ATLAS historique du Québec

L'institution médicale

Sous la direction de
NORMAND SÉGUIN



LES PRESSES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC) une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Données de catalogage avant publication (Canada)

Vedette principale au titre :

L'institution médicale

(Atlas historique du Québec)
Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 2-7637-7623-X

1. Médecine - Québec (Province) - Histoire. 2. Santé, Services de - Québec (Province) - Histoire. 3. Santé publique - Québec (Province) - Histoire. 4. Soins médicaux - Québec (Province) - Histoire. 5. Hôpitaux - Québec (Province) - Histoire. 6. Médecine - Québec (Province) - Histoire - 19e siècle. I. Séguin, Normand. II. Collection.

R463.Q8157 1998 610'.9714 C98-941222-9

Direction artistique et conception de la page couverture :

Norman Dupuis

Conception graphique :

Charaf El Ghernati

Infographie et illustration :

Charaf El Ghernati

Photographie de la couverture :

Salle d'opération de l'hôpital Notre-Dame, circa 1910.
Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

© Les Presses de l'Université Laval 1998
Tous droits réservés. Imprimé au Canada.
Dépôt légal (Québec et Canada), 3e trimestre 1998
ISBN 2-7637-7623-X

Distribution de livres Univers
845, rue Marie-Victorin
Saint-Nicolas (Québec)
Canada G7A 3S8

Tél. : (418) 831-7474
1 800 859-7474
Télec. : (418) 831-4021

ATLAS historique du Québec

L'institution médicale

Sous la direction de
NORMAND SÉGUIN

LES PRESSES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL
Sainte-Foy 1998

Table des matières

Remerciements xiii

Présentation 1
Normand Séguin

CHAPITRE I : LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA AUX XVII^e ET XVIII^e SIÈCLES 3

Rénald Lessard

1. Les besoins médicaux des Canadiens 3

Les perceptions de la maladie 3

La morbidité canadienne 4

2. Les pratiques médicales 5

Les pratiques parallèles 5

La pratique médicale officielle 7

L'action thérapeutique 8

La pharmacopée 8

La chirurgie 11

L'obstétrique 11

La prophylaxie 12

Des outils 13

3. Les hôpitaux 14

4. Le corps médical 16

Les médecins 16

Les apothicaires 18

Les chirurgiens 19

L'élite chirurgicale 19

L'effectif médical 21

Un groupe en voie de professionnalisation 24

Une fonction sociale reconnue 26

CHAPITRE II : L'ASILE, DE 1845 À 1920 37

André Paradis

1. Des loges à l'asile 37

La tradition des loges 37

L'impact de la révolution pinélienne 39

Une transition difficile vers l'asile 41

2. Du rêve à la désillusion : la faillite de l'expérience asilaire (1845-1890) 42

L'asile temporaire de Beauport 42

L'asile permanent de Beauport : sous le régime de l'affermage 45

Un régime asilaire contesté 51

La Commission royale d'enquête de 1886-1888 : annonce de changements 55

3. De l'asile à l'hôpital psychiatrique 57

Un vent de réforme : l'asile de Verdun 57

Les asiles francophones en transition 62

CHAPITRE III : LA FORMATION DES GRANDS APPAREILS SANITAIRES, 1800-1945 75

François Guérard

1. Une croisade nationale sous gouverne médicale 75

Sous le règne des mesures d'hygiène publique temporaires 76

Les quarantaines de vaisseaux et la vaccination 76

Des mesures généralement ponctuelles 77

Un modèle médical importé et adapté au Québec 77

Un projet défini et promu par l'élite médicale québécoise 78
Un projet issu d'un courant d'idées international 78
L'adaptation au contexte québécois 79
Une guerre sans merci au nom d'idéaux élevés 80
L'élargissement du champ d'action de la médecine 82
Agir sur l'ensemble du territoire québécois 82
Agir sur tous les groupes sociaux 82
Agir dans les sphères privée et publique 83
La mobilisation des autres groupes sociaux 83
Le ralliement des groupes les plus influents 84
Le recrutement d'un personnel nombreux et diversifié 85
Implanter une gestion à l'échelle de tout le territoire québécois 87
Le rôle éminent de la municipalité de 1888 à 1918 88
Une surveillance ardue avant l'entre-deux-guerres 89
La prise en charge par l'État québécois durant l'entre-deux-guerres 90

2. L'hôpital investi et transformé par la médecine 92
Une médecine hospitalière peu développée avant 1870 92
Un dispositif hospitalier modeste au début du XIX^e siècle 92
L'apparition des hôpitaux spécialisés 93
La médecine raffermit sa position dans l'hôpital 93
L'expansion rapide des infrastructures hospitalières après 1870 94
La hausse des besoins en lits d'hôpitaux 94
Des transformations majeures au financement des hôpitaux 95
Un développement coordonné à l'échelle régionale 96
L'absence d'une planification d'ensemble 97
Le contrôle régional du haut clergé et ses limites 97
Les sanatoriums antituberculeux : un cas à part 99
Services hospitaliers et territoire : les principaux clivages 99
La répartition inégale des services 99
Deux systèmes linguistiques parallèles 100
La propriété des hôpitaux : une diversité sous-estimée 101
L'influence grandissante de la médecine sur l'organisation de l'hôpital 102
L'ascendant des médecins dans l'hôpital 102
Un personnel plus qualifié 103

Conclusion 105

CHAPITRE IV : LA STRUCTURATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE, 1800-1940 117
Denis Goulet

Introduction 117
Vers un enseignement structuré de la médecine (1823-1940) 118
Du compagnonnage aux premières écoles de médecine 118
Les premiers régimes pédagogiques, 1847-1909 120
Réformer l'enseignement de la médecine, l'impact de la loi de 1909 123

1. Contrôler l'exercice de la médecine : l'œuvre du Collège des médecins et chirurgiens (1847-1940) **125**

Les fondements d'une nouvelle profession 125

Autocontrôle et répression de l'exercice illégal de la médecine 127

2. Diffuser le savoir médical **129**

Les sociétés médicales 129

L'essor de la presse médicale 132

Le Collège des médecins et l'uniformisation des connaissances 133

3. Le développement de la médecine hospitalière **134**

Les services internes et externes 134

La spécialisation des services hospitaliers 136

Le développement de la grande chirurgie 137

4. La recherche médicale **138**

Les débuts de la recherche biomédicale au Québec 138

Les instituts de recherche biomédicale 140

Conclusion **142**

Conclusion 155

Notes infrapaginales 159

Bibliographie 167

Annexes 177

Liste des figures 189

Liste des tableaux 191

Remerciements

La réalisation de cet ouvrage a bénéficié du soutien financier du Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR), du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), de la Fondation universitaire du Centre du Québec, du Hannah Institute for the History of Medicine, de l'Université Laval, de l'Université du Québec à Trois-Rivières et de l'Université de Sherbrooke. Nous leur exprimons notre sincère reconnaissance.

Nous remercions chaleureusement madame Thérèse Paradis qui a aimablement mis à notre disposition les écrits et la documentation de notre collègue André.

Nous remercions également de leur étroite collaboration au projet, la direction et le personnel des Archives nationales du Québec, les services documentaires du Collège des médecins du Québec et des centres hospitaliers Douglas, Louis-Hyppolite-Lafontaine, Notre-Dame et Robert-Giffard, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, les Archives du monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec, la Bibliothèque ancienne du Séminaire de Québec, Osler Library et la Société d'histoire de Sherbrooke.

Nous exprimons enfin notre gratitude aux professionnels de recherche rattachés au Centre interuniversitaire d'études québécoises, au personnel de secrétariat du Centre et aux assistants-étudiants qui ont collaboré à la préparation de l'ouvrage.

Professionnels de recherche

Conception et gestion des fichiers informatiques et cartographie assistée par ordinateur

François Guérard, Université du Québec à Trois-Rivières

Philippe Desaulniers, Université Laval

Chargé de dossier

François Guérard, Université du Québec à Trois-Rivières

Représentation graphique

Conception graphique
Charaf El Ghernati, Université Laval

Direction artistique
Norman Dupuis

Infographie et illustration
Charaf El Ghernati, Université Laval

Supervision
Serge Courville, Université Laval

Révision linguistique

Jacqueline Roy

Personnel de secrétariat

Angèle Montour, Université du Québec à Trois-Rivières

Pauline Tremblay, Université du Québec à Trois-Rivières

Assistants de recherche

Roger Fournier, Université du Québec à Trois-Rivières

Daniel Angers, Université du Québec à Trois-Rivières

François Lachance, Université du Québec à Trois-Rivières

Frédéric Jean, Université du Québec à Trois-Rivières

À la mémoire d'André Paradis,
l'un des pionniers de l'histoire
de la médecine au Québec.

Présentation

L'*Atlas historique du Québec* s'ouvre à toutes les dimensions de la société. Avec le présent ouvrage, nous abordons pour la première fois l'institution que nous distinguons de l'État auquel, d'ailleurs, nous prévoyons consacrer un volume de la collection.

L'institution est un important rouage de la vie sociale. Nous l'appréhendons comme le lieu où s'élaborent les principes et les décisions qui, tout à la fois, définissent et orientent les rapports particuliers entre les individus et les groupes, autour d'objets fondamentaux de l'existence en société : la reproduction de la vie, la production des moyens de subsistance, la religion, l'éducation, la santé, la loi, etc. En quête permanente de légitimité, l'institution voit se répercuter en son sein, plus ou moins directement, le jeu des forces qui composent la société. Les institutions sont nombreuses et très variées quant à la forme et à la finalité. Ce sont, par exemple, pour en nommer quelques-unes qui intéressent au premier chef, la Famille, l'Église, l'École, l'Hôpital, l'Entreprise, le Droit. Nous nous proposons dans L'*Atlas historique du Québec* d'en mieux faire connaître certaines qui ont particulièrement marqué la société québécoise au cours des siècles. Nous étudierons leur mise en place et leur évolution en considérant leur rôle dans la détermination des règles et des normes qui gouvernent les individus et les groupes, sans négliger pour autant leur organisation matérielle à diverses périodes historiques.

Le présent ouvrage brosse un tableau d'ensemble de la transformation du monde médical depuis le Régime français jusque vers 1945. L'institution médicale a subi une telle métamorphose depuis cette charnière qu'il nous a semblé prudent de ne pas chercher à rendre compte, ici, du dernier demi-siècle écoulé auquel un volume entier devrait être consacré. L'histoire de la médecine au Québec en est encore à la phase des premières grandes explorations.

Ce volume doit beaucoup à André Paradis, notre collègue du Centre interuniversitaire d'études québécoises, décédé prématurément au début de 1997. André fut l'un des pionniers de l'histoire de la médecine au Québec. C'est son intérêt pour les traitements des maladies mentales qui amena ce philosophe sur le terrain de l'histoire, à l'exemple d'un Foucault. Ses premiers travaux en histoire, qui remontent aux années 1970, invitaient à une réflexion sur la préhistoire de la psychiatrie au XIX^e^ siècle. André n'eût de cesse par la suite de frayer des pistes de recherche et de construire des outils d'investigation pour l'histoire de la médecine au Québec.

Au moment de jeter les bases de la collection de l'*Atlas historique du Québec*, nous avions, Serge Courville et moi, caressé l'idée d'un ouvrage thématique dédié à l'institution médicale. Et tout naturellement pour nous, notre collègue André Paradis devait en être le principal porteur. Le temps venu, avec enthousiasme et non sans une certaine appréhension, André accepta de relever ce nouveau défi dont il mesurait bien les enjeux.

André a inspiré l'orientation de ce volume avec le concours des trois collaborateurs dont, dès le départ, il avait souhaité s'entourer pour mener à bien ce projet : Denis Goulet, François Guérard et Rénald Lessard. Cet ouvrage n'aurait pu prendre forme sans le courage intellectuel d'André, qui fit avancer son travail tout au long de la maladie qui diminuait progressivement sa résistance, sans non plus la fidèle amitié que lui vouaient ses collaborateurs. Ils réaménagèrent leur plan d'écriture pour intégrer à leur texte une partie de la matière de l'ouvrage laissée en plan à son décès.

Il avait d'abord été entendu qu'André préparerait deux chapitres : un premier relatant l'émergence de la médecine professionnelle de 1790 à 1895, un second consacré au monde asilaire de 1845 à 1920, le thème majeur de ses recherches. Le temps lui aura manqué pour compléter sa rédaction. Seul est publié aujourd'hui son texte dédié au monde asilaire, qu'il avait pratiquement achevé. Il lui restait à en compléter l'appareil de notes, rédiger la conclusion, vérifier les intitulés et certaines données, choisir les illustrations et faire préparer une cartographie appropriée. André avait l'habitude de construire ses textes en une série de versions de plus en plus resserrées. Pendant de nombreuses années, j'ai agi comme son premier lecteur, découvrant une à une les principales étapes d'élaboration des écrits qu'il destinait à la publication. C'est à partir justement des commentaires que je lui faisais sur une version très avancée de son texte que j'ai pu établir la version qu'on lira dans ces pages. Je remercie chaleureusement François Guérard qui m'a été d'un grand secours dans ce travail de révision et qui a préparé les cartes qui accompagnent le texte.

André estimait qu'une mise en perspective bien étayée de la montée de la médecine professionnelle au siècle dernier était essentielle à l'équilibre du volume. Il s'y était longuement préparé, assemblant le matériel et dégageant des idées maîtresses sur le groupe social des médecins, sur ses rapports à l'État et sur les conditions intellectuelles et matérielles de son développement. Cette réflexion fut toujours alimentée de connaissances nouvelles patiemment recueillies au contact des matériaux d'enquête. Philosophe, André l'est demeuré par son questionnement de la société. Historien, il le devint par la méthode d'enquête et la manière d'appréhender les processus dans leur durée.

Mais André ne devait pas aller plus loin que cette phase préparatoire du chapitre envisagé. Ce trou de matière dans le plan originel, ses collaborateurs l'ont comblé en donnant, chacun, plus d'ampleur à leur contribution. Ainsi, l'équilibre qu'André tenait à donner au contenu du collectif est-il préservé.

I

Les soins de santé au Canada aux XVII^e et XVIII^e siècles

Du point de vue médical, la colonisation de certaines parties du monde par les Européens, entre les XV^e et XIX^e siècles, entraîna des bouleversements majeurs. Avec la circulation des personnes et des marchandises, les invasions microbiennes se multiplièrent et les maladies infectieuses s'internationalisèrent rapidement. La variole, la syphilis, le choléra, le paludisme ou la fièvre jaune causèrent de véritables hécatombes, cependant que les contacts avec d'autres cultures menaient à la découverte de nouvelles plantes ou de nouveaux produits médicinaux, susceptibles de modifier les théories et les pratiques médicales européennes. Le passage de l'Ancien au Nouveau Monde posa au milieu médical de nombreux défis. Et l'efficacité du transfert d'hommes de l'art, d'institutions hospitalières, de techniques et de savoirs médicaux allait dépendre en grande partie de la capacité des sociétés européennes à fournir aux nouvelles sociétés coloniales une réponse à leurs besoins en soins de santé.



LE FRÈRE DIDACE PELLETIER (1657-1699), RÉCOLLET DU COUVENT DE TROIS-RIVIÈRES, FUT L'OBJET D'UN CULTE POPULAIRE PEU DE TEMPS APRÈS SON DÉCÈS EN ODEUR DE SAINTETÉ. PLUSIEURS GUÉRISONS MIRACULEUSES LUI FURENT ATTRIBUÉES.
Gravure de Jean-Baptiste Scotin, XVIII^e siècle. Archives du Monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec.

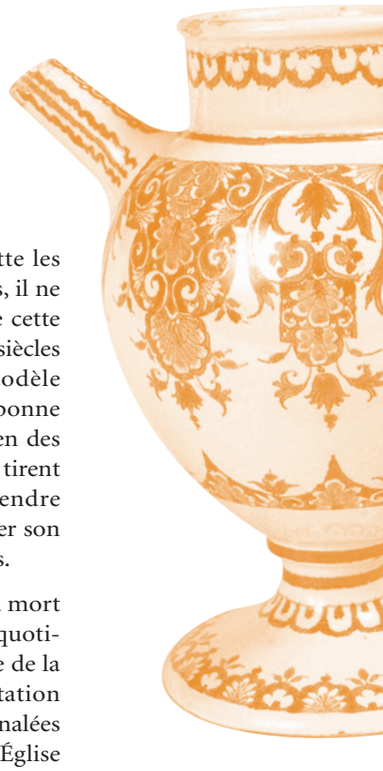
Pour comprendre la demande sociale de santé des sociétés coloniales, il importe d'abord de s'interroger sur le sens de la maladie aux XVII^e et XVIII^e siècles et de tenter d'appréhender, au moins grossièrement, la morbidité qui y prévaut. Il sera par la suite possible d'apprécier la réponse qu'apporteront à ces besoins le corps de santé, les institutions hospitalières et de nombreux praticiens non reconnus*.

1. LES BESOINS MÉDICAUX DES CANADIENS

Les perceptions de la maladie

Au Canada, comme en France, le discours social de l'époque voit surtout dans la maladie un avertissement et un châtiment divins. Ainsi, selon le père Joseph de La Colombière, qui prêche à Québec et à Montréal entre 1682 et 1723, les maladies populaires et épidémiques sont ordinairement la juste punition de quelques péchés publics et universels. « Tant qu'on a vécu ici dans l'innocence et la pratique des vertus chrétiennes, on jouissait d'une parfaite santé », précise-t-il. Mais, ajoute-t-il, « depuis que le péché y a gagné le dessus, Dieu y a envoyé toutes sortes de maladies[1] ».

Bien qu'une telle conception de la maladie puisse susciter un certain fatalisme, elle n'exclut généralement pas un effort pour guérir le corps par l'utilisation de moyens naturels et raisonnables. D'ailleurs, la nature derrière laquelle se profile l'ombre de Dieu ne met-elle pas à la disposition de l'homme une foule de remèdes qui ne demandent qu'à être découverts et employés ? De fait, beaucoup de gens, surtout parmi ceux qui appartiennent aux couches les plus nanties de la société, se soucient de leur santé et prennent des mesures pour éviter la maladie. Plusieurs ont recours à des saignées de précaution, à des purgations préventives, ils adoptent un régime de vie approprié et s'imposent une diète ou de l'exercice.



Le discours du médecin sur la maladie s'inscrit naturellement dans le prolongement de celui de l'Église. Tout en reconnaissant généralement que Dieu en est le maître et que le pouvoir de guérison appartient à la nature et à son Créateur, la médecine de l'époque cherche à comprendre l'essence de la maladie en ayant recours à des théories basées sur celles des grands médecins de l'Antiquité dont, en particulier, Hippocrate et Galien. Deux grandes conceptions coexistent depuis des siècles. Pour les tenants d'une vision ontologique, les maladies sont de vraies entités ayant chacune leurs propres spécificités. Les développements de la bactériologie à la fin du XIX^e^ siècle permettront à cette vision de dominer la pensée médicale contemporaine. À l'opposé, les partisans de la conception physiologique conçoivent la maladie comme une indisposition intrinsèque au corps et comme constituant un processus unique propre à chaque malade. Il n'y aurait pas une variété de maladies, mais plutôt des variations de l'état du corps, imputables au tempérament de l'individu ou à son environnement. Cette approche valorise évidemment l'identification des affections par leurs symptômes plutôt que par leur étiologie[2].

Même si on reconnaît alors l'existence d'un certain nombre de maladies spécifiques, la plupart des praticiens sont des adeptes de la conception physiologique. Pour eux, la maladie résulte généralement d'un déséquilibre des humeurs, c'est-à-dire des substances liquides contenues dans le corps humain. Afin de restaurer cet équilibre, tout traitement vise essentiellement à les évacuer ou à en modifier la qualité. Tout au long des XVI^e^, XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, de nouvelles théories voient le jour, mais sans réellement remettre en cause la théorie des humeurs et encore moins modifier la pratique médicale.

La médecine humorale, qui remonte au Grec Hippocrate, mais qui a surtout été développée par Galien, s'insère dans une conception particulière de l'univers. Selon les anciens auteurs helléniques, les mondes visible et invisible forment un tout à l'intérieur duquel existent de multiples concordances. Le milieu environnant expliquerait l'apparition des maladies et, dans ce contexte, le discours médical sur l'air trouve ainsi des origines anciennes. Le corps humain serait le reflet, plus petit, de l'univers. Ainsi, aux quatre éléments définissant ce dernier (terre, eau, feu, air) et à leurs qualités respectives, correspondent les quatre humeurs fondamentales que sont le sang, la pituite ou phlegme (flegme), la bile et l'atrabile. Selon qu'une humeur l'emporte sur les autres, un individu sera de tempérament sanguin, flegmatique, bilieux ou mélancolique. En fonction du caractère des malades, le traitement prescrit et la diète imposée varieront (Lebrun, 1983 : 18-19 ; Lyons et Petrucelli, [1978] 1987, 253-254 , 259 ; Shryock, 1977 : 50-51 ; Héritier, 1987 : 30-35, 40 ; Risse, 1993 : 11-19).

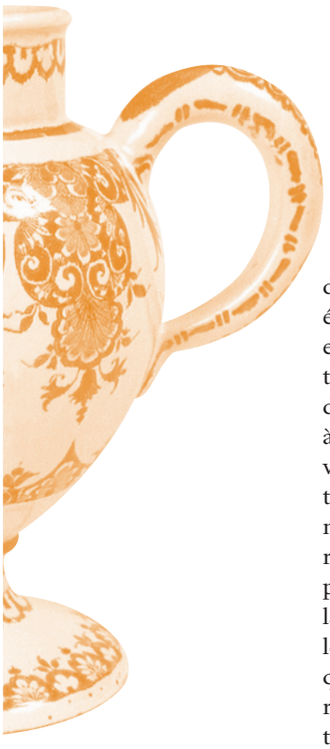
Aujourd'hui, la médecine moderne rejette les fondements de la théorie humorale. Néanmoins, il ne faudrait pas oublier la cohérence et l'attrait de cette vision de l'homme et de la maladie au cours des siècles passés. Pendant longtemps, elle offrit un modèle d'explication rationnel qui a d'ailleurs été en bonne partie adopté par la médecine populaire. Et bien des pratiques actuelles en médecine dite alternative tirent leurs origines de la théorie des humeurs. Prendre froid, se purger à des fins de prévention, nettoyer son sang ou son foie en sont autant de réminiscences.

Aux XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, le spectacle de la mort et la fragilité de la vie font partie de l'univers quotidien. À l'omniprésence de la mort se greffe celle de la maladie (on trouvera à l'annexe I une présentation succincte des maladies les plus fréquemment signalées à l'époque). Pour beaucoup, les préceptes de l'Église servent de guide. Ils prônent la résignation et la patience devant la maladie, une épreuve envoyée par Dieu pour éprouver la foi des gens.

La relation étroite entre le malade, son corps, sa spiritualité et la maladie crée des liens entre patient et praticien de la santé qui diffèrent nettement de ceux qu'on trouve actuellement. Le médecin, le chirurgien et l'apothicaire ne détiennent pas alors un pouvoir absolu de guérison. Leur intervention vise à favoriser l'action de la nature et non à se substituer à celle-ci. De plus, le médecin, le chirurgien ou l'apothicaire ne sont pas les seules ressources disponibles. Ils partagent le marché des soins médicaux avec une large brochette d'autres acteurs, allant du charlatan au rebouteur et jusqu'à l'ecclésiastique. Le prêtre peut jouer un rôle important puisqu'il constitue un intermédiaire entre Dieu, source de la maladie, et le patient. Le malade peut choisir l'un ou plusieurs de ces dispensateurs de soins ou recourir à l'automédication ou au surnaturel. Souvent d'ailleurs, le patient adoptera, concurremment ou successivement, plusieurs solutions. Il faut mettre toutes les chances de son côté et la médecine officielle et ses adeptes, qui n'ont absolument pas le prestige qu'on leur attribuera plus tard, ne peuvent prétendre à un monopole.

La morbidité canadienne

Au cours des XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, divers témoignages prétendent au bon état de santé des Canadiens et, conformes en cela au discours médical officiel, plusieurs l'imputent à la bonne qualité de l'air. Ainsi, en 1754, Nicolas-Gaspard Boucault, ancien secrétaire de l'intendant Bégon et lieutenant particulier de la prévôté de Québec, note qu'il « n'est pas de climat plus sain que celui-là, il n'y règne aucune maladie particulière au pays » ; celles qu'il y a vu « régner, étaient apportées par les vaisseaux français » (Boucault, [1754] 1921 : 15).



Pourtant, la vallée laurentienne n'est pas à l'abri des maladies infectieuses et tout particulièrement des épidémies. Généralement introduites de l'extérieur, elles y font périodiquement des ravages. Les conditions d'hygiène, souvent déficientes, particulièrement dans les villes, créent un terrain propice à l'éclosion et à la propagation de maladies infectieuses. Dans les villes, les mesures d'hygiène publique sont insuffisantes malgré l'émission d'ordonnances relatives à l'aménagement de latrines, au nettoyage et au pavage des rues, à la libre circulation des animaux sur la voie publique ou au contrôle de la qualité du pain. De plus, la répétition périodique de certaines ordonnances et les témoignages des contemporains incitent à penser que les gens leur accordent peu d'attention. Dans les rues de Québec, pour la plupart non pavées, les détritus s'accumulent. À ceux des animaux domestiques, souvent laissés en liberté ou abandonnés, ou des animaux destinés à la boucherie, abattus à la devanture des boutiques, s'ajoute la pollution humaine. Toutes les maisons n'ont pas de latrines extérieures. À Québec, dans les deux basses villes en particulier, l'entassement des gens favoriserait la dissémination des épidémies. La présence de cimetières à l'intérieur des murs est également source de problèmes, surtout à la fin du XVIII^e siècle. À Montréal, même si la taille de la ville est moindre, la situation n'est guère plus rose. En 1779, un citoyen de l'endroit se plaint de ce que les gens jettent « les fumiers, vidanges & toutes leurs immondices sur le port & les glacis » et conclut, sur un ton sarcastique, qu'il n'est pas possible « de marcher sur le port sans se Bouzer jusques aux oreilles (du soulier) » et qu'il n'est point besoin d'échelles pour escalader les murs « puisqu'il est très aisé d'y pénétrer sur les monceaux de fumier […][3] ».

Aux problèmes d'insalubrité publique s'ajoutent le manque d'hygiène personnelle des Canadiens, la malpropreté des logements et l'état de promiscuité dans lequel vivent les familles. En 1749, le voyageur Pehr Kalm note ainsi qu'il n'a pas vu une seule fois procéder à un vrai lavage des planchers et conclut, « que ce soit chez les personnes de qualité ou chez les gens du commun, on est partout assez sale ». Cette insalubrité et ce manque d'hygiène ternissent quelque peu l'image de pays sain livrée par les contemporains. Les conditions sanitaires de la colonie, surtout en ville, se rapprochent ainsi nettement de celles de la métropole.

2. LES PRATIQUES MÉDICALES

Au Canada comme en Europe, deux types de médecine coexistent. La médecine officielle, reconnue, cède parfois le pas à des pratiques parallèles variées, souvent bien établies, auxquelles la population n'hésite pas à avoir recours.

Les pratiques parallèles

Les progrès limités des thérapeutiques ne permettent pas encore de marquer un écart important, qu'il s'agisse du savoir ou des techniques, entre les dispensateurs de soins. La différence entre les praticiens officiellement reconnus et les autres dispensateurs de soins tient beaucoup plus aux représentations collectives et à la reconnaissance légale accordée à certains qu'aux actions thérapeutiques elles-mêmes. En France tout comme en Angleterre, l'exercice de la médecine n'est pas l'apanage d'un seul groupe et le corps médical n'a *de facto* aucun monopole sur lequel il puisse asseoir son pouvoir.

Dans des milieux souvent privés d'un membre du corps médical, leur devoir de charité chrétienne pousse les curés à s'engager et ils bénéficient en cela de la confiance que leur témoignent à la fois leurs paroissiens et les autorités. Dès le XVII^e siècle, en Nouvelle-France, l'État distribue des remèdes aux pauvres. Depuis 1686, une somme de 300 livres (#), portée par la suite à 500 #, est prévue annuellement pour l'achat de « pastes et remedes ». L'argent est transmis aux hospitalières de la région de Québec qui se chargent par la suite d'acheminer aux curés les remèdes requis pour les pauvres.

Grâce à leur pratique médicale, quelques curés atteignent à une certaine renommée. L'abbé Pierre-Joseph Compain, curé de la paroisse de Saint-Étienne à Beaumont, qui aurait étudié la médecine avec le chirurgien Feltz, se dit détenteur d'un médicament pour guérir les chancres. Quant à Jean-Baptiste Corbin, curé de Saint-Joachim sur la côte de Beaupré, il fournit des remèdes dont la diversité vaut bien celle que proposent les meilleurs chirurgiens.

Dans les milieux éloignés ou en cas de crises, des ecclésiastiques sont appelés à jouer un rôle important. Distribution de médicaments, indications thérapeutiques et même interventions chirurgicales figurent au nombre de leurs actions. Ainsi, lors d'une épidémie d'une forme particulière de syphilis, appelée « mal de la Baie-Saint-Paul », le clergé est sollicité par les autorités pour participer à l'éradication de la maladie.

D'autres acteurs encore se mêlent de médecine, cependant, il est difficile d'apprécier l'ampleur de leurs activités. Au Canada, le plus célèbre praticien illégal est sans contredit le Breton Yves Phlem. « Dans un âge adolescent on lui apprit à saigner, panser des blessures et plusieurs remèdes pour guérir différentes maladies ». En 1727, il s'établit à Sainte-Anne-de-la-Pérade. Fort de l'appui général de la population, il « médicamente », panse et soigne « toutes les maladies […] de la paroisse » et acquiert bientôt une réputation qui s'étend à toute la colonie, notamment en ce qui concerne le traitement des chancres. De partout, des gens accourent chez lui et y demeurent jusqu'à leur guérison… ou leur décès ! Des malades condamnés par les sommités médicales de la Nouvelle-France,

soit le médecin Michel Sarrazin, le chirurgien Michel Bertier ou le frère Jean-Jard Boispineau, se tournent vers Phlem en dernier recours (Douville, 1975 : 6-24).

