

L'asile temporaire de Toronto (1841-1850) ou l'impossibilité provisoire de l'utopie asilaire

The temporary asylum of Toronto (1841-1850) or the temporary impossibility of the utopia of asylum

André Paradis

Volume 3, numéro 1, juin 1978

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030028ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030028ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Paradis, A. (1978). L'asile temporaire de Toronto (1841-1850) ou l'impossibilité provisoire de l'utopie asilaire. *Santé mentale au Québec*, 3(1), 18–35.
<https://doi.org/10.7202/030028ar>

Résumé de l'article

L'article analyse le discours médical des directeurs de l'asile de Toronto durant la période 1841-1850. Ces administrateurs avaient donné à l'asile le double objectif de redonner la dignité humaine au fou et de guérir leur folie. Alors, les politiques élaborées comme congruentes à ce double objectif, lorsqu'elles sont soumises à une analyse élaborée, semblent ambiguës. De plus, une étude des pratiques quotidiennes non officielles, révèle la nature utopique des objectifs officiels, et la situation véritable inchangée des pauvres infortunés.

L'Asile temporaire de Toronto (1841-1850) ou l'impossibilité provisoire de l'utopie asilaire

André Paradis

L'UTOPIE ASILAIRE

1841. Paradoxalement, c'est dans l'enceinte même de la prison désaffectée du comté de York, pourvue de cellules délabrées et mal entretenues et dont les voûtes abritaient déjà une quinzaine de prisonniers insensés, enchaînés, à moitié nus et couverts de vermine¹, que doit s'opérer pour la première fois en Canada le premier départage visible entre le fou pervers et dangereux, réduit à l'état de sous-homme et de bête sauvage, et "l'infortuné" aliéné, "malade" et rétabli dans ses droits non seulement à la compassion et au soulagement mais aussi au traitement et à la guérison. Dès l'origine, en effet, l'institution asilaire se trouve conviée à une double vocation: restaurer l'insensé, le rendre à sa dignité d'homme, et guérir la folie; et c'est, à vrai dire, l'insensible osmose intervenue entre les pratiques congruentes à cette double finalité restauratrice et curative qu'il nous suffira ici d'évoquer pour rendre compte des ambiguïtés et des obscurités insurmontables qui investiront le discours médical pour les décades à venir en regard de la maladie mentale.

D'abord fonction de restauration; dès 1842, en effet, l'asile se définira comme "*un lieu de retraite, comme un refuge pour cette classe de la société, déstituée de tout secours et si négligée*"². Le devoir premier de l'asile consistera alors à redonner à l'insensé une allure, un semblant d'humanité, en le soulageant des conditions matérielles impitoyables de son existence antérieure et en le délestant par là du mépris, du dégoût et

L'auteur est professeur au département de philosophie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cet article est paru originellement dans *Essais pour une pré-histoire de la psychiatrie au Canada (1800-1885)* in *Recherches et Théories*, no 15, Université du Québec à Montréal et à Trois-Rivières, 1977 (Département de Philosophie).

de cette sorte de frayeur spontanée qui pesaient sur lui et qui scellaient en quelque sorte son cloisonnement dans la bestialité. L'asile doit rendre le fou "visible", "observable", "regardable", non point de ce regard métrique qui sera beaucoup plus tard celui de l'observation clinique, non point de ce regard curieux que sera celui des visiteurs du "cirque" asilaire (l'asile étant alors devenu une institution publique "ouverte"), mais de ce regard immédiat et spontané qui fait que les individus d'une même espèce, d'une même communauté naturelle, se reconnaissent d'instinct entre eux. Tout cela ne pourra être garanti en réalité que par un réaménagement systématique de l'espace, car c'est d'abord aux particularités de l'habitat, aux particularités du milieu, que l'on reconnaît d'emblée la présence de l'"Homme". Le défi à relever consistera donc ici à transformer l'espace carcéral infect de l'ancienne prison en espace d'abri, en espace de "refuge", en espace d'"asile", et c'est à cette tâche que s'affaira le personnel asilaire en procédant d'abord à la réparation, au nettoyage et à la désinfection des lieux, en recherchant les moyens les plus appropriés pour améliorer la ventilation des locaux, en pourvoyant enfin d'un mobilier simple mais fonctionnel le vide des mansardes et des cellules 3. Plus tard, bien sûr, dans le nouvel asile, on y ajoutera davantage: bains 4, gravures, lampes, journaux, livres viendront parer l'espace asilaire et cette action énergique exercée sur le milieu comme pour lui redonner l'allure d'un foyer à l'échelle humaine on estimera devoir l'étendre jusqu'au corps, voire jusqu'à l'âme de l'insensé: lavé, débarrassé de ses guenilles, affublé de vêtements convenables, rasé jusqu'au crâne (on devinera pourquoi, le geste n'étant pas ici que symbolique), soulagé des maladies physiques dont il souffrait presque toujours invariablement, nourri en compensation de son état physique généralement caduque 5, l'aliéné fort de ce "plus grand confort", de cette "nouvelle aise" et de ce "bonheur" inédit 6, pourra alors, s'il se tient désormais tranquille, profiter de tous les privilèges de l'existence commune dont il devra réapprendre les règles et les conventions les plus élémentaires: loisirs et jeux, fréquentation des offices religieux, repas communautaires, travail et occupations diverses serviront de relais nécessaires entre la folie et la normalité, entre l'indiscipline des passions et les vertus sociales de tolérance, de politesse, de propreté, de retenue et de décence 7. C'est ici d'ailleurs, dans cet univers régénéré, que la punition, que la privation (l'isolement) reprendront tout leur sens et que le fou, la bête, promu au rang d'enfant, devra répondre de ses actes et sera en conséquence passible de sanctions. C'est ici par ailleurs que le personnel asilaire devra en contrepartie faire figure de bon parent, exerçant une vigilance soutenue, une attention bienveillante, une douceur et un amour tendre, toutes vertus consignées dans la définition des tâches et dont le personnel de l'asile se devra de répondre selon son dû 8. Désormais ce ne sera donc plus de "cellules" qu'il faudra parler mais de "salles", ou de "chambres", dont la plupart seront par ailleurs affectées aux quelques rares "pensionnaires" payants. Désormais ce ne sera plus la prison, les "loges", les "cages" ou la kyrielle des autres

espaces barricadés qui composeront le lieu naturel de la folie, mais l'“asile”, à la rigueur la “maison” des fous, la “maison de l'asile”.

Bien sûr, tout ce maquillage improvisé de l'ancienne prison sera bien “éphémère” puisque, dans les faits, l'asile temporaire, comme par inertie, mais largement aussi en raison de l'étranglement de ses budgets, ne tardera pas à régresser vers les noirceurs de l'existence carcérale, le désordre, la brutalité et la malpropreté la plus dégoûtante ne le disputant qu'à l'indifférence des “gardiens”⁹. Mais pour notre propos, ce qu'il importe d'abord de retenir ce n'est point tant la réalité mais plutôt l'utopie asilaire, telle qu'elle se donne à voir dans les textes les plus “officiels” de l'époque. Et cela est important; car, ainsi que nous le laissons entendre plus haut, on ne comprendra bien la vocation seconde de l'asile, celle de cure et de guérison, que par référence à la première, que par référence à la fonction de restauration de l'insensé, celle-ci fut-elle ou ne fut-elle pas menée à bonne fin.

