, Basic Books, 432 p.
- TACHÉ, Joseph-Charles (1885), *Les asiles d'aliénés de la province de Québec et leurs détracteurs*, Hull, La Vallée d'Ottawa, 51 p.
- TÉTREAU, Martin (1991), *L'état de santé des Montréalais, 1880-1914*, Montréal, Regroupement des chercheurs-chercheuses en histoire des travailleurs et travailleuses du Québec (coll. « Études et documents »), 225 p.
- THILLAUD, Pierre-Léon (1983), *Les maladies et la médecine en Pays Basque Nord à la fin de l'Ancien Régime (1690-1789)*, Genève, Librairie Droz, 232 p.
- THORNTON, Pat, Sherry Olson et Q. Thuy Thach (1988), « Dimensions sociales de la mortalité infantile à Montréal au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle », *Annales de démographie historique*, p. 299-325.
- TUKE, Daniel Hack (1885), *The Insane in the United States and Canada*, Londres, H. K. Lewis, 158 p.
- TUKE, Daniel Hack (1884), « The Public Asylum in the Province of Quebec », *Canada Medical and Surgical Journal*, 13, p. 129-143.
- TUNIS, Barbara (1984), « Inoculation for Smallpox in the Province of Quebec, a Reappraisal », dans Charles G. Roland (édit.), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, p. 171-193.
- TUNIS, Barbara (1981), « Medical Licensing in Lower Canada », dans Samuel Edward Dole Shortt (édit.), *Medicine in Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal, McGill-Queen's University Press, p.137-163.
- Un héritage de courage et d'amour ou la petite histoire de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Longue-Pointe. 1873-1973* (1975), Montréal, Communauté des Sœurs de la Providence, 119 p.
- UPTON, E. Frances (1946), *25 années de collaboration, 1920-1945*, Montréal, Association des gardes-malades enregistrées de la Province de Québec, 178 p.
- VAILLANCOURT, Yves (1988), *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 513 p.
- VAILLANCOURT, Yves (1975), *Les politiques sociales et les travailleurs*, Cahier II, *Les années 1930*, Montréal, l'auteur, 424 p.
- VALLÉE, Arthur (1927), *Un biologiste canadien. Michel Sarrazin. 1659-1735. Sa vie, ses travaux et son temps*, Québec, Ls-A. Proulx, 291 p.
- VALLÉE, Arthur (1890), *Les asiles d'aliénés de la province de Québec*, Québec, Belleau & Cie, 75 p.
- VIGROUX, Jean-Marie (1985), « Le XVIII<sup>e</sup> siècle, époque clé de la chirurgie française », Thèse de doctorat d'État (médecine), Université Paul Sabatier (Toulouse, France), 180 p.
- VOGEL, Morris J. (1980), *The Invention of the Modern Hospital : Boston, 1870-1930*, Chicago, University of Chicago Press, 171 p.
- VOYER, Christiane (1954), « Étude de la législation sociale du Bas-Canada 1841-1867 », Thèse de maîtrise (service social), Université Laval, 156 p.
- WADDINGTON, Ivan (1973), « The Struggle to Reform the Royal College of Physicians, 1767-1771 : a Sociological Analysis », *Medical History*, xvii, 2 (avril), p. 107-126.
- WALLOT, Hubert (1979), « Perspectives sur l'histoire québécoise de la psychiatrie : le cas de l'asile de Québec », *Santé mentale au Québec*, iv, 1, p. 102-123.
- WEISZ, George (1987), « Origines géographiques et lieux de pratique des diplômés en médecine au Québec de 1834 à 1939 » dans Marcel Fournier, Yves Gingras et Othmar Keel (édit.), *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 129-170.
- WHERRETT, George Jasper (1977), *The Miracle of the Empty Beds : a History of Tuberculosis in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 299 p.
- YANACOPOULO, Andrée (1992), *Hans Selye ou la cathédrale du stress*, Montréal, Le Jour.