Quelques femmes se mêlent aussi de pratique médicale. En 1730, lorsqu'elle signe un certificat attestant qu'une femme a été battue, Marguerite Dizy, dit Montplaisir, se dit « chirurgienne à Batiscan ». Le cas de Madeleine Rapin semble aussi exceptionnel. Fille du chirurgien André Rapin, dit Lamusette, de Lachine, elle est sage-femme à partir de 1717, sinon avant. En 1715, elle panse Pierre Aymard, habitant de Pointe-Claire, et signe alors un certificat où elle s'intitule comme « faisant Les Fonctions de Chirugienne dans La Coste delachine ». Deux ans plus tard, Marguerite Gignard de Lachine déclare « quelle Sest fait Seigner Dams le mois de Juin Dernier au bras et au pied par Lad. Picart pour des Raisons quelle avoit mais quelle na point pris de Vomitifve[4] ».

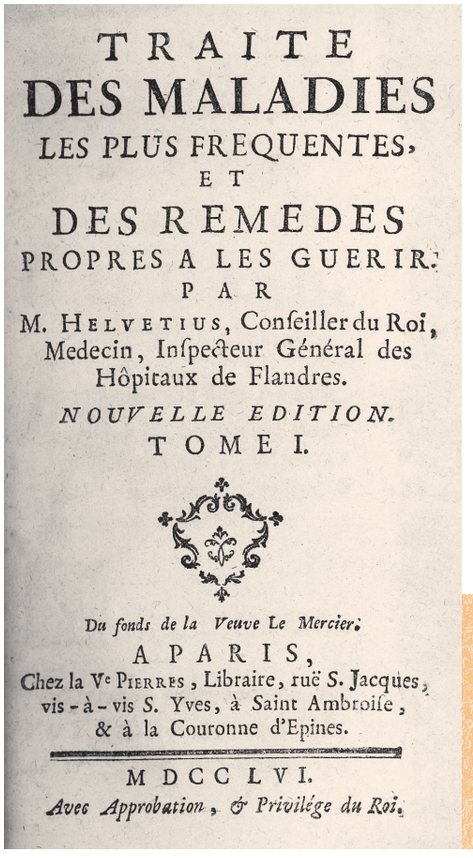
Toutefois, même si les qualifications professionnelles de nombre de chirurgiens ne nous sont pas connues et même s'il est impossible d'évaluer le nombre d'individus qui exécutent des actes jugés comme étant du ressort des chirurgiens ou des médecins, les cas d'usurpation du titre de chirurgien semblent très rares.

Certains individus développent des spécialités. Phlem et Compain se targuent de guérir les chancres, le notaire Loiseau, dit Châlons, de Boucherville, lui, prétend en 1794 avoir trouvé « le vrai moyen de guérir l'Erésipele et les fièvres tremblantes en vingt quatre heures » et s'empresse d'offrir ses services dans *La Gazette de Québec*. Un siècle plus tôt, Denis Guion, un bourgeois de Québec, y passait pour un « Expert en matiere de descente de boyaux (hernies) ».

Dans une société où le sacré et le merveilleux sont partout présents, les malades se tournent régulièrement vers la religion afin d'obtenir leur guérison. Les vœux, les neuvaines, les processions, les offrandes et les promesses constituent, avec les pèlerinages, des moyens pour atteindre ce but. Dans les cas d'épidémies, les habitants font célébrer des grand-messes pour obtenir l'aide de Dieu. Parmi les lieux de pèlerinage, Sainte-Anne-de-Beaupré est sans contredit le plus célèbre. Érigée en 1658, la première chapelle devient rapidement un lieu fréquenté. Quelques années plus tard, vers 1661-1662, alors qu'une image de sainte Anne est exposée dans le lieu de culte, on signalait les premières guérisons. Marie de l'Incarnation écrit en 1665 qu'on « y voit marcher les paralytiques, les aveugles recevoir la vue et les malades de quelque maladie que ce soit recevoir la santé ». En 1679, un chirurgien de la région de Montréal est débouté en cour après que le défendeur ait fait valoir que la jambe de sa femme avait été guérie lors d'un pèlerinage à Sainte-Anne et non par les soins du disciple d'Esculape.

Durant la terrible épidémie de variole de 1702-1703, l'annaliste des ursulines de Québec note : « prieres publiques Saluts du st Sacrement oraison des 40 heures [...] procession portant limage de st Roch tous les iours lon disoit a la fin de matine lantienne et Loraison de st Roch La Cathedrale fit aussy plusrs processions dans lune lon porta les stes Reliques dans lautre lon porta les statues de st Roch et de st Sebastien ». Saint Roch est populaire tant au Canada qu'en Europe. La chapelle des récollets, érigée à la fin du XVII[e] siècle près de la rivière Saint-Charles lui est dédiée. « Le secours visible que le ciel a accordé aux peuples de cette ville et du pays par la protection de St Roch spécialement dans deux maladies contagieuses dont le pays a esté affligé en l'année 1699 et à la fin de l'année dernière [1730] et au commencement de celle de 1731 a tellement accrû la dévotion au grand sainct qu'il se fait un concours continuel et si considérable à cette chapelle que sa petitesse ne peut le contenir », observent les récollets en 1731[5].

Il est des personnes que la population croit dotées de certains pouvoirs surnaturels. Si la vie édifiante ou les accomplissements confèrent à des individus comme le frère Didace Pelletier une réputation de thaumaturge, d'autres sont par ailleurs perçus comme détenteurs de secrets ou de pouvoirs reliés à la sorcellerie. Magiciens et sorciers sont sollicités à l'occasion, mais cela semble exceptionnel.


TRAITE
DES MALADIES
LES PLUS FREQUENTES,
ET
DES REMEDES
PROPRES A LES GUERIR;
PAR
M. HELVETIUS, Conſeiller du Roi,
Medecin, Inſpecteur Général des
Hôpitaux de Flandres.
NOUVELLE EDITION.
TOME I.
Du fonds de la Veuve Le Mercier.
A PARIS,
Chez la Ve PIERRES, Libraire, ruë S. Jacques,
vis-à-vis S. Yves, à Saint Ambroiſe,
& à la Couronne d'Epines.
M DCC LVI.
Avec Approbation, & Privilége du Roi.

PAGE-TITRE. ADRIEN HELVÉTIUS, TRAITÉ DES MALADIES LES PLUS FRÉQUENTES, ET DES REMÈDES PROPRES À LES GUÉRIR. PARIS, LE MERCIER, 1756. 2 VOL. CE TRAITÉ MÉDICAL SERAIT LE PLUS COURAMMENT MENTIONNÉ DANS LES DOCUMENTS CANADIENS. Collection personnelle de Rénald Lessard.

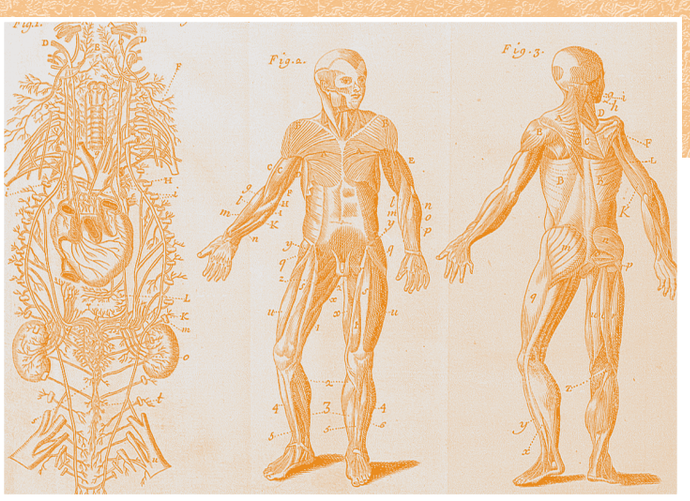


Planche anatomique. Laurent Heister, L'anatomie d'Heister avec des essais sur l'usage des parties du corps humain, et sur le Méchanisme de leurs mouvements, Paris, Jacques Vincent, 1735.
Musée de l'Amérique française, Bibliothèque ancienne du Séminaire de Québec, Fonds des livres rares et anciens. (Photo Denis Ross).

Se soigner soi-même ou avoir recours aux conseils de personnes de son entourage sont des pratiques fort répandues. En fait, quiconque sait lire peut trouver l'information médicale nécessaire dans les imprimés. En Europe, dans la seconde moitié du XVIII^e^ siècle, l'*Avis au peuple sur sa santé* de Tissot est l'ouvrage le plus consulté. Le volume, à l'instar de plusieurs autres dont le *Traité des maladies les plus fréquentes, et des remèdes propres à les guérir* d'Helvétius, s'adresse aux personnes charitables qui assistent des malades. Le clergé demeure le groupe par excellence visé par ces publications. En anglais, le *Domestic Medicine* de William Buchan connaît un succès important. Cet ouvrage est disponible au Canada et, en 1786, une souscription y est même organisée afin d'en imprimer une nouvelle édition.

Il semble toutefois que, dans la colonie, la fréquentation des livres de médecine soit plutôt rare. L'analyse de 962 inventaires après décès de résidents de Québec pour la période 1690 à 1759 révèle qu'à peine 18 d'entre eux sont propriétaires de livres médicaux. De ce nombre, quatre pratiquent la médecine ou la chirurgie. À compter de 1764, *La Gazette de Québec* publie des réclames publicitaires vantant les mérites de remèdes et, à l'occasion, des recettes ou des indications de traitement pour guérir diverses affections.

La pratique médicale officielle

Répondre à des besoins médicaux nombreux et variés dans un contexte où les maladies sont le plus souvent identifiables à leurs symptômes et non par leur étiologie impose un défi énorme à la médecine officielle, que ce soit pour poser un diagnostic approprié ou pour prescrire un traitement adéquat. La pensée médicale européenne et l'expérience personnelle guident l'action du praticien de la santé canadien.

À l'époque, la médecine est généralement divisée en cinq parties principales : la physiologie, la pathologie, la sémiotique, l'hygiène et la thérapeutique. La physiologie traite de la constitution du corps humain « regardé comme sain & bien disposé » et de ce qui appartient à l'anatomie. La pathologie traite aussi de la constitution du corps humain, mais lorsqu'il « n'est pas selon sa nature », en d'autres termes, lorsqu'il est malade. La sémiotique, appelée aussi l'indicative, s'intéresse aux signes ou aux indications de la santé ou de la maladie. L'hygiène donne « des règles du régime qu'on doit garder pour conserver sa santé ». De même, la thérapeutique enseigne la conduite et l'usage de la diète et comprend la chirurgie et la médecine proprement dite. Enfin, puisque la pratique médicale se veut curative, l'action sanitaire préventive se limite à quelques éléments d'hygiène, à des mesures de quarantaine et au recours tardif à l'inoculation.

Les connaissances médicales de l'époque évoluent plus ou moins lentement selon les différentes branches de la médecine. Dès la Renaissance, les connaissances anatomiques et physiologiques progressent. L'anatomie descriptive connaît ses heures de gloire au XVI^e^ siècle. André Vésale, au milieu de ce siècle, lui donne un élan décisif et publie des planches anatomiques d'une qualité inégalée pendant 200 ans (Lyons et Petrucelli, [1978] 1987 : 368-493 ; Vigroux, 1985 : 90-95).

Parallèlement, la physiologie expérimentale fait son apparition. En 1628, William Harvey publie un livre où il démontre le rôle de pompe du cœur et met en évidence la circulation du sang. Bien que contestée par plusieurs et ne suscitant guère d'applications, cette découverte constitue l'un des progrès les plus importants de la médecine. À cette époque, l'Italien Gian Domenico Santorini est le premier à prendre son pouls et à mesurer la température de son corps. Toutefois, ce n'est pas avant le XIX^e^ siècle que le thermomètre devient un élément usuel de la pratique médicale. Grâce à l'utilisation du microscope, le monde de l'infiniment petit devient accessible au XVII^e^ siècle. À l'aide de cet instrument, Marcello Malpighi découvre, entre autres choses, les vaisseaux capillaires et Antonie Van Leeuwenhoek s'intéresse aux globules rouges et aux spermatozoïdes.

Au XVIII^e^ siècle, la physiologie continue de faire de notables progrès, notamment grâce aux études d'Albrecht von Haller sur le système nerveux, de René Antoine Ferchault de Réaumur sur la digestion et de Stephen Hales sur la dynamique de la circulation sanguine. Ce dernier démontre ainsi l'importance du système capillaire et enregistre la pression sanguine à l'aide d'un manomètre.

La pathologie progresse en sémiotique, mais elle demeure désespérément pauvre sur le plan de l'étiologie. L'essor de la clinique, surtout à l'époque des Lumières, est un acquis important qui permet de mieux identifier et différencier certaines affections. La notion de spécificité des maladies, relancée au XVII^e^ siècle, se développe au siècle suivant. Mais un même terme en apparence précis peut toujours recouvrir plusieurs réalités. Le cas des fièvres est éloquent à cet égard puisqu'on en dénombre plus d'une centaine. De même, ce n'est que dans les années 1760 que la variole et la varicelle seront clairement reconnues comme maladies distinctes. Il en sera ainsi de la syphilis et de la gonorrhée en 1774.



Les thérapeutiques ne bénéficient guère des progrès des connaissances de base. Elles dépendent en grande partie de ceux, trop limités, de l'étiologie. Faute de moyens d'investigation efficaces et en dépit de certains progrès de la physiologie et de la nosographie, les causes des maladies sont peu connues et on continue généralement à traiter les symptômes. Certes, l'observation clinique et l'expérimentation, la contestation croissante des autorités classiques ou encore l'élaboration de nouvelles théories ou doctrines annoncent de significatifs changements dans l'univers médical, et ce, principalement au XVIII^e^ siècle, mais force est d'admettre que tout cela débouche rarement encore sur des applications concrètes.

L'action thérapeutique

Avant d'entreprendre la cure d'un malade, le praticien se doit d'avoir une « connoissance exacte » du mal et des causes qui ont pu le provoquer. Il s'enquiert de l'âge, du tempérament, du régime de vie, des indispositions ordinaires et des occupations du malade. Il l'interroge sur la nature du mal, sur son origine et sa progression, il tente de situer avec lui le siège de la douleur et il s'informe des accidents survenus et des remèdes déjà utilisés. Par la suite, il procède à un examen physique du malade. Si l'inspection du pouls, du sang, des selles et des urines est de rigueur, le praticien se doit également d'observer l'état des différentes parties du corps et des principaux organes. On ne procède pas encore à l'auscultation ni à la mesure de la température[6].

L'autopsie permet de connaître ou du moins de tenter de connaître une maladie en temps d'épidémie. Bien qu'exécuté en 1535 lors du deuxième voyage de Jacques Cartier au Canada, cet acte reste longtemps réprouvé par l'Église et son emploi semble exceptionnel.

Fort de tous ces renseignements fournis par l'interrogatoire, l'observation et l'examen du malade ou par la dissection, le praticien pose un diagnostic et prescrit un traitement.

Aux XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, l'art de prescrire un traitement relève de l'« indication », c'est-à-dire de la connaissance de l'état du malade et de ce qu'il faut lui prescrire afin de parvenir à un but précis. Le diagnostic posé, le praticien doit donc choisir un traitement. L'indication est de trois ordres : empirique, empiricorationnelle et rationnelle.

Aux yeux de la médecine officielle, l'essentiel des traitements prescrits par un médecin devait, théoriquement, ne relever que de l'indication rationnelle qui « désigne le rapport qu'il y a entre le vice & le remède convenable ». Elle repose sur des théories et des systèmes qui remontent au temps des Grecs Galien et Hippocrate et sur les nombreuses variantes qui en sont issues.

Forts de cette rationalité et faute d'une connaissance réelle de l'étiologie des maladies, les « médecins dogmatiques » ont construit une classification particulière des remèdes selon leurs effets sur les humeurs ou sur les symptômes. Les thérapeutiques, que ce soient les diètes, les régimes de vie adéquats, les médicaments ou certains actes chirurgicaux, visent généralement à corriger, en accord avec la théorie humorale ce que l'on croit être « la cause de l'équilibre perdu [du …] corps ». En vertu de ce principe, le praticien doit faire évacuer ou du moins altérer les humeurs devenues surabondantes ou corrompues afin de rétablir l'équilibre. Ce grand principe guide l'action des praticiens canadiens tout au long des XVII^e^ et XVIII^e^ siècles. L'utilisation régulière de la saignée en fait foi[7].

Prescrire un bon régime de vie et, en particulier, une diète appropriée est nécessaire à la guérison et au maintien de la santé. Un bon régime, au sens d'un « usage raisonné et méthodique des alimens et de toutes les choses essentielles à la vie, tant dans l'état de santé que dans celui de maladie », doit tenir compte du tempérament, de l'âge, du sexe ou de l'état du patient. Certains aliments sont prohibés ; d'autres sont prescrits. Le recours au bouillon et au vin à des fins médicales est particulièrement courant. Enfin, des activités comme la marche sont mises à l'honneur.

Pour faciliter l'évacuation ou l'altération des humeurs et afin de fortifier le corps, le médecin et le chirurgien canadiens disposent d'une pharmacopée complexe.

La pharmacopée

L'étude des médicaments en usage met sous un jour particulier la pratique médicale canadienne. Elle permet de connaître les échanges entre la colonie et la métropole et leur influence réciproque[8].

La présence de végétaux nouveaux au Canada et l'absence de plantes couramment employées dans les médecines populaire et officielle européennes, l'éloignement de la métropole et l'influence amérindienne auraient pu se traduire par l'apparition d'une pratique médicale différenciée. Tel ne fut pas le cas.

Bien que la pharmacopée officielle repose encore en grande partie sur des écrits anciens, elle est également influencée par de nouvelles théories. Ainsi, Paracelse développe au XVI^e^ siècle la théorie des « signatures » selon laquelle la forme et la couleur d'une feuille, d'une fleur ou d'une racine permettent de déceler des affinités avec un organe ou une maladie. Paracelse est également le fondateur de l'iatrochimie qui prône le recours à des produits chimiques tels le mercure, le soufre ou l'antimoine pour combattre la maladie. Enfin, les voyages d'exploration amènent l'introduction en Europe de médicaments nouveaux. La cardamone des Malabar, le bois de gaïac des Antilles, le jalap du Mexique, la salsepareille de la Nouvelle-Espagne, le baume de Copahu d'Amérique

du Sud ou la gomme gutte d'Asie sont intégrés à la pharmacopée officielle et sont utilisés au Canada durant les régimes français et anglais.

Toutefois, ce sont deux végétaux d'origine sud-américaine, l'ipécacuhana et le quinquina, qui vont jouer un rôle majeur dans la thérapeutique européenne à partir du XVI^e siècle. Le premier se révèle efficace dans les cas de maladies dysentériques et le second s'avère un excellent fébrifuge. Au Canada, presque tous les inventaires de médicaments possédés par les membres du corps médical mentionnent ces produits.

Selon Nicolas Lémery, un des auteurs les plus renommés dans le domaine de la pharmacie, les médicaments se divisent à l'époque en deux catégories principales : les généraux et les spécifiques. Les premiers comprennent des produits favorisant l'évacuation, l'altération ou le renforcement des humeurs et ne sont pas reliés à une maladie précise. Les seconds incluent les antispasmodiques, les vermifuges, les antivénériens, les antiscorbutiques, les antidotes, les antiseptiques propres « à empêcher & à arrêter la Gangrêne ou dissolution putride », les stomachiques qui rétablissent la digestion et les fébrifuges (Lémery, 1747 : 204-259 ; 174 : 1-4).

Provenant des plantes médicinales, dites « simples », des animaux et du règne minéral, les médicaments prennent des formes et des consistances variables en fonction de la région soignée, du tempérament, du désir du malade ou des produits utilisés.

Outre l'administration des médicaments par voie orale ou externe, le recours aux lavements, ou clystères, est un moyen populaire de donner un traitement. C'est un « remède ou injection liquide qu'on introduit dans les intestins par le fondement (grâce à des seringues de tailles variables), pour les rafraîchir, pour lâcher le ventre, pour humecter et amollir les matières, pour irriter la faculté expultrice, dissiper les vents, aider à l'accouchement, etc. ». En fonction de l'effet recherché, les injections seront composées d'eau ou de divers produits. La présence de seringues au Canada, tant chez les particuliers que chez les praticiens de la santé, témoigne de la popularité de ce traitement.

En plus des produits chimiques ou biologiques bien identifiés, le corps médical et les Canadiens en général ont également accès aux remèdes de composition secrète ayant, dans plusieurs cas, fait l'objet de « patentes ». Ces produits miracles vendus par des apothicaires et par d'autres individus font l'objet de réclames publicitaires dans les journaux et se trouvent dans les inventaires après décès de chirurgiens. *La Gazette de Québec* annonce ainsi en 1773 le « baume de vie de Turlington », un remède spécifique pour guérir, notamment, « la pierre, la gravelle, la colique, le vomissement, le crachement de sang et les autres débilités intérieures[9] ».



Au Canada, les établissements hospitaliers, les militaires, les jésuites et le corps médical suivent les pratiques et les usages observés en France. On constate aisément que la majorité des produits de base ou des matières premières qui entrent dans la composition des médicaments, et même certaines préparations, sont importés de France. Cette dépendance à l'égard de la métropole existe également en Nouvelle-Angleterre.

Certaines apothicaireries canadiennes sont bien garnies. Ainsi, les chirurgiens urbains Jordain Lajus, Claude de Saint-Olive, Gervais Baudouin et Charles-Elemy-Joseph-Alexandre-Ferdinand Feltz possèdent respectivement 131, 102, 60 et 25 produits différents à usage médical. Les campagnes contiennent également quelques apothicaireries dignes des meilleurs chirurgiens des villes.

Les remèdes évacuants tels les purgatifs (jalap, sené, sel de Glauber, sel d'Epsom, manne, crème de tartre, sel végétal, ipécacuhana, rhubarbe et poudre cornachine), les vomitifs (vitriol blanc, ipécacuhana, antimoine et tartre émétique) et les diaphorétiques (antimoine diaphorétique) occupent la place d'honneur et cette présence massive confirme la locution latine *Saignare, purgare et clysterium donare* (Saigner, purger et administrer des lavements) qui résume bien la pratique médicale de l'époque. Grâce au soufre, au quinquina et à l'ipécacuhana, l'intervention du praticien peut s'avérer relativement efficace dans les cas de gale, de fièvre et de dysenterie. Les mouches cantharides servent de vésicatoire et le vitriol de Chypre, le vitriol blanc, l'alun et le corail servent généralement d'astringent. Le corail et les yeux d'écrevisse, qui ne sont que des pierres trouvées dans l'animal, sont utilisés comme absorbant. Le mercure sert surtout d'antivénérien et la réglisse d'adoucissant. Enfin, la thériaque, qui contient de l'opium, est utilisée comme fortifiant et calmant[10].

Qu'en est-il de la valeur thérapeutique de ces produits ? Le quinquina et l'ipécacuhana comptent parmi les remèdes les plus efficaces de l'époque. Le premier sert à traiter les cas de fièvre et le second est utilisé pour soigner les malades atteints de dysenterie. Encore aujourd'hui, des dérivés de ces produits sont utilisés. De même, il est vrai que le sené et la manne purgent bien ou que la thériaque calme. Toutefois, la question fondamentale reste la pertinence d'une purgation, d'un calmant ou de tout autre traitement dans un contexte, il faut le rappeler, où généralement les causes réelles de la maladie sont inconnues. Le malade risque souvent de ressentir les effets d'une médication sans que pour autant son état s'améliore.

Bien que l'essentiel de la pharmacopée canadienne soit importé, plusieurs remèdes proviennent de la colonie. En 1681, un chirurgien montréalais récolte des simples dans son jardin. De même, l'Hôtel-Dieu de Québec possède un « carré » où l'on produit des plantes médicinales.

L'exploration de l'Amérique a suscité une vaste quête de nouvelles connaissances en vue de l'exploitation commerciale de ressources. Cet intérêt touche tous les domaines du savoir et l'étude de la flore n'y échappe pas. On connaît bien l'épisode de l'*annedda*, cette plante qui permit à Jacques Cartier de guérir son équipage atteint du scorbut. Toutefois, on ignore généralement que de nombreux végétaux de la colonie furent envoyés en France tout particulièrement au Jardin royal de Fontainebleau et, plus tard, à celui de Paris. En 1635, le médecin parisien Jacques-Philippe Cornut put ainsi publier *Canadiensium Plantarum Historia* dans lequel il décrit plusieurs dizaines de plantes provenant de la Nouvelle-France.

Les Français s'intéressent au potentiel de la faune et de la flore canadiennes. Des médecins tels Michel Sarrazin ou Jean-François Gaultier herborisent, font des expérimentations, accumulent des données et entretiennent une correspondance suivie avec des membres de l'Académie royale des sciences à Paris. L'État encourage ce mouvement scientifique et le soutient financièrement en octroyant des gratifications spéciales et, à l'occasion, en assumant les frais de la recherche de plantes.

De cet effort scientifique, la pharmacopée européenne ne retiendra que quelques éléments. Le capillaire canadien (*Adiantum pedatum L.*), une espèce de fougère, jugé supérieur à celui de Montpellier, est renommé en France pour ses propriétés pectorales. Entre 1718 et la Conquête, le port de La Rochelle reçoit d'Amérique plus de 45 000 kg de capillaire dont la valeur totale en France dépasse 111 000 #. Les rognons de castor et le ginseng canadien sont également recherchés par les Français. Une véritable ruée vers le ginseng, prisé par les Chinois comme aphrodisiaque, survient entre 1747 et 1752 : les exportations vers La Rochelle atteignent un sommet en 1752 avec une valeur de 484 120 livres # (Lessard, 1996 : 20-24).

Au début du Régime anglais, les Britanniques cherchent à exploiter le potentiel de leur nouvelle colonie. Des simples comme l'*aralia nudicaulis*, confondue avec la salsepareille, sont recueillis sur une grande échelle. Toutefois, l'entreprise la plus élaborée est celle d'un chirurgien et apothicaire originaire de Pennsylvanie, Henry Taylor qui s'illustre par la découverte de l'essence d'épinette. Ce produit, qui se conserve bien et est peu encombrant, donne une bière aux propriétés à la fois rafraîchissantes et antiscorbutiques. Son utilisation sur les navires permet de produire de la bière d'épinette selon les besoins. Établi à Québec en 1763 ou au début de 1764, Taylor obtient en 1772 des lettres patentes qui lui accordent le privilège exclusif de distiller et de vendre de l'essence d'épinette. De 1773 jusqu'en 1790, de l'essence pour une valeur de 35 731 livres anglaises (£) est produite. En 1797, la distillerie comprend trois alambics contenant respectivement 1 600, 1 200 et 60 gallons.

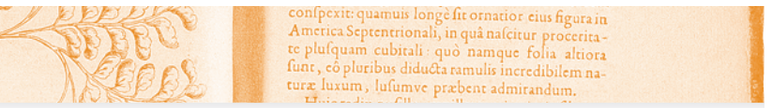
À tout considérer, les apports canadiens à la pharmacopée européenne restent peu nombreux et les praticiens de la santé établis au Canada font surtout usage de médicaments importés d'Europe. Toutefois, ils n'hésitent pas à employer des plantes indigènes, surtout celles qui présentent des affinités physiques avec des végétaux utilisés en France[11].

Les simples employés par les Amérindiens retiennent l'attention. Des Français et des Canadiens s'attachent « à connaître les secrets de la médecine des sauvages ». Dans les *Relations des Jésuites*, les allusions à la médecine autochtone sont fréquentes. On dénonce régulièrement les superstitions auxquelles elle donnait lieu.

Cette perception négative et hautaine des pratiques amérindiennes varie selon les observateurs. Les missionnaires, qui voyaient les sorciers comme des concurrents et des entraves à leur prosélytisme, sont les plus impitoyables. Fondées ou pas, les perceptions négatives de la médecine amérindienne expliquent le peu d'influence qu'elle a eu sur la pratique médicale du corps de santé canadien. Objet de curiosité scientifique, la médecine amérindienne est vue sous l'angle réducteur du missionnaire qui veut en extirper les éléments perçus comme relevant de la sorcellerie ou sous l'angle du botaniste qui recherche des plantes aux vertus inconnues ; peu d'effort, sinon aucun, pour l'appréhender d'une manière globale. Les contacts avec la médecine amérindienne ne remettent en question aucun des grands préceptes de la médecine officielle européenne.

Quelques contemporains, comme Louis-Antoine de Bougainville à la fin du Régime français, posent un regard moins réprobateur. Hormis une meilleure connaissance des plantes indigènes, la médecine indigène aurait peu à offrir aux Européens et, si Bougainville lui reconnaît certaines réussites, il se garde bien de lui concéder une supériorité marquée :

> *Les Sauvages ont une médecine naturelle et des médecins. Ils vivent aussi longtemps que nous. Ils ont moins de maladies. Ils les guérissent quasi toutes hors la petite vérole, qui fait toujours de funestes ravages chez eux, maladie qui leur était inconnue avant notre commerce.*
>
> *La vérole et toutes les maladies vénériennes leur sont connues. Ils les traitent avec des tisanes composées de quelques simples qu'il n'y a qu'eux ou quelques voyageurs des Pays d'en Haut qui les connaissent. Je croirais cependant leurs remèdes plus palliatifs que curatifs.*
>
> *Leurs grands principes pour la guérison de toutes les maladies sont : la diète rigoureuse, faire suer le malade, employer les vomitifs, des purgatifs et des lavements. Ils ne connaissent ni la casse, ni la manne, ni le séné, ni la rhubarbe, ni les quinquinas, mais ils produisent les mêmes*


conſpexit: quamuis longè ſit ornatior eius figura in
America Septentrionali, in quâ naſcitur procerita-
te pluſquam cubitali: quò namque folia altiora
ſunt, eò pluribus diducta ramulis incredibilem na-
turæ luxum, luſumve præbent admirandum.

effets que ces drogues avec des plantes qu'ils connaissent, dont ils font des infusions. Ils ont des remèdes particuliers pour guérir les tumeurs scrofuleuses ou écrouelles. Ils font peu d'usage de la saignée. Ils ne connaissent point celle du pied. Ils font cette opération à l'aide d'un couteau bien pointu ou d'une pierre à fusil. Ils font observer à leurs malades une diète plus rigoureuse que nous. Ils leur font un bouillon fort clair indistinctement de toutes viandes, mais de préférence de poisson, sentiment que M. Héquet aurait bien adopté. Ils n'excluent pour faire du bouillon à leurs malades, parmi les aliments maigres, que l'anguille, la truite et l'éturgeon, et parmi les aliments gras, le dinde, la biche, l'ours, le cochon et le castor ; à juger par leurs succès, ils sont aussi bons médecins que les nôtres. Ils ne connaissent point les remèdes chimiques, ils ne sont que grands botanistes et connaissent parfaitement les simples. Je ne crois pas que les médecins des Sauvages soient aussi habiles sur le fait de la chirurgie. Ils remettent les os disloqués. Ils rétablissent les fractures, ils se servent de bandages, mais, moins adroits que nous, on reste quelquefois estropié. Ils ne connaissent point l'art terrible et malheureusement nécessaire des amputations. Ils guérissent les blessures qui ne sont pas considérables, en suant. Ils donnent aussi des tisanes à leurs blessés. Ils ont des tisanes adoucissantes pour les maux de poitrine; aucun usage du lait ; leur sagamité, qui est une préparation du blé d'Inde, fait une nourriture légère et rafraîchissante. Ils ont aussi une tisane qu'ils regardent comme un très bon dissolvant de la pierre et des matières graveleuses (Bougainville, 1924 : 69-70).