Ce qu'il y a d'abord d'étonnant c'est que dès son entrée en fonction l'administration asilaire clame très haut ses prétentions à guérir la folie¹⁰. L'asile se veut être un lieu de cure, une institution médicale, et non simplement un refuge. Et les aliénistes de l'asile temporaire ne furent-ils en réalité “présents” que d'une manière toute symbolique dans l'asile¹¹. furent-ils impuissants à s'adonner à l'empirisme le plus élémentaire et à traduire pour le grand profit de la profession médicale leur propre expérience du milieu asilaire¹², furent-ils prisonniers d'un savoir-faire médical périmé qui continuera d'exalter jusqu'au paroxysme et jusqu'à l'absurdité la valeur curative universelle des saignées, des vésicatoires, des toniques et des purgatifs, et furent-ils enfin incapables de manipuler à des fins autres qu'administratives la nomenclature nosologique rudimentaire dont ils étofferont “occasionnellement” leurs rapports annuels¹³, jamais néanmoins ils ne mettront en doute un seul instant leur capacité d'intervenir sur la maladie et de la soumettre à ce qu'on appellera pompeusement un “traitement professionnel”, moral et médical, adéquat. Même là où l'asile temporaire se verra en proie au grossissement spontané de sa clientèle¹⁴, même là où le débordement de la population asilaire réduira à néant l'intervention déjà superficielle du corps médical, même là où la fonction de restauration de l'insensé se trouvera elle-même compromise, l'administration asilaire croira néanmoins devoir troquer la finalité restauratrice de l'institution contre sa finalité thérapeutique. Ainsi, l'idée naîtra-t-elle de “libérer” l'asile des pensionnaires “incurables” qui l'encombrent et qui obstruent un espace qui “devrait être réservé à d'autres dont la maladie y recevrait des soulagements essentiels et serait probablement guérie”¹⁵. Mieux encore, l'administration asilaire, acculée à l'impuissance et la faillite, s'évertuera à “refuser ces cas désespérés et non susceptibles de guérison qui n'ont aucun espoir de se voir retirer des avantages permanents du mode de traitement adopté pour les maniaques”¹⁶.

Acculée bien vite, sous la pression de l'exiguïté de l'espace, à choisir entre l'hébergement charitable et inconditionnel des "infortunés et malheureux" aliénés et la rentabilité nécessaire du traitement asilaire (la mobilité obligée de la population de l'asile), la surintendance médicale n'aura de répit de promouvoir cette bipolarité monolithique de la curabilité-incurabilité dans laquelle elle croira pouvoir trouver un remède à tous ses maux et dont elle ne pourra par ailleurs rendre compte que par des présupposés sommaires et sans rapports véritables avec les "données" de l'expérience médico-thérapeutique. L'incurable, en l'espèce, sera par définition l'idiot, dit tautologiquement incurable 17, ou celui dont la maladie antérieurement ou postérieurement au renfermement asilaire, aura excédé un certain seuil de perdurance chronologique 18. Quant au concept de curabilité, corrélatif à ceux de "convalescence" et de "guérison", bien qu'il permette conjoncturellement d'entretenir l'illusion administrativement et politiquement nécessaire de l'efficience du traitement asilaire de la folie, il ne renverra au mieux qu'aux patients "maniaques" devenus tranquilles et inoffensifs et sujets à des phases de rémission chronologiquement, elles aussi, appréciables.

Pourtant s'il nous est loisible de penser, de façon récurrente, que durant la décade qui nous occupe ici aucun cas patent de guérison ne peut être sérieusement attribué à l'intervention proprement médicale généralement plus débilatante que curative 19, si l'on peut penser que la démarcation "médicale" décrétée entre le curable et l'incurable ne sert en réalité que de justification "professionnelle" à la politique sélective des entrées et aux décrets forcés de renvois, on ne peut nier qu'une conception effectivement médicale de la folie existât malgré tout, qu'elle dût obéir à une logique qui génère son propre système d'évidences et qu'elle entraînat un certain consensus de la profession médicale quant à l'efficacité des actes médicaux dispensés dans l'asile. L'apothéose de l'idéal thérapeutique poursuivi par l'asile trouve en fait son ultime achèvement ici même, dans l'apologie dogmatique du traitement dit "antiphlogistique" et, par ailleurs, dans le maniement étriqué de la statistique et de l'histoire médicale dans lesquelles on croira pouvoir puiser toutes les confirmations nécessaires à la validation de cette médecine surannée déjà largement contestée. Le rapport du docteur Spears sur l'administration de l'asile temporaire de Toronto, daté de 1843, retiendra ici notre attention 20.

Conformément au postulat fondamental de Broussais, fondateur de l'école physiologique, toute l'explication médicale semble devoir tourner autour du "concept" d'inflammation. "*La folie, affirme le docteur Spears, est une maladie inflammatoire*", du moins sous la forme qu'elle prend dans la manie; en cela elle résulte essentiellement de troubles artériels et circulatoires et s'accompagne généralement d'une excitation des vaisseaux des membranes intérieures du cerveau, injectées de sang, ce qui, de l'avis de Spears, se trouve indiscutablement corroboré par ses propres examens post-mortem, "*tous identiques, à quelques différences près*". Si tel est le

cas, il n'est pas étonnant alors que dans de nombreuses occurrences de manie aiguë, la folie s'accompagne de délires compliqués de fièvre et de maux de tête, et que les aliénés maniaques se trouvent au surplus généralement enclins à des maladies organiques attribuées elles-mêmes à l'inflammation, nommément la pleurésie, la pneumonie, l'inflammation de l'estomac, la gastrite, la cachexie, etc... À proprement parler, la folie tend à s'avérer souvent n'être qu'une simple "métastase (changement de localisation) de la pneumonie au cerveau", le traitement médical étant alors, ici comme ailleurs, tout indiqué: l'extraction du sang, soit au moyen de "*sangsuées appliquées plusieurs jours de suite*", soit au moyen de "*saignées copieuses et répétées pratiquées sur la tête ou dans les régions connexes... devrait arrêter la folie naissante et ramener les patients à la raison aussi promptement que l'on est accoutumé à voir la pneumonie céder à la saignée*". À la rigueur le recours à l'activation de la salivation par le mercure est lui aussi recommandable entendu que "*le mercure diminue la pression artérielle et égalise la circulation dans le corps, (raison pour laquelle) on l'administre aussi dans la péricardite, l'hydrocéphale aiguë et dans les inflammations du larynx, de la trachée, du foie, etc...*". Certes, l'exception fait la règle, certains cas "rares" de folie pouvant en contrepartie être attribués non pas aux excès de la circulation sanguine, mais au contraire à un état de débilité et de faiblesse générale. Mais alors le traitement médical ne saurait échapper à la visée totalitaire de l'étiologie médicale régnante, puisqu'en de tels cas, conformément à une procédure qui ne fait que s'inverser, la guérison ne pourra résulter que du rétablissement de la vitalité des fonctions circulatoires, soit par l'utilisation des vins et des alcools, soit par celle de tonique appropriés.

