Doctrine de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885-1930)

Guy Grenier

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/ccrh/2744>

DOI : 10.4000/ccrh.2744

ISSN : 1760-7906

Éditeur

Centre de recherches historiques - EHESS

Édition imprimée

Date de publication : 12 avril 1994

ISSN : 0990-9141

Référence électronique

Guy Grenier, « Doctrine de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885-1930) », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* [En ligne], 12 | 1994, mis en ligne le 27 février 2009, consulté le 07 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/ccrh/2744> ; DOI : 10.4000/ccrh.2744

Ce document a été généré automatiquement le 7 mai 2019.

Article L.111-1 du Code de la propriété intellectuelle.

Doctrines de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885-1930)

Guy Grenier

NOTE DE L'AUTEUR

Cet article est issu d'un mémoire de maîtrise réalisé à l'Université de Montréal en 1990 sous la direction de M. Othmar Keel. Guy Grenier, *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentale*, 178 p.

La doctrine de la dégénérescence a été le paradigme dominant en psychiatrie, partout en Occident, entre le milieu du XIX^e siècle et la première guerre mondiale. Son succès reposait sur le fait qu'elle prétendait offrir une explication globale de l'ensemble des problèmes sociaux que connaissait la société capitaliste. L'étude des transformations dans le savoir et la pratique psychiatriques au Québec à la suite de son importation montre qu'elle n'a pas conduit ici à l'eugénisme mais, qu'en rapprochant la médecine aliéniste de la médecine générale, elle a renforcé le discours hygiéniste. Par ailleurs, on montrera que, contrairement à la thèse dominante dans l'historiographie québécoise, le fait que les asiles aient été la propriété de communautés religieuses n'a pas constitué un obstacle aux progrès de la psychiatrie. En outre, on verra qu'un paradigme élaboré à l'étranger ne peut pas s'implanter sans

s'adapter aux particularités idéologiques et culturelles de la société qui en assure la réception.

- 1 Si la naissance de l'asile a été depuis une trentaine d'années analysée sous tous ses angles par les historiens, peu d'études ont été consacrées jusqu'à maintenant à l'évolution de la discipline psychiatrique et de l'institution asilaire au cours de la période située entre les dernières décennies du XIX^e siècle et le premier tiers du XX^e siècle. Les travaux portant sur l'histoire de la psychiatrie au Québec ne font pas exception à cette règle¹. La thèse dominante dans l'histoire de la psychiatrie considère cette période comme étant un âge noir pour l'asile québécois. Selon les défenseurs de cette thèse, le monopole du clergé québécois sur l'administration des asiles francophones du Québec aurait transformé cette institution en un lieu sans vocation thérapeutique, refermé sur lui-même et donc, de ce fait, insensible au progrès qu'aurait connu la psychiatrie en Europe ou au Canada Anglais à la même époque². Cette vision trop externaliste à notre avis a conduit à négliger l'importance des contacts permanents qui existaient à cette époque entre les aliénistes québécois et leurs confrères étrangers, particulièrement français. Notre communication a pour objectif de présenter les diverses transformations manifestées dans le savoir et la pratique psychiatriques au Québec entre 1885 et 1930, à la suite de l'implantation et de la diffusion de la doctrine de la dégénérescence, cette théorie qui, comme on le sait, avait été élaborée en France en 1857 par Benedict Augustin Morel et développée durant les années 1880 par Valentin Magnan.