Ainsi, dans ses principes, la médecine officielle est demeurée essentiellement européenne aux XVII^e^ et XVIII^e^ siècles. L'apport amérindien, quoique difficile à évaluer, y paraît bien modeste, voire circonstanciel. Il est plus significatif si l'on considère la médecine populaire qui n'obéit pas aux mêmes canons.

La chirurgie

Outre les médicaments et les diètes, la médecine de l'époque fait également appel à la chirurgie, une pratique alors en pleine expansion. La réglementation se précise et l'enseignement fait des progrès considérables.

Toutefois, malgré des progrès significatifs qui contrastent avec le dogmatisme de la médecine, la chirurgie se heurte toujours à des obstacles majeurs. Faute d'une connaissance des causes de l'infection, les mesures favorisant l'aseptie et l'antiseptie relèvent de l'empirisme ou du hasard. De même, en l'absence de pinces hémostatiques, les hémorragies sont difficilement contrôlées. Enfin, la douleur s'oppose à la réalisation d'opérations prolongées. La dextérité et la rapidité d'exécution constituent les qualités premières de tout bon chirurgien qui exécute des interventions majeures. Si, dans certains cas, l'alcool ou les produits à base d'opium atténuent la douleur, les cris et la souffrance demeurent omniprésents. Tous ces obstacles rendent exceptionnelles les opérations chirurgicales internes et incitent la majorité des chirurgiens à se cantonner dans des interventions mineures[12].

Malgré ces limites, le champ d'intervention de la chirurgie reste théoriquement très vaste. Elle se définit à l'époque comme la « science qui apprend à connoître & à guérir les maladies extérieures du corps humain, & qui traite de toutes celles qui ont besoin pour leur guérison, de l'opération de la main, ou de l'application des topiques ».

Aux XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, la saignée, qui consiste en l'« ouverture faite à un vaisseau pour en tirer du sang » au moyen d'une lancette est sans contredit l'un des actes médicaux les plus courants tant en France qu'au Canada. De fait, la plupart des comptes médicaux qui nous sont parvenus font état de ce traitement. « C'est le plus grand remède qu'il y ait dans la médecine », écrit à cette époque Dionis, célèbre chirurgien français.

La plupart des maladies se soignent en ayant recours à la saignée. Mesure à la fois préventive et curative, la saignée se pratique généralement au bras ou au pied. Suivant les cas, la saignée peut être répétée plusieurs fois. Louis XIV aurait été saigné plus de 2 000 fois entre 1647 et 1711. Au Canada, plusieurs patients subissent des phlébotomies à répétition.

Outre la saignée, l'extraction des dents constitue l'opération la plus fréquente. Ainsi, en vertu de l'ordonnance médicale de 1788, les chirurgiens les plus médiocres ne sont autorisés qu'à pratiquer ces deux actes. De même, les praticiens de l'époque ont recours à la trépanation, à l'amputation, à l'opération de l'empyème ou à la lithotomie.

L'obstétrique

Dans une colonie où les autorités souhaitent l'augmentation rapide de la population, les sages-femmes sont appelées à jouer un rôle important. Le Rituel du diocèse de Québec de M^gr^ de Saint-Vallier, publié en 1703, prévoit que les sages-femmes seront élues par les femmes les plus vertueuses et les plus honnêtes de la paroisse. Elles devront de plus prêter serment et être instruites des procédures de l'ondoiement. La plupart des paroisses se dotent d'une ou de plusieurs sages-femmes dès les débuts de la colonie. Leur connaissance de l'obstétrique vient essentiellement de leur expérience (Laforce, 1985).

Jusqu'au début du XVIII^e^ siècle, les autorités coloniales ne se sont guère intéressées à la pratique de l'obstétrique. En 1714, le médecin Michel Sarrazin exerce des pressions auprès des autorités pour que soit

établi le poste de sage-femme entretenue par le roi, fonction déjà existante dans plusieurs villes françaises. Huit ans plus tard, la première sage-femme officiellement rémunérée par le roi débarque à Québec. Formée à l'Hôtel-Dieu de Paris et sage-femme jurée au Châtelet de Paris et à la confrérie de Saint-Côme, Madeleine Bouchette doit, par ses fonctions, demeurer au service des pauvres, instruire les autres sages-femmes et témoigner lors des procès. En 1724, on note qu'elle est « fort habile dans sa profession et fort utile icy ». En 1760, après la capitulation de Montréal, la sage-femme entretenue quitte la colonie. L'intervention de l'État ne reprendra qu'à la faveur de l'ordonnance de 1788 qui oblige tous ceux et celles qui font profession d'accoucheur dans les villes de Québec et de Montréal à subir un examen et à obtenir une licence. Quelques sages-femmes s'y conformeront.

Au fil des ans, surtout dans la seconde moitié du XVIII[e] siècle, la présence masculine dans l'univers de l'accouchement devient de plus en plus fréquente. Comme en Europe, elle débute par le recours au chirurgien dans les cas difficiles. Ce dernier vient aider et non se substituer à la sage-femme. Toutefois, graduellement, des chirurgiens urbains ajoutent le titre d'accoucheur à celui de chirurgien. Certains ont la réputation d'être d'habiles accoucheurs : c'est le cas notamment du chirurgien François Lajus de Québec qui exerce entre 1744 et 1799.

À la fin du XVIII[e] siècle, comme on le fait en Europe, des praticiens offrent des « cours d'accouchement ». Le chirurgien militaire Gill se propose, en 1784, de « donner un cours de lectures et des instructions sur la théorie et la pratique de l'accouchement à toute femme dont la sobriété et tendresse seront attestées, et qui souhaiteront d'acquérir des connaissances dans cette science utile et humaine ». Trois ans plus tard, le chirurgien montréalais Alexandre Serres offre un cours analogue qui s'adresse à la fois aux chirurgiens et aux sages-femmes. Suivant en cela le modèle anglais, ces cours sont le fruit d'initiatives privées. Faute d'informations, il est difficile d'en évaluer la popularité. Toutefois, l'absence de données témoignerait de leur caractère éphémère[13].

Si l'obstétrique apparaît comme un champ d'intervention en plein essor, par contre l'adoption de mesures favorisant la prophylaxie reste très limitée.

La prophylaxie

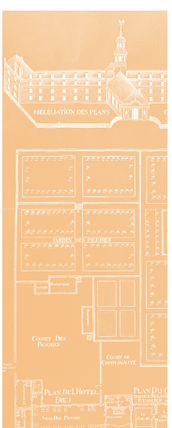
Bien que la médecine d'avant 1800 soit avant tout curative, elle prône néanmoins certaines mesures prophylactiques. La prévention des maladies et de leur dispersion se limite à peu de choses et la médecine ne connaît guère que les mesures de quarantaine et l'utilisation de l'inoculation contre la variole.

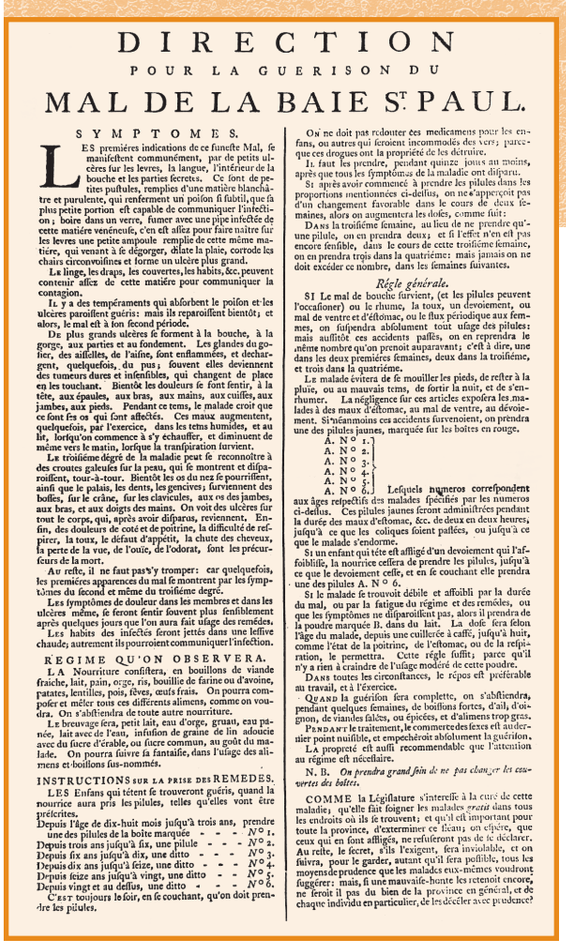
Pour l'individu, elle prône un régime de vie équilibré incluant une diète adaptée à son travail, à son tempérament, à son âge ou à son sexe. Les questions d'hygiène personnelle et publique ont laissé peu de traces dans le discours médical canadien des XVII[e] et XVIII[e] siècles. Les autorités interviennent à plusieurs reprises en édictant des règlements de police touchant de près ou de loin à l'hygiène publique, mais le rôle du corps médical dans la conception et l'élaboration des règlements est obscur.

La médecine encourage le recours à la quarantaine ou au cordon sanitaire en temps d'épidémie. C'est ainsi qu'en 1720-1722, de telles mesures auraient réussi à limiter à la Provence une épidémie de peste meurtrière. L'exemple est suivi au Canada. « Pour eviter qu'elle se communique en ce pays cy », le gouverneur et l'intendant émettent, le 20 octobre 1721, une ordonnance obligeant les navires en provenance de la Méditerranée qui arrivent au Canada de mouiller à l'Île-aux-Coudres afin d'en permettre l'examen. Ce n'est toutefois qu'en 1795 que des mesures législatives similaires à celles de 1721 seront adoptées pour obliger les vaisseaux « venant des places infectées de la peste ou aucune fièvre ou maladie pestilentielle, de faire la Quarantaine ».

L'inoculation de la variole demeure sans contredit la mesure la plus importante du XVIII[e] siècle pour la prévention des épidémies ; la petite vérole étant alors la maladie épidémique la plus meurtrière. Environ 15 % des malades atteints y succombent. À Boston, durant les épidémies de 1721, 1730, 1752 et 1764, respectivement 14,6 %, 13,9 %, 9,7 % et 17,7 % des malades décèdent. L'inoculation vise à donner à un individu la maladie, sous forme généralement bénigne, en le mettant en contact avec de la matière variolique. De cette manière, le patient peut acquérir une immunisation contre une nouvelle atteinte.

Introduite en Grande-Bretagne en 1721, et à la même époque en Nouvelle-Angleterre, cette nouvelle mesure, originaire d'Asie, suscite bien des réactions, tant positives que négatives. En France, cette pratique ne se diffuse que lentement et elle est sujette à controverse. Au Canada, l'inoculation ne sera introduite qu'au début du Régime anglais et popularisée, seulement à partir de 1768, par le chirurgien militaire James Latham qui se dit l'associé de Robert Sutton, le célèbre inoculateur anglais. Les mentions d'individus qui se font inoculer reviennent par la suite de plus en plus régulièrement. Toutefois, la pratique ne semble pas universellement acceptée. Certains craignent que la manipulation de matière variolique suscite une véritable épidémie où les pauvres, qui n'ont pas les moyens de se faire inoculer, seraient les seuls affectés. D'autres s'interrogent sur la qualité de la matière variolique. Enfin, certains doutent de la permanence de l'immunisation. Des motifs religieux sont aussi allégués. N'est-ce pas aller à l'encontre de Dieu que de créer la maladie là où elle n'existe pas[14] ?





DIRECTION
POUR LA GUERISON DU
MAL DE LA BAIE St. PAUL.

SYMPTOMES.

LES premières indications de ce funeſte Mal, ſe manifeſtent communément, par de petits ulcères ſur les levres, la langue, l'intérieur de la bouche et les parties ſecretes. Ce ſont de petites puſtules, remplies d'une matière blanchâtre et purulente, qui renferment un poiſon ſi ſubtil, que ſa plus petite portion eſt capable de communiquer l'infection; boire dans un verre, fumer avec une pipe infectée de cette matière venéneuſe, c'en eſt aſſez pour faire naître ſur les levres une petite ampoule remplie de cette même matière, qui venant à ſe dégorger, dilate la plaie, corrode les chairs circonvoiſines et forme un ulcère plus grand.

Le linge, les draps, les couvertes, les habits, &c. peuvent contenir aſſez de cette matière pour communiquer la contagion.

Il y a des tempéraments qui abſorbent le poiſon et les ulcères paroiſſent guéris: mais ils reparoiſſent bientôt; et alors, le mal eſt à ſon ſecond période.

De plus grands ulcères ſe forment à la bouche, à la gorge, aux parties et au fondement. Les glandes du gozier, des aiſſelles, de l'aiſne, ſont enflammées, et dechargent, quelquefois, du pus; ſouvent elles deviennent des tumeurs dures et inſenſibles, qui changent de place en les touchant. Bientôt les douleurs ſe font ſentir, à la tête, aux épaules, aux bras, aux mains, aux cuiſſes, aux jambes, aux pieds. Pendant ce tems, le malade croit que ce ſont ſes os qui ſont affectés. Ces maux augmentent, quelquefois, par l'exercice, dans les tems humides, et au lit, lorſqu'on commence à s'y echauffer, et diminuent de même vers le matin, lorſque la tranſpiration ſurvient.

Le troiſième dégré de la maladie peut ſe reconnoître à des croutes galeuſes ſur la peau, qui ſe montrent et diſparoiſſent, tour-à-tour. Bientôt les os du nez ſe pourriſſent, ainſi que le palais, les dents, les gencives; ſurviennent des boſſes, ſur le crâne, ſur les clavicules, aux os des jambes, aux bras, et aux doigts des mains. On voit des ulcères ſur tout le corps, qui, après avoir diſparus, reviennent. Enfin, des douleurs de coté et de poitrine, la difficulté de reſpirer, la toux, le défaut d'appetit, la chute des cheveux, la perte de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, ſont les précurſeurs de la mort.

Au reſte, il ne faut pas s'y tromper: car quelquefois, les premières apparences du mal ſe montrent par les ſymptômes du ſecond et même du troiſième degré.

Les ſymptômes de douleur dans les membres et dans les ulcères même, ſe feront ſentir ſouvent plus ſenſiblement après quelques jours que l'on aura fait uſage des remédes.

Les habits des infectés ſeront jettés dans une leſſive chaude; autrement ils pourroient communiquer l'infection.

REGIME QU'ON OBSERVERA.

LA Nourriture conſiſtera, en bouillons de viande fraiche, lait, pain, orge, ris, bouillie de farine ou d'avoine, patates, lentilles, pois, fèves, œufs frais. On pourra compoſer et mêler tous ces différents alimens, comme on voudra. On s'abſtiendra de toute autre nourriture.

Le breuvage ſera, petit lait, eau d'orge, gruau, eau panée, lait avec de l'eau, infuſion de graine de lin adoucie avec du ſucre d'érable, ou ſucre commun, au goût du malade. On pourra ſuivre ſa fantaiſie, dans l'uſage des alimens et boiſſons ſus-nommés.

INSTRUCTIONS SUR LA PRISE DES REMEDES.

LES Enfans qui tétent ſe trouveront guéris, quand la nourrice aura pris les pilules, telles qu'elles vont être précrites.

Depuis l'âge de dix-huit mois juſqu'à trois ans, prendre une des pilules de la boite marquée - - - N° 1.
Depuis trois ans juſqu'à ſix, une pilule - - - N° 2.
Depuis ſix ans juſqu'à dix, une ditto - - - N° 3.
Depuis dix ans juſqu'à ſeize, une ditto - - - N° 4.
Depuis ſeize ans juſqu'à vingt, une ditto - - - N° 5.
Depuis vingt et au deſſus, une ditto - - - N° 6.

C'EST toujours le ſoir, en ſe couchant, qu'on doit prendre les pilules.

ON ne doit pas redouter ces medicamens pour les enfans, ou autres qui ſeroient incommodés des vers; parceque ces drogues ont la propriété de les détruire.

IL faut les prendre, pendant quinze jours au moins, après que tous les ſymptômes de la maladie ont diſparu.

SI après avoir commencé à prendre les pilules dans les proportions mentionnées ci-deſſus, on ne s'apperçoit pas d'un changement favorable dans le cours de deux ſemaines, alors on augmentera les doſes, comme ſuit:

DANS la troiſième ſemaine, au lieu de ne prendre qu'une pilule, on en prendra deux; et ſi l'effet n'en eſt pas encore ſenſible, dans le cours de cette troiſième ſemaine, on en prendra trois dans la quatrième: mais jamais on ne doit excéder ce nombre, dans les ſemaines ſuivantes.

Régle générale.

SI Le mal de bouche ſurvient, (et les pilules peuvent l'occaſioner) ou le rhume, la toux, un devoiement, ou mal de ventre et d'eſtomac, ou le flux périodique aux femmes, on ſuſpendra abſolument tout uſage des pilules: mais auſſitôt ces accidents paſſés, on en reprendra le même nombre qu'on prenoit auparavant; c'eſt à dire, une dans les deux premières ſemaines, deux dans la troiſième, et trois dans la quatrième.

LE malade évitera de ſe mouiller les pieds, de reſter à la pluie, ou au mauvais tems, de ſortir la nuit, et de s'enrhumer. La négligence ſur ces articles expoſera les malades à des maux d'eſtomac, au mal de ventre, au dévoiement. Si néanmoins ces accidents ſurvenoient, on prendra une des pilules jaunes, marquée ſur les boîtes en rouge.

A. N° 1.
A. N° 2.
A. N° 3.
A. N° 4.
A. N° 5.
A. N° 6.

Leſquels numeros correſpondent aux âges reſpectifs des malades ſpecifiés par les numeros ci-deſſus. Ces pilules jaunes ſeront adminiſtrées pendant la durée des maux d'eſtomac, &c. de deux en deux heures, juſqu'à ce que les coliques ſoient paſſées, ou juſqu'à ce que le malade s'endorme.

SI un enfant qui tête eſt affligé d'un devoiement qui l'affoibliſſe, la nourrice ceſſera de prendre les pilules, juſqu'à ce que le devoiement ceſſe, et en ſe couchant elle prendra une des pilules A. N° 6.

SI le malade ſe trouvoit débile et affoibli par la durée du mal, ou par la fatigue du régime et des remédes, ou que les ſymptômes ne diſparoiſſent pas, alors il prendra de la poudre marquée B. dans du lait. La doſe ſera ſelon l'âge du malade, depuis une cuillerée à caffé, juſqu'à huit, comme l'état de la poitrine, de l'eſtomac, ou de la reſpiration, le permettra. Cette régle ſuffit; parce qu'il n'y a rien à craindre de l'uſage modéré de cette poudre.

DANS toutes les circonſtances, le répos eſt préferable au travail, et à l'exercice.

QUAND la guérison ſera complette, on s'abſtiendra, pendant quelques ſemaines, de boiſſons fortes, d'ail, d'oignon, de viandes falées, ou épicées, et d'alimens trop gras.

PENDANT le traitement, le commerce des ſexes eſt auſtérement interdit, et empechéroit abſolument la guérison.

LA propreté eſt auſſi recommendable que l'attention au régime eſt néceſſaire.

N. B. *On prendra grand ſoin de ne pas changer les couvertes des boîtes.*

COMME la Légiſlature s'intereſſe à la cure de cette maladie; qu'elle fait ſoigner les malades *gratis* dans tous les endroits où ils ſe trouvent; et qu'il eſt important pour toute la province, d'exterminer ce fleau, on eſpére, que ceux qui en ſont affligés, ne refuſeront pas de le déclarer. Au reſte, le ſecret, s'ils l'exigent, ſera inviolable, et on ſuivra, pour le garder, autant qu'il ſera poſſible, tous les moyens de prudence que les malades eux-mêmes voudront ſuggérer: mais, ſi une mauvaiſe-honte les retenoit encore, ne ſeroit il pas du bien de la province en général, et de chaque individu en particulier, de les déceler avec prudence?

[JAMES BOWMAN], DIRECTION POUR LA GUÉRISON DU MAL DE LA BAIE ST PAUL, QUÉBEC, GUILLAUME BROWN, 1785. FEUILLET ACCOMPAGNANT DES REMÈDES. CES INSTRUCTIONS ONT ÉGALEMENT ÉTÉ PUBLIÉES SOUS FORME DE BROCHURE.
Bibliothèque nationale du Québec.

Des outils

Une centaine d'inventaires après décès de médecins et de chirurgiens permettent de retracer les principaux instruments utilisés dans la colonie.

Instruments de la saignée si fréquemment pratiquée, les lancettes qui servent à ouvrir les veines et, dans certains cas, les artères figurent dans le tiers des inventaires. On trouve aussi quelques mentions de palettes ou poilettes servant à recueillir le sang.

La présence de mortiers et de pilons, utilisés pour réduire en poudre les substances solides, est signalée chez plus du tiers des praticiens. Sont moins fréquentes les mentions de balances et de trébuchets pour peser les produits médicaux, de pots, de fioles et, plus rares encore, d'alambics ou de chapelles permettant la distillation. La présence de ces équipements chez plusieurs chirurgiens témoigne bien des fonctions d'apothicaire qu'exercent la plupart d'entre eux au Canada. Signe de la pratique du métier de barbier, 30 % des inventaires de la période antérieure à 1741 mentionnent des bassins à faire la barbe et des rasoirs. Entre 1741 et 1800, ce pourcentage descend à 12 % pour les rasoirs et à moins de 1 % pour les bassins.

Les seringues qui servent à donner des lavements et des injections de liquides dans les cavités du corps sont régulièrement signalées. Bien qu'expérimentées dès le XVII^e siècle, les injections intraveineuses ne font pas encore partie de l'arsenal thérapeutique courant.

On trouve également dans les inventaires des daviers pour arracher les dents ; des trocarts, ces poinçons d'acier utilisés pour ouvrir la cavité de l'abdomen dans le but d'en évacuer les eaux ; des sondes, pleines ou creuses, pour la vessie, les plaies ou les fistules ; des couteaux; des bistouris ; des pincettes ; des scies pour l'amputation ; des rugines pour racler les os ou des trépans pour les percer. Les mentions d'instruments obstétricaux sont rares et tardives.

Les chirurgiens qui représentent l'essentiel des membres des corps médicaux français et canadien sont généralement formés par apprentissage auprès d'un maître. Toutefois, le recours au livre médical devient de plus en plus populaire. La multiplication des éditions de volumes médicaux en langue française plutôt que latine facilite la pénétration de l'imprimé chez les membres du corps médical, en particulier chez les chirurgiens dont la formation est généralement limitée. Le livre médical devient ainsi le véhicule par excellence pour transmettre les enseignements des grands maîtres, diffuser les théories anciennes et nouvelles ou vulgariser les connaissances. Bref, le livre médical favorise l'institutionnalisation du savoir médical et la standardisation des pratiques (Lessard, 1995 b).

Dans la colonie, il n'y a pas d'imprimerie avant le Régime anglais et le premier ouvrage consacré à une question médicale — *Direction pour la guérison du Mal de la Baie St Paul* — ne paraît qu'en 1785. Il n'y a pas, non plus, de marchands spécialisés dans la vente de livres ou de bibliothèques publiques avant la seconde moitié du XVIII^e siècle. En fait, durant tout le Régime français, les bibliothèques des communautés religieuses sont parmi les mieux garnies.

En Nouvelle-France, l'apothicairerie la plus importante serait celle des jésuites à Québec. Il n'est donc pas étonnant de trouver dans la bibliothèque de cette communauté la plus importante collection de traités médicaux de la colonie. On trouve des traités généraux de médecine, de chirurgie ou de pharmacie, mais également des ouvrages plus spécialisés touchant des pathologies particulières comme les maladies vénériennes, le rhumatisme, les fièvres, les tumeurs ou la variole ; des thérapeutiques nouvelles comme l'utilisation de l'ipécacuhana ou des secteurs spécialisés de la chirurgie comme l'obstétrique ou l'ostéologie. Les ouvrages en langue française dominent. On trouve à peine sept publications en latin et, à une exception près, elles ont toutes été éditées au XVII^e siècle (Drolet, 1961).



Des publications récentes côtoient des œuvres classiques ou anciennes. Les grands auteurs de l'époque tels Dionis, Boerhaave, Sydenham, Ettmuller, Lémery ou Helvétius y sont représentés. Dans bien des cas, les dates de publication et d'inscription au catalogue de la bibliothèque des jésuites sont rapprochées. Malgré la distance, les nouvelles parutions sont assez rapidement introduites dans la colonie.

La majorité des praticiens de la santé qui sont propriétaires de livres médicaux en ont moins de dix. Les cas de Bernard Duberger, de Saint-Thomas, de Richard Hope et de Michel Sarrazin, de Québec, sont exceptionnels : leurs bibliothèques comptent respectivement 77, 83 et 45 ouvrages relatifs à la pratique médicale. Les bibliothèques les mieux garnies sont la propriété de praticiens urbains, mais cela n'empêche pas quelques chirurgiens des campagnes, tel Duberger, de se mesurer avantageusement à la majorité de leurs confrères des villes.

Une analyse des caractéristiques des bibliothèques de chirurgiens permet de dégager quelques éléments : livres peu nombreux ; publications en français ; ouvrages généraux plutôt que spécialisés ; ouvrages d'auteurs connus ayant une large diffusion ; livres imprimés surtout à Paris ; rareté des nouveautés ou des livres ayant fait l'objet de polémiques ; ouvrages souvent publiés d'abord au XVII^e siècle puis réédités par la suite ; ouvrages touchant à la fois la médecine, la pharmacie et la chirurgie ; et, enfin, présence d'ouvrages de médecine charitable facilement accessibles. Les traités touchant l'obstétrique, les maladies vénériennes, la variole, les vers ou les nouvelles thérapeutiques sont le plus souvent absents.

La présence de livres chez les membres du corps médical croît avec les ans : absence presque généralisée au XVII^e siècle, croissance rapide au début du siècle suivant, puis progression plus lente et, enfin, nouvelle croissance importante à la fin du XVIII^e siècle. Durant la période 1781-1800, les livres médicaux sont présents dans 80 % des inventaires et le nombre moyen de livres de médecine par bibliothèque est à la hausse par rapport aux périodes précédentes. Expliquer ce phénomène par le progrès de l'alphabétisation au sein du corps médical ne résiste pas à l'examen. Au Canada, les chirurgiens ont toujours su lire ou du moins signer leur nom. En fait, cette progression dans la possession d'imprimés médicaux est l'un des indices du passage du statut de chirurgien-barbier à celui de chirurgien proprement dit. Cette évolution est perceptible à travers tout le monde occidental et le Canada ne fait que suivre le mouvement, particulièrement entre 1740 et 1780. La présence de plus en plus marquée de livres médicaux, de médicaments et d'instruments de chirurgie dans les inventaires est un des signes tangibles de l'institutionnalisation des savoirs et de l'amorce du processus de professionnalisation du corps médical canadien, processus qui franchira une étape décisive au cours des années 1840.

L'examen des instruments, des produits pharmaceutiques et des écrits médicaux en usage dans la colonie, certains témoignages laissés par des contemporains font voir une pratique médicale finalement assez peu différente de celle qui a cours dans la métropole. La médecine officielle n'a pas subi d'adaptations importantes dans le nouvel environnement colonial. Il en est d'ailleurs ainsi des hôpitaux.

3. LES HÔPITAUX

Dès les débuts de la Nouvelle-France, les hôpitaux deviennent des lieux privilégiés pour dispenser réconfort, assistance et soins médicaux. L'origine des hôpitaux est intimement reliée à la diffusion du christianisme qui entraîna dans son sillage le concept d'hospitalité. Florissante au Moyen Âge, cette hospitalité, qui se fonde essentiellement sur la charité, prend la forme d'institutions qui rassemblent, dans un nouvel élan, pèlerins et voyageurs, puis démunis et malades.

En France, on distingue deux principaux types d'hôpitaux : l'hôpital général et l'hôtel-Dieu. L'hôpital général est d'abord un lieu d'enfermement des pauvres. La mendicité et le vagabondage prennent des proportions telles, que l'État, qui perçoit non seulement ces démunis comme une menace pour l'ordre établi, mais aussi comme des agents de propagation des épidémies, se sent forcé d'intervenir. En Angleterre comme en France, des législations tentent de contrôler la vie de ces hordes mendiantes. Leur « renfermement » forcé, assorti de mesures interdisant la mendicité et l'aumône, est vu comme la solution. Le premier hôpital général est érigé à Paris en 1656. Ces établissements offrent une solution à toute une gamme de problèmes sociaux et marquent l'institutionnalisation de la charité. De plus, en cette période si soucieuse de « mettre tout le monde au travail », l'hôpital général est aussi conçu comme un lieu de production. Toutefois, devant l'échec de l'entreprise, sa vocation s'élargit pour accueillir une clientèle hétérogène choisie parmi les plus vulnérables de la société : les infirmes, les vieillards, les épileptiques, les prostituées, les enfants abandonnés et les aliénés (Imbert, 1982 : 167).