Que la folie se trouve donc ainsi réduite aux dimensions d'une simple maladie organique d'origine inflammatoire, qu'elle résulte généralement d'une congestion du flux sanguin et qu'elle en appelle à l'extraction de sang comme à son traitement le plus adéquat, cela se trouve confirmé, aux yeux du docteur Spears, non seulement par les plus grandes autorités en la matière (il citera ici avec force exemples et force statistiques Sydenham, Burrow, Hawkins, Haslam, Esquérol et Broussais) mais aussi par les péripéties les plus surprenantes de la chronique médicale. La rhétorique de Spears, qui ne s'encombre pas de prudence, atteint ici son point culminant: n'a-t-on point vu, en effet, de dire Spears, "*des fous qui avaient essayé de se suicider en se coupant le cou et qui ont été guéris ainsi accidentellement par les hémorragies qui s'en sont suivies*"? Mieux encore, à titre de contre épreuve, n'a-t-on point vu "*de fréquents exemples de manie provenant de la clôture de varicoses et de veines hémorroïdales, saignant depuis longtemps, exigeant toutes les saignées tout autant que d'autres maladies*"? Qui alors, à la suite d'une telle pléthore d'évidences, oserait douter encore que "*la durée moyenne du temps nécessaire pour la guérison au moyen du traitement antiphlogistique n'est que de cinquante-cinq jours*" et que "*le docteur Burrows qui saigne toujours dans le cas de folie (en arrive) à guérir jusqu'à 91.32% des cas récents et 35.18% des cas anciens*"?

Un tel discours, pour trivial qu'il nous apparaisse aujourd'hui, ne laisse donc subsister aucun doute quant à l'existence d'une conceptualisation médicale effective de la folie dès le premier âge de l'asile canadien et quant à l'existence d'une pratique médicale "raisonnée" et "congruente" susceptible d'alimenter l'utopie thérapeutique poursuivie par l'asile. On ne s'étonnera pas par ailleurs qu'hormis les saignées, les vésicatoires, les boissons et les toniques, l'on attribuait également à d'autres remèdes, tels les vomitifs, les purgatifs, les diètes ou les opiacés un effet salutaire non seulement en regard des maladies organiques des patients mais en regard même de leur folie, entendu que le traitement médical de la folie impliqua *"que l'on porte l'attention la plus sévère pour régler les fonctions animales"* et que l'on *"réduise l'action désordonnée de leur système vasculaire, nerveux et volontaire, par les moyens les plus énergiques, locaux et généraux"* 21. L'appropriation médicale du fou, son transfert de la tutelle carcérale dans la sphère d'autorité et de compétence du médecin aliéniste, impliquaient que la "maladie" se donna tout entière à voir dans le corps même de l'insensé, qu'elle se confondit au besoin avec une symptomatologie physique déjà familière au praticien généraliste et qu'elle entra ainsi de plein pied, bon gré mal gré, dans le champ d'application des paradigmes de la médecine régnante. C'est au prix d'un réductionnisme facile, où la folie se trouve commodément circonscrite en quelque sorte comme un "analogue" et où l'on ne résiste guère à la tentation d'escamoter les anomalies et les différences que l'asile tend ainsi à s'inscrire et à s'affirmer dans le champ social comme institution spécifiquement médicale. Coup de force théorique, sans plus, qui ne cessera par ailleurs de susciter à l'endroit de la pratique médicale asilaire les démentis les plus flagrants.

Pourtant malgré la réalité du traitement "médical", fort difficile à pondérer par ailleurs 22, d'autant plus qu'il appert que le traitement dit "antiphlogistique" de la folie cessa d'exister dès 1845 (après le départ du docteur Rees), il nous semble que le credo maintes fois réitéré dans la finalité curative de l'asile renvoie surtout à cette sorte de "miracle" opéré par le réaménagement de l'espace asilaire et à l'ordre moral qui y régna. Si l'on s'en tient en effet à la très large majorité des documents d'époque, la fonction thérapeutique et proprement médicale de l'asile tend, ainsi que nous l'avancions plus haut, à se confondre paradoxalement avec le champ des pratiques extra-médicales, c'est-à-dire avec toutes ces vertus qui font de l'asile un refuge accueillant, un lieu de "restauration" de l'insensé dans la sphère de la dignité humaine. Laissons plutôt parler le premier rapport de l'institution temporaire, daté de 1841, et qui n'est évoqué ici qu'en raison de son "exemplarité" :

"On a retiré les patients des cellules dans lesquelles ils étaient tenus à l'étroit et où la nécessité seule avait obligé de les laisser dans l'ordure, la nudité et le mauvais air — choses qui aggravaient leurs maladies; on les a logés dans les chambres purifiées et aérées destinées aux débiteurs; on les a lavés et habillés

proprement, et mis sous les soins d'un Médecin; leur nourriture a été adaptée à leur état physique; en un mot, tout ce que l'attention d'une personne dévouée pouvait accomplir, avec les moyens limités que nous avons pu lui fournir a été fait. L'effet de cette nouvelle existence s'est bientôt fait sentir. On a trouvé que plusieurs d'entr'eux que l'on regardait depuis longtemps comme des Insensés incurables, n'étaient pas affectés de folie, mais d'un dérangement dû à des causes physiques, et qui cédait à un traitement convenable. Plusieurs ont pleinement recouvré la raison, qui, sans ce traitement, n'en auraient jamais manifesté le moindre signe. Je ne pense pas qu'une aussi grande amélioration aurait jamais pu être effectuée par les visites accidentelles et casuelles d'un Médecin, quelque habile qu'il soit. L'ordre qui règne dans l'Asile, et le succès avec lequel il a été conduit, ont mérité l'approbation des Grands Jurés (...). L'on a (...) régulièrement admis de nouveaux patients dont les maladies ont été traitées avec succès dans plusieurs cas, et qui ont été renvoyés...' 23

Ainsi donc il semble clair que ce n'est pas exclusivement à l'acte médical directement exercé sur la maladie mentale entendue ici comme pathologie somatique spécifique que sont redevables ces "guérisons", ces "recouvrements de la raison". Le crédit en revient bien plutôt, semble-t-il, à la réorganisation du milieu physique et moral occupé par l'insensé et à ces qualités de salubrité, d'ordre et d'humanité qui démarquent désormais l'asile de la prison commune. La cause de la folie doit d'abord et avant tout être recherchée dans la défection et dans les vices d'un espace envisagé comme intrinsèquement favorable à la morbidité; tant et si bien que combattre la cause et la racine "extérieure" de la maladie entraînera la certitude de l'imminence de la guérison. En fait on ne cessera de découvrir de nouveaux "pouvoirs" à l'espace asilaire et à son cortège de "douceurs", en assumant par exemple que "l'air salubre a pour effet de stimuler l'énergie nerveuse et musculaire, deux résultats physiologiques qui par-dessus tous les autres doivent être particulièrement recherchés dans le traitement de la folie" 24. De même, on ne manquera pas de remarquer que "le traitement de la folie n'est pas sans rapport avec l'habillement chaud et confortable, qu'il ne va pas non plus sans une nourriture saine et abondante puisque la folie ne se guérit qu'à condition de développer la force corporelle et d'infuser un sang plus riche à ceux qui en sont les victimes" 25. Promenade, travail, bains, amusements et exercices, sans n'omettre bien sûr le décorum des offices religieux et le prêchi-prêcha des remontrances morales 26, tout ce que l'espace asilaire pourra offrir de soins, d'aisance, de confort et d'"attention" au corps et à l'âme de l'insensé sera porté au registre du "traitement" de l'aliénation mentale. En fait on ne croira pouvoir bien agir sur l'esprit de l'insensé que par la médiation de la relation corps-espace, que par l'éviction de toute cause "irritante" du milieu 27 qui pourrait venir troubler son intégrité physique et morale.