Origines de la doctrine de la dégénérescence

- 2 La doctrine de la dégénérescence est associée au nom de l'aliéniste français Benedict Augustin Morel qui popularisa ce terme en 1857, année de parution de son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, puis en 1860 dans son *Traité des maladies mentales*. Le terme de « dégénérescence » utilisé par Morel était dérivé du vieux terme de « dégénération » popularisé par les naturalistes français. Buffon avait été le premier à utiliser le mot « dégénération » en 1766 dans son fameux discours *De la dégénération des animaux*³. Selon lui, les principaux facteurs expliquant les changements que l'on pouvait observer chez les animaux étaient le climat, la nourriture et surtout leur domestication par l'homme⁴.
- 3 Selon Morel, l'expression « domesticité » utilisée par Buffon pouvait être remplacée au niveau de l'espèce humaine par celles de « moeurs, éducation, habitudes, civilisation »⁵. Mais alors que la dégénération chez les animaux n'était pas, selon les naturalistes, une déviation pathologique, la dégénérescence chez l'être humain était toujours, selon Morel, « une déviation malade d'un type primitif »⁶. Sous l'effet d'influences débilitantes de l'environnement, de facteurs sociaux adverses et de facteurs moraux négatifs, l'individu voyait son système nerveux soumis à de constantes agressions. Ces dernières pouvaient causer des lésions qui étaient à l'origine des divers troubles mentaux dont la personne était victime au cours de son existence. L'individu se retrouvait ainsi engagé dans une déviation malade conduisant à la démence.
- 4 Mais, bien pis, cette lésion nerveuse allait se transmettre par l'hérédité aux générations suivantes, en s'aggravant et en se transformant pour finalement conduire à la création d'êtres inaptes à la reproduction ou à la survie, ce qui aboutissait à l'extinction de la lignée. Cette idée d'une transformation progressive et cumulative de la dégénérescence

par la voie de l'hérédité constituait la grande nouveauté de l'oeuvre de Morel. Comme il l'indiquait lui-même en 1860 : « Personne encore n'avait affirmé que certaines maladies, certaines intoxications, certaines habitudes chez les parents, eussent la puissance de créer un état véritablement consécuteur, un état organique spécial, indéfiniment transmissible jusqu'à extinction de la race, si rien n'était fait pour remonter le cours ascendant des phénomènes régénérateurs⁷. »

- 5 Durant les années 1880, l'école regroupée autour de Valentin Magnan développa la doctrine de la dégénérescence en l'associant aux notions évolutionnistes. Conséquemment, la dégénérescence devenait selon Magnan :

L'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses générateurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psychologique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie. Cet amoindrissement qui se traduit par des stigmates permanents est essentiellement progressif, sauf régénération intercurrente ; quand celle-ci fait défaut, il aboutit plus ou moins rapidement à l'anéantissement de l'espèce⁸.

- 6 Si l'humanité partait d'un point alpha (marquant l'apparition de l'homme sur terre) pour évoluer vers un point oméga idéal (point le plus élevé de la perfectibilité humaine), les dégénérés, selon Magnan, avaient quitté cette ligne pour se diriger vers un point z où viendrait finalement se situer l'idiot, représentant ultime de la dégénérescence humaine :

En ce nouveau point z symétrique de celui qui, dans l'échelle ascendante, marquait l'apparition de l'espèce, se trouve l'idiot, type essentiellement pathologique, qui résume en lui toutes les dégradations successives subies par ses ascendants depuis les points a,b,c, époques où ils ont commencé à dégénérer, de même qu'en A se trouvait le type résumant en lui l'évolution normale et régulière de sa descendance. Cet individu est aussi un être brut, inculte, mais il n'est pas comparable à l'autre ; celui-ci est un être normal, celui-là est un malade⁹.

- 7 C'est sous cette forme perfectionnée par Magnan que fut adoptée au Québec la doctrine de la dégénérescence au milieu des années 1880. Avant d'envisager son introduction dans le pays à cette date, il importe, dans un premier temps, de rappeler ce que fut le premier demi-siècle de la psychiatrie au Québec.