La vocation des hôtels-Dieu est tout autre. Le « pauvre malade » y a sa place, mais cette institution n'est cependant pas réservée qu'au soin du corps : elle le transcende pour rejoindre l'âme. Son ultime mission est le salut de l'âme et la période d'hospitalisation est considérée comme un temps de grâce, ou du moins de régénération morale. Les hôtels-Dieu sont en même temps des lieux de rédemption pour le personnel soignant.

Dès la fin du XVII^e siècle, avant les autres colonies françaises, le Canada a déjà mis en place le dispositif hospitalier qu'il conservera pendant plus de 100 ans. Ces institutions demeurent essentiellement françaises : leur architecture, leur fonctionnement et

leur idéologie se fondent sur une tradition hospitalière séculaire. Les règlements et les constitutions des communautés religieuses françaises servent également de support à leur action dans la colonie. La Conquête ne modifiera pas cette orientation et aucune nouvelle institution ne sera fondée avant 1800.

L'histoire des hôpitaux en terre canadienne débute en 1639 avec l'arrivée de trois hospitalières de la Miséricorde de Jésus et la fondation d'un premier hôtel-Dieu à Québec par des religieuses provenant de celui de Dieppe. Madame de Combalet, nièce de Richelieu et duchesse d'Aiguillon, est la fondatrice de ce nouvel hôpital qu'elle souhaite au service des Amérindiens, « afin de contribuer à leur conversion et à leur salut ». Dans cet esprit d'évangélisation, les hospitalières s'établissent d'abord à Sillery puis, en 1644, en raison du conflit avec les Iroquois, elles gagnent Québec. Détourné de sa vocation première, l'Hôtel-Dieu n'accueille plus qu'une rare clientèle autochtone qui représente moins de 4 % des admissions à la fin du XVII^e siècle et moins de 1 % en 1744 (Rousseau, 1989 : 70-84 ; 1983 : 15-29 ; 1977 : 29-30).

Entre le 1^er juin 1689 et le 13 septembre 1759, 42 114 entrées sont consignées aux registres des malades de l'Hôtel-Dieu de Québec, ce qui représente une moyenne de 600 admissions par année. Cette population malade est composée aux quatre cinquièmes d'hommes, parmi lesquels les gens de métier, les domestiques et les habitants figurent au premier rang. Les militaires et les matelots représentent le tiers de ces malades masculins, auxquels il faut aussi ajouter les ecclésiastiques.

En France, la faible durée du séjour est un fait observé dans tous les hôpitaux. Ainsi, à Saumur, durant le premier trimestre de 1706, le temps de séjour à l'hôpital des malades qui y décèdent est de 21 jours et de ceux qui en sortent, 19 jours. À l'Hôtel-Dieu de Québec en 1744, la durée moyenne de l'hospitalisation est du même ordre, soit de 21 jours.

Par ses règles et constituts, l'Hôtel-Dieu de Québec se veut d'abord au service des pauvres malades. Au gré des crises et des conflits, il reçoit cependant un nombre variable de personnes relevant du roi, mais il réussit tout de même à conserver un fort pourcentage de malades provenant des milieux les plus démunis. D'ailleurs, bon nombre des malades à la charge du roi pourraient être classés parmi les plus démunis. Surtout au service de la population de la capitale et de ses environs immédiats, l'Hôtel-Dieu de Québec peut accueillir à l'occasion des individus issus de toutes les couches de la société. Toutefois, des espaces spéciaux avaient été aménagés pour les ecclésiastiques et les officiers peu enclins à se mêler au peuple dans les salles communes. Des patients plus aisés pouvaient aussi profiter de tels services.

En 1732, l'hôpital compte 34 lits destinés aux malades des deux sexes et six autres réservés aux domestiques. Dans leur tâche quotidienne, les hospitalières sont assistées d'un personnel laïque. Le médecin et le chirurgien du roi, les aides-chirurgiens, les infirmiers, les serviteurs, les servantes et les domestiques se partagent le travail et assurent le bon fonctionnement de l'établissement.

Grâce au soutien financier de madame de Bullion, un hôtel-Dieu est également érigé à Montréal. Fondé par Jeanne Mance, un « petit Hospital » est établi dans le fort dès la fondation de Montréal en 1642. Cependant, la construction d'un bâtiment particulier ne débutera qu'en 1644. Des hospitalières de La Flèche le prennent en charge en 1659. En 1701, l'Hôtel-Dieu de Montréal compte 27 religieuses et entretient journellement 35 à 40 malades, tant soldats qu'habitants. En 1734, le personnel comprend 40 religieuses et 6 domestiques. Les malades sont alors « communement au nombre de 35 ou 40 des deux Sexes et la plûpart Sont traittés gratuitement ». L'histoire de cet hôpital est cependant jalonnée de nombreux incendies qui nécessitent sa reconstruction à plusieurs reprises (Lahaise, 1980 : 29-35 ; 1973 : 13-19).

En 1697, l'appui financier de l'évêque de Québec permet aux ursulines de fonder un hôtel-Dieu à Trois-Rivières. L'établissement doit être pourvu d'un minimum de six lits. Les religieuses, qui ont perdu six des leurs au cours d'une épidémie survenue durant l'hiver de 1749-1750, demandent aux autorités coloniales la permission de cesser d'« Exercer L'hospitalité ». L'intendant Bigot croit cependant que neuf religieuses devraient « suffire pour un aussi petit hôpital, n'y ayant qu'une chambre de dix Lits ». En 1752, un incendie détruisit entièrement l'hôpital qui fut reconstruit par la suite. À la fin du XVIII^e siècle, le voyageur Isaac Weld note que cet établissement comprend deux salles contenant chacune 12 ou 14 lits « très bons et tenus très proprement ».

La création des hôpitaux généraux en Nouvelle-France est la réponse aux problèmes que posent également le vagabondage, la mendicité et les démunis de toutes sortes. En 1688, les Canadiens traversent une période difficile. Depuis le début de la décennie, la guerre avec les Iroquois, les épidémies, la baisse de la traite des fourrures et les mauvaises récoltes contribuent à accroître le nombre de pauvres et de nécessiteux. Dans le but d'éliminer la mendicité, le Conseil souverain institue des bureaux des pauvres à Québec, à Trois-Rivières et à Montréal et donne ainsi naissance au premier système d'assistance publique au pays. Principalement administrés par des laïcs, les bureaux des pauvres s'inspirent des bourses des pauvres établies en France dès le XVI^e siècle. Deux préoccupations majeures guident l'action de ces établissements. D'une part, il s'agit de secourir les nécessiteux sur une base paroissiale et, d'autre part, de décourager la mendicité et l'aumône manuelle. Pour atteindre ces objectifs, des



dons en argent ou en nature sont faits aux plus démunis ou un travail leur est procuré. À Québec, l'organisme fonctionne jusqu'à son remplacement par un hôpital général en 1692. Les administrateurs des deux établissements sont les mêmes à une exception près. Six ans plus tard, le Conseil souverain rétablit les bureaux des pauvres. Si les hôpitaux généraux s'avèrent essentiels au soin des malades chroniques, des infirmes et des personnes âgées, ils ne conviennent guère cependant aux autres catégories de nécessiteux et ne contribuent en rien à réduire la mendicité. Le procureur général François-Madeleine-Fortuné Ruette d'Auteuil et de Monceaux considère même que ces établissements encouragent la fainéantise. Des bureaux des pauvres réapparaissent dans les centres urbains et dans au moins une paroisse rurale, Sainte-Famille sur l'île d'Orléans. Toutefois, pour des raisons qui demeurent inconnues, cette forme d'assistance publique prend fin avec le XVII^{e} siècle.

L'Hôpital Général de Montréal est fondé en 1692 par le marchand François Charon de La Barre et ses associés. Selon les lettres patentes du 15 avril 1694, son but est de retirer « les pauvres Enfans orphelins, Estropiez, viellards, infirmes et autres necessiteux » de sexe masculin « pour y Estre Logés, nourris et Secourus dans leurs Besoins, les occuper dans les ouvrages qui leur seront convenables, faire apprendre des mettiers auxdits Enfans et leur donner la meilleure Education que faire se poura ». D'abord administré par des hospitaliers connus sous le nom de « Frères Charon », l'Hôpital Général de Montréal est pris en charge en 1747 par madame d'Youville et les Sœurs de la Charité de l'Hôpital Général, dites sœurs grises.

En 1692, le roi accorde des lettres patentes pour l'érection d'un hôpital général à Québec. Quoique l'évêque de Québec assure l'assise financière de l'établissement, sa gestion est confiée à des directeurs et à des administrateurs majoritairement laïques. Toutefois, six ans plus tard, l'évêque prend le contrôle de l'établissement.

Dès 1693, des hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec s'occupent de l'hôpital. En 1699, elles forment leur propre communauté. L'établissement est complété en 1717 par un asile pour les femmes aliénées et par un second asile, pour les hommes, en 1722. Un logement réservé aux femmes « pécheresses » est par la suite ajouté, en même temps que l'hôpital se transforme en « Hôtel des Invalides » pour accueillir les soldats infirmes ou impotents qui versent leur demi-solde en paiement. Une nouvelle aile est construite en 1738 pour les héberger. En 1736, l'établissement compte 23 religieuses de chœur, 8 converses, 43 invalides des deux sexes et 10 « insensés ». L'Hôpital Général, contrairement à l'Hôtel-Dieu, reçoit une clientèle hétérogène, qui regroupe, à la fin du Régime français, « (des) Invalides, (des) infirmes, des vieillards, des estropiés de l'un et l'autre sexe, des fous, des folles, des filles et des femmes de mauvaise vie[15] ».

Le rôle de l'Église comme promoteur et gestionnaire est une caractéristique fondamentale de la structure hospitalière de l'époque. Si les hôpitaux généraux ont surtout une fonction d'asile et d'hospice, les hôtels-Dieu, à l'opposé, ont des fonctions médicales. De plus, bien que les objectifs des religieuses qui les gèrent soient prioritairement d'ordre spirituel, les hôtels-Dieu n'en demeurent pas moins des lieux médicalisés principalement au service des pauvres malades des villes et de leurs environs immédiats : les priorités spirituelles n'étant pas incompatibles avec celles de nature médicale. La présence et l'importance du corps médical, financé et contrôlé essentiellement par l'État, constituent de fait une facette importante de la vie hospitalière. L'intervention de l'État qui prend des formes diverses peut prêter à différentes interprétations. Il apporte un soutien financier indispensable, surtout pour l'Hôtel-Dieu de Québec, mais il impose en même temps un carcan qui oblige les religieuses à faire des choix tout en se soumettant à la volonté du roi : choix du personnel médical, choix aussi des malades admis prioritairement. La perte d'autonomie était le prix à payer.

Les trois hôtels-Dieu accueillent annuellement des centaines, voire plus d'un millier de patients. Loin d'être des antres de la mort, ils contribuent, par les soins distribués et par une alimentation diversifiée, à guérir plus de 90 % des patients admis. Le taux de mortalité y est sensiblement le même que dans les hôpitaux européens de taille similaire.

Comme les hôpitaux se limitent surtout aux soins donnés aux plus démunis et que les praticiens non reconnus n'accaparent pas une part importante des soins médicaux, il semble bien que le corps médical comble une grande partie, sinon la majeure partie des besoins médicaux de la colonie. C'est par lui que se fera l'essentiel du transfert des savoirs et des techniques médicales de la France vers la Nouvelle-France.

4. LE CORPS MÉDICAL

En France comme en Angleterre, le corps de santé se divise officiellement en trois groupes principaux — les médecins, les chirurgiens et les apothicaires, qui s'organisent selon une hiérarchie dominée par les médecins.

Les médecins

En France, à cause de leur origine sociale et de leur formation universitaire, les médecins jouissent d'un prestige élevé. Ainsi, en 1784 et 1786, deux enquêtes menées auprès des subdélégués des intendants révèlent que 85 % des médecins sont jugés « très bons » comparativement à 9 % pour les chirurgiens. Ce statut social élevé incite les médecins à dédaigner tout travail manuel : ils enseignent, prescrivent remèdes et régimes et supervisent les chirurgiens lors d'opérations. Peu nombreux et essentiellement urbains, ils sont au service de l'aristocratie et de la bourgeoisie aisée, seuls

groupes de la société à pouvoir s'offrir leurs services (Goubert, 1987 : 25-31 ; Didier, 1976 : 94 ; Peterson, 1978 : 8 ; Lebrun, 1975 : 127-133, 143-148).

En Nouvelle-France, la présence d'un médecin est attestée dès le XVII^e siècle. Toutefois, il faut rappeler ici la différence entre un individu porteur d'un brevet de médecin du roi et le véritable médecin : le premier n'étant pas nécessairement un médecin diplômé de l'une des facultés de médecine. Ainsi, Robert Giffard, qui se présente dès 1648 comme médecin ordinaire de Sa Majesté, ne semble pas avoir obtenu de grades en médecine et serait plutôt un chirurgien de formation.

Ce n'est qu'à l'été de 1669 que le premier docteur en médecine, Jean de Bonamour, met les pieds dans la colonie. Après son départ en 1672, la colonie restera sans médecin pendant un quart de siècle. En 1697, le retour dans la colonie du chirurgien Michel Sarrazin qui vient de terminer des études en médecine marque une étape décisive dans l'évolution du corps médical canadien.

Né le 5 septembre 1659 à Nuits-sous-Beaune en Bourgogne, Michel Sarrazin appartient à une famille bien établie. Il est le fils de Claude Sarrazin, lieutenant en justice des seigneuries de l'abbaye de Citeaux, et de Madeleine de Bonnefoy ; son frère Claude est bourgeois à Nuits-sous-Beaune, un autre est prêtre. Nommé chirurgien major des troupes le 12 septembre 1686, il sert avec une « aprobation Universelle, exerçant egalement la medecine et la Chirurgie » puis il va se perfectionner en France en 1694. Après avoir « fait un cours de medecine a Paris ou il a demeuré Environ trois ans », il prend « ses degrez a Rens (Reims) ». Quelques « affaires et les sollicitations de Mr LEvesque de Québec » le ramènent au Canada en 1697. Retenir un médecin de talent dans cette colonie éloignée des hauts lieux du savoir européen, faiblement peuplée et de surcroît comptant peu de familles aisées, voilà le défi auquel on est régulièrement confronté durant les décennies qui suivent. Dans ses démarches afin d'obtenir une place conforme à son rang, Sarrazin bénéficie de l'appui du gouverneur, de l'intendant, de l'évêque, des membres du Conseil souverain et du Séminaire des Missions étrangères de Paris.

Cet appui permet au médecin de recevoir le soutien par excellence, celui de l'État. En mai 1699, il obtient une commission de Fagon, conseiller du roi et premier médecin du Jardin royal, le nommant « médecin Botanique du Roy » pour la recherche des plantes de la Nouvelle-France afin d'en faire parvenir les graines et semences pour le Jardin royal à Paris. Le 4 avril 1699, il devient naturaliste correspondant de Tournefort de l'Académie royale des Sciences. Outre ses nominations scientifiques, Sarrazin devient, le 14 mai 1699, médecin ordinaire de Sa Majesté au Canada. Enfin, le 23 avril 1700, il obtient un brevet de médecin des hôpitaux de la Nouvelle-France. À ces commissions reliées à son statut de médecin et de scientifique, il joint, le 17 juin 1707, la prestigieuse commission de conseiller au Conseil supérieur et, en 1733, de garde des sceaux du Conseil supérieur. Ces nouveaux ajouts à ses activités lui procurent du prestige et des revenus additionnels de plusieurs centaines de livres. Enfin, le 23 janvier 1717, il est nommé correspondant de Réaumur à l'Académie royale des Sciences. Après plus de 40 ans de service dans la colonie, Michel Sarrazin décède en 1734.

Signe du statut colonial du Canada, le poste de médecin du roi à Québec est comblé par les autorités métropolitaines qui envoient un jeune médecin français, Jean-François Gaultier, quoique plusieurs chirurgiens qualifiés établis au Canada eussent souhaité l'obtenir.

Né à La Croix-Avranchin en Normandie le 6 octobre 1708, il aurait étudié et exercé la médecine à Paris pendant six ou sept années et les médecins Jussieu, également académiciens, le tiendraient en estime. Après bien des hésitations dues à la « modicité » des appointements, Gaultier accepte en 1741 le poste de médecin du roi au Canada. Il débarque à Québec durant l'été de 1742. Peu de jours après son arrivée, il commence « a Exercer ses fonctions a l'hôpital et dans la Ville » et son assiduité auprès des malades est alors remarquée. Dès 1742, il est également assidu « aux Conférences de droits ». Fort de différents appuis, il obtient en 1744 un poste de conseiller au Conseil supérieur.

Parallèlement à ses activités médicales et juridiques, Gaultier s'adonne à des recherches scientifiques. Ses relevés sur le climat, les maladies les plus fréquentes, les traitements les plus efficaces, l'évolution des récoltes et divers aspects de la vie quotidienne seront partiellement publiés par Henri-Louis Duhamel Du Monceau dans les mémoires de l'Académie royale des Sciences. Il correspond également avec René-Antoine Ferchault de Réaumur de l'Académie des Sciences. Dès l'automne de 1743, il fait expédier en France cinq caisses de plantes pour le Jardin royal. En mai 1745, il est élu membre correspondant de l'Académie royale des Sciences. Gaultier décède à Québec en 1756.

La similitude des carrières de Sarrazin et de Gaultier est remarquable : études à Paris, soutien constant de l'État sans qui il n'y aurait sans doute pas eu de médecin en Nouvelle-France, brevet de médecin du roi, liens avec l'Académie royale des Sciences, alliance matrimoniale avantageuse, socialement et financièrement, estime générale et décès en soignant des malades. Outre leurs activités scientifiques et juridiques, Sarrazin et Gaultier sont des leaders médicaux, rôle que reconnaissent volontiers tous leurs contemporains. Par son brevet de médecin des hôpitaux de la Nouvelle-France reçu en 1700, Sarrazin doit « visiter les malades des hôpitaux de la Nouvelle-France, et leur ordonner des remèdes convenables ». Il doit donc se rendre régulièrement à l'Hôtel-Dieu,



contrôler les admissions, examiner les patients et distribuer les directions aux religieuses et aux chirurgiens. Gaultier fait de même, et ce, dès les premiers jours qui suivent son débarquement.

Gaultier et Sarrazin interviennent généreusement en temps d'épidémie, ils dispensent leurs conseils aux chirurgiens éloignés et aux curés tout en se dévouant auprès de leurs malades. Cependant, leur pratique au sein de la population en temps habituel est plutôt limitée, car ils réservent leurs services aux mieux nantis. Le recours au médecin, qui, dans bien des cas, exige des frais de visite et des honoraires, engendre des coûts importants. D'ailleurs, plusieurs patients qui ont reçu la visite du médecin ont également été traités par un chirurgien, situation qui augmente les frais des soins. Pour la majorité des individus, le médecin ne semble guère accessible que par le biais des hôpitaux desservis par le médecin du roi.

Les médecins desservent les établissements religieux. Par leurs commissions de médecin du roi ou de médecin des hôpitaux, ils doivent soigner les militaires et les pauvres admis à l'Hôtel-Dieu de Québec. D'autres établissements peuvent recourir à leurs services. Ainsi, le Séminaire de Québec engage, à partir du 15 octobre 1744, le médecin Gaultier « En qualité de Medecin de La Maison » et lui verse des honoraires s'élevant annuellement à 100 #. De même, à partir de 1742, ce même médecin reçoit chaque année la somme de 200 # pour soigner les ursulines.

Les médecins sont peu nombreux et concentrés en ville, et sans le soutien de l'État, la colonie ne semble guère être en mesure de les attirer. Qui plus est, l'exercice de la médecine par les chirurgiens amène une concurrence très vive au sein du corps médical et réduit le marché des soins prodigués par le médecin. De fait, cette concurrence n'est guère de nature à encourager l'établissement de médecins dans la colonie. En 1733, le chirurgien Benoît de Montréal fait observer au ministre de la Marine que le « titre de médecin est fort vain pour [lui …] en Canada, ne donnant pas de quoi vivre, et soutenir [sa …] famille […] tout le monde en Canada étant médecin et le plus ignorant étant en compromis avec le plus habile ». Il conclut en précisant que s'il a demandé le titre de médecin du roi ce n'était « qu'a d'honores ».

Pour remplacer Gaultier décédé en 1756, le roi choisit un médecin de 27 ans, Amable Chomel. Nommé le 15 janvier 1757, il n'arrivera jamais dans la capitale canadienne. Il sera remplacé par François Lebeau qui, à peine arrivé en 1758, passe en Louisiane après la prise de la colonie.

L'intervention de l'État français avait garanti la présence d'un médecin au Canada. Il faudra attendre l'arrivée de John Mervin Nooth en 1788 pour retrouver un médecin du calibre de Sarrazin ou de Gaultier.

C'est un défi de distinguer les vrais docteurs en médecine de ceux qui prennent le titre de médecin durant les premières décennies du Régime anglais. D'une part, les termes médecin et docteur deviennent de plus en plus populaires. D'autre part, les qualifications réelles des individus ne nous sont généralement connues que par leur seul témoignage. De 1761 à 1774, il ne semble pas y avoir d'authentiques docteurs en médecine au Canada.

La guerre de l'Indépendance américaine amène dans la colonie un certain nombre d'individus qui se présentent comme docteurs en médecine. Ce sont par exemple : Charles-Etienne Letestu; John Macaulay; George Selby, diplômé d'Édimbourg ; Timothy O'Connor, qui a « fini ses études à Paris et pris ses grades » ; Hugh Alexander Kennedy, un diplômé d'Édimbourg.

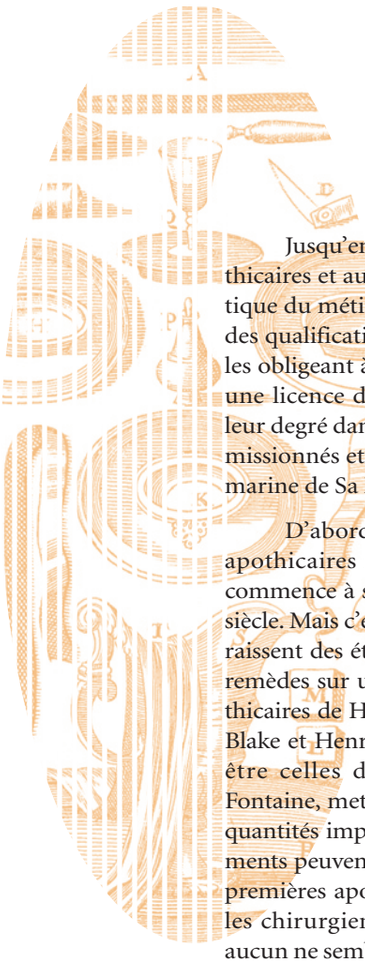
En 1787, après s'être plaint de l'état déplorable de la médecine au Canada, le gouverneur Guy Carleton, 1er baron Dorchester, demande à Londres d'envoyer dans la colonie un « *enlightened active gentleman of the faculty* ». L'année suivante, probablement en réponse à cette requête, John Mervin Nooth, médecin diplômé d'Édimbourg, débarque à Québec en tant que surintendant général des hôpitaux. Par sa culture, ses activités scientifiques et ses liens avec l'État, il sera pendant les 10 années qui suivent le personnage le plus en vue du monde médical canadien.

Les apothicaires

Les apothicaires se situent à l'échelon le plus bas de la hiérarchie médicale. Ils sont officiellement chargés de la préparation et de la vente des remèdes. Leurs activités ne sont pas considérées comme relevant d'une profession ou d'un métier, mais plutôt d'un commerce (Waddington, 1973 : 108 ; Hamilton, 1951 : 141-169 ; Loudon, 1985 : 1-32 ; Thillaud, 1983 : 105).

À l'instar des médecins, les apothicaires sont rares en France et localisés en ville. Leur formation s'acquiert par apprentissage auprès d'un maître. À Paris, des cours de pharmacie dispensés par la Faculté de médecine ou le Jardin royal permettent d'obtenir un complément de formation. Au Canada, les œuvres de Nicolas Lémery et de Moïse Charras sont présentes dans plusieurs bibliothèques personnelles et institutionnelles.

Avant 1800, la pratique de la pharmacie au Canada présente quatre caractéristiques : absence de réglementation jusqu'en 1788, rôle important des communautés religieuses avant la Conquête ; apparition tardive d'apothicaireries publiques importantes; accaparement de la profession par les chirurgiens, surtout par les chirurgiens militaires britanniques après la guerre de l'Indépendance américaine.



Jusqu'en 1788, il n'y a pas de corporation d'apothicaires et aucune réglementation ne contrôle la pratique du métier. L'ordonnance de 1788 vise à s'assurer des qualifications professionnelles des apothicaires en les obligeant à subir un examen avant de leur délivrer une licence de pratique, excepté « ceux qui ont pris leur degré dans aucune université, ou qui ont été commissionnés et nommés chirurgiens dans l'armée ou la marine de Sa Majesté ».

D'abord entre les mains des chirurgiens et des apothicaires religieux, le domaine de la pharmacie commence à se spécialiser à partir du milieu du XVIII^e^ siècle. Mais c'est seulement après la Conquête qu'apparaissent des établissements publics voués à la vente de remèdes sur une grande échelle. Les boutiques d'apothicaires de Henry Taylor, James Davidson ou Charles Blake et Henry Nicholas Christopher Loedel, et peut-être celles de Joseph Dauquin et de Guillaume Fontaine, mettent à la disposition de leur clientèle des quantités impressionnantes de produits. Ces établissements peuvent être considérés, à juste titre, comme les premières apothicaireries publiques laïques. Bien que les chirurgiens fassent souvent office d'apothicaire, aucun ne semble posséder de remèdes en grande quantité avant le milieu du XVIII^e^ siècle.

Même après la Conquête, les apothicaires restent relativement peu nombreux et demeurent concentrés dans les villes de Québec et de Montréal. À l'exception de Jean-Baptiste Chrétien, d'ailleurs formé en partie en France, ce sont tous des étrangers. Sauf Dauquin et Fontaine, tous pratiquent les trois branches de la médecine. Enfin, quelques chirurgiens militaires britanniques débarqués au Canada à l'occasion de la guerre de l'Indépendance américaine fondent durant les années 1780 des établissements considérables qui témoignent de l'emprise de ce groupe sur les destinées du corps médical canadien.

Les chirurgiens

Plus proches du peuple que les médecins, souvent issus du même milieu que leurs patients et surtout plus accessibles physiquement et monétairement que les premiers, les chirurgiens jouent le rôle de généralistes. Ils forment un groupe beaucoup moins prestigieux que les médecins, mais ils sont plus nombreux et se répandent à la fois dans les villes, les bourgs et les campagnes. Le traitement des blessures et des maladies externes et l'utilisation des instruments chirurgicaux définissent, en principe, leur champ d'exercice. Néanmoins, la plupart des chirurgiens, surtout ceux qui sont établis dans les lieux dépourvus de médecins et d'apothicaires, n'hésitent pas à remplir certaines fonctions normalement dévolues à ces derniers.

Contrairement aux médecins, les chirurgiens n'exercent pas une profession, mais plutôt un métier. Depuis le milieu du XVII^e^ siècle à Paris, les chirurgiens forment avec les barbiers une même communauté. Ils sont soumis à la Faculté de médecine et ne jouissent plus du statut de profession libérale. Ce qui a contribué à diminuer leur prestige dans la société française et, par extension, au Canada. Les barbiers, appelés aussi barbiers-chirurgiens, pratiquent la chirurgie depuis longtemps, mais ils s'en tiennent surtout à des actes simples comme le « pansement des simples tumeurs & des furoncles » ainsi que les saignées en cas de nécessité.

Comme les hommes de métier, les chirurgiens sont regroupés suivant le modèle corporatif et leur formation demande obligatoirement un apprentissage auprès d'un maître. À la veille de la Révolution, les maîtres chirurgiens français sont répartis dans quelque 400 communautés qui relèvent du premier chirurgien du roi, lequel nomme à leur tête un lieutenant choisi parmi les maîtres chirurgiens de chaque communauté. Très disparates quant au nombre de leurs membres, à leur dynamisme et au respect de leurs statuts et des ordonnances royales, ces communautés bénéficient, à partir de la fin du XVII^e^ siècle, des efforts de standardisation et d'uniformisation entrepris par les autorités[16].

À partir de la fin du XVII^e^ siècle, les chirurgiens sont en pleine ascension sociale, notamment grâce à l'amélioration de l'enseignement médical et des techniques chirurgicales. L'écart est de plus en plus marqué avec les barbiers. En 1743, une déclaration royale sépare chirurgiens et barbiers. Elle oblige toute personne qui désire recevoir des lettres de maîtrise à obtenir au préalable le grade universitaire de maître ès arts. De plus, par l'édit de Compiègne de 1756, le roi, qui désire « rendre à la Chirurgie le lustre & la considération » qui lui sont propres, élève juridiquement la chirurgie au rang d'art libéral (Lebrun, 1975 : 144 ; Vigroux, 1985 : 4-128 ; Gelfand, 1980 a : 468-471 ; 1980 b : 3-13, 21-79 ; Goubert, 1977 : 420-421 ; Guyot, 1777 : 457-533 ; Fontaine, 1985 : 130, 191-204).

L'élite chirurgicale

Avant 1760, le corps des chirurgiens se présente sous une forme hiérarchisée ayant à sa tête deux groupes, tous deux issus du pouvoir royal : d'une part, le premier chirurgien du roi et ses lieutenants ; d'autre part, les chirurgiens majors des troupes et les chirurgiens du roi desservant un hôpital.