"Je suis convaincu, affirmera encore l'aliéniste Workman lui-même en 1857, que la folie ne se rencontre jamais chez une personne en parfait état de

santé: dans la plupart des cas, elle dépend certainement de la débilité physique'' 28.

Partant de là, on ne s'étonnera pas que l'apologie médicale et administrative de l'asile, malgré ses déboires répétés, prendra appui généralement non pas sur le traitement proprement médical de la folie, entendu au sens strict, mais presque exclusivement sur un souci de prophylaxie et d'hygiène morale et physique, sur une aptitude à soulager les patients de leurs maladies organiques, et sur la performance de la surintendance à prévenir et à enrayer les vagues de contagion (typhus et choléra) qui frapperont alors de larges couches de la population ontarienne. Cette conception pour le moins "extrincésiste" du traitement de la folie 29 ne trouvera de meilleur entérinement que celui des Grands Jurés qui se féliciteront de "trouver le *Bâtiment* dans un état satisfaisant sous tous les rapports" 30. Lors même que l'espace asilaire se fera plus rare et que ses vertus curatives d'ordre, de propreté, de moralité même (si tant est que la moralité tiendra elle-même largement à la "classification" des aliénés et à l'espace d'hébergement nécessaire pour y procéder) se verront mettre en péril, ce sera non point dans la promotion des "compétences" du personnel médical, non point dans l'accroissement du nombre des aliénistes traitants que l'on cherchera à sauvegarder la vocation thérapeutique de l'institution mais dans la quête d'un supplément d'espace salubre et confortable. Ainsi en 1846, une aile du Parlement, sise face à l'asile temporaire, sera mise à la disposition de la surintendance. Et ce qu'il y a d'instructif à ce propos, c'est que seuls les patients dits "convalescents" (les maniaques tranquilles) pourront y avoir accès, comme si la guérison "prévisible" de cette catégorie de patients dut précisément se refléter dans des conditions matérielles de renfermement comparables au degré d'amélioration de leur maladie 31. Le rapport entre les vertus du milieu et l'anticipation de la guérison ne saurait être plus clairement exprimé que dans ce décret discriminatoire de transfert des convalescents qui tend effectivement à répartir la qualité "des" espaces de l'asile conformément au degré de normalité reconquise. Matériellement l'asile tend à redoubler ici l'écart entre la folie consommée et la normalité prochaine de ce découpage singulier de l'espace de renfermement qui reproduit les écarts sociaux entre la richesse (milieu de normalité) et la pauvreté (milieu coextensif à la folie), entre le décloisonnement (milieu de normalité) et la promiscuité (milieu coextensif à la folie). Car enfin, ce ne peut être l'effet du hasard si les incurables (idiots, imbéciles, maniaques chroniques), eux, seront tenus d'occuper massivement les mansardes (l'endroit le plus mal tenu de l'asile), si les patients "méchants" et "furieux" seront confinés et parfois même regroupés dans les cellules d'isolement, si les patients payants occuperont prioritairement les "chambres" ("s'octroyant" ainsi un "décor" plus conforme à la normalité) et si les "convalescents", enfin, seront les seuls à jouir de privilèges exclusifs (sorties, promenades, baignades) et à bénéficier des locaux les plus confortables (l'aile du parlement).

On ne saurait donc s'étonner finalement, au terme de cette confusion toujours latente entre le discours médical (qui vise la guérison du malade) et le discours extra ou para médical (le discours humanitaire, moral, le discours hygiénique) que l'utopie asilaire, que le mythe de l'asile tout-puissant résistât pendant de longues années encore à l'évidence de l'inanité du traitement moral et médical de la folie. Il n'est pas étonnant non plus que la prolifération croissante des cas dits "incurables" qui engorgeront de plus en plus l'asile fut reportée non pas sur la précarité des connaissances médicales, mais précisément sur l'insuffisance des espaces disponibles et sur l'inévitable dégradation des conditions de réclusion. Ainsi, dans son rapport pour l'année 1855, le surintendant de l'asile permanent de Toronto, Joseph Workman, portera à l'attention de ses supérieurs hiérarchiques que pour des raisons purement matérielles il lui est impossible de procéder à une classification adéquate des aliénés et que l'indiscipline et la turbulence qui s'ensuivent *"nuisent grandement à l'efficacité du traitement qui veut que les passions soient calmées et que la tranquillité et le confort règnent pour ramener la raison"* 32. Ici comme ailleurs, d'avouer Workman, le désordre des fous ne saurait scandaliser davantage que le désordre des foules, si tant est que le désordre dans l'asile, occasionné par la promiscuité, n'est ni mieux ni pis que le désordre courant dans tout espace surpeuplé. Comment alors demander raisonnablement aux fous ce que l'expérience commune refuse aux attroupements de personnes saines d'esprit? Dialectique impeccable, il va sans dire, qui démythifie l'image de l'aliéné comme violence "en soi", comme désordre "incarné", et qui encore une fois fait de la folie un état corrélatif aux vices de l'espace ou du milieu ambiant. Certes, dans ce même rapport de 1856, le surintendant Workman, reconnaissant le caractère fallacieux des statistiques médicales, donnera à savoir qu'un fort pourcentage des patients soi-disant "renvoyés guéris" ne le sont en fait que de façon tout à fait "illusoire" compte tenu des cas nombreux de "rechute" qui doivent recourir à nouveau aux bons soins de l'institution. Mais encore ici, le relevé de ces cas de "rechute" n'aura pas pour but de contester en soi le "pouvoir de guérir" immanent par principe aux vertus de l'espace asilaire. Bien au contraire, ces cas de rechute ne s'expliqueront bien à ses yeux qu'en raison de leur renvoi obligé et trop précoce de l'asile pour cause de surpopulation provisoire :

"Ces rechutes qui ont eu lieu dans les premières années (1840-50), explique-t-il, auraient pu être évitées si les patients eussent été tenus sous 'le' traitement après leur première admission" 33.