Débuts de l'institution asilaire au Québec

- 8 L'internement des malades mentaux ne débuta réellement au Bas-Canada – nom donné à la province de Québec entre 1791 et 1867 – qu'au milieu du 19^{ème} siècle par la création en 1845 de l'asile de Beauport, près de Québec. Avant cette période, la majeure partie des aliénés vivaient dans leurs familles ou leurs communautés, les seuls malades mentaux enfermés à l'intérieur de l'Hôpital général étant des individus réputés dangereux ou n'ayant pas d'attaches familiales¹⁰.
- 9 Contrairement aux asiles qui virent le jour à la même époque, soit au milieu du 19^{ème} siècle, aux États-Unis et dans les autres provinces canadiennes, ceux du Québec n'étaient pas la propriété de l'Etat, mais celle d'individus ou de communautés religieuses. Le gouvernement provincial versait à ces derniers un montant fixe pour le traitement et l'hébergement des aliénés publics et ne conservait qu'un droit de surveillance¹¹.
- 10 Ce système dit « d'affermage », unique en Amérique du Nord, existait à l'époque dans certains pays européens, dont la Belgique. Au cours des années 1870 et 1880, ce système original se trouva au centre de vives controverses. La visite en 1884 d'un aliéniste anglais, Daniel H. Tuke, qui inspectait les diverses institutions vouées au traitement des aliénés en

Amérique du Nord provoqua une crise dont le résultat eut de lourdes conséquences sur l'avenir de l'institution asilaire québécoise. Tuke dénonçait l'absence complète de pouvoir des médecins du gouvernement par rapport aux propriétaires de l'asile et l'utilisation excessive des moyens de contention mécanique. Selon lui, le système d'affermage, qui faisait en sorte que les propriétaires d'asile pouvaient être plus attirés par la recherche du profit que par la pratique d'un traitement moral et médical convenable, était le grand responsable de cet état de fait¹².

- 11 La publication du rapport de Tuke en 1885 et l'adoption, la même année, d'une loi qui imposait la création d'un Bureau médical dans chacun des asiles du Québec entraîna un conflit entre deux groupes qui avaient des visions différentes quant au rôle de l'institution asilaire. D'une part, le gouvernement, les médecins et les membres de la communauté anglophone souhaitaient un plus grand contrôle de l'Etat sur les asiles et la transformation de ceux-ci en un lieu axé sur le traitement, la recherche et l'enseignement des maladies mentales. D'autre part, les propriétaires (laïcs et religieux) des asiles, appuyés par les ultramontains, voyaient dans l'asile un lieu d'hébergement des aliénés auquel s'ajoutait une vocation médicale représentée par un personnel dont l'engagement ne dépendait que d'eux seuls. La crise qui a secoué l'asile durant les années 1880 s'est soldée finalement, en 1888, par un compromis ; alors que les communautés religieuses se voyaient confier l'administration des asiles catholiques du Québec, l'admission, le traitement et les sorties des malades mentaux étaient confiés à un Bureau médical dirigé par un surintendant qui devait rédiger chaque année un rapport des activités de son institution au gouvernement¹³.
- 12 Avec l'achat en 1893 de l'asile de Beauport par une communauté religieuse de la région de Québec, le clergé détenait désormais le monopole de l'administration des asiles, à l'exception du Verdun Protestant Hospital, fondé en 1891, qui était la propriété d'une corporation privée formée de membres de la communauté anglophone de Montréal.

Introduction et diffusion de la doctrine de la dégénérescence

- 13 Si les décennies 1870 et 1880 ont été une période de conflit entre les propriétaires des asiles et les médecins, la fin du 19^{ème} siècle a marqué au contraire le début d'une paix durable. Or, cette paix a coïncidé avec l'introduction au Québec d'un nouveau paradigme d'explication de la maladie mentale, celui de la dégénérescence.
- 14 En effet, les nouveaux surintendants médicaux, qui furent nommés à partir de 1885, étaient tous des médecins qui avaient acquis leur formation en France auprès d'aliénistes reconnus dont Valentin Magnan, l'aliéniste de l'Asile Sainte-Anne. Ce dernier a été l'objet d'un véritable culte de la personnalité de part de cette nouvelle génération d'aliénistes québécois. La publication en 1886 d'un article du docteur Bourque¹⁴ sur le délire chronique marqua l'introduction au Québec de la nouvelle classification des maladies mentales développée par celui que l'on considéra longtemps comme « le plus grand aliéniste de tous les temps et de tous les pays¹⁵ » Deux ans plus tard, l'autre grande entité clinique développée par Magnan, soit la folie des dégénérés, était présentée par Evariste Duquet, surintendant de l'Asile Saint-Jean-de-Dieu de Montréal¹⁶.
- 15 En 1899, un comité formé des surintendants médicaux des trois grands asiles québécois établit une nouvelle classification uniforme pour les institutions asilaires du Québec.