Le premier chirurgien du roi a « juridiction sur toute la Chirurgie dans le royaume, & même » dans les colonies françaises. Il a droit de veiller à ce que les règlements donnés soient exécutés et « qu'il ne s'y commette aucun abus ». Il a également le pouvoir de présider en personne à la réception des aspirants à la maîtrise et de commettre pour le représenter des lieutenants et des greffiers.

Dans la vallée du Saint-Laurent, la présence d'un lieutenant du premier chirurgien du roi remonte au milieu du XVII^e siècle. Théoriquement, elle découle d'une volonté de transposer en terre américaine des institutions et des structures françaises et elle fournit un point de départ à un encadrement médical qui prend ses sources dans la métropole. En pratique, l'importance de la charge est surtout reliée à l'utilisation qu'en fait son titulaire et à la concurrence des chirurgiens du roi.

Entre 1658 et 1742, quatre lieutenants du premier chirurgien se succèdent à Québec : Jean Madry, 1658-1669 ; Jean Demosny, 1670-1687 ; Gervais Baudouin, 1692-1700 et Jordain Lajus, 1709-1742. Tous les lieutenants du premier chirurgien du roi de la Nouvelle-France ont un profil semblable qui ne permet pas de douter de leur compétence. Établis à Québec depuis plusieurs années et d'origine française, ils ont acquis de l'expérience et l'estime de leurs concitoyens. Ils sont socialement très engagés dans leur milieu et figurent parmi les meilleurs chirurgiens de la colonie. Au XVII^e siècle, ils sont soit chirurgien du roi soit chirurgien major.

Les pouvoirs du lieutenant du premier chirurgien du roi sont théoriquement étendus. Il peut parler et agir au nom des chirurgiens et, malgré l'absence d'une communauté de chirurgiens établie, contrôler ses collègues ou les étrangers de passage qui veulent se mêler de chirurgie. Mais, en fait, les interventions demeurent rares et les actions visant la promotion de la profession et une meilleure pratique sont quasi inexistantes. Jugée d'aucune utilité, la fonction est abolie après le décès de Lajus[17].

Au Canada, au XVII^e siècle, la nature exacte des fonctions des individus qui s'intitulent « chirurgien ordinaire du roi » nous est inconnue. En 1650, François Menouil prend ce titre sans que nous sachions s'il détenait réellement un brevet du roi et si ce titre avait une signification particulière en Nouvelle-France, surtout dans le contexte où elle n'était pas alors sous contrôle royal direct. De même, Gervais Baudoin qui se présente comme chirurgien ordinaire du roi en 1683 n'obtiendra un brevet royal de chirurgien major qu'en 1694.

Avec l'arrivée des troupes de la Marine apparaît le terme de chirurgien major. Ainsi qu'il est stipulé par son brevet, le chirurgien major des troupes de la Marine soigne avant tout les soldats et les officiers. Il signe les certificats d'invalidité accordés aux militaires. En principe, il dispense ses soins à l'Hôtel-Dieu de Montréal. En vertu d'ententes particulières, il reçoit des sommes pour avoir soigné les pauvres et les Amérindiens domiciliés ou de passage dans la colonie pour le service du roi. Enfin, le chirurgien major exerce librement auprès de la population en général et auprès des institutions religieuses.

Entre 1686 et 1760, Michel Sarrazin, Pierre Baudeau, Joseph Benoist et Ferdinand Feltz se succèdent au poste de chirurgien major des troupes de la Marine. Généralement résident à Montréal, c'est-à-dire là où se concentre l'essentiel des troupes, c'est un individu d'expérience. Il sert d'abord dans la Marine ou dans les troupes de terre pendant plusieurs années et reçoit un brevet royal de chirurgien major des troupes lorsqu'il est âgé d'au moins une trentaine d'années. Sa compétence professionnelle est reconnue et son prestige est attesté par de nombreux témoignages. Fait significatif, l'expertise du chirurgien major des troupes est souvent utilisée par les tribunaux, soit pour examiner des cadavres, soit pour attester la nature et la gravité de blessures.

Outre des chirurgiens majors des troupes, la colonie peut compter sur des chirurgiens majors, appelés aussi chirurgiens du roi, qui servent dans les hôpitaux de Québec et de Trois-Rivières.

L'histoire des chirurgiens majors de la Marine remonte au temps de Colbert qui institue un véritable corps de santé de la Marine. À partir de 1675, à Brest, Rochefort et Toulon, des médecins, des chirurgiens et des apothicaires sont entretenus par le roi dans les ports et les arsenaux et à bord des bâtiments de guerre. Le service de ces chirurgiens entretenus est réglementé par l'ordonnance de 1689 qui traite de la direction, de l'administration des hôpitaux de la Marine, ainsi que du rôle des médecins entretenus, du chirurgien major et de l'apothicaire. Ce sont eux qui embarquent comme chirurgiens majors des vaisseaux du roi. Ils servent dans les hôpitaux établis par le roi dans les ports métropolitains. Certains prennent également la charge des hôpitaux qui se créent dans les colonies.

À l'Hôtel-Dieu de Québec, le chirurgien major traite les soldats et les officiers et s'occupe des malades à la charge du roi. Il soigne les autres malades de l'hôpital, mais pas toujours bénévolement, surtout s'ils sont aisés. « Je ne Suis payé par Sa Majesté que pour visiter et Soigner les pauvres et les Soldats », précisera le chirurgien major Michel Bertier en 1736[18].

Les fonctions du chirurgien du roi sont multiples. Il visite les malades reçus à l'hôpital ; il prescrit des régimes ; il élabore les ordonnances que doivent exécuter les apothicairesses ; il fait des opérations ; il examine les remèdes ; il supervise le travail des autres chirurgiens ou des aides-chirurgiens et il décerne, le cas échéant, des certificats d'invalidité aux soldats ou à d'autres personnes inaptes au travail ou au service. Il produit également des rapports médicaux pour la justice. Le chirurgien du roi remplit donc des fonctions autant civiles que militaires et, de fait, il n'appartient pas à l'Armée.

L'analyse des carrières des chirurgiens majors des troupes et des chirurgiens du roi en général fait ressortir ce qui distingue et rapproche les deux fonctions. Les titulaires de l'une et l'autre ont une formation similaire. Toutefois, leur brevet ne les porte pas à soigner le même type de clientèle. Ainsi, ce n'est qu'en vertu d'ententes particulières que le chirurgien major des troupes de la Marine dispense des soins aux civils. Bien qu'on ne connaisse pas les profits tirés de leur pratique auprès des particuliers, les chirurgiens majors des troupes ont des revenus supérieurs reliés à leurs charges.

Élite médicale de la colonie avec le lieutenant du premier chirurgien du roi et le médecin, les chirurgiens majors des troupes de la Marine et les chirurgiens du roi sont les représentants de la médecine et de l'orthodoxie médicale officielle. Au cours du XVIII^e^ siècle, ils sont en pleine ascension, particulièrement au détriment du lieutenant du premier chirurgien du roi. Et la croissance marquée de leurs appointements reflète cette progression. Socialement et légalement, leur position est reconnue. Un large consensus s'est créé autour de leur compétence et le public a confiance en leur capacité. Au milieu du XVIII^e^ siècle, ils sont presque les égaux des médecins et ils les remplacent à l'occasion. Michel Sarrazin et Joseph Benoist finiront d'ailleurs leur carrière comme médecin du roi et deviendront des modèles et des maîtres pour tous les autres chirurgiens qui exercent dans les hôpitaux.

La légitimité du chirurgien major des troupes de la Marine ou du chirurgien du roi repose sur ses qualifications et elle est consacrée par son brevet issu du pouvoir royal. Le roi les nomme d'une manière discrétionnaire sur proposition du secrétaire d'État de la Marine ou des Colonies. L'influence d'amis ou de protecteurs est tout aussi importante que les talents de l'individu et, puisque le pouvoir est à Versailles, les Canadiens, même bien formés en Europe, sont désavantagés.

La Conquête met fin à la présence des chirurgiens majors des troupes de la Marine ou des chirurgiens du roi. Les Britanniques entretiennent une garnison importante dans les villes et les postes stratégiques de la colonie. Chaque régiment compte un chirurgien et un aide-chirurgien (*mate*) et est doté de sa propre infirmerie. C'est pourquoi on trouve souvent les soldats malades dans des maisons particulières louées ou des casernes. Il n'y a donc pas nécessité d'avoir un chirurgien pour les hôpitaux gérés par des religieuses. On préfère nommer un chirurgien de la garnison aux fonctions strictement militaires.

La guerre de l'Indépendance américaine favorise la formation d'une nouvelle élite médicale reliée aux troupes britanniques et allemandes. C'est de ce groupe que sont issus les Adam Mabane, John Foote, James Fisher, James Davidson, Frédéric-Guillaume Oliva, Charles Blake et François-Xavier Bender qui formeront, en 1788, la majorité des membres des nouveaux bureaux des examinateurs chargés dorénavant d'examiner les praticiens.

L'effectif médical

Les Canadiens ne formeront jamais plus de 40 % de l'effectif médical et leur poids relatif et absolu baissera constamment après le premier quart du XVIII^e^ siècle. Le Canada doit donc « importer » la grande majorité de ses praticiens de la santé, essentiellement des chirurgiens, vu l'absence relative des apothicaires et des médecins. Jusqu'à la guerre de l'Indépendance américaine, les Français forment le groupe le plus important au sein du corps médical canadien. Des débuts de la colonie jusqu'en 1788, ils représentent 58 % des membres du corps médical ayant pratiqué au Canada. Ils accaparent, sous le Régime français, les postes les plus lucratifs et les plus prestigieux. Les médecins et les chirurgiens rattachés à l'armée ou aux institutions religieuses de même que le lieutenant du premier chirurgien du roi sont, à quelques exceptions près, nés en Europe. Même après la Conquête, cette prédominance se perpétue. L'absence d'émigration importante, l'établissement des chirurgiens militaires français venus avec les troupes et, après 1760, l'arrivée de plusieurs chirurgiens français provenant des colonies américaines, de Saint-Pierre-et-Miquelon ou de Londres expliquent cette situation. En 1788, les praticiens nés en France représentent encore 37 % de l'effectif.

La très grande majorité des praticiens sont venus au Canada en tant que militaires ou chirurgiens de navire. La venue du régiment de Carignan-Salières en 1665, des troupes franches de la Marine à partir de 1683 ou des troupes de terre au moment de la guerre de la Conquête se traduit par une hausse significative des praticiens. La Conquête anglaise, en particulier, suscite l'établissement de soldats et de chirurgiens français. Dans un contexte où l'émigration vers l'ancienne métropole se limite à quelques praticiens, plus qualifiés et généralement rattachés au gouvernement ou aux troupes, le nombre de chirurgiens présents dans la colonie en 1765 atteint un sommet, ce qui ne devrait pas étonner.

La présence des chirurgiens de navire occupe une place beaucoup plus modeste qui, d'ailleurs, n'est vraiment significative qu'au milieu du XVIII^e^ siècle. En vertu de l'ordonnance de la Marine de 1681, les navires marchands et même les « vaisseaux pêcheurs » sont obligés d'embarquer au moins un chirurgien lors de voyages au long cours. Ces chirurgiens doivent être examinés et trouvés capables par deux maîtres chirurgiens qui en donnent attestation. Un minimum de 34 chirurgiens de navire, ayant pour la plupart servi sur un bâtiment marchand, s'établissent dans la vallée du Saint-Laurent entre 1660-1759. Leur nombre réel pourrait sans doute être doublé. Et ils sont très jeunes. Sur 11 chirurgiens dont nous connaissons l'âge au moment de l'examen de l'amirauté, quatre seulement

ont plus de 23 ans, la médiane se situant à 22 ans. Ils viennent de compléter leur apprentissage et n'ont pas encore accompli les trois ou quatre années de service comme garçons chirurgiens prescrites par les ordonnances et les statuts de 1692, de 1719 et de 1730. Ils sont encore moins des maîtres chirurgiens agrégés. Signe d'une expérience limitée, les chirurgiens de navire qui s'établissent au Canada font généralement un seul voyage, quelquefois deux, rarement plus.

Après la Conquête, ce sont inévitablement les Britanniques qui prennent la relève. En 1765, on dénombre déjà une dizaine de chirurgiens britanniques au Canada, presque exclusivement des militaires ou des anciens militaires. En 1788, ils forment près du tiers de l'effectif médical de la colonie et leur importance dépasse largement leur poids démographique. La nouvelle élite médicale se recrute essentiellement parmi ce groupe. Toutefois, très peu de Britanniques s'installent dans les campagnes.

La guerre suscite aussi l'arrivée de plusieurs chirurgiens allemands. En 1776, 20 000 mercenaires se joignent aux troupes anglaises et prennent le chemin de l'Amérique, en partie pour Québec, afin de combattre les rebelles américains. À la paix, entre 1 300 et 1 400 mercenaires allemands s'installent au Canada dont au moins 32 chirurgiens, à peu près tous chirurgiens de compagnie. En 1788, les chirurgiens allemands représentent près du tiers de l'effectif médical. Ils s'installent massivement dans les campagnes et desservent souvent des petites localités qui n'ont jamais compté de chirurgiens. Malgré leur nombre, ils n'ont pas la même influence que les autres chirurgiens au sein de la profession. Critiqués par les Britanniques et les élites, ils seront toutefois bien acceptés par les habitants.

Ce survol de la composition du corps médical met en relief un phénomène important : la faiblesse numérique des praticiens nés au Canada. À partir de la fin du XVII^e siècle, la profession médicale tend à compter de plus en plus de Canadiens qui en 1723 représentent 37,1 % de l'effectif. Mais leur proportion régresse par la suite. Entre 1751 et 1765, elle tombe de 24 % à 8 %. En 1788, ils ne forment plus que 4,3 % de l'effectif médical.

Certaines dynasties de chirurgiens urbains se sont constituées : les Benoît et les Forestier à Montréal ; les Lajus, les Baudoin et les Soupiran à Québec ; et les Alavoine à Trois-Rivières. À la campagne, les chirurgiens transmettent rarement leur métier à leurs fils.

Aucun enseignement médical n'est encore dispensé au Canada. La dépendance par rapport à la métropole est totale et un séjour à l'extérieur est obligatoire pour quiconque vise un poste important. Il est vrai, par contre, que la formation chirurgicale se fait principalement par un apprentissage auprès d'un maître reconnu de Québec ou de Montréal. Même des fils de chirurgien de campagne comme Jacques Meneux et Claude Pinard se sentent obligés de parfaire leur formation auprès d'un chirurgien de Québec, Jean Demosny. La durée de l'apprentissage varie généralement de trois à cinq ans et l'apprenti est placé auprès de son maître alors qu'il a entre 12 et 21 ans. Très peu d'apprentis persisteront dans la carrière. Être chirurgien ne semble pas très attirant. Peu de fils d'artisans ou d'habitants choisiront cette voie. Les rares Canadiens sont fils de chirurgien plutôt bien établis. Un certain nombre de Canadiens iront se former en Europe dès la fin du XVII^e siècle.

Vu la faiblesse du recrutement sur place, le Canada doit « importer » à la fois les praticiens de la santé et le savoir médical. L'établissement des chirurgiens français rencontre peu d'obstacles. De fait, puisqu'il n'existe pas de maîtrise au Canada et puisqu'il n'y a aucune obligation de se faire agréger, il est beaucoup plus facile pour un jeune chirurgien inexpérimenté de s'établir dans la colonie qu'en France. La concurrence des Français explique le désintérêt des Canadiens envers la profession. La capacité du marché canadien d'absorber de nouveaux chirurgiens est fonction de la capacité de payer des malades canadiens et de leur désir d'avoir recours aux chirurgiens. Dans les campagnes, rares sont les chirurgiens qui vivent de la seule pratique. Ceux qui atteignent une aisance matérielle cumulent les activités : on est aussi notaire, marchand, juge, etc.

TABLEAU 1

Origine des chirurgiens suivant leur période d'arrivée, 1600-1789

	1600	1640	1660	1680	1700	1720	1740	1760	1780	
	1639	1659	1679	1699	1719	1739	1759	1779	1789	**TOTAL**
Acadie								1		1
Allemagne								30	19	49
Angleterre (origine attestée)					1			5	4	10
Angleterre (origine déduite)								64	22	86
Autriche							1			1
Canada			2	5	11	9	6	3	3	39
Colonies anglaises								2	4	6
Écosse								5	1	6
France	10	33	51	39	25	27	97	28	6	316
Hongrie									1	1
Inconnu							1	1	2	4
Irlande					1		1	6	5	13
Italie						1		1		2
Louisiane							1			1
Martinique							1			1
Pays-Bas autrichiens (Belgique)						1				1
Pologne									1	1
Portugal							1			1
Prusse								2		2
Suisse							1	2		3
TOTAL	10	33	53	44	38	38	110	150	68	544

TABLEAU 2

Répartition du corps médical au sein de la colonie, 1653-1788

		1653	1667	1681	1695	1709	1723	1737	1744	1751	1765	1774	1788
Villes	Québec	1	5	6	9	7	9	11	11	17	17	13	23
	Trois-Rivières	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3
	Montréal	3	5	2	6	7	9	12	4	4	11	7	13
	Total	6	11	9	16	15	20	24	16	23	29	21	39
Campagnes	Québec	1	5	5	8	5	5	7	7	9	20	14	18
	Trois-Rivières	0	2	2	3	3	3	3	3	1	4	5	10
	Montréal	0	1	8	2	3	7	11	13	17	34	30	48
	Total	1	8	15	13	11	15	21	23	27	58	49	76
	Inconnus	2	5	0	3	2	0	0	0	0	1	2	0
	Grand total	9	24	24	32	28	35	45	39	50	88	72	115

Ce recours massif aux métropolitains est un important frein à la transmission d'une pratique et d'un savoir qui soient propres au Canada, du moins en ce qui a trait à la médecine officielle.

Au Canada, la présence de chirurgiens est attestée dès les premiers voyages d'exploration. Du début de la colonisation permanente en 1608 jusqu'en 1788, tout près de 550 praticiens de la santé ont exercé leur art, plus ou moins longtemps dans la colonie.

Leur nombre passe de 2 en 1639 à 24 en 1667. Ils seront 28 en 1709, 45 en 1737 et 88 en 1765. À moyen terme, la Conquête a pour effet de réduire l'effectif, puisqu'on trouve seulement 72 praticiens en 1774. Mais bientôt, ils se multiplient à nouveau. On en compte 115 en 1788. Cette évolution à la hausse est toutefois inférieure à la croissance de la population. En effet, le nombre de médecins, chirurgiens ou apothicaires par 10 000 habitants passe de 61,9 en 1667, à 24,8 en 1681, à 15,5 en 1709, à 11,3 en 1737, enfin à seulement 10,2 en 1788.

Le taux d'encadrement médical (ou la densité médicale comme on dit aussi) observé dans la colonie est comparable à celui de l'Europe, soit généralement entre 10 et 20 praticiens par 10 000 habitants. Dès les débuts du Canada, la médecine officielle accapare une portion importante du marché des soins médicaux. Le taux d'encadrement médical est généralement quatre fois plus élevé à la ville qu'à la campagne. La présence de troupes et de marins, la concentration des institutions hospitalières et la présence d'une clientèle relativement aisée suscitent l'installation de nombreux praticiens à Québec et à Montréal. Les deux centres urbains retiennent les éléments les plus compétents et les plus expérimentés de même que les rares médecins et apothicaires.

La mobilité des chirurgiens confirme le pouvoir d'attraction des milieux urbains et des centres ruraux plus développés. Cela dit, la concurrence apparaît particulièrement féroce et beaucoup de chirurgiens ont de la difficulté à vivre de leur art. Un bon mariage, une bonne réputation et des activités commerciales facilitent une intégration réussie.

Dans les campagnes, la densité médicale est forte au XVII^e siècle, atteignant 21,7 par 10 000 habitants en 1681. Elle décroît par la suite puis demeure relativement stable tout au long du XVIII^e siècle aux alentours de 8 par 10 000 âmes. La médecine officielle est, en effet, présente dans les zones rurales dès les débuts de la colonisation, mais tous n'y ont pas accès. L'éparpillement de la population rurale au XVII^e siècle rend pour plusieurs l'accès à un chirurgien très difficile, phénomène qui sera de moins en moins vrai au siècle suivant avec la densification de l'occupation du territoire.

La présence du chirurgien dans les campagnes se fait plus significative à partir des années 1730, mais elle ne devient vraiment importante que durant la période 1750-1765, alors que le nombre de chirurgiens ruraux double. Néanmoins, la répartition du corps médical est loin d'être uniforme en milieu rural. Certaines paroisses exercent un plus grand pouvoir d'attraction. C'est le cas de Neuville, de Château-Richer, de Saint-Jean de l'île d'Orléans, de Batiscan, de Laprairie, de Sorel, de Chambly ou de Boucherville qui bénéficient de la présence régulière d'un et même de plusieurs chirurgiens, généralement depuis la fin du XVII^e siècle. Bien situées sans être trop près des villes, anciennes et populeuses, entourées d'autres paroisses relativement prospères, mais non desservies par un chirurgien, ces localités donneront graduellement naissance à des bourgs. D'ailleurs, le rapide développement villageois à la fin du Régime français et au début du Régime anglais se traduira par des concentrations accrues de chirurgiens.

TABLEAU 3

Les principaux lieux de la pratique chirurgienne en milieu rural, XVII^e et XVIII^e siècles

	Première mention de chirurgien	Nombre de chirurgiens	Cumul des années/ chirurgie
Château-Richer	1660	16	159
Neuville	1669	10	141
Boucherville	1671	10	141
Laprairie	1672	12	106
Saint-Jean, île d'Orléans	1670	2	105
Batiscan	1677	9	93
Chambly	1669	19	91
Pointe-aux-Trembles	1688	8	91
Sainte-Famille, île d'Orléans	1666	7	89
Sorel	1666	16	83
Varennes	1681	9	76
Saint-Denis (Richelieu)	1752	5	71
Verchères	1736	8	67
L'Assomption	1749	14	67
Saint-François-du-Lac	1691	1	58
Terrebonne	1739	9	55
Sainte-Geneviève-de-Berthier	1743	8	51

Sont considérées ici les localités ayant au moins 50 années/chirurgien. Nous entendons par « nombre de chirurgiens », le nombre total de chirurgiens qui ont vécu à un moment ou à un autre dans ces localités.

Certaines régions moins développées ou périphériques seront longtemps privées de membres du corps médical. La rive sud du Saint-Laurent, à partir de Sorel jusqu'à Rimouski, accuse constamment un retard considérable au regard de la rive opposée. L'accès à des soins médicaux s'en trouve donc passablement limité.

L'analyse des dettes actives mentionnées dans les inventaires après décès de cinq chirurgiens permet de mieux définir le rayonnement d'un chirurgien de campagne. Comme en France à la fin du XVIII^e siècle, la clientèle du chirurgien canadien se situe dans un rayon inférieur à 20 km de sa résidence[19].

L'accès au chirurgien est grandement conditionné par l'état des communications. Les déplacements en certaines périodes de l'année sont particulièrement pénibles, surtout au printemps ou à l'automne. Il n'est donc pas étonnant que le besoin de construire des chemins soit justifié à l'occasion par la nécessité de se déplacer pour obtenir des secours du chirurgien et de la sage-femme.

Si on retient comme barème un rayon d'action de 20 km, on peut affirmer que presque toute la population en 1788 a accès à un chirurgien. Il en était déjà ainsi en 1667, mais la situation se détériore un peu à la fin du XVII^e siècle et au début du siècle suivant. Les régions les plus démunies, médicalement parlant, sont alors l'ouest du gouvernement de Montréal et la Côte-du-Sud, dans le gouvernement de Québec. Cependant, en 1737, la situation s'est grandement améliorée et on note alors que plus de 85 % de la population peut avoir accès à un chirurgien demeurant à moins de 20 km.

Un groupe en voie de professionnalisation

En France, le XVIII^e siècle est une période où la chirurgie est en pleine ascension. Cette évolution se traduit par la professionnalisation du corps médical et l'émergence du praticien contemporain.

La réglementation médicale joue un grand rôle dans ce processus au Canada : elle tend à standardiser et à uniformiser le savoir médical, en privilégiant le savoir officiel et en institutionnalisant des pratiques. Elle permet de renforcer le corps médical en lui accordant plus de pouvoir et plus d'autonomie, en définissant les champs d'activité et en lui apportant la reconnaissance officielle. Enfin, contre ses concurrents, elle lui assure un marché élargi.

Dans les colonies françaises, diverses réglementations sont graduellement mises en place afin d'assurer un meilleur contrôle des qualifications des membres du corps médical. Outre les ordonnances édictées dans la métropole pour l'ensemble du royaume, telles celle de 1707 pour la médecine ou de 1723 et de 1730 pour la chirurgie, on ne relève, avant 1764, qu'une seule ordonnance royale qui s'applique spécifiquement à l'exercice de la médecine dans les colonies. Datée du 23 août 1723, elle vise essentiellement à clarifier la position des chirurgiens majors à l'égard de la population civile et par rapport aux autres praticiens établis dans les colonies.

Au Canada, jusqu'en 1788, la réglementation médicale touche exclusivement les chirurgiens et vise essentiellement les étrangers qui pratiquent dans la colonie. Les chirurgiens de Québec ont obtenu dès 1710 une ordonnance qui restreint la pratique médicale aux chirurgiens déjà établis dans la colonie.

Depuis la fin de la guerre de la Succession d'Autriche en 1748, un nombre croissant de nouveaux chirurgiens, en provenance tant des troupes, des navires marchands que de l'émigration volontaire, s'établissent au Canada. Malgré les défenses antérieures, « plusieurs personnes Inconnües venant d'Europe et d'ailleurs S'Ingeroient d'exercer la Chirurgie tant dans les Villes que dans les Campagnes de cette Colonie, Sans aucune Permission ». Qui plus est, ces étrangers, dont la capacité ne serait pas connue, traiteraient les malades avec peu de soin, « ne leur procure[raie]nt aucun Soulagement, débite[raie]nt de mauvais remedes qu'ils donne[raie]nt Souvent a Contretems n'ayant pas toute L'Experience nécéssaire ». Devant de tels abus si « prejudiciable a la Conservation des Sujets du Roy », une nouvelle



NUM. 1187.

L A

GAZETTE

D E

QUEBEC.

JEUDI, le 15 MAI, 1788.

Anno Vicesimo Octavo GEORGII III. Regis.

C H A P. VII.

ACTE ou ORDONANCE,

Qui corrige une ordonance ci-après mentionée.

QU'IL soit statué par son Excellence le Gouverneur et le Conseil Législatif, et il est par ces présentes statué, par la même autorité, que pour instituer des juridictions pour les petites causes, dans aucuns districts de cette Province, ou pour créer de nouveaux districts, en conséquence de l'acte et ordonance passé dans la vingtsèptiéme année du régne de sa Majesté, il ne sera point nécessaire en loi, de l'effectuer par les même lettres patentes y mentionées, afin de nommer les officiers de telles petites juridictions ou districts, et que chacuns tels officiers pourront être nommés par le Gouverneur, ou le Comandant en Chef, pour lors, par des comissions ou lettres patentes separées, suivant l'ancien usage et coutume, quant à tels officiers, nonobstant toutes choses au contraire mentionées dans le dit acte ou ordonance, intitulé, " Ordonance qui continue, pour un tems limité, une ordonance " passée dans la vingt-cinquiéme année du régne de sa Majesté, intitulée, " ordonance qui régle les formes de procéder dans les cours civils de " judicature, et qui établit les proçès par jurés dans les affaires de commerce et injures personelles, qui doivent être compensées en domages, " avec tels autres réglemens qui sont convenables et nécessaires."

Et qu'il soit statué, par la même autorité, que les Cours de juridictions autorisées par la dite ordonance, pourront avoir connaîsance des différends qui s'éleveront dans leurs districts respectifs, quant à de petits domages occasionés par des chevaux, bêtes à corne, moutons et cochons, et aussi quant à ce qui concernera les fosés, clôtures, et la quantité de terre, que par la coutume du païs, l'habitant est obligé de défricher pour donner du découvert à son voisin, et d'accorder des domages qui n'excéderont point quarante shellings, comm'aussi de prendre conaîsance des plaintes des voiers contre ceux qui négligeront de conserver les grands chemins dans une bonne réparation.

Pourvû toujours que rien de ce qui est contenû dans cet acte, ne s'entendra à donner conaîsance dans tous tels cas, où il sera question de titres et droits réels, et que si en établissant l'affaire entre les parties, l'une d'elles fait mention, qu'il sera question du titre de sa partie adverse dans l'action, toutes procédures seront surçises, jusques au tems que les Juges viendront dans leurs circuits ordinaires, qui en décideront.

(*Signé*) DORCHESTER.

Statué et ordonné par la susdite autorité, et passé en Conseil, sous le Seau public de la Province, en la chambre du Conseil, au Château St. Louis en la ville de Québec, le trentiéme jour d'Avril, dans la vingt-huitiéme année du régne de sa Majesté GEORGES TROIS, par la Grace de Dieu, Roi de la Grande Bretagne, de France et d'Hibernie, Défenseur de la foi, &c. &c. et dans l'année de Notre Seigneur mil sept cent quatre-vingt-huit.

Par ordre de son Excellence,

(Signé) J. WILLIAMS, G. C. L.

Traduit par ordre de Son Excellence,

V. J. CUGNET, S. F.

Anno Vicesimo Octavo GEORGII III. Regis.

ACTE OU ORDONNANCE QUI DÉFEND À QUI QUE CE SOIT DE PRATIQUER LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC, OU LA PROFESSION D'ACCOUCHEUR DANS LES VILLES DE QUÉBEC OU MONTRÉAL, SANS PERMISSION, 30 AVRIL 1788.
La Gazette de Québec, 15 mai 1788.

ordonnance, qui reprend en bonne partie celle de 1710, est émise le 12 juin 1750. Comme celle qui a été émise 40 ans plus tôt, la nouvelle ordonnance vise essentiellement à interdire à tous les chirurgiens de navire et à tous les étrangers de pratiquer dans la colonie sauf, fait nouveau, à ceux qui auront subi un « Sérieux examen Sur Larticle de la Chirurgie » et qui auront « été Jugés capable de L'Exercer ». Il est difficile, cependant, de juger la portée réelle de l'ordonnance de 1750 puisque seulement un exemple de son application a été retracé[20].