Si donc la maladie, tout comme la guérison, fut à ce point solidaire du milieu, on comprendra que ce ne sont pas tellement "les" maladies de l'esprit qui finalement devaient polariser le discours des premiers aliénistes canadiens mais plutôt les malades eux-mêmes dont la désignation sera presque toujours assortie des réminiscences de leurs conditions antérieures de "détention"; car c'est en effet presque toujours des "malheureux".

des "infortunés" patients, ou encore des personnes "affligées" de maladies mentales qu'il sera toujours question dans les rapports de l'administration de l'asile, comme si la folie ne se donna encore à voir qu'en référence au contexte d'indigence, de malnutrition, de malpropreté et d'isolement qui jusqu'alors fut généralement celui de l'insensé; comme s'il n'y eut en fait de folie perceptible et médicalement assumée que là où la "mise" de l'insensé fut elle aussi prise en main et poursuivie jusqu'à l'extinction. De discours sur la typologie des maladies mentales, d'écriture même sommaire sur la symptomatologie des diverses "formes" de folie, point, du moins chez les surintendants de l'institution, hormis bien sûr l'utilisation tout à fait incidente d'une nomenclature nosologique rudimentaire utilisée à des fins exclusives de comptabilité statistique 34 et qui ne se trouvera explicitée en fait nulle part ailleurs. Pour accéder effectivement à l'hégémonie et à la démarcation du discours médical, il eut sans doute fallu que l'on cessât d'aseptiser le corps du fou par tous les moyens (hygiène préventive, vêtements propres, nourriture abondante), que l'on cessât de réprimer ou de refouler sa folie derrière la mission restauratrice du traitement moral, du savoir-vivre et de la bienséance et que, quittant le terrain du "décor", on laissât le fou parler, dire, raconter et agir sa folie. Il eut fallu en d'autres termes que l'on se mit à *observer* le spectacle polymorphe des *cas* de folie. 35

Faute de quoi, la folie restera encore ici un phénomène unitaire, indifférencié, "collectif" qui ne laissera aucune prise à la "rationalité" médicale. L'unité indifférenciée de la folie n'aura d'égal en vérité que l'unité indifférenciée "du" 36 traitement, celui-là même qui vaudra pour tous les aliénés. Proscrivant tout critère à teneur franchement médicale qui eût pris la maladie elle-même et le "tableau" de ses manifestations symptomales comme centre de référence, l'administration asilaire qui procédera néanmoins à la classification des aliénés dans l'asile, n'aura d'autre choix que celui de perpétuer les normes qui lui seront dictées par le "totalitarisme" de l'espace, du milieu, idéalement aseptique et ordonné. Encore ici l'interpellation du malade prévaudra sur l'interpellation de la maladie: il faudra distinguer en effet entre l'aliéné "violent", "bryant", obscène ou méchant et l'aliéné tranquille, entre l'aliéné "malpropre" ou "gâteux" et l'aliéné "complaisant". De même y aura-t-il lieu de parler du "pire" des départements, ou, à l'inverse, de la "meilleure classe" de patients sans que l'on ne sache trop s'il s'agit là de dénominations médicales, administratives ou d'appréciations morales; confusion que l'on retrace non seulement dans le système de classification des aliénés mais dans l'explication étiologique de la maladie puisque le "catalogue" des causes nous renvoie, hormis les causes physiques "accidentelles", à la gamme complète des vices et des actes moralement ou juridiquement réprouvés; de ce fait le "traitement" ne pourra forcément que reproduire lui aussi la confusion, toute intervention, de l'isolement à la diète, de la prévention

hygiénique à la saignée, de la réprimande morale à la compassion, pouvant d'une manière ou d'une autre, ainsi qu'on l'a déjà dit, concourir à la guérison.

L'indiscipline du discours médical, dilué non seulement par le moralisme mais aussi par un empirisme farfelu qui nomme tout et retient tout au gré des témoignages des proches parents ou des amis, permettra ici les plus surprenantes. Ainsi, par exemple, l'idiotisme et la manie apparaîtront tour à tour comme causes et comme dénominations de la maladie. L'épilepsie s'avérera être elle aussi tantôt une cause tantôt une complication de la folie. De même les *symptômes* ou les *circonstances* d'"apparition" de la maladie mentale se trouveront confondus eux aussi avec l'ordre des causes, à travers lesquelles on discrimina sommairement les causes physiques (fièvre, affection cérébrale, maladie corporelle, blessures, coup de froid alors que le patient était sous l'effet du traitement au mercure...) et les causes morales (chagrin, désappointement en amour, ivrognerie, fanatisme, jeu et dissipation, jalousie, affliction domestique...). Enfin, l'hérédité sera elle aussi portée au registre des causes bien qu'elle ne réfère généralement qu'au constat de l'occurrence de cas d'ivrognerie ou de folie dans la famille du patient et non à des considérations proprement génétiques. Hormis encore une fois le texte tout à fait unique rédigé par Spears, on serait bien en mal finalement de déceler dans le discours tenu par les aliénistes ontariens entre 1840 et 1850 un cadre conceptuel ou théorique quelconque qui eut au moins le mérite de récupérer de façon tant soit peu systématique le champ de mémoire de la pratique médicale étrangère en matière d'aliénation mentale. En fait, il faudra attendre jusqu'en 1855 pour voir se fixer et s'explicitier tant soit peu, sous la plume de la surintendance médicale de l'asile, la terminologie nosologique déjà consacrée par les aliénistes de France ou d'Angleterre et pour voir se profiler un certain empirisme clinique dont la visée fut à proprement parler médicale. Encore qu'ici cette volonté d'empiricité plus systématique sera l'oeuvre exclusive du docteur Joseph Workman qui jusqu'en 1873 sera le seul aliéniste canadien de métier à rompre partiellement avec les présupposés du sens commun (moralisme, empirisme naïf) et à situer le problème de la maladie mentale sur le terrain de la pathologie anatomique, physiologique et comportementale 37. Mais, à vrai dire, les écrits de Workman n'auront guère d'effet sur la pratique asilaire dont la régie, tant au niveau de la classification des patients qu'au niveau du traitement, continuera d'obéir à une schématisation essentiellement morale et à des impératifs de plus en plus clairement formulés de détention préventive et de "protection de la société" 38. On comprendra cela d'autant plus facilement que l'observation clinique de "cas" particuliers d'aliénation ne donnera lieu à aucune sorte d'interventions médicales conséquentes à la discrimination de formes pathologiques spécifiques en sorte que l'idée d'administrer l'asile sur la base de diagnostic n'eût pu s'avérer de toute façon que futile et insignifiante. Ce n'est pas dire pour autant que l'expérimentation thérapeutique, que le souci de lier plus étroitement la nosologie et le traitement médical

n'aura pas cours au Canada durant cette période qui va de 1855 à 1873. On notera en effet que l'utilisation de chloroforme, d'extrait de belladonna, de gentian et d'opium dans les cas de delerium tremens, d'acide valérien et de carbonate d'ammonium (de chloroforme également) dans les cas d'"épilepsie" ou de "manie épileptique" (sans n'oublier certaines formes d'intervention chirurgicale dont la ligature de l'artère carotide) et d'arsenic dans les cas de manie intermittente, se trouve attestée par les périodiques médicaux canadiens de l'époque 39. Mais ce qui apparaît comme une constante, aussi bien en Haut qu'en Bas-Canada, c'est que ces formes d'intervention "expérimentale" sur la maladie mentale ne se rencontrent que dans les hôpitaux généraux, à la rigueur dans les hôpitaux militaires ou les cabinets particuliers des membres de la profession médicale. Autant l'asile semble détenir en effet le monopole du discours humanitaire à propos de la folie conformément à sa fonction finalement englobante de "restauration", autant le traitement spécifiquement médical de la folie semble finalement devoir lui échapper presque totalement.