L'adoption de la folie des dégénérés et du délire chronique par l'ensemble des aliénistes québécois (tant francophones qu'anglophones), regroupés entre 1899 et 1905 dans une société médico-psychologique, confirma l'unanimité de l'adhésion à la doctrine de la dégénérescence par les premiers psychiatres reconnus du Québec¹⁷. La folie des dégénérés a d'ailleurs été, jusqu'au début des années 1920, la principale entité clinique qui justifiait l'internement.

- 16 Selon les aliénistes québécois, la doctrine de la dégénérescence, sous la forme développée par Magnan offrait l'avantage de rattacher l'aliénation mentale plus fortement qu'auparavant à la médecine. En effet, les aliénistes gagnés à cette doctrine expliquaient le déclenchement de la maladie mentale par des intoxications de l'organisme, des lésions au niveau du système nerveux et par l'hérédité, autant de notions que tout praticien pouvait comprendre et utiliser. Elle facilitait donc grandement l'entrée de la médecine mentale dans la médecine générale et surtout la fusion de la psychiatrie avec la neurologie par la mise en évidence de rapports très étroits entre les maladies nerveuses et les maladies mentales. Ainsi, selon Alcée Tétrault, chargé de l'enseignement des maladies mentales à l'Asile Saint-Jean-de-Dieu au cours des années 1920, la psychiatrie était vue désormais comme étant une branche de la neurologie¹⁸.
- 17 Qui mieux est, cette orientation nouvelle qui découlait du schéma explicatif de la maladie mentale mis en place par Morel, puis par Magnan, n'entraînait nullement en conflit avec le discours tenu par l'Eglise ; en effet, l'aliénation mentale ne concernait nullement l'âme de l'individu, mais ses fonctions intellectuelles inférieures. Une parfaite division des tâches entre les médecins aliénistes et le clergé était ainsi réalisée à cette époque grâce à ce schéma explicatif, particulièrement bien adapté au cadre québécois sans être typiquement québécois, qui avait été élaboré en France et qui continuera à faire figure de dogme en psychiatrie ; et cela en Europe jusqu'à la première guerre mondiale.
- 18 Si cette période de la psychiatrie au Québec mérite peut-être la qualification d'âge noir pour ce qui concerne le traitement de la maladie mentale, il faut souligner par contre que sur d'autres plans elle a été marquée par des innovations importantes. Ainsi, les surintendants médicaux ont été les premiers à donner au Québec un enseignement clinique sur les maladies mentales¹⁹. Cette utilisation de l'asile à des fins d'enseignement allait conduire à l'affiliation des hôpitaux psychiatriques à l'une des universités québécoises au début des années 1920²⁰. L'alitement systématique des aliénés mis en place initialement à l'Hôpital Saint-Michel-Archange, à la fin du XIX^e siècle, avait pour objectif explicite de faciliter l'observation clinique et de donner à l'institution psychiatrique l'allure d'un véritable hôpital où la médecine jouait le premier rôle. Aussi, dans la mesure où l'on considère que l'aliénation mentale, à l'époque, était le résultat d'une agression du système nerveux, la pratique de l'alitement devait dans cette optique permettre à l'aliéné de reprendre des forces physiques et mentales²¹.
- 19 Le passage de l'aliéniste du côté du malade, objet de soins médicaux, s'accompagnait de la part de surintendants médicaux adeptes de la doctrine de la dégénérescence, à l'instar de Morel et de Magnan en France, de la politique du « non-restreint » – soit l'abolition de la camisole de force et des autres instruments visant à restreindre le mouvement des aliénés – mise en place en Angleterre par James Conolly²².
- 20 Pour autant, pareille évolution de la doctrine et de la pratique n'entraînait pas le traitement médical de tous les internés. En effet, les pronostics de chronicité portés, à partir de la doctrine de la dégénérescence, sur la plupart des troubles mentaux,