En 1788, une nouvelle ordonnance encadre l'exercice de la médecine. Tout porte à croire qu'elle est une réaction à l'arrivée massive de chirurgiens allemands. D'ailleurs le texte de l'avis publié dans les journaux pour prévenir les docteurs de se conformer aux dispositions de la loi a été rédigé en français, en anglais et en allemand.

Outre cette question de l'établissement des chirurgiens militaires démobilisés, surtout ceux d'origine allemande, et de la mauvaise perception que l'élite médicale britannique se fait de la majorité du corps médical canadien, les années 1784-1791 sont marquées par la présence d'une maladie aux symptômes et aux conséquences horribles : le « mal de la Baie-Saint-Paul ». Perçue comme une forme particulière de la syphilis, cette affection s'est répandue en quelques années à travers la province de Québec. L'absence de concertation et d'organisation de la profession médicale et des considérations humanitaires, économiques et militaires incitent les autorités coloniales à intervenir très timidement dès 1775.

Cette intervention gouvernementale, la première dans le domaine de la santé depuis la Conquête, se concrétise par l'envoi de chirurgiens militaires à Baie-Saint-Paul et, sporadiquement, dans quelques-unes des paroisses infectées. Le contexte de guerre, les fonctions civiles et militaires des gouverneurs Carleton et Haldimand, la bonne réputation des chirurgiens militaires et enfin le faible coût de ce plan expliquent ce genre d'intervention. Cette première mesure ne peut, toutefois, empêcher la maladie de se propager.

Entre 1782 et 1784, la peur gagne les élites cléricales, politiques et même médicales qui exagèrent alors, délibérément ou non, l'ampleur réelle de la maladie. Des mesures énergiques sont réclamées. Le nouveau contexte politique et militaire engendré par l'indépendance américaine en 1783 favorise l'émergence de nouvelles attitudes. La question des Loyalistes et de leur intégration à la société canadienne se pose. L'importance du Canada et des Canadiens s'accroît alors aux yeux des autorités, qui prennent conscience de l'intérêt d'avoir, pour des raisons économiques et militaires évidentes, une population saine et nombreuse. Des comités du Conseil législatif de la colonie sont mis sur pied en 1786 afin de bien saisir la situation et d'aider l'adoption de correctifs, s'il en faut. Ce nouveau contexte favorise une lutte plus énergique contre le « mal de la Baie-Saint-Paul » jugé épidémique. Le lieutenant-gouverneur de l'époque en confie la responsabilité au docteur Bowman qui s'appuie sur le clergé. Le chirurgien fait le tour des paroisses et distribue gratuitement des remèdes et des conseils aux curés. Ces derniers, qui jouent le rôle d'assistants médicaux, veillent à ce que le traitement soit administré aux malades. Il va s'en dire qu'une telle façon de procéder, qui met sur une voie d'évitement presque tout le corps médical, et surtout son élite britannique, suscite bien des frustrations au sein des praticiens de la santé. Ils auront l'occasion de se manifester à travers les travaux des comités qui seront mis sur pied en 1786 et de tenter de revaloriser le rôle du corps médical.

C'est dans tout ce contexte qu'il faut situer la volonté de réglementer plus étroitement la pratique médicale dans la colonie. En mars 1784, le lieutenant-gouverneur propose au Conseil législatif la rédaction d'une ordonnance « *for the regulation of all persons Exercising the founctions of Phisician, Surgeon, Apothecary, or any other person assuming those characters in the Province* ». Il suggère également qu'une adresse soit envoyée au gouverneur pour que des examinateurs soient nommés et que les prix des médicaments et des honoraires soient réglementés. Il demande qu'un diplôme ou une licence soit instauré et que les personnes qui n'en seront pas titulaires soient sujettes à des amendes, à l'emprisonnement ou à toute autre pénalité. Enfin, il propose qu'un comité soit formé pour étudier la question. Appuyée par le conseiller Adam Mabane qui était également chirurgien de la garnison de Québec jusqu'en octobre 1783, la motion du lieutenant-gouverneur est acceptée et, unanimement, le Conseil législatif met sur pied un comité composé du lieutenant-gouverneur, d'Adam Mabane et de quatre conseillers.

Pour des raisons inconnues, cet effort pour établir une réglementation médicale restera lettre morte ; ce n'est qu'en 1786 que la question se pose à nouveau. Le 6 novembre, le nouveau gouverneur Guy Carleton, devenu Lord Dorchester, institue quatre comités afin de fournir à la métropole des renseignements servant à la guider dans le choix du mode futur de gouvernement de la province : un comité des cours de justice ; un comité de la milice, des grandes routes et des communications ; un comité de la population, de l'agriculture et de la colonisation des domaines de la couronne ; enfin, un comité du commerce intérieur et extérieur et des règlements de police. Plusieurs des mémoires présentés devant les comités, notamment ceux des chirurgiens militaires britanniques Charles Blake et James Fisher, ont trait en tout ou en partie à l'exercice de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'obstétrique puisque ces disciplines ont un lien direct avec l'évolution de la population.

Des différentes suggestions mises de l'avant lors de l'enquête de 1786, les autorités ne retiennent finalement que l'idée de contraindre les membres du corps de santé canadien à subir un examen pour l'obtention d'une licence obligatoire de pratique. « Plusieurs inconvéniens étant arrivés aux sujets de Sa Majesté en cette province, par des ignorans, qui pratiquent la médecine et la chirurgie », il est donc décrété qu'à partir du 1er novembre 1788, sous peine d'amendes et même d'emprisonnement, nul ne pourra ainsi, sous quelques prétextes, « vendre ou distribuer des médecines en détail, ni en ordones pour les malades, dont il tirera aucun profit, ni exercer la médecine et la chirurgie dans la province, ni la profession d'accoucheur dans les villes et faubourgs de Québec et Montréal, sans avoir auparavant obtenu une permission » du gouverneur ou du commandant en chef. Cette licence de pratique ne pourra être obtenue que si le candidat présente un certificat attestant qu'il a été examiné par ceux que le gouverneur ou le commandant en chef nommera. L'examen qui se fera devant le bureau des examinateurs sera public. Toutefois, les praticiens qui ont obtenu leur diplôme d'une université ou qui ont une commission de chirurgien dans l'Armée ou dans la Marine royale sont exemptés de subir l'examen public. De même, les chirurgiens qui détiennent une commission dans l'Armée ou dans la Marine royale ne sont pas obligés d'obtenir une licence. Enfin, l'ordonnance « ne s'entendra à empêcher les détailleurs, ou autres, de vendre tels médicamens, pour lesquels une patente roïale à été obtenû[21] ».

Bien qu'une minorité seulement de praticiens se conformeront à l'ordonnance de 1788 — une quarantaine sur une centaine en 1789 —, ses répercussions sur l'avenir du corps médical sont majeures. Par la composition des bureaux des examinateurs, elle consacre pour un demi-siècle la mainmise des chirurgiens militaires britanniques sur le corps médical, confirmant le recul des chirurgiens francophones vieillissants. Sauf quelques-uns qui prennent la relève de leur père comme les Laterrière, les Rieutord ou les Ducondu, la nouvelle génération de praticiens francophones, qui apparaît à la fin du XVIIIe siècle, est formée par les chirurgiens militaires britanniques. Plusieurs vont se perfectionner aux États-Unis, à Édimbourg ou à Londres. Les chirurgiens francophones qui se multiplient avec la montée des professions libérales au début du XIXe siècle se font donc porteurs de la tradition britannique. À cet égard, 1776, avec l'arrivée de chirurgiens militaires britanniques ambitieux et de chirurgiens allemands, marque la véritable coupure avec le Régime français et 1788 concrétise les aspirations de la nouvelle élite.

L'ordonnance de 1788 ouvre également la voie à une professionnalisation accrue du corps médical en standardisant les savoirs et les pratiques, en assurant à l'élite médicale un regard sur les destinées de la profession et en accordant au corps médical officiel un monopole de pratique. Elle permet ainsi théoriquement, au nom de la protection du public, d'éliminer les concurrents qu'ils appartiennent à la médecine parallèle ou aux strates inférieures du corps médical, et d'assurer, de ce fait, aux détenteurs d'une licence, une emprise plus grande sur le marché des services médicaux.

La tendance du corps médical canadien à la professionnalisation, phénomène qui touche l'ensemble du monde occidental, se manifeste d'une manière éloquente par le passage du chirurgien barbier au chirurgien. L'union des corporations parisiennes des chirurgiens et des barbiers officialisée en 1660 marque un tournant majeur dans l'histoire de la chirurgie. Pendant longtemps, surtout dans les campagnes, barbiers et chirurgiens se partagent la pratique médicale. Ce n'est qu'en 1743 à Paris, et en 1745 à Londres, que les deux métiers sont officiellement séparés. Au Canada, la situation ne diffère guère de celle qui prévaut en Europe. Après 1748, on ne trouve plus la double mention de chirurgien-barbier.

Une fonction sociale reconnue

Essayer d'évaluer la compétence des chirurgiens c'est avant tout chercher à établir dans quelle mesure les praticiens avaient assimilé le corpus de connaissances officiellement reconnues, avaient appris diverses techniques et avaient acquis une expérience pratique. Mais juger de la compétence des praticiens d'il y a deux siècles au regard des canons actuels est par trop une entreprise hasardeuse. Nous pouvons tout de même esquisser quelques éléments de réponse en nous attardant aux critères de formation de l'époque, à l'âge des chirurgiens venus s'établir au Canada, aux écrits médicaux utilisés, aux antécédents familiaux des praticiens, aux résultats des examens administrés en vertu de l'ordonnance de 1788 et aux témoignages de contemporains.

Au XVIIe siècle, au Canada comme en France, les chirurgiens ne jouissent pas d'un grand prestige, avons-nous dit. En novembre 1687, en pleine période d'épidémie, le gouverneur et l'intendant se plaignent qu'ils n'ont que « de fort pauvres Chirurgiens pour le Secours de tous ses malades ». Dix ans plus tard, l'intendant Champigny, qui appuie sans réserve les demandes du médecin Sarrazin, n'hésite cependant pas à souligner au ministre de la Marine qu'il ne saurait rien dire en faveur des chirurgiens de la colonie, l'assurant qu'aucun ne mérite qu'on le prie pour lui. Ces récriminations contre le corps médical tendent à s'estomper au fil des ans. À la fin du XVIIIe siècle, un New-Yorkais souligne la présence d'aussi bons chirurgiens à Québec et à Montréal que dans sa ville.

Comme la capacité de signer vérifiée chez presque tous les chirurgiens, l'âge d'arrivée au Canada est dans une certaine mesure un indicateur du niveau de formation. La majorité des chirurgiens seraient arrivés au Canada avant l'âge de 25 ans. C'est dire qu'ils ne peuvent être considérés comme des chirurgiens expérimentés. D'ailleurs, si on se fie aux réceptions de chirurgiens dans la région bordelaise entre 1744 et 1791, peu auraient été reçus maîtres avant leur départ vers le Canada.

L'âge au moment de la première mention est étonnamment stable tout au long des XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, peu importe l'origine ethnique. En fait, bon nombre de chirurgiens doivent avoir terminé leur apprentissage et en sont au stage pratique. L'Armée et la Marine leur offrent l'occasion d'acquérir de l'expérience. Les facilités d'établissement au Canada, où la maîtrise n'est pas établie, les inciteraient à s'y installer à demeure. S'ils sont généralement peu expérimentés, ces chirurgiens ne se sont pas pour autant improvisés. À cet égard, le nombre considérable d'individus provenant de familles reliées à la pratique médicale est un indicateur précieux. La moitié des 161 chirurgiens dont nous connaissons la profession du père exercent la même profession qu'eux.

La compétence des Britanniques établis au Canada n'est jamais mise en cause par les contemporains. Toutefois, dans la métropole, bon nombre de témoignages font état de la pauvre qualité des chirurgiens et des aides-chirurgiens de régiments. Plusieurs, sinon la majorité, auraient une formation déficiente et manqueraient d'expérience. Quelques individus ont acquis une formation avant leur entrée dans l'Armée, mais ils demeurent l'exception. La sélection des chirurgiens et des aides-chirurgiens régimentaires relève théoriquement du chirurgien général, mais, en pratique, le choix des individus incombe souvent aux colonels. Le favoritisme est fréquent et les commissions de chirurgien régimentaire peuvent être achetées. Selon des témoignages, les praticiens de régiments seraient peu qualifiés au moment de leur entrée en fonction et ne feraient rien par la suite pour s'améliorer. En temps de paix, la présence d'un hôpital général permet à l'Armée de pallier l'insuffisance de qualification du personnel régimentaire en y envoyant les malades les plus atteints. En temps de guerre, la situation peut devenir beaucoup plus critique, surtout si l'hôpital général est loin du théâtre des opérations. À l'opposé, le personnel de l'hôpital général est généralement estimé et sa compétence est reconnue.

Les Allemands sont généralement perçus de façon négative. Certes, les chirurgiens majors peuvent se prétendre les égaux des meilleurs chirurgiens britanniques, mais il n'en est pas de même du reste des chirurgiens de compagnies aux qualifications des plus limitées. Les licences médicales émises en 1788-1789 confirment l'impression de médiocrité qui se dégage du portrait des chirurgiens allemands tracé par les contemporains.

Aux XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, le corps médical établi au Canada comprend un certain nombre d'individus qui présentent des qualifications dignes des bons chirurgiens d'Europe. Ce sont essentiellement les chirurgiens du roi, les chirurgiens majors des troupes et le personnel du *General Hospital* britannique. La masse des chirurgiens appartient au groupe qu'en France on qualifierait de « chirurgiens de petite expérience ». Ils ont reçu une formation minimale et ont acquis peu d'expérience avant leur arrivée au Canada. Mais ils appartiennent bel et bien à la médecine officielle et, en somme, ils ressemblent à ces chirurgiens qu'on trouve dans les campagnes françaises. Si on exclut la faible présence des médecins, le corps médical canadien est à l'image de celui de la métropole. Comme en France, on est loin d'avoir affaire à un groupe homogène puisque les formations théorique et pratique ne sont pas encore standardisées. D'ailleurs, les règlements et les ordonnances reconnaissent plus d'un type de chirurgiens selon les lieux de pratique. Au fil des ans, on note des progrès significatifs. Le passage du chirurgien-barbier au chirurgien en est un. De même, la présence de plus en plus régulière de livres et d'instruments de chirurgie dans les inventaires après décès des chirurgiens canadiens, manifeste à partir de 1740, mais surtout importante à compter de 1780, témoigne incontestablement de la professionnalisation. À la fin du XVIII^e^ siècle, l'écart entre les chirurgiens est important, peut-être plus qu'un siècle plus tôt, mais la distance entre le corps médical et les praticiens non reconnus est encore plus grande. L'ordonnance de 1788 consacre ce clivage tout en légitimant et en définissant de façon plus nette la médecine officielle.

Durant toute la période, le recours à la médecine officielle est relativement coûteux. Sous le Régime français, les prix restent relativement stables, même en périodes inflationnistes : une saignée de bras, l'extraction d'une dent ou un lavement pour 1 # ; une saignée de pied, une médecine ou un lavement pour 2 #. Deux livres, c'est à peu près le salaire journalier au milieu du XVIII^e^ siècle. C'est dire l'importance des sommes, surtout si l'on considère que ces actes peuvent être répétés à plusieurs reprises dans un court laps de temps.

Après la Conquête, les prix grimpent. La saignée oscille alors entre 30 et 50 sols. Cinquante sols pour une saignée aurait été impensable quelques décennies plus tôt. De même, les médecines qui atteignaient exceptionnellement 4 # durant le Régime français, se vendent régulièrement 5 # durant les années 1780. Ces augmentations sont surtout le fait des chirurgiens anglophones plus présents à partir de cette décennie. Certains d'entre eux peuvent désormais exiger des montants substantiels pour visiter des patients vivant dans les environs de Québec.

Comme en Europe et dans les colonies américaines, certains chirurgiens déterminent leurs tarifs selon la situation sociale et financière du patient ou de la personne qui réclame leurs services. En 1784, dans un procès opposant le chirurgien James Davidson à John Cochrane, le chirurgien James Fisher avoue qu'il exige un tarif plus élevé pour des visites s'il s'agit d'*affluent people*. Cette pratique est difficilement perceptible durant le Régime français. Dans les années 1780, les chirurgiens, surtout ceux des villes, exigent des frais importants pour des déplacements, pour des soins ou même pour des avis.

La pénétration de la médecine officielle parmi les différentes couches de la société canadienne est importante. À Québec, pour la période 1690-1789, 23 % des 1 281 inventaires après décès portent des mentions de frais médicaux. Ce pourcentage varie considérablement suivant les décennies. Ainsi, il passe de 27 % en 1690-1699 à 17 % en 1730-1739 et remonte à 35 % en 1770-1779.

Étendus parfois sur de longues durées, les comptes médicaux montrent que, pour plusieurs, le recours à la médecine officielle est un geste familier et courant. Et le journal personnel du marchand québécois Juncken confirme cette impression. Plusieurs personnes de son entourage, dont des individus peu fortunés, ont recours au chirurgien pour une grande variété de cas, des plus simples aux plus complexes. Cette utilisation régulière démontre une confiance en la médecine, à un degré moindre, envers ses praticiens. Il est vrai que la santé n'a pas de prix, surtout si l'individu malade doit pourvoir à la subsistance d'une famille. La perte de la capacité de travailler a un impact économique qui rend acceptables les montants exigés par le corps médical.

Mais il n'en demeure pas moins que faire venir ou aller voir le chirurgien est un geste qui peut coûter cher et, pour s'attirer et conserver une clientèle, les praticiens doivent avoir recours à plusieurs stratagèmes. La plupart des chirurgiens facturent à l'acte et le crédit est généralisé. Les mentions de livres de comptes et de listes de débiteurs dans les inventaires après décès de chirurgiens en témoignent. L'abonnement est une option que prisent plusieurs. Signe de l'importance que la population accorde aux soins dispensés par les membres du corps médical, certains n'hésitent pas à se doter de cette forme d'assurance-maladie. Un individu, une famille ou un groupe d'individus s'engagent à verser périodiquement une somme fixe à un chirurgien en échange de soins lorsque requis.

Les différentes formes que prend l'exercice de la médecine et de la chirurgie démontrent une volonté de la médecine officielle de rejoindre sa clientèle et de s'adapter à ses besoins. Si l'automédication ou le recours à des praticiens non reconnus sont des gestes populaires, fréquents, qui surpassent en nombre les recours à la médecine officielle, il n'en demeure pas moins que le chirurgien fait partie de l'univers des XVII^e^ et XVIII^e^ siècles. On fait appel à lui, peut-être pas toujours d'une manière régulière, mais probablement beaucoup plus qu'au siècle suivant. Une étude de l'encadrement médical et de l'évolution de la tarification pourrait sans doute, en cela, apporter quelques éléments de réponse. La professionnalisation du corps médical semble l'éloigner de sa clientèle populaire. L'ordonnance de 1788 renforce cette tendance. En éliminant officiellement les concurrents et les praticiens les moins compétents, elle crée un monopole qui sert les intérêts d'une élite médicale, mais il est loin d'être certain que la population y a gagné, du moins au XIX^e^ siècle.

Au cours des XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, quérir le chirurgien est un phénomène courant, un geste familier. Mais rien n'indique une médicalisation accrue de la société durant cette période. S'il y a médicalisation, c'est plutôt à l'intérieur du corps médical qu'on peut l'observer. La présence à la hausse de remèdes, d'instruments chirurgicaux et de livres médicaux dans les inventaires des praticiens traduit l'institutionnalisation de plus en plus marquée des savoirs et des pratiques. En somme, le corps médical se médicalise. Son champ d'intervention s'élargit tout en abandonnant la barberie. Le statut social du chirurgien est rehaussé à mesure que le long processus de professionnalisation s'approfondit.



La pharmacopée



La France a reproduit au Canada les éléments de la pratique médicale européenne. Les ustensiles de pharmacie, les produits pharmaceutiques, les codex de même que les praticiens proviennent essentiellement de l'Ancien Monde. Les produits utilisés, surtout d'origine végétale, permettent la confection de centaines, voire de milliers de compositions pharmaceutiques souvent fort complexes. Les remèdes en usage au Canada proviennent des quatre coins du monde et leur utilisation s'inscrit parfaitement dans le cadre de la médecine humorale.

Les autorités coloniales et métropolitaines s'intéressent très tôt aux ressources locales. Des spécimens sont envoyés en France par les médecins Michel Sarrazin et Jean-François Gaultier et le chirurgien Hubert-Joseph de La Croix. D'autres aussi le font comme l'ecclésiastique Jean-Baptiste Gosselin, l'enseigne Jacques-Pierre Daneau de Muy et la sage-femme Catherine Jérémie, dit Lamontagne. En 1749, le gouverneur La Galissonière fait parvenir aux commandants des différents postes de la Nouvelle-France et de la Louisiane un mémoire rédigé par le médecin Gaultier : ils sont priés de récolter des spécimens et de l'information sur différents aspects de l'histoire naturelle.



Néanmoins, les apports canadiens à la pharmacopée européenne restent peu nombreux et les praticiens de la santé établis au Canada ont surtout recours aux médicaments importés. L'apport amérindien à la médecine officielle, quoique difficile à évaluer, semble modeste et circonstanciel. Il en va autrement, toutefois, de la médecine populaire qui utilise plus facilement les plantes et les produits disponibles dans l'entourage immédiat des personnes. Les plantes utilisées par les Amérindiens s'offraient naturellement et sans frais aux malades. D'ailleurs, plusieurs plantes indigènes sont souvent utilisées en raison de leurs ressemblances avec des plantes médicinales européennes.



Chevrette en faïence de Rouen, XVIII^e siècle. Pots de pharmacie par excellence, les chevrettes servent à contenir les sirops, les miels et les huiles.
Collection des religieuses hospitalières de Saint-Joseph, 984 x 304.1. (Photo Denis Ross)

Trébuchet ayant appartenu au chirurgien Jean Cassaux (1699-1761) établi à Château-Richer.
Collection personnelle de Michel Caseault, Beauport. (Photo Denis Ross)


6 Iacobi Cornuti
ADIANTVM AMERICANVM.

Canadenſium Plant. Hiſtoriæ. 7
Adiantum Americanum.
CAP. III.

QVICQVID arte barbarica Phrygiones moliantur texendis plumarum ramulis ad limbum veſtium ornandum, nihil aut mente excogitari, aut acu pingi poteſt nobilius admirabili folio-rum ordine quem oſtentat noua hæc Capilli Veneris ſpecies, feliciter admodum expreſſa ab ſtrenuo noſtro Chalcographo, prout in horto D. Robini conſpexit: quamuis longè ſit ornatior eius figura in America Septentrionali, in quâ naſcitur procerita-te pluſquam cubitali: quò namque folia altiora ſunt, eò pluribus diducta ramulis incredibilem naturæ luxum, luſumve præbent admirandum.

Huic radix puſilla, capillamentis nigris fibrata; cauliculi exeunt atropurpurei, in cubitum ſe attollunt, ſeptemque aut octo ramulis diuiſi, in orbem expanſi latiſſimè ſe ſpargunt; adnaſcentibus interim proceſſibus quamplurimis, qui cum ramulis leuiter criſpantur extremo. Folia Adianto vulgari ſimilia ſunt ſed ampliora, Galli criſtam referentia ſunt enim infimâ parte lineâ curuâ clauſa, ſuperiori nonnullis ſinubus laciniоſa, omnia contrariis pediculis denſa inter ſe & ex aduerſo: ſingulorum foliorum pars altera gratâ viriditate lucet, altera punctulis fuſcis exaſperatur. Sapor idem cum noſtrate parùm acerbus. Hoc Adiantum Canadenſi

Jugé supérieur à celui de Montpellier, le capillaire du Canada (*Adiantum pedatum L.*), employé sous forme de sirop, était très populaire dans les cas de maladies pulmonaires. Jacques-Philippe Cornuty (Cornut), *Canadiensium Plantarum Historia*, 1635.
Musée de l'Amérique française, Bibliothèque ancienne du Séminaire de Québec, Fonds des livres rares et anciens. (Photo Denis Ross)



Les produits médicaux les plus fréquemment utilisés par les chirurgiens canadiens au XVIIIe siècle

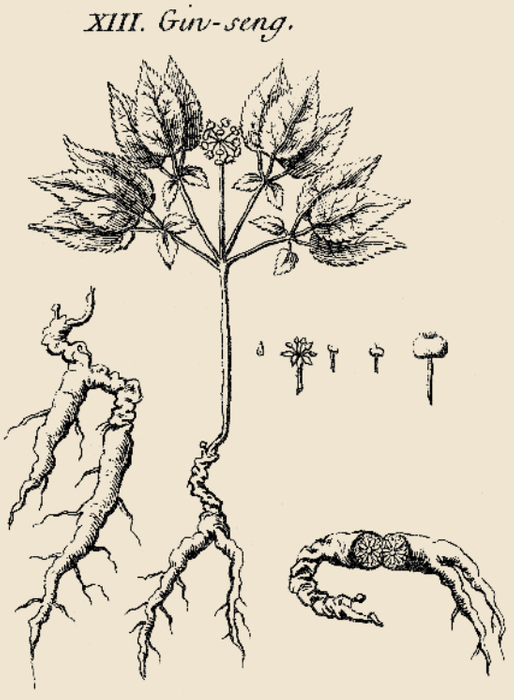
	1716	1735	1742	1743	1747	1752	1756	1771	1776	1777	1791	1792
Jalap	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vitriol[1]	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Tartre[2]		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ipécacuana	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X
Sené	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	
Quinquina	X	X	X	X	X	X				X	X	X
Thériaque	X	X	X		X	X	X	X		X	X	
Ecrevisse	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X
Mercure	X	X		X	X	X		X		X	X	
Manne	X			X	X	X	X	X		X	X	
Corail	X	X		X	X	X				X	X	X
Rhubarbe	X	X	X	X	X	X	X					X
Poudre cornachine	X	X		X	X	X		X		X	X	X
Cannelle	X	X		X		X		X		X	X	
Alkermès	X	X	X			X		X			X	
Antimoine	X		X	X		X				X	X	X
Safran			X	X	X		X			X	X	X
Réglisse		X	X		X	X			X	X		X
Anis			X	X	X	X			X	X		
Cantharide	X			X		X				X	X	X
Soufre		X	X	X					X		X	X
Rose	X		X	X	X						X	X
Vipère	X	X	X	X		X				X		
TOTAL	18	17	17	19	17	18	9	11	8	19	19	15

1. Ancien terme désignant des sulfates, le mot vitriol comprend plusieurs produits. Sont inclus dans cette catégorie le vitriol romain, le vitriol de Chypre, le vitriol blanc, le sel de Glauber, le sel d'Epsom, le sel polychreste, le sel Duobus et l'*arcanum duplicatum*. Bien qu'étant un sulfate, l'alun a été exclu conformément aux usages de l'époque.

2. Sont inclus dans cette catégorie le tartre martial soluble, le tartre émétique ou stibié, la crème de tartre et le sel végétal.



MORTIER EN BRONZE AVEC MOTIFS À FLEURS DE LYS ET SON PILON, XVIIe OU XVIIIe SIÈCLE.
Collection des religieuses hospitalières de Saint-Joseph, 984 x 374a et 984 x 374b. (Photo Denis Ross)



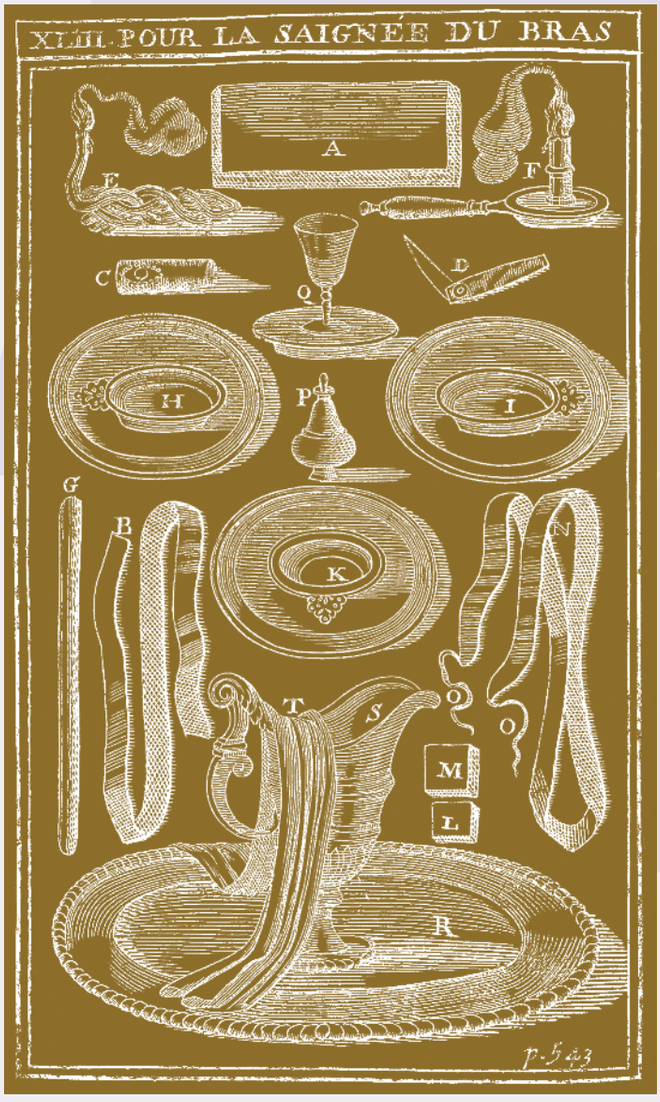
UNE VÉRITABLE RUÉE VERS LE GINSENG, PRISÉ PAR LES CHINOIS COMME APHRODISIAQUE, SURVIENT ENTRE 1747 ET 1752 : LES EXPORTATIONS VERS LA ROCHELLE ATTEIGNENT EN 1752 UN SOMMET DE 484 120 LIVRES.
François-Xavier Charlevoix, *Histoire de la Nouvelle-France,* 1744. Archives nationales du Québec.