On alléguera, bien sûr, que l'asile, faute d'un personnel médical et para-médical convenable tant sous le rapport des compétences 40, que sous celui des effectifs mobilisables, et pour des raisons manifestement évidentes d'indigence en ce qui a trait aux locaux disponibles, ne pouvait garantir les "services essentiels" à l'administration et au contrôle d'un traitement médical à caractère "expérimental". Un tel argument, à vrai dire, ne souffre aucune contestation et va de soi. Mais ce qu'il faut retenir pour notre propos, c'est que c'est précisément ici, par-delà la prétention illusoire de l'institution asilaire à guérir la folie, que se donne à reconnaître l'irréductible écart, qui persistera encore longtemps, entre l'asile et l'hôpital, l'asile, la "séquestration" asilaire étant et demeurant, ainsi qu'en conviendra fort implicitement l'aliéniste Workman, le dernier recours de l'aliéné, le retranchement ultime de la folie 41, voire la confirmation de l'impuissance de la science médicale devant la maladie. Dès lors, on s'expliquera aisément pourquoi le métier d'aliéniste restera dans l'ombre et à la périphérie de la profession médicale elle-même jusque dans la dernière décade du XIXe siècle 42. On s'expliquera pourquoi dans la sphère du médico-légal, les juristes n'auront jusqu'alors de répit de tourner en ridicule et de discréditer les expertises contradictoires, éclectiques et indécrement spéculatives des physiciens aliénistes 43. On s'expliquera enfin pourquoi les aliénistes confrontés avec cette absence de crédibilité rechercheront désespérément des appuis et des confirmations tant auprès des procédés conventionnels de la médecine générale qu'auprès des acquis de l'anatomie et de la physiologie cérébrale, tentant par là de "somatiser" la maladie et de la rendre par là coextensive à l'acte proprement médical 44. Mais cette quête "circonstancielle" de "physicalisme", qui cherchera à inscrire la maladie mentale dans l'espace organique du corps et qui chez plusieurs aliénistes, dont H. Landor et H. Howard, se doublera même de pré-supposés philosophiques franchement matérialistes, ira encore ici sans prolongement et sans implications pratiques au niveau

de la thérapie asilaire, l'aliéniste n'ayant généralement d'autre alternative que celle de continuer à entretenir le vieux mythe des vertus magiques de l'espace d'asile et l'infaillible effet de conversion à la normalité opéré par le traitement moral.

L'IMPOSSIBILITE PROVISOIRE DE L'UTOPIE ASILAIRE

Tout ce que nous avons dit jusqu'ici ne renvoie pourtant qu'à l'utopie asilaire et qu'aux multiples effets de recouvrement qu'elle occasionna entre les discours humanitaire, administratif, moral et médical. A y regarder de plus près, à rompre avec la complaisance des textes les plus "officiels" et à fouiller les à-côtés de la quotidienneté avouée de l'institution, on s'aperçoit que l'asile, pour la période qui nous occupe (1840-1850), ne fut guère à la hauteur de ses prétentions soutenues de guérir la folie en restaurant le corps et en refaçonant l'âme de l'aliéné. Deux témoignages sont ici particulièrement accablants; d'abord celui de J.H. Tuke, frère de l'aliéniste D. Hack Tuke, qui, à la suite d'une visite effectuée à l'asile temporaire de Toronto en 1845, tiendra les propos suivants :

"Visited the lunatic asylum. It is one of the most painful and distressing places I ever visited. The house has a terribly dark aspect within and without, and was intended for a prison. There were, perhaps, 70 patients upon whose faces misery, starvation, and suffering were indelibly impressed. The doctor (Dr Rees) pursues the exploded system of constantly cupping, bleeding, blistering and purging his patients; giving them also the smallest quality of food, and that of the poorest quality. No meat is allowed. The foreheads and necks of the patients were nearly all scarred with the marks of former cuppings, or were bandaged from the effects of more recent ones. Many patients were suffering from sore legs, or from blisters on their back and legs. Everyone looked emaciated and wretched. Strongly built men were shrunk to skeletons, and poor idiots were lying on their beds motionless and as if half dead. Every patient has his or her head shaved. One miserable courtyard was the only airing court for the 60 or 70 patients — men or women. The doctor, in response to my questions, and evident disgust, persisted that this was the only method of treating lunatics, and boasted that he employs no restraint and that his cures are larger than those in any English or Continental asylum. I left the place sickened with disgust, and could hardly sleep at night, as the images of the suffering patients kept floating before my mind's eyes in all the horrors of the revolting scenes I had witnessed" 45.

Mais ce témoignage qui dissipe sans équivoque toutes les anticipations optimistes de l'utopie asilaire et des politiques sociales réformistes ne suffit pas. Il faut y ajouter en effet celui du surintendant G.H. Park (1848-49) qui, pris à parti par la fatuité, l'intransigence et le légalisme du bureau des commissaires de l'asile temporaire, révélera à sa décharge,

et pour la plus grande souffrance de la discrétion ministérielle 48, le désordre inqualifiable qui continuera à régner dans l'asile même après le terme du Docteur Rees à la surintendance :

"Le surintendant a trouvé, en entrant en fonction, l'asile dans un bien pauvre état, comme on pourrait facilement le supposer par ce qui est arrivé avant sa nomination ; il n'y avait pas assez d'habillements d'aucune espèce pour que les lunatiques puissent changer de vêtements : un grand nombre de patients n'avaient pas d'habits depuis plusieurs mois, étant constamment tenus renfermés dans les cellules ou, s'ils étaient paisibles, reposant sur le plancher de la salle supérieure, appartement qu'occupaient constamment de 60 à 70 patients dans un état de malpropreté le plus dégoûtant ; et comme ils étaient de la pire espèce de lunatiques, on ne leur permettait pas d'aller dans la cour, ou en plein air. La puanteur de cette salle était à peine supportable tant on avait laissé accumuler des ordures dans certaines parties de l'appartement. Les autres salles n'étaient pas tout à fait aussi malpropres, mais il n'y avait pas une seule partie dans tout l'appartement qui ne fut dans un état de malpropreté et qui n'offrit sous d'autres rapports un juste sujet de critique. Il n'y avait pas de bains et l'on n'avait pas adopté d'autres moyens pour tenir les patients proprement ; les cellules et appartements à coucher étaient tenus fermés et avec malpropreté ; les lits et couchettes étaient couverts de vermine, et on tenait, pendant des jours et des nuits, renfermés ensemble dans des cellules, les patients agités et turbulents ; moyen assez facile de se dispenser d'en avoir soin (...). Les repas des lunatiques, si l'on peut les appeler ainsi, étaient mal préparés et nullement confortables, et accompagnés de beaucoup de gaspillage ; il se dépensait une grande quantité de spiritueux pour l'usage et avantage, disait-on des patients, mais dont ils ne recevaient réellement qu'une bien faible partie (...). Ceux qui demeuraient dans les mansardes, nus, presque sans secours, ayant les jambes enflées, un appétit dérangé, une sanguinification imparfaite, et un affaiblissement général des pouvoirs constitutionnels, ont repris bientôt plus de vigueur quand on les eut vêtus proprement et conduits dans la cour (...). Le surintendant a fait nettoyer toute l'institution afin que les visiteurs ne fussent pas choqués de l'atmosphère des divers appartements'" 47.