provoquèrent au Québec, comme partout ailleurs en Occident, un désintérêt à l'égard du patient dont la maladie était réputée incurable. Au Québec, une distinction entre deux types d'établissements fut établie par voie de conséquence à la fin du XIX^e siècle. Tandis que les grands asiles prenaient le nom d'hôpital et étaient considérés comme des centres de traitement actif, on assista, parallèlement, à la mise en place d'un réseau d'institutions secondaires dénuées de vocation thérapeutique qui avaient pour unique fonction de dégarnir les grands hôpitaux psychiatriques de leurs déficients et de leurs incurables. Ce système, que l'opinion médicale pouvait à la rigueur considérer comme recevable au début du XX^e siècle, étant donné le schéma théorique qui prévalait à l'époque, perdura jusqu'au début des années 1960 au Québec, c'est-à-dire bien au-delà de la période où la doctrine de la dégénérescence a dominé ici la psychiatrie.

- 21 Mais, comme, par ailleurs, à partir de la doctrine de la dégénérescence, un pronostic de chronicité était porté de façon quasi-systématique sur la plupart des maladies mentales, il fut considéré par voie de conséquence comme une nécessité d'envisager une intervention à l'extérieur des murs de l'asile afin de s'attaquer aux causes les plus directes de cette dégénérescence, comme la syphilis et l'alcoolisme. L'adoption de cette doctrine eut donc comme conséquence la reconnaissance de l'urgence d'un travail prophylactique. Elle se concrétisa par la création, après la première guerre mondiale, d'un Comité Canadien d'hygiène mentale.
- 22 Les enfants ont été le groupe sur lequel l'attention des hygiénistes mentaux s'est portée prioritairement. L'utilisation des tests mentaux, comme les tests Binet-Simon, inaugurée en 1919²³ et généralisée à la fin des années 1920 dans les écoles de Québec et de Montréal²⁴ avait pour objet de diagnostiquer les enfants arriérés ou instables et, en cas d'un tel diagnostic, de les exclure du milieu scolaire pour leur donner un enseignement approprié à leur handicap. En 1928 et 1930 furent ainsi fondées à Québec et à Montréal respectivement des écoles spécialisées pour l'enseignement des déficients mentaux dits éducatibles.
- 23 Le dépistage des enfants anormaux et leur envoi éventuel dans une institution destinée à leur donner une instruction adaptée à leur capacité avaient pour objectif de donner à ces dégénérés des outils leur permettant de s'adapter à la vie en société. Comme l'indiquait en 1930 Omer Noël, l'un des psychiatres engagés par le service de santé de la ville de Montréal :

*Leur rendement au point de vue économique deviendra supérieur si on sait leur donner par l'entremise de classes auxiliaires, d'écoles de perfectionnement et d'orientation professionnelles, les moyens de défense qu'ils ne peuvent acquérir d'une autre manière ; ainsi instruits à un certain degré, on les orientera vers des métiers qu'ils aimeront et où ils auront des succès*²⁵.
- 24 Mais, selon un autre psychiatre, le retrait des anormaux des écoles présentait également de grands avantages pour l'avenir des enfants dits normaux :

*Dès leur enfance, ces anormaux deviennent un danger social : lents à comprendre, ils retardent les progrès de toute classe, infirmes physiques ou mentaux, ils provoquent souvent la risée des autres enfants : ils y répondent parfois par des réactions plus ou moins violentes. Ils sont encore très suggestibles et deviennent aisément l'instrument préféré du criminel. Peu résistants aux adversités de la vie, ils présentent fréquemment des maladies mentales, parfois même très précoces*²⁶.
- 25 Comme l'a bien indiqué Jacques Donzelot, l'intérêt porté par les psychiatres à l'enfance ne venait pas de la découverte d'une pathologie typiquement infantile mais plutôt de la croyance selon laquelle une intervention rapide permettrait d'éliminer toutes les

pathologies du monde adulte. C'est ainsi que « la place de la psychiatrie infantile se dessine dans le creux produit par la recherche d'une convergence entre les appétits prophylactiques des psychiatres et les exigences disciplinaires des appareils sociaux²⁷ ».