Saignées et lavements

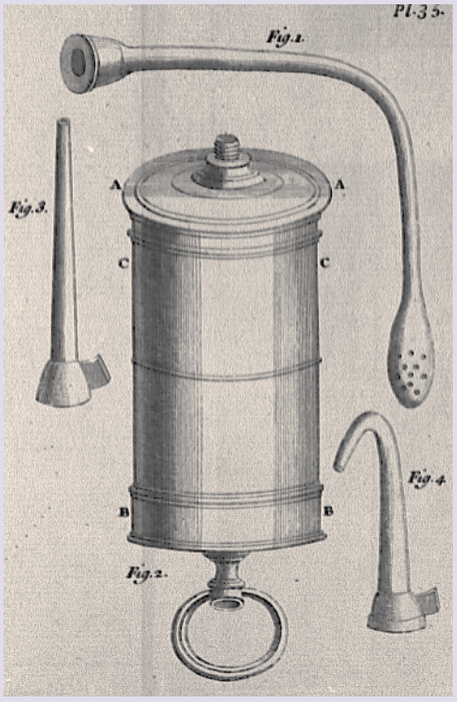
Acte par excellence de la médecine humorale, la saignée a connu une immense popularité. Selon le célèbre Helvétius, elle est utilisée « pour dégager les vaisseaux, & pour moderer la trop grande fermentation du sang, que l'on fait saigner dans la plupart des fiévres naissantes; parceque le sang se rarefiant alors peut s'extravaser, & empêcher la secretion des differentes humeurs. On seigne dans les fluxions pour les detourner & pour relâcher les parties trop tenduës : dans les douleurs aiguës, pour en calmer la violence ; dans les commencemens des dépôts, pour en prévenir les progrès ; dans les inflammations, pour les appaiser & pour prévenir la rupture des vaisseaux ; dans les hémoragies, pour arrêter l'evacuation du sang provenant de cause interne ou externe : à quoi nous pouvons ajoûter, que ces maladies sont les plus souvent accompagnées de fievre : nouvelle raison pour avoir promptement recours à la saignée .»

La plupart des maladies se soignent en ayant recours à la saignée. Ainsi, en 1769, « Vû que la Coqueluche, ou toux convulsive, est à présent extrêmément fatale aux enfans dans ce district (Montréal) », le chirurgien James Latham propose aux parents de faire saigner leurs enfants aussitôt qu'ils sont attaqués de cette maladie.

Arracher les dents, administrer des lavements et exécuter des saignées constituent des gestes courants pour les chirurgiens de l'époque.



Objets nécessaires pour exécuter une saignée dont, entre autres, une lancette (D) et des palettes (H, I et K). M. Dionis, *Cours d'opérations de chirurgie, démontrées au Jardin royal*, 3e édition, Paris, Chez Laurent d'Houry, 1716, p. 543.
Musée de l'Amérique française, Bibliothèque ancienne du Séminaire de Québec, Fonds des livres rares et anciens. (Photo Denis Ross)



Différentes parties d'une seringue servant à faire des lavements : seringue proprement dite (figure 2) et différentes canules se fixant sur la seringue (figures 1, 3 et 4). Jean-Louis Petit, *Traité des maladies chirurgicales, et des opérations qui leur conviennent*, tome 1, Paris, P. Frs Didot le jeune, 1774, planche 35.
Musée de l'Amérique française, Bibliothèque ancienne du Séminaire de Québec, Fonds des livres rares et anciens. (Photo Denis Ross)



Note : les lieux de résidence ont été relevés à partir de plusieurs sources dont le recensement de la paroisse de Notre-Dame de Québec de 1744. Dans plusieurs cas où le lieu de résidence ne pouvait être précisé, nous avons retenu le lieu de provenance.

- Québec (204)
- Vallée du Saint-Laurent sauf Québec (106)
- À l'extérieur de la vallée du Saint-Laurent (216)
- Résidence inconnue (9)

Les hôpitaux : des lieux de soins et de spiritualité



Ex-voto dit « de la salle des femmes » de l'Hôtel-Dieu de Montréal, XVIIIe siècle.
Collection des religieuses hospitalières de Saint-Joseph. (Photo Denis Ross)

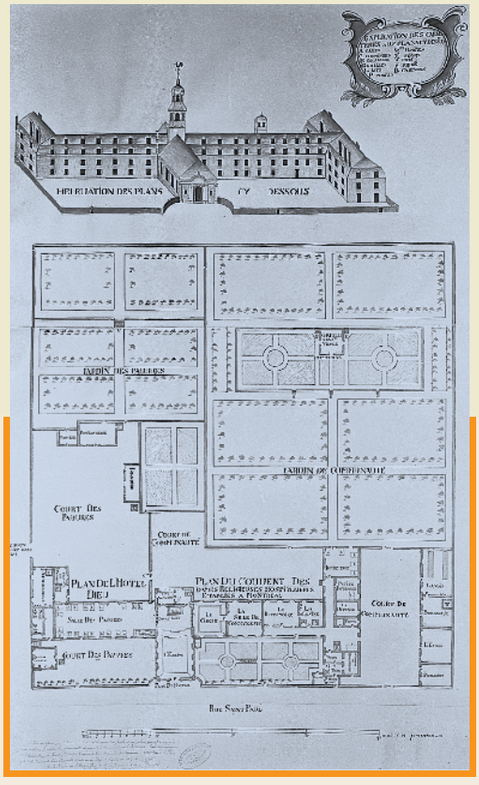
Les hôpitaux de la Nouvelle-France sont le prolongement en terre d'Amérique des institutions françaises : en témoignent leur architecture, leur administration et l'idéologie qui en inspire le fonctionnement. Le rôle de l'Église comme promotrice et gestionnaire constitue une caractéristique essentielle du dispositif hospitalier canadien de l'époque. Au service du corps et des âmes, les trois hôtels-Dieu établis au XVIIe siècle sont des lieux marqués par le dévouement du personnel soignant, composé surtout de religieuses. Tous s'entendent sur l'abnégation et les mérites des communautés de femmes qui exercent leur devoir de charité chrétienne et de compassion envers les malades.



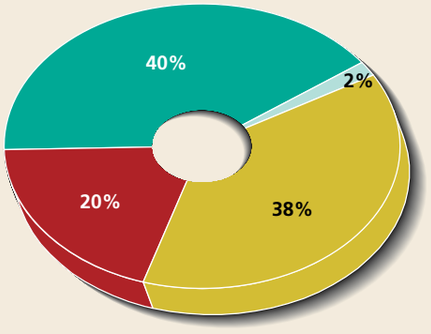
Plan tiré par Mr Noel le vasseur arpenteur En 1748 du terrain des Religieuses hospitalières, et de lhopital de Quebec.
Archives du Monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec, PR4-00020-001. (Photo Denis Ross)



Mère Juchereau de Saint-Ignace, vers 1713. Supérieure des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec pendant 24 ans.
Musée des augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec.

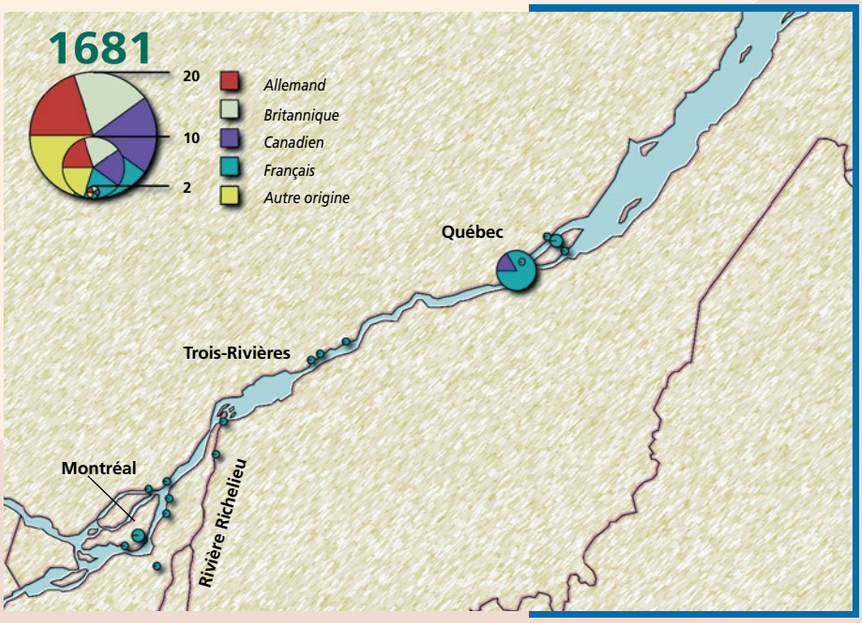


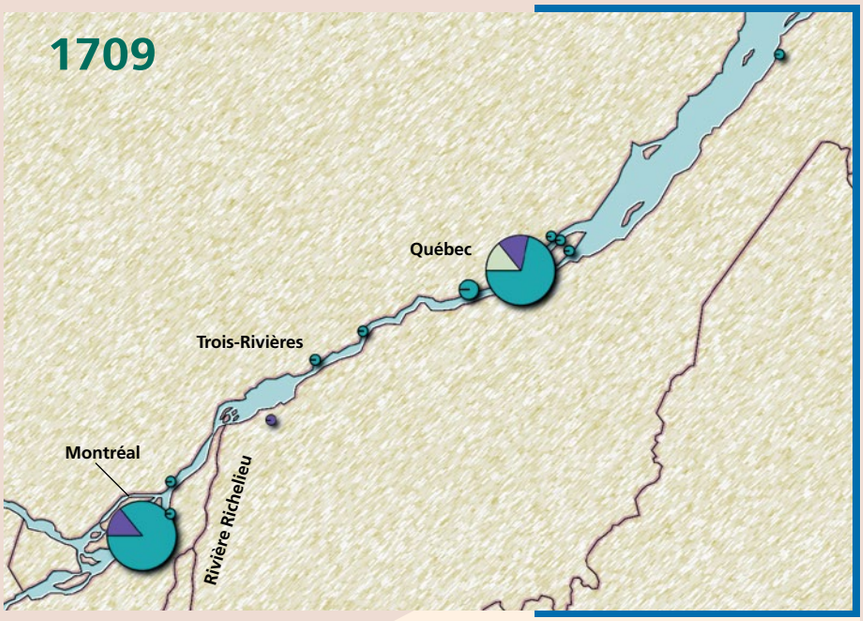
Extraits d'un plan de l'Hôtel-Dieu de Montréal qui aurait été dressé après l'incendie de 1695. Attribué à Gédéon de Catalogne.
Copie dans la collection des religieuses hospitalières de Saint-Joseph, d'après un original conservé à l'Hôtel-Dieu de Saint-Joseph, La Flèche, France.

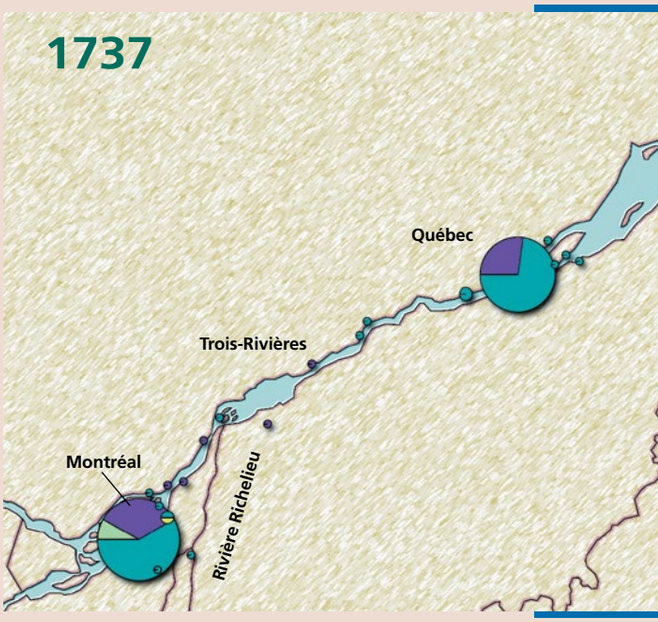


L'EFFECTIF MÉDICAL

Répartition de l'effectif médical selon l'origine







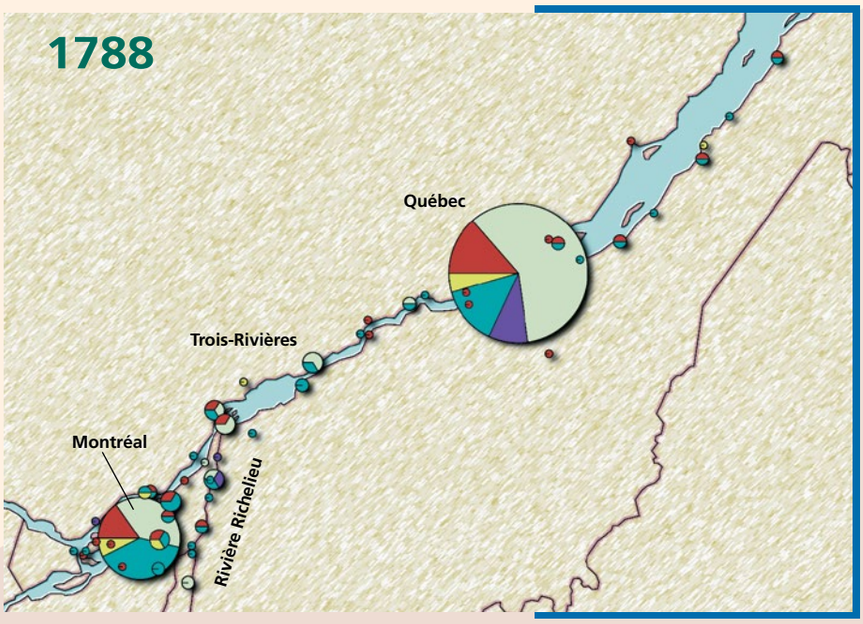
Au Canada, jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, l'effectif médical officiellement reconnu suit en gros la montée du peuplement. Le corps médical s'établit sur tout le territoire occupé, si bien que la majorité de la population peut se prévaloir des services d'un chirurgien, le véritable généraliste de l'époque. La baisse constatée du taux d'encadrement médical, significative au XVII^e siècle, mais plus lente au siècle suivant, ne compromet pas cependant l'accès à la médecine officielle.

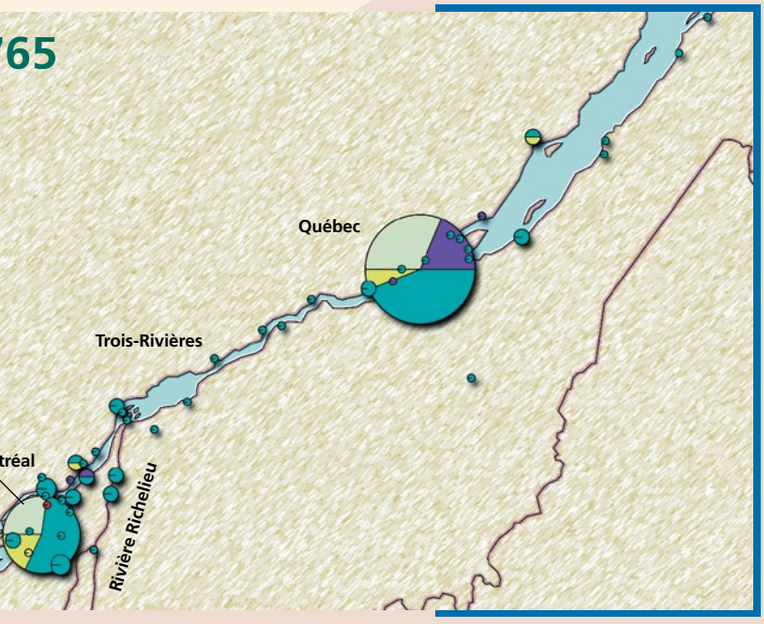
Les villes où se concentre une importante clientèle payante jouissent d'une forte représentation du corps médical. Dans les milieux ruraux le partage est plus inégal. Les localités périphériques sont manifestement moins bien pourvues en praticiens, alors que les zones à forte densité et bien reliées attirent les membres du corps médical, qui y trouvent une clientèle payante pour vivre de leur art. Des lieux sont plus propices que d'autres à la pratique médicale. Le chirurgien opte, dans la mesure du possible, pour un lieu où il trouve une clientèle nombreuse et aisée.

En 1780, le chirurgien militaire Phillip Mount s'enquiert auprès du marchand Samuel Jacob de la « *situation of Medicine* » dans la paroisse de Saint-Denis et dans les localités environnantes. Il lui écrit :

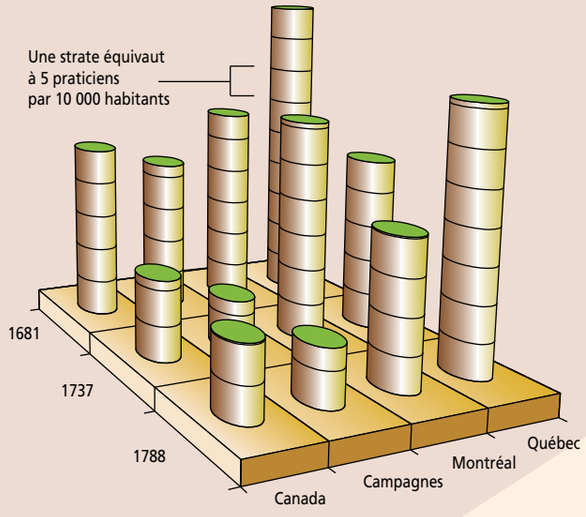
> *You know the situation of ye country with ye advantages & disavantages. Iam at ye same time advised to go to La Prairie it seems to be a good centrical Place & no Surgeon in it but I*

am told that your neighbourhood is Preferable with respects to ye people being richer & more numerous & very much subject to diseases (this last is a great object for an Esculapian Person).





Variation estimée de la densité médicale canadienne, 1681-1788 (Praticiens par 10 000 habitants)



Les données relatives à Trois-Rivières sont intégrées à celles des campagnes.



Évolution de l'effectif médical selon l'origine ethnique, 1653-1788

	1653	1667	1681	1695	1709	1723	1737	1744	1751	1765	1774	1788
Français	9	24	23	29	24	21	29	25	36	65	52	42
Canadiens			1	3	3	13	14	11	12	7	7	5
Britanniques					1	1	1	1		10	9	33
Italiens							1	1	1	1	1	1
Autrichiens								1	1	1		
Allemands										1	1	32
Suisses										2	1	1
Portugais										1	1	
Polonais												1
TOTAL	**9**	**24**	**24**	**32**	**28**	**35**	**45**	**39**	**50**	**88**	**72**	**115**

Outre les chirurgiens, sont inclus dans ce tableau les rares médecins et apothicaires. En 1667, les données incluent des chirurgiens militaires appartenant aux 20 compagnies du régiment de Carignan-Salières et aux quatre compagnies des régiments de Chambellé, Lallier, Poitou et Orléans dont la présence est attestée dans les documents.

II

L'asile, de 1845 à 1920

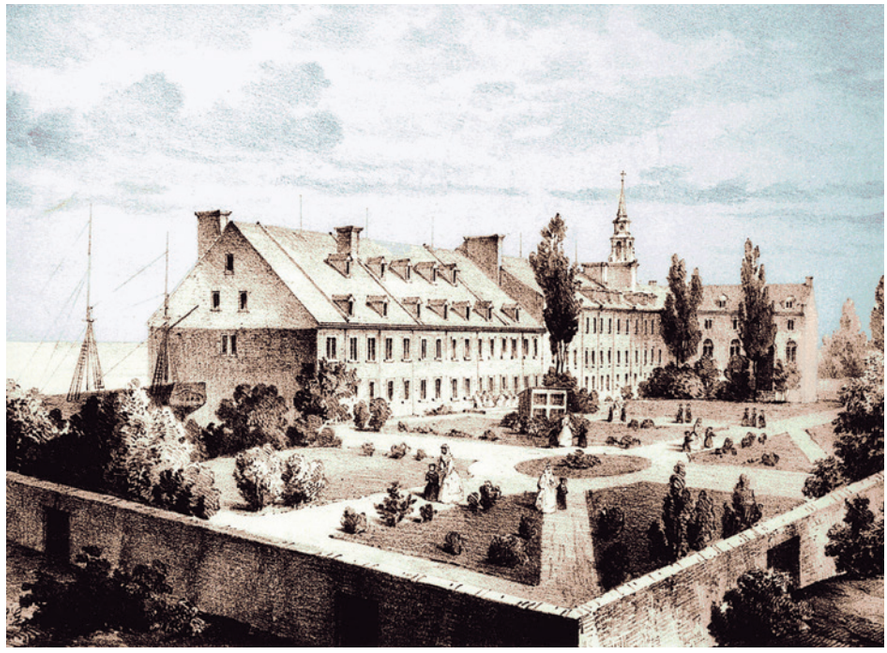
1. DES LOGES À L'ASILE

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 en 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^gr^ 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^e^



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[1], 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 entoura, 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 exigus de 7 pi^2, 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'incrustait 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 rattachés 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[2]. »

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 châtiment 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 XIXe 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[3]. »

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 XVIIIe 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 défectuosité 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 défectuosité des loges et la nécessité d'améliorer la condition des aliénés sous leurs soins[4].*

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[5].

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 dégageait 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^e^ 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 ouï-dire que les médecins anglophones de la Colonie, tels Hackett, William Holmes[6] 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[7]. 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

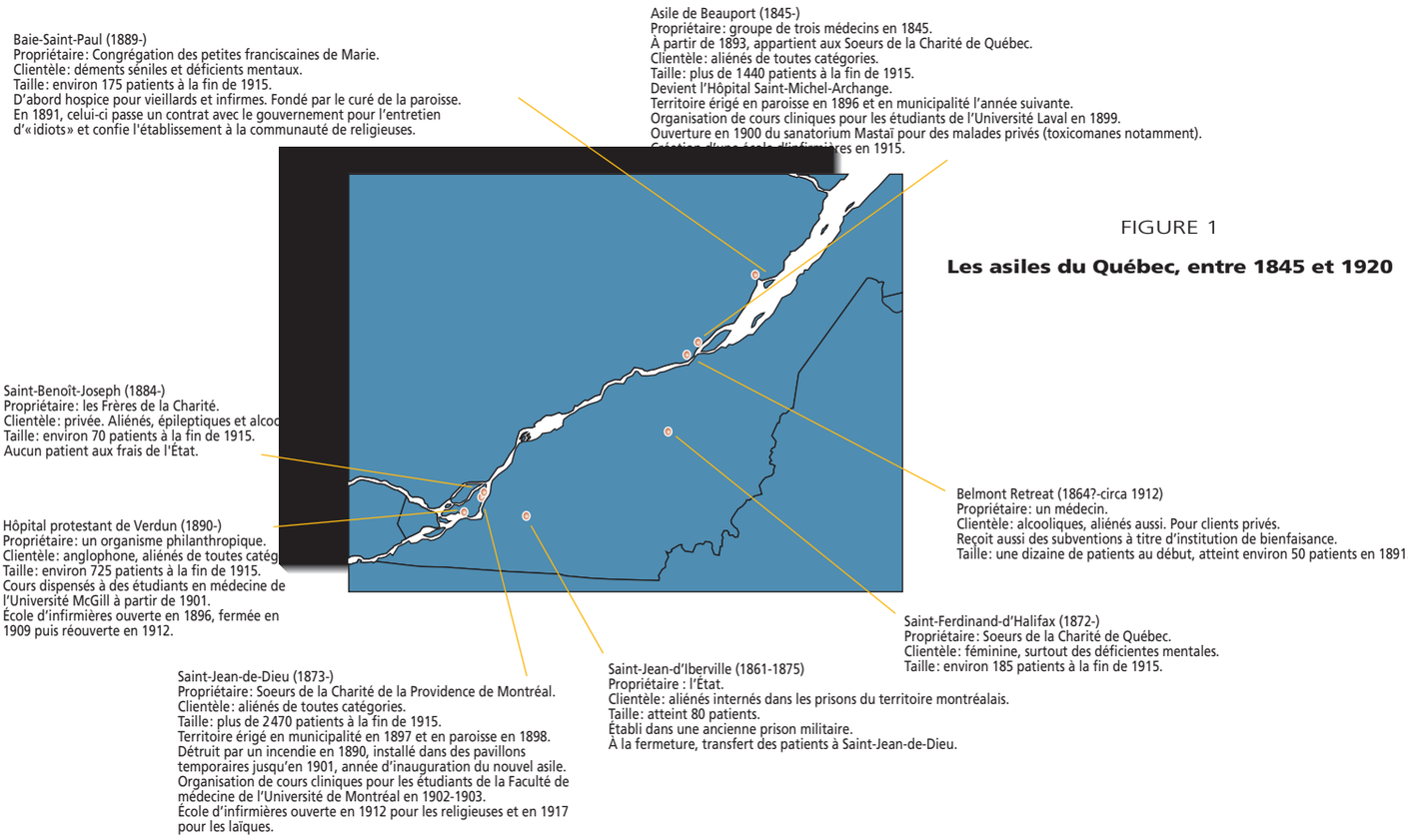


FIGURE 1

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 XIXe 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 chambres 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[8].



Hôpital de la Marine, XIXe siècle.
Auteur : non identifié. Archives nationales du Québec à Québec.

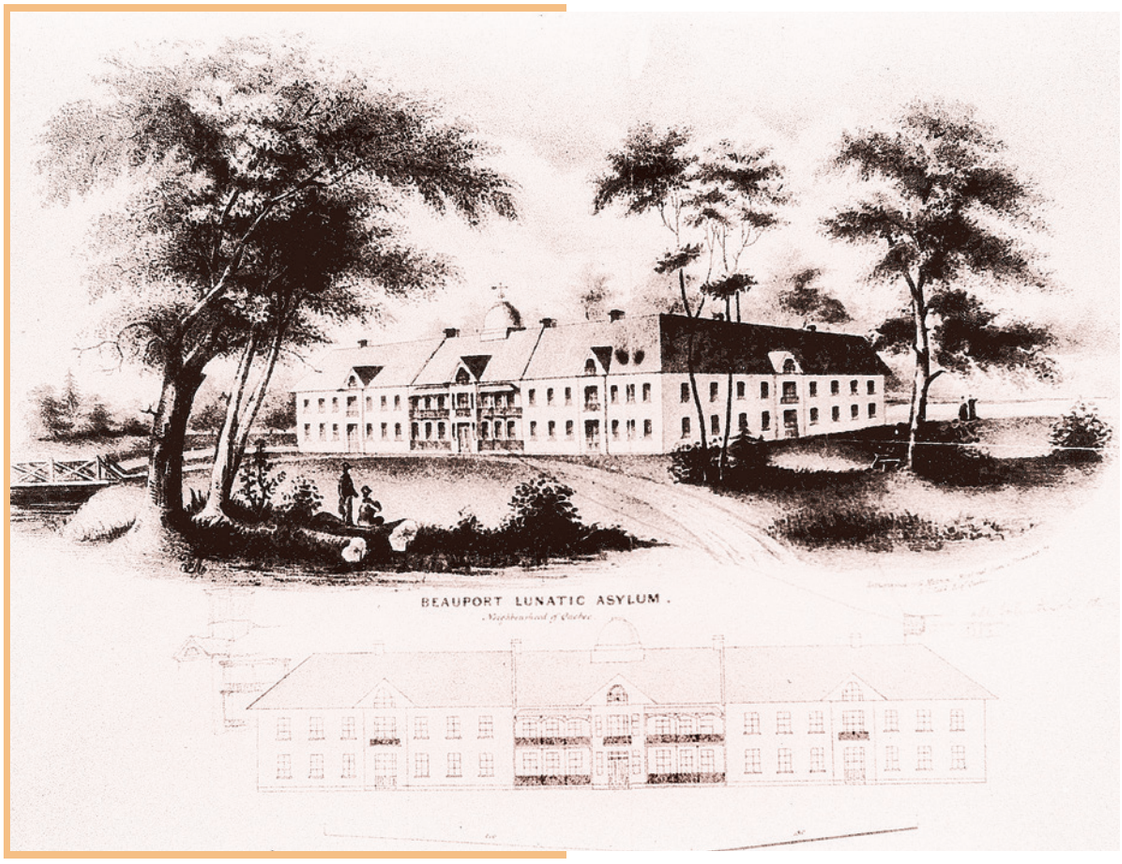


Asile temporaire de Beauport (Giffard), vers 1845.
Archives de la Galerie historique Lucienne-Maheux du Centre hospitalier Robert-Giffard.

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[9] 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[10] ». 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[11] ». 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[12].



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 intempestifs, mais aussi de toutes sortes de maladies, dont en particulier les infections intestinales, la neuro-syphilis et surtout la tuberculose pulmonaire (phtisie, appelée parfois consomption) 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 of 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 condems 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 thirteeen of them there are no rules of any kind…[13].

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 XIXe 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[14]. 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[15]. 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[16].

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[17] 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^{e} 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[18] 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[19].

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…[20].

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[21] », 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[22] ». 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 gâteux, les mettre en cellules[23]. 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[24], 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 rumination délirante. 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 gâteux qu'on préférait, pour des raisons évidentes, aménager dans les étages supérieurs de l'établissement.