Le portrait de l'asile esquissé par le docteur Park et par J.H. Tuke aurait dû en principe sonner le glas du discours mythique dont s'était auréolée jusqu'alors l'institution asilaire. Mais, on le sait, les mythes ont la vie coriace et on n'en dispose bien qu'en leur opposant toutes les ressources d'une nouvelle cohérence discursive. Or les interventions exemplaires pour le moins incisives de Tuke et de Park ne proposaient aucune alternative et ce qu'elles visaient ce n'était point en réalité l'utopie asilaire et le cortège des croyances à travers lesquelles elle s'énonçait, ce n'était pas la certitude de pouvoir "guérir" la folie par des moyens reconnus aujourd'hui périmés, mais c'était plutôt la réalité même des conditions

matérielles impitoyables de la détention asilaire et l'impossibilité "provisoire" d'y voir réalisée l'utopie qui, elle, continuera à subsister par-delà les déboires de l'asile. Aussi tous les espoirs que l'on avait fondés sur les vertus curatives de l'espace asilaire et sur le traitement moral seront-ils reportés sur l'asile permanent (1851) dont la construction sera attendue avec la plus grande impatience. L'asile permanent, par sa modernité, devra idéalement réussir là où l'ancienne prison avait manifestement failli.

NOTES

- (1) Cf. *Rapport des Commissaires de l'Asile Temporaire des insensés à Toronto*, in *JAL* * (1841), app. L.L.
- (2) Cf. *Rapport du surintendant médical (W.M. Rees) de l'Asile Temporaire des aliénés de Toronto*, in *JAL* (1842), app. U.
- (3) Cf. *Rapport des Commissaires (...)*, in *JAL* (1841), app. L.L.
- (4) Jusqu'en 1848, les patients, privés de bains, devront aller puiser eux-mêmes à la baie l'eau nécessaire à leurs besoins, l'ancienne prison ne disposant même pas d'un puits (cf. *Rapport des Commissaires* (1849), app. M. — lettre de John Rolph, commissaire, datée du 15 août 1848, de même que la lettre de G. Park, datée du 13 septembre 1848).
- (5) Cf. *Rapport des Commissaires*, in *Jal* (1841), app. L.L.
- (6) Ces expressions apparaissent de façon courante dans les rapports de l'asile au cours de la période 1841-1850.
- (7) Cf. *Rapport du Surintendant médical*, in *JAL* (1842), app. U (les extraits en annexe du Rapport du Docteur Hutchinson de l'asile Royal des aliénés de Glasgow).
- (8) Cf. en particulier les règlements de régie interne de l'asile de Toronto, transmis avec la lettre du Docteur Park (datée du 18 septembre), in *JAL* (1849), app. M.
- (9) Cf. *Infra* notes 44 et 46.
- (10) Cf. *Infra* note 23.
- (11) Cf. entre autres, à ce propos, le témoignage de l'intendant William Ramsay contre le Docteur Park en 1848 (30 novembre): "Le docteur ne me donne jamais d'ordre au sujet du traitement médical des patients. Le docteur n'a pas visité plus de deux ou trois fois les cellules où sont confinés les patients méchants (...). Je n'ai jamais vu le docteur préparer ses médecines ou faire ses prescriptions. Il laisse toujours ce soin au portier Byrne. Le docteur Park visite ordinairement l'asile deux fois par jour, quelquefois trois ou quatre (...). Il prend généralement de cinq à quinze minutes pour visiter les salles de l'asile", in *JAL* (1849), app. M.
- (12) Ainsi, au cours de leurs termes successifs à la surintendance de l'asile, les docteurs Rees, Telfer, Park et Primrose n'auront consacré aucun article aux maladies mentales ou à l'institution asilaire. Encore en 1853, la profession médicale, par le biais de son association provinciale, s'étonnera du peu de soins que met le gouvernement du Haut-Canada dans les procédures de recrutement des candidats à la surintendance de l'Asile (Cf. "Provincial Lunatic Asylum", in *The Upper Canada Journal of Medical, Surgical and Physical Science*, vol. III (1853-54): 123-4).

* Journaux de l'Assemblée Législative.

(13) L'indication par la surintendance de la forme, de la durée, et de la cause de chaque maladie compte, en effet, parmi les formalités administratives à remplir lors de l'admission de chaque patient. Ces formalités sont imposées par l'Etat et c'est pratiquement dans ce seul contexte qu'apparaîtront les maigres données nosographiques ou étiologiques fournies par la surintendance de l'asile durant la période 1840-50.

(14) Dès septembre 1842, soit 20 mois après son établissement, l'asile temporaire aura atteint le plafond de 126 pensionnaires pour la période 1841-1850, ce qui dépasse par ailleurs largement la capacité normale de l'institution.

(15) Cf. *Rapport des Commissaires*, in *JAL*. (1842), app. U.

(16) *Ibidem*; cf. aussi le *Rapport du Surintendant*, *JAL* (1849), app. Q.Q.Q.Q.

(17) Dans les rapports de l'institution les termes "idiot" et "incurable" sont presque toujours synonymes, l'expression consacrée étant "les idiots" ou "incurables".

(18) Cf. *Rapport du Surintendant*, in *JAL* (1849), app. Q.Q.Q.Q.: "Parmi ces patients, il y en a un grand nombre qui étaient depuis plusieurs années dans cet établissement, et plusieurs d'entre eux étaient insensés bien avant leur naissance. Ceux-là sont probablement incurables". Si l'on s'en reporte à la statistique médicale de l'époque, on peut dire que le terme "incurable" renvoie généralement à celui qui aura séjourné plus de deux années dans l'asile; cf. *Rapport du Surintendant* (1842), in *JAL* (1842), app. U.: "De ceux qui ont été guéris, 36 ont été renvoyés trois mois après leur admission, 7 six mois après, 8 neuf mois après, 5 douze mois après et 3 dix-huit mois après leur admission". Cf. aussi le rapport du Docteur Spears, médecin suppléant de l'asile en 1843, in *JAL* (1851), app. O.O.: "D'après cette table, les chances de guérison diminuent entre le 1er et 2ième six mois de 36%, et entre les 2ième et 3ième six mois de 88%.

(19) Cf. infra, note 44; cf. aussi le jugement rétrospectif porté par Workman en 1857 sur le traitement médical antérieur de la folie, in *JAL* (1857), app. 12.

(20) Toutes les citations des deux paragraphes qui suivent sont empruntées au rapport du docteur Spears; cf. *JAL* (1851), app. O.O. (app. 1).

(21) Cf. *Rapport du Surintendant médical*, in *JAL* (1842), app. U.

(22) Il importe de rappeler en effet, 1) que les propos tenus par Spears constituent le seul et unique exemple d'un discours plus spécifiquement médical tenu sur la folie au Canada entre 1840 et 1850 dans le cadre de l'institution asilaire. 2) que ce discours vise non pas tant à "théoriser" sur les pratiques médicales dans l'asile temporaire mais plutôt à en faire l'apologie (à faire incidemment l'apologie du surintendant Rees, déjà fortement critiqué pour son esprit charcutier). 3) que le texte de Rees apparaît non point sous forme d'article mais sous forme de lettre adressée apparemment aux Commissaires de l'institution. 4) que le docteur Spears n'est point lui-même un aliéniste de métier mais un praticien généraliste chargé d'assumer provisoirement la relève du docteur Rees.