- 26 Les écoles spécialisées exercent en fait le double rôle joué par l'asile depuis ses débuts ; isoler du reste de la société des individus susceptibles de perturber l'ordre social, mais aussi, par cette ségrégation, amorcer un processus de socialisation de ces anormaux pouvant éventuellement leur permettre une réintégration dans la vie appelée « normale ».
- 27 Dans la même mouvance fut fondé, en 1925, dans la région de Québec, sous la direction de trois médecins français, dont Albert Brousseau, ex-médecin en chef des asiles de Paris, un premier service psychiatrique ouvert, soit la clinique Roy-Rousseau. Conçue sur le modèle de l'Hôpital Henri-Rousselle, cette institution avait pour but le traitement des individus dont le trouble mental ne justifiait pas l'internement²⁸.
- 28 Puisque, selon la doctrine de la dégénérescence, les troubles mentaux ne se développaient que sur une constitution ou un organisme amoindri, il en résultait que toute mesure qui contribuait à la préservation de la santé physique de l'individu avait également, selon les psychiatres, un impact positif sur la santé mentale des personnes et permettrait même de régénérer les forces vives de la nation. La notion selon laquelle les alcooliques ou les vénériens pouvaient engendrer des dégénérés renforçait donc le discours des hygiénistes sur la nécessité d'implanter des mesures de santé publique.
- 29 Cette vision optimiste, selon laquelle une action préventive sur le milieu pouvait restreindre et même endiguer la prolifération de la maladie mentale, combinée à la force de la religion catholique, a fait en sorte que les mesures eugéniques mises en place dans les différents pays gagnés au darwinisme social durant le premier tiers du 20^{ème} siècle ne trouvèrent pas d'adeptes au Québec.

Conclusions

- 30 Après avoir dominé la médecine aliéniste pendant plus d'un demi-siècle, la doctrine de la dégénérescence s'est trouvée peu à peu mise en question et a fini par être abandonnée comme théorie hégémonique en psychiatrie après la première guerre mondiale. Si certains auteurs ont tenté d'expliquer la disparition de cette théorie par le développement de la génétique moderne au début du 20^{ème} siècle²⁹ la plupart des psychiatres ont plutôt expliqué cet abandon par l'hypertrophie qu'a connue cette doctrine. En 1913, Génil-Perrin signalait avec justesse que cette théorie en effet, « finit par englober toute la médecine mentale, presque toute la médecine nerveuse et une bonne part de la pathologie interne, avec les grandes affections diasthésiques. Dès lors, la classe des dégénérés tend à périr de pléthore³⁰ ».
- 31 Le grand attrait de la théorie avancée initialement par Morel venait du fait qu'elle permettait de donner une explication globale de la folie et des autres problèmes sociaux par le mécanisme de la transmission héréditaire progressive. Cette notion de dégénérescence, acceptable anthropologiquement et étiologiquement par la majorité des aliénistes, devint toutefois source de confusion lorsqu'on tentait de s'en servir comme base de la nosologie. C'est ainsi que, paradoxalement, le rejet progressif de la doctrine de la dégénérescence après la Grande Guerre reposait en fait sur le succès même de cette théorie.

- 32 Au Québec, le terme de « folie des dégénérés » disparut finalement en 1925, par suite de l'adoption d'une nouvelle classification. Mais si cette entité centrale dans la nosologie de Magnan était désormais périmée, la notion de dégénérescence continua à exister sous une nouvelle forme, celle des constitutions pathologiques présentée en France par Dupré et Delmas, jusqu'au début des années 1950.
- 33 Au Québec, la doctrine de la dégénérescence a amené une série de transformations importantes et paradoxales en apparence dans le savoir et la pratique psychiatriques. Il est vrai que, d'un côté, elle a suscité une indifférence à l'égard de l'aliéné incurable et qu'elle a conduit à un plus grand enfermement des déficients mentaux et des autres individus étiquetés comme dégénérés. Mais de l'autre côté, elle a permis l'incorporation de la psychiatrie dans la médecine, le développement de l'enseignement clinique des maladies mentales et elle a fait reconnaître la nécessité d'une intervention extérieure, fondée sur la mise en place de mesures préventives et sur un dépistage précoce des troubles mentaux.
- 34 Notre étude de la période située entre 1885 et 1930 nous conduit donc à rejeter tout d'abord la thèse selon laquelle cette époque aurait été tout simplement un âge noir pour l'asile et ensuite à contester également la thèse d'un prétendu retard de la psychiatrie canadienne-française. En effet, les divers éléments qui permettent d'invoquer un dynamisme de la psychiatrie anglophone (affiliation universitaire, hygiène mentale, etc.) se retrouvent à la même époque dans les grands hôpitaux francophones comme Saint-Michel-Archange et Saint-Jean-de-Dieu. D'ailleurs, le fait que cette dernière institution se soit vue décerner en 1922 un certificat d'approbation de l'Association psychiatrique américaine pour sa thérapie occupationnelle démontre à lui seul qu'il n'y avait pas à l'époque un retard de la psychiatrie québécoise par rapport à ce qui se faisait ailleurs en Amérique du Nord.
- 35 Nous considérons que les psychiatres québécois étaient en parfait accord au niveau théorique et pratique avec ce qui se faisait à l'étranger et particulièrement en France, ce qui s'explique aisément lorsque l'on se rend compte qu'ils ont introduit ici un schéma théorique développé par des Français et qui s'adaptait parfaitement aux particularités du Québec. Les contacts permanents avec la France, surtout par l'envoi de jeunes médecins allant y acquérir leur spécialisation, ont fait en sorte que les diverses innovations mises en place à l'étranger s'implantèrent au début du xx^e siècle. La perte de contact avec le monde extérieur provoquée par la deuxième guerre mondiale jouera plus tard un rôle dans la persistance de ce système désormais périmé en retardant l'introduction de la nouvelle psychiatrie dynamique.
-

NOTES

1. L'attention des historiens s'est surtout portée sur la préhistoire de l'asile ou sur la période avant 1885. A. Paradis *et al.*, *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada, (1800-1885)*, Université du Québec à Trois-Rivières (Recherches et théories, XV), 1977 ; André Cellard, *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850*, Montréal : Boréal, 1991.