(23) Cf. *Rapport des Commissaires*, in *JAL* (1841), app. L.L.

(24) Nous paraphasons ici un passage du Rapport du Surintendant Workman pour l'année 1854; cf. *JAL* (1854), app. H.

(25) Autre paraphase du même Rapport de Workman.

(26) Pour se faire une idée de la fonction thérapeutique des préceptes moraux, on consultera l'appendice du Rapport du Surintendant Rees pour l'année 1842; cf. *JAL* (1842), app. U (app. A, B et C)

(27) Cette éviction des "causes irritantes" est en effet l'élément premier qui définit le traitement dit médical; cf. *Rapport du Surintendant*, in *JAL* (1842), app. U.

- (28) Cf. *Rapport du Surintendant*, in *JAL* (1857), app. no. 12. Débilité physique attribuable elle-même à des conditions de vie misérables.
- (29) L'idée d'"intérieuriser" les causes de la folie, de rendre celle-ci coextensive au "psychique" est une idée entièrement étrangère au XIXe siècle. A la rigueur, dans le cadre des querelles entre aliénistes et légistes, le problème de la folie sera posé, surtout au Québec, dans les termes scolastiques de la psychologie rationnelle (la folie devenant alors Dérailson, dérèglement de la Raison, asservissement de la Raison aux appétits sensibles). Quant aux concepts d'intelligence, de "névrose", de "personnalité", de "mental" de "mind" qui percent effectivement dans certains textes à compter de 1880, ils sont généralement sujets soit à un réductionnisme anatomique ou physiologique radical, soit à une explication rationaliste de type scolastique, soit à un empirisme descriptif (des comportements), soit aux trois à la fois, mais jamais ils ne renvoient à une explication postulant l'existence d'une quelconque mécanique ou structure psychique. Aussi la cause de la folie doit-elle être recherchée soit dans l'immoralité (la faiblesse du jugement), soit dans la maladie organique (incluant les maladies cérébrales), soit dans le "milieu" (à la fois physique et moral) comme porteur d'éléments morbides et irritants.
- (30) Cf. *Rapport des Commissaires*, in *JAL* (1841), app. L.L.
- (31) Déjà en 1842, l'administration de l'asile suggérera d'éloigner les "convalescents" de l'asile et de les transférer sur une petite ferme.
- (32) Cf. *Rapport du Surintendant*, in *JAL* (1856), app. no 2.
- (33) Ibidem.
- (34) Cf. supra, note (13); on ne retiendra ici que cinq dénominations ou "formes" de folie: la monomanie, la manie, l'idiotisme, la démence et l'imbécillité.
- (35) En autant que l'on peut en juger, le dossier médical qui individualise chaque "cas" de maladie mentale n'apparaîtra que vers les années 1890-1900. L'exception fait la règle: le surintendant Workman de l'asile de Toronto sera le premier aliéniste à procéder à l'étude clinique (observationnelle) de quelques cas d'aliénation mentale (cf. "Cases of Insanity illustrative of the Pathology of General Paralysis", in *The American Journal of Insanity*, (1856) vol XIII: 13-24; "Pathological Notes", in *JAL*, (1858) vol. XV: 1-22; 141-155; "Notes illustrative of the Pathology of Insanity", in *JAL*, (1860) vol. XVII: 1-18). Ce ne sera pas toutefois dans le cadre de la gestion médicale de l'asile mais en vue de la production d'articles médicaux dans *The American Journal of Insanity*.
- (36) Le terme de "traitement" est effectivement toujours utilisé au singulier et désigne à la fois le traitement moral, hygiénique et médical.
- (37) Pour un aperçu des études "cliniques" de Workman, cf. *Bibliographie sur la préhistoire de la psychiatrie canadienne au XIXe siècle*, in *Recherches et théories*, no 10, Université du Québec à Montréal et à Trois-Rivières (1976).
- (38) On sait, en effet, que jusqu'à la fondation de l'asile de Kingston (et même après), l'asile de Toronto devra assumer la garde des nombreux aliénés criminels qui y seront confinés.
- (39) Déjà en 1730, le docteur Giles Wills, travaillant à la solde de la Compagnie de la Baie d'Hudson, utilisait une poudre composée entre autre de valérien sauvage pulvérisée pour le traitement de l'épilepsie; cf. à ce propos, *World History of Psychiatry*, Brunner/Mazel, New-York, 1975, p. 417. A propos du traitement pharmacologique de la folie, cf. la bibliographie citée à la note 36, particulièrement l'*addenda* (articles) à la fin de cette bibliographie.

(40) Ainsi plusieurs gardiens de l'ancienne prison continueront d'exercer leur métier dans l'asile temporaire à l'endroit des insensés !

(41) Cf. *Rapport du Surintendant*, in *JAL* (1857), app. no 12: "Un asile d'aliénés est à beaucoup d'égard l'endroit où l'on traite le mieux les aliénés, mais l'envoi de ces derniers à une telle institution n'est pas toujours nécessaire; dans les cas de la plus grande nécessité seulement devrait-on envoyer un fou à l'asile".

(42) Ce n'est en effet qu'à la toute fin du XIXe siècle que la "spécialité" d'aliéniste accédera à la pleine reconnaissance professionnelle lorsque les surintendants des asiles canadiens se joindront en grand nombre à l'American Medico-Psychological Association; cf. *Les Mémoires* de cette société à compter de 1895 (liste des membres réguliers).

(43) Un article paraîtra sous peu sur les rapports entre la folie et la criminalité au XIXe siècle.

(44) Cf. en particulier les nombreux articles du docteur Henry Howard qui confronté personnellement avec le scepticisme forcené des juges sera l'un des premiers aliénistes canadiens à vouloir fonder l'autorité du diagnostic médico-légal de la folie sur une symptomatologie physiologique élaborée (température du corps, pulsations cardiaques, dilatation de la pupille, etc...) dont on retrouve déjà par ailleurs toutes les composantes dans l'oeuvre de l'aliéniste américain Beck (cf. "Beck on Medical Jurisprudence", in *Journal de Médecine de Québec*, vol. 2 (1827): 135-145).

(45) Cf. Tuke (D.H.), *The Insane in the United States and Canada*, London, 1885, p. 215.

(46) Le comité mis sur pied par le Bureau du Secrétaire de la Province du Haut-Canada pour enquêter sur l'asile temporaire de Toronto, recevra ainsi les différentes déclarations faites par les témoins: "Ces documents contiennent une foule de choses que, suivant l'opinion du comité, il eut été mieux d'omettre (....)".

(47) Cf. *JAL* (1849), app. M.

SUMMARY

The article analyzes the medical discourse of the directors of the Toronto asylum during the period from 1841 to 1850. These administrators gave the asylum the double objective of returning human dignity to the insane and of curing their insanity. Thus, they elaborated policies congruent to this double objective, policies, which when subjected to an elaborate analysis are seen to be ambiguous. In addition, a study of the unofficial day practices, reveals the utopian nature of the official objectives and the veritably unchanged situation of these unfortunate people.