2. La thèse du retard est présente dans l'œuvre de C. Beaudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec : 1880-1963. Le cas de l'Hôpital de Verdun*, Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval, 1976 ; également dans l'ouvrage de F. Boudreau, *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : Histoire et institutions*, Montréal : Éditions Saint-Martin, 1984. A notre avis, une seule œuvre portant sur l'histoire de la psychiatrie ne présente pas celle-ci sous l'angle du retard. Il s'agit de Peter Keating, *La science du mal. L'institution de la psychiatrie. 1800-1914*, Montréal : Boréal, 1993.
3. Jacques Roger, *Les sciences de la vie dans la pensée française du XVIII^e siècle*, Paris : Colin, 2^e éd., 1971, p. 574-7.
4. Jean Pivetau et al. (éds), *Œuvres philosophiques de Buffon. Corpus général des philosophes français*, XLI, Paris : PUF, 1954, p. 396.
5. Benedict Augustin Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris : Baillière, 1857, p. 9.
6. B.A. Morel, *ibid.*, p. 5.
7. B.A. Morel, *Traité des maladies mentales*, Paris : Masson, 1860, p. III-IV.
8. P.M. Legrain et V. Magnan, *Les dégénérés*, in G. Génil-Perrin, *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*, Paris : Leclerc, 1913, p. 115.
9. G. Génil-Perrin, *ibid.*, p. 116.
10. André Cellard, *op. cit.* note 2, p. 122-7.
11. Napoléon Legendre, *Nos asiles d'aliénés*, Québec : Belleau et Cie., 1890, p. 52-3. Un éphémère asile d'État installé à Saint-Jean d'Iberville, près de Montréal, exista toutefois entre 1861 et 1875 mais cette expérience a été rapidement abandonnée en raison du coût jugé trop élevé pour son maintien.
12. Daniel H. Tuke, *The Insane in the United States and Canada*, Londres : H.K. Lewis, 1885, p. 193-205.
13. La séparation entre les fonctions médicales et administratives proposée s'inspirait du modèle mis en opération au nouvel Hôpital Notre-Dame de Montréal. « Rapport de la commission des asiles d'aliénés ». *Documents de la session*, Québec, LXXXVII (1888), p. 163-73.
14. E. Bourque, « Le délire chronique », *L'Union Médicale du Canada*, XV (1886) 193-8.
15. Georges Villeneuve, « Le mouvement dans l'aliénation mentale en 1916 d'après le rapport annuel de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu », *L'Union Médicale du Canada*, XLVI (1917) 538-49, p. 545.
16. E.E. Duquet, « La folie héréditaire des dégénérés », *L'Union Médicale du Canada*, XVII (1888) 5-15.
17. T.J.W. Burgess, surintendant du Verdun Protestant Hospital, n'intégra pas ces deux entités dans ses rapports annuels mais il se déclara en accord avec la nouvelle classification adoptée par la Société médico-psychologique (P. Keating, *op. cit.* note 3, p. 131).
18. Alcée Tétrault, *Cours des maladies mentales donné à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, Université de Montréal, vers 1920, p. 1.
19. A l'Asile Saint-Jean-de-Dieu, E.J. Bourque a été le premier en 1888 à donner des leçons cliniques sur les maladies mentales (« Cliniques des maladies mentales », *La Gazette Médicale*, II (1888) 388-90). A l'Asile Saint-Michel-Archange, nouveau nom donné en 1893 à l'ancien asile de Beauport, Arthur Vallée commença à donner un enseignement clinique en 1893.
20. L'Asile Saint-Michel-Archange s'affilia à l'Université Laval en 1923 et l'Asile Saint-Jean-de-Dieu à l'Université de Montréal en 1926.
21. « Rapport du surintendant médical de l'Asile de Beauport pour l'année 1903 », *Documents de la session*, Québec, VI (1904), p. 263.
22. « Vingt-deuxième rapport des inspecteurs des asiles, des prisons, etc., pour l'année 1896 », *Documents de la session*, Québec, II (1897), p. 81.
23. G.A. Murphy et W. Tait, « Mental Hygiene Surveys of Montreal Protestant Schools », *Canadian Journal of Mental Hygiene*, III. 1 (1921) 49-94, p. 53.

24. Gaston Lefébure de Bellefeuille, « L'hygiène mentale dans les écoles de la cité de Montréal », *Bulletin de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, III (1937) 192-8.
  25. Omer Noël, « L'hygiène mentale et considérations économiques », *L'Union Médicale du Canada*, LIX (1930) 695-701, p. 697-8.
  26. Jean-Charles Miller, « L'École La Jemmerais, ses raisons, son but », *Annales Médico-Psychologiques*, LXXXVII (1929) 182-4, p. 183.
  27. Jacques Donzelot, *La police des familles*, Paris : Ed. de Minuit, 1977, p. 121.
  28. Hubert Wallot, « Aperçu socio-politique de l'historique du Centre Hospitalier Robert-Giffard (Québec) », *Information Psychiatrique*, LV. 4, p. 439.
  29. Erwin H. Ackercknecht, *A short History of Psychiatry*, New-York et Londres : Hafner Publ., 1968, p. 58.
  30. G. Génil-Perrin, *op. cit.* note 9, p. 272.
-

AUTEUR

GUY GRENIER

Doctorant (Université de Montréal)