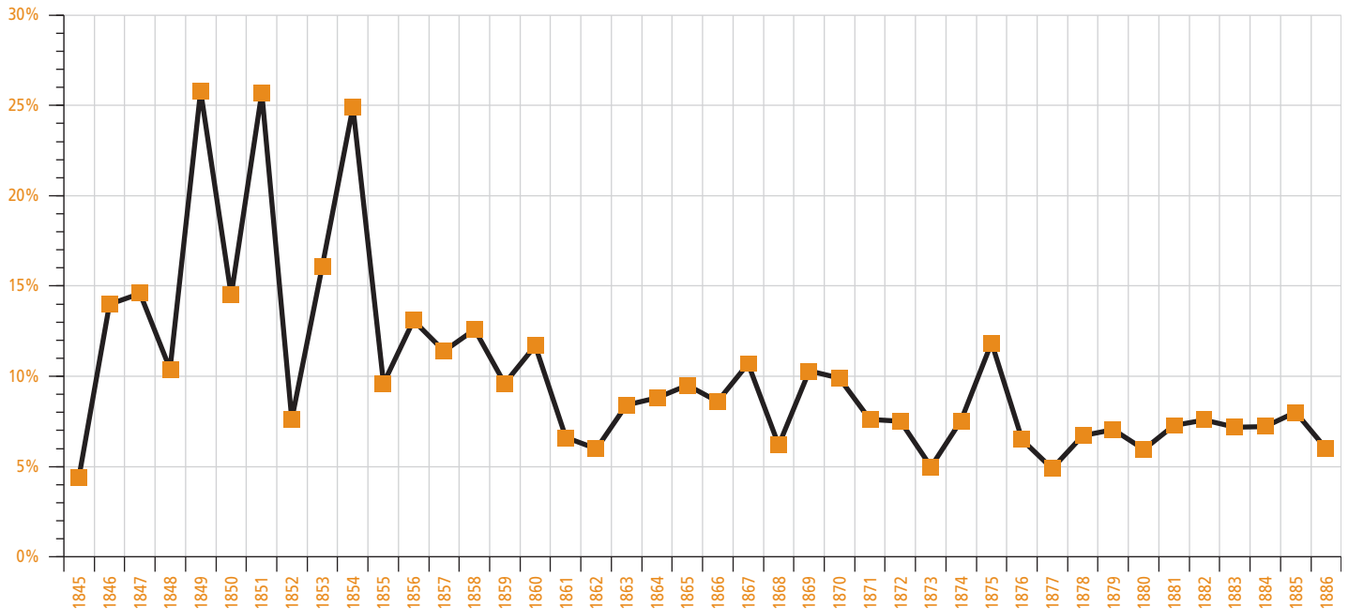
On comprend aisément que les aliénistes de l'époque aient attribué à la folie une odeur caractéristique et que les inspecteurs aient tellement insisté pour évaluer les asiles en termes d'efficacité des systèmes de ventilation et de pieds cubes d'air disponibles par patient. Sous ce rapport, l'asile de 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 mouroir. 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[25]. 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^{e} 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^e^ 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 accueillaient 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[26]. 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[27]. 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 détrempée 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 superintendant. 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…*[28].

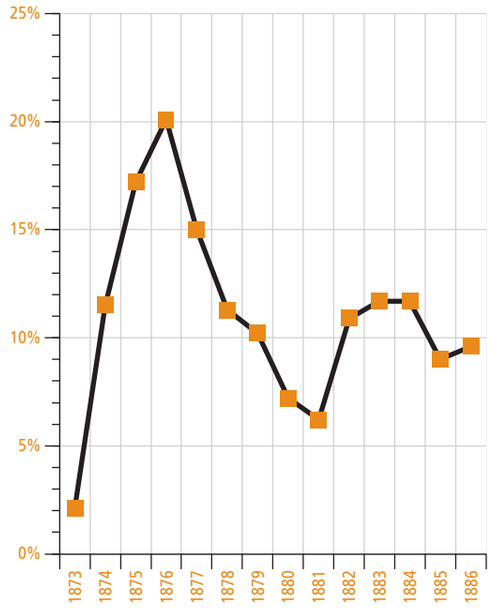
Les conditions de réclusion à l'asile de Saint-Jean-d'Iberville durent être particulièrement misérables puisque sœur Thérèse de Jésus (Cléophée Têtu), la supérieure de Saint-Jean-de-Dieu, décrivit ainsi le transfert de ses patients à Longue-Pointe en 1875 :

> *[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*[29].

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[30] 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[31] ».

FIGURE 3

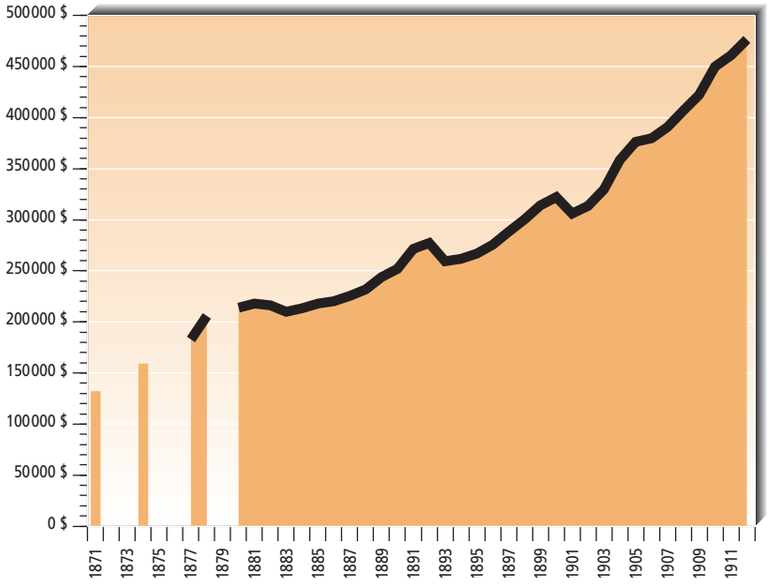
Les décès à l'asile Saint-Jean-de-Dieu, 1873-1886 (en pourcentage de la population hospitalisée)



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

FIGURE 4

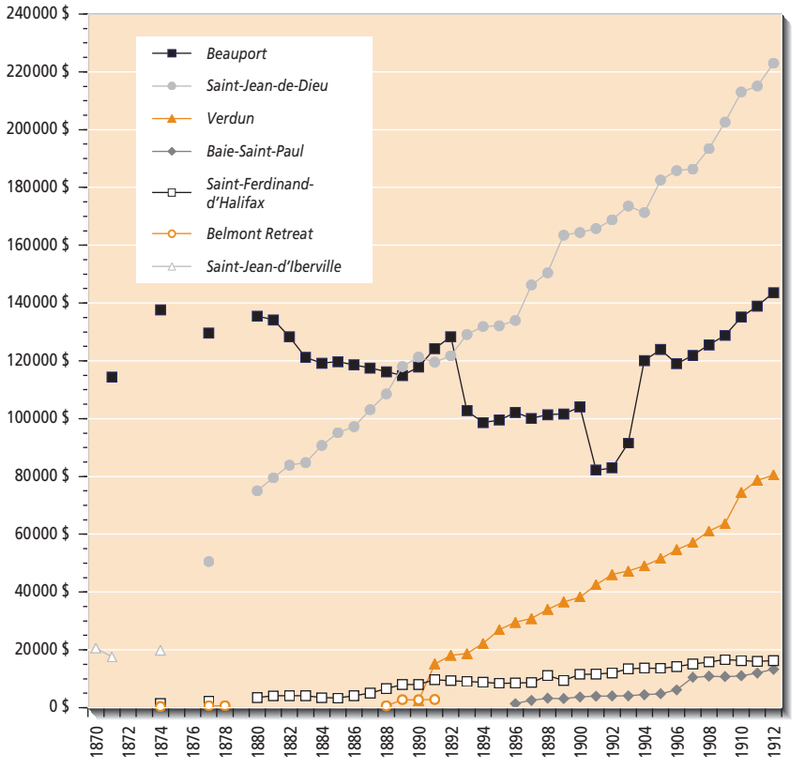
Le financement public des asiles d'aliénés, 1871-1912 (en dollars courants)



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[32]. 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.

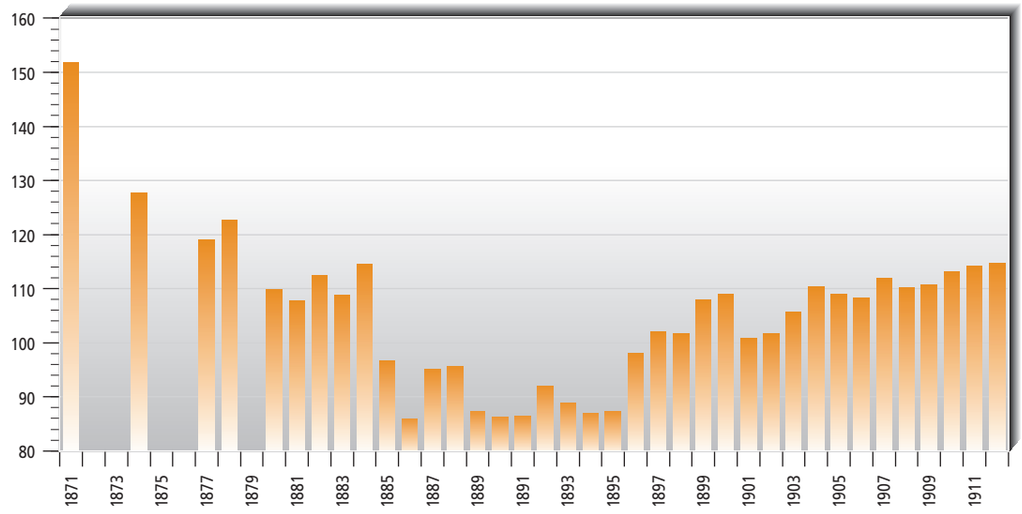
La raison de ces « dépréciations » était évidente : les religieuses, liées par le vœu de pauvreté, représentaient d'abord et avant tout pour le gouvernement une main-d'œuvre peu coûteuse et surtout peu exigeante. En contrepartie, elles offraient des garanties de fidélité et de fiabilité au travail qu'aucun 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[33] ». 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'égales, 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 colleter. 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)



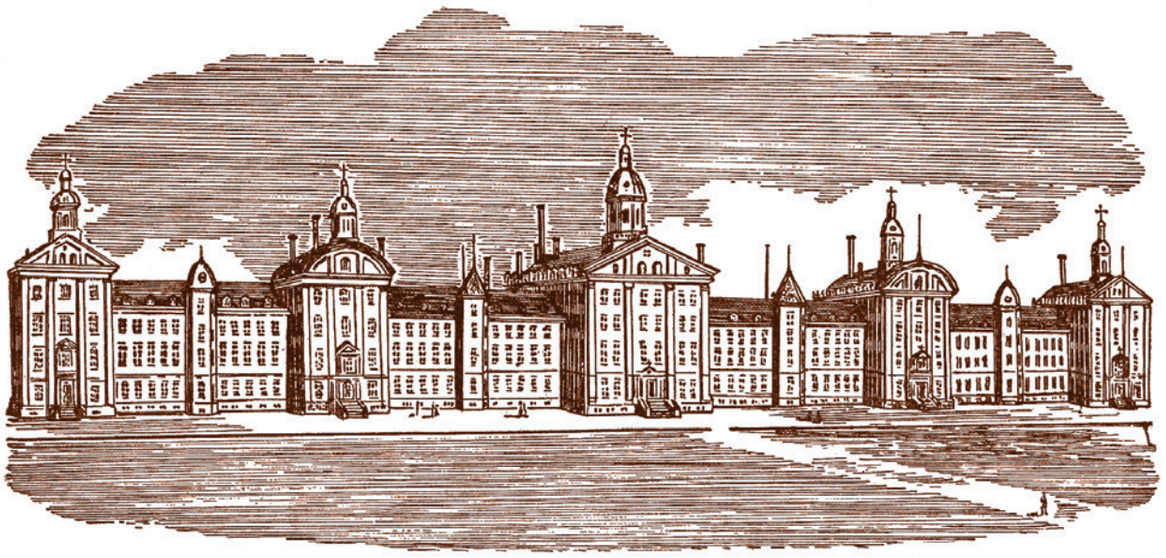
Sources : Rapports annuels des propriétaires et surintendants d'asiles. Annuaire statistique de Québec, 1914.

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 trimestriels, 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 gâteux 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 cadenassées « 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[34] ». 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[35]. 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 apothicairesse 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'organisation 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[36] 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[37].

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.



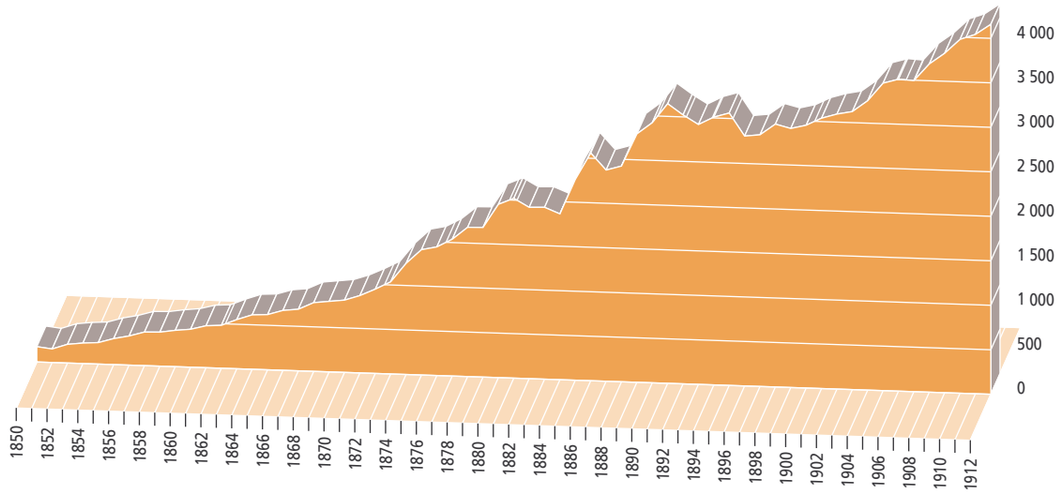
Une salle de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, 1911.
Collection Notman, Musée McCord.

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, Adélard Barolet et Vallée, à venir dîner à sa résidence et à son asile privé de Surennes. 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[38]. 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[39] ». C'était un de ces « médecins, disait-elle, qu'on lui avait représentés

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[40] ». 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[41] ».

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[vait] disparu et [que] l'asile moderne, l'asile-hôpital, a[vait] surgi : la maison de santé a[vait] 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 rasa 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 tentation 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.

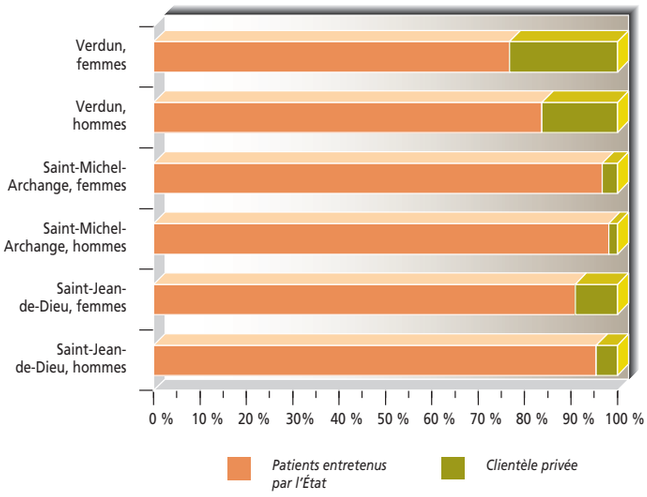
Cette façon de procéder, courante dans les hôpitaux anglophones, eut des retombées immédiates. Elle permit de mettre à contribution rapidement des membres influents de la communauté protestante au sein des comités de développement et de surveillance de l'établissement, ce qui facilita grandement l'engagement 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[42]. 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 macadamisage 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^e^ siècle, au tiers des revenus de l'établissement.

FIGURE 8

La proportion de la clientèle privée dans les asiles en 1901



Source : 32ième 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 illustrait 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[43].

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 patientes de Verdun, qui s'affairaient aussi à la cuisine, à la buanderie, au frottage 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 décloisonner son asile : il permit à une bonne centaine de ses patients[44] 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, pla[-çait] les malades dans des conditions hygiéniques tellement défectueuses que l'on p[ouvait] 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 révolue, 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[45]. 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[46] 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[47]. 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 troquait 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, nommément dans le domaine de la dermatologie et de la clinique dentaire.

Parmi les autres initiatives importantes, il faut compter les congés sur essai[48]. 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 décloisonnement 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.



UNE FORTE CONCENTRATION ASILAIRE BEAUPORT ET SAINT-JEAN-DE -DIEU

La centralisation des soins aux aliénés

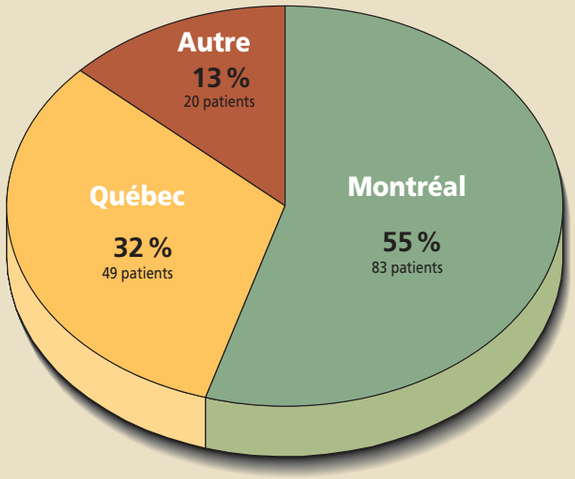
C'est la voie de la centralisation des soins, en quelques lieux, qu'a choisie le Québec pour venir en aide aux malades mentaux au XIXe siècle.

Fondé en 1845, l'asile de Beauport, en banlieue de Québec, est demeuré pendant une quinzaine d'années l'unique établissement d'accueil de cette catégorie de malades. Deux autres grands établissements pour aliénés verront le jour sur l'île de Montréal durant le derniers tiers du siècle : l'asile Saint-Jean-de-Dieu en 1873, et l'hôpital de Verdun, en 1890. Ce dernier est destiné aux anglophones du Québec.

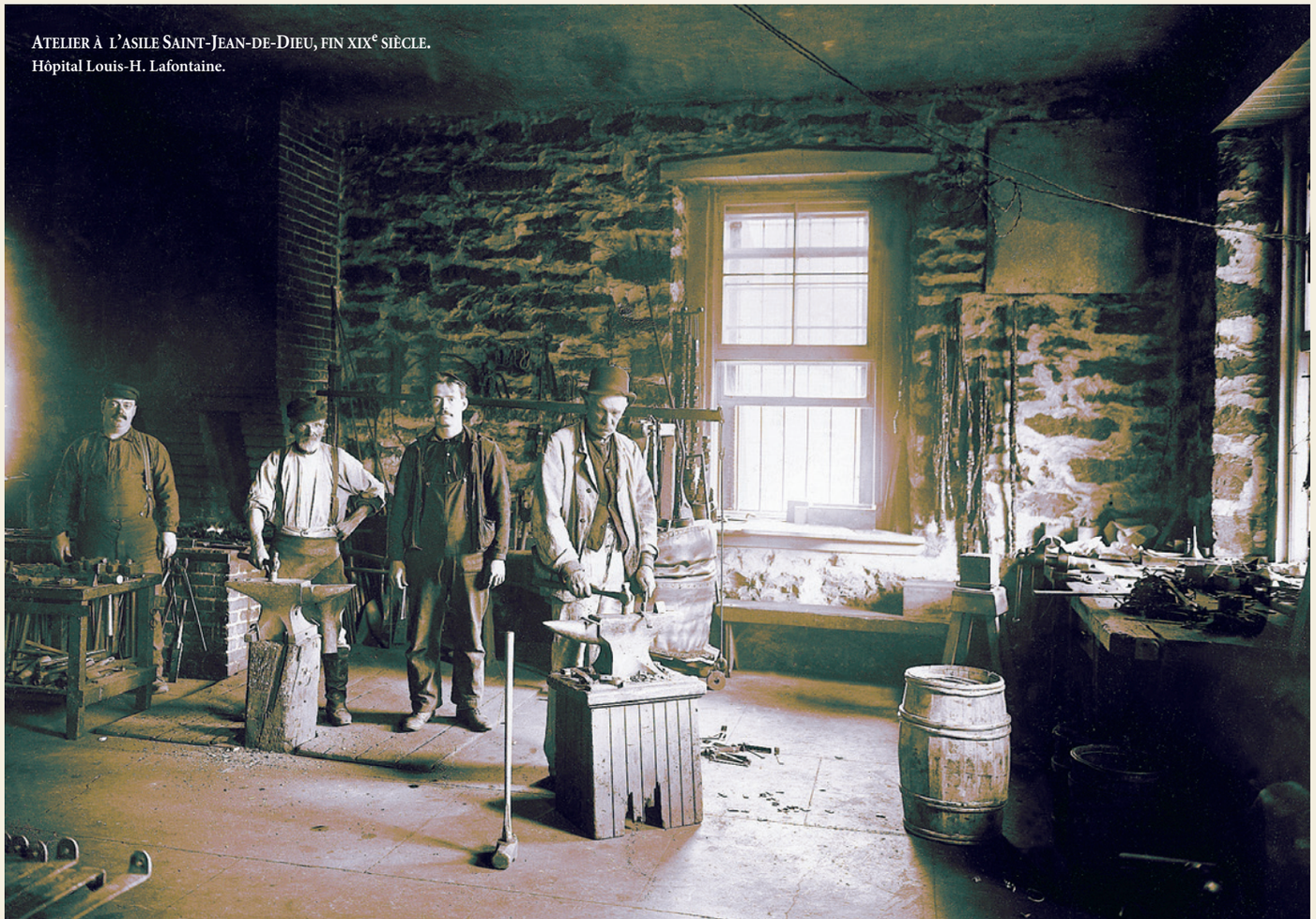
Au tournant du XXe siècle, l'asile Saint-Jean-de-Dieu est le plus grand établissement pour malades mentaux du Québec.

À la fin du siècle, l'asile de Beauport et celui de Saint-Jean-de-Dieu se partagent l'essentiel de la population francophone des malades mentaux hospitalisés. En dépit de progrès indéniables, ils remplissent encore surtout une fonction de réclusion. Il faudra attendre que le XXe siècle soit bien engagé pour que la psychiatrie y amorce vraiment la transformation de l'approche des malades et du régime des soins.

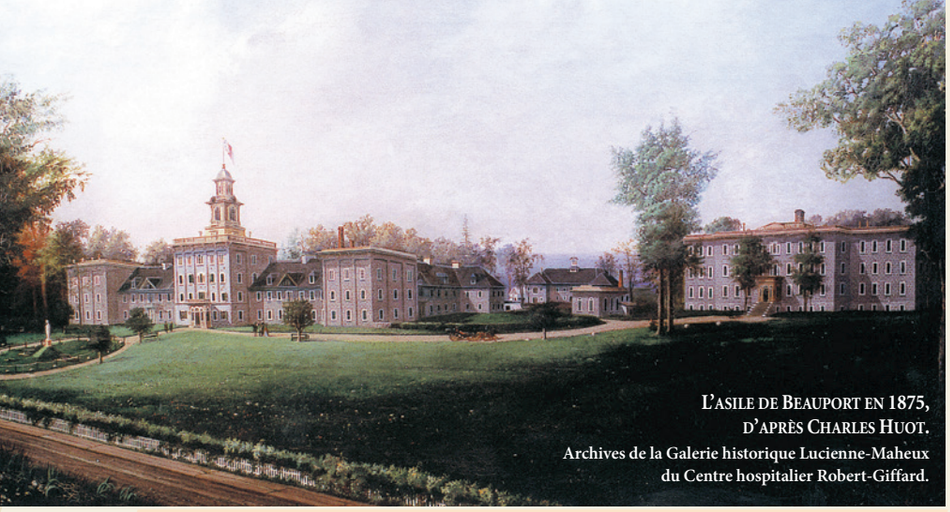
Lieux de provenance des patients de l'asile de Beauport, 1851-1852



Source : Recensement personnel du Bas-Canada, Rapport de l'asile des aliénés à Québec, 1851-1852, dans Appendice du treizième volume des journaux de l'Assemblée législative de la province du Canada, Session 1854-1855.



ATELIER À L'ASILE SAINT-JEAN-DE-DIEU, FIN XIXe SIÈCLE.
Hôpital Louis-H. Lafontaine.



L'asile de Beauport en 1875, d'après Charles Huot.
Archives de la Galerie historique Lucienne-Maheux du Centre hospitalier Robert-Giffard.

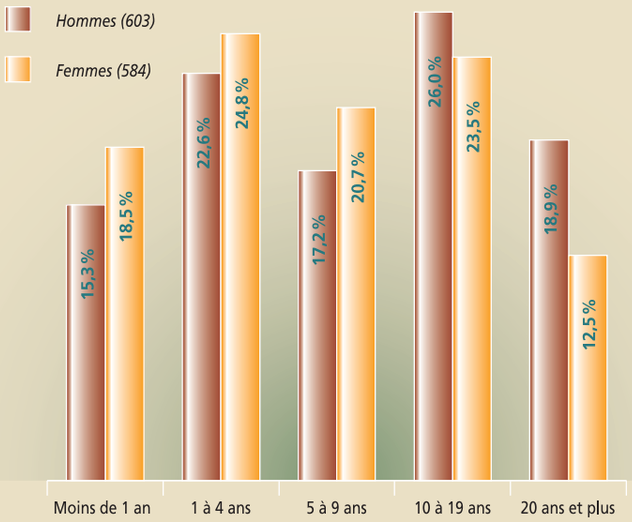
Des malades de diverses conditions sociales

Les sans-profession représentent évidemment un bon pourcentage de la clientèle des asiles. Toutefois, comme le montre l'exemple de Saint-Jean-de-Dieu en 1909, les difficultés et les accidents de la vie y conduisent une forte clientèle provenant d'un large éventail professionnel.

Des séjours qui se prolongent

Les séjours à l'asile sont plutôt longs. À l'asile de Beauport, parmi les malades présents à la fin de 1909, moins de 20 % avaient été admis dans l'année. La moitié des malades y séjournaient depuis plus de cinq ans et un fort groupe, représentant environ 15 % des patients, y était maintenu depuis au-delà de 20 ans.

Durée du séjour des patients de l'asile de Beauport, 1909 (en pourcentage)



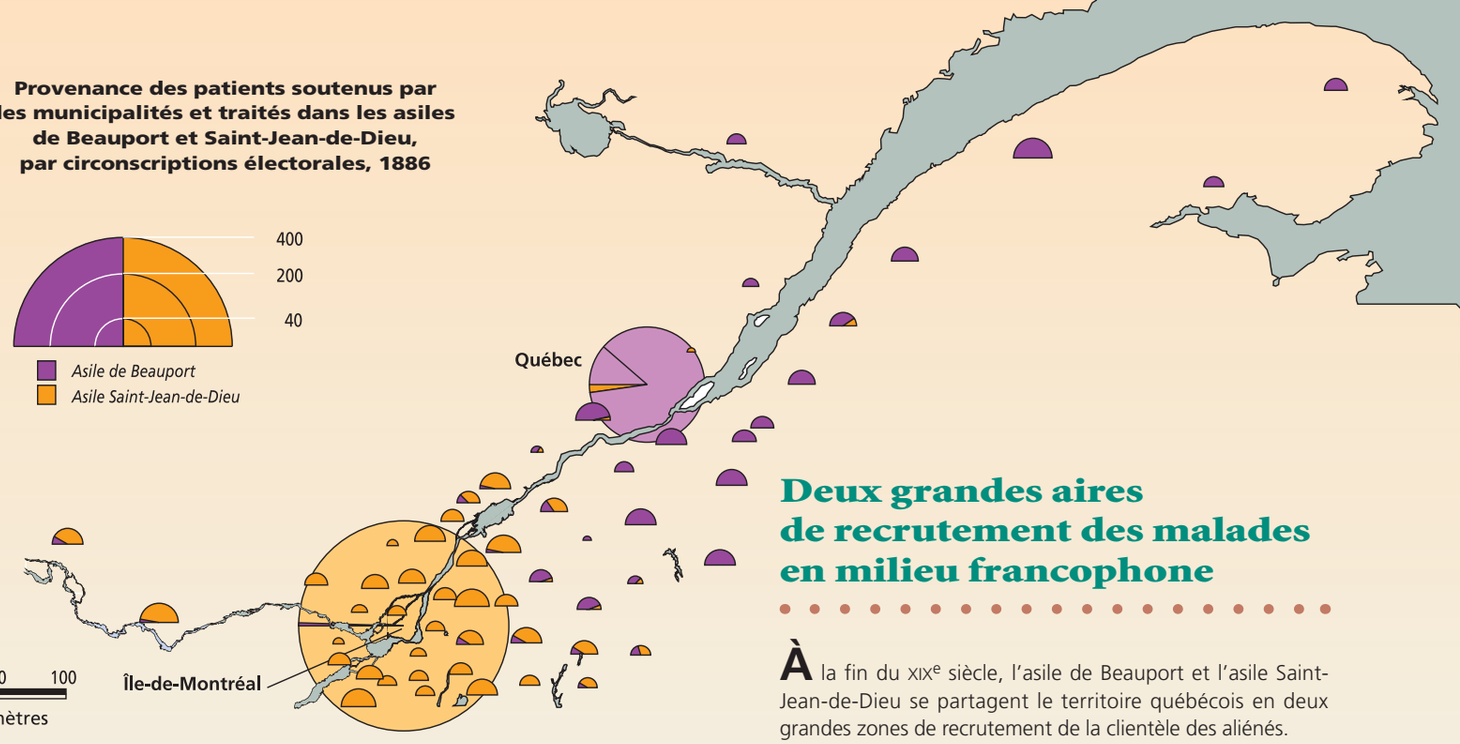
Source : Asile d'aliénés de Beauport, province de Québec, Canada. Rapport annuel du docteur Brochu, surintendant médical, pour l'année 1909, Documents de la Session, 1910-1911, nº 6, p. 110.

Professions des patients admis à Saint-Jean-de-Dieu en 1909

	Hommes	Femmes	Total
Agents	2	0	2
Avocats	3	0	3
Barbiers	1	0	1
Bouchers	3	0	3
Boulangers	2	0	2
Charpentiers	1	0	1
Chauffeurs	1	0	1
Cigariers	1	0	1
Cochers	2	0	2
Commerçants	2	0	2
Commis	5	1	6
Commis-voyageurs	1	0	1
Comptables	1	0	1
Conducteurs	1	0	1
Constables	1	0	1
Cordonniers	2	0	2
Couturières	0	6	6
Cuisiniers	1	0	1
Cultivateurs	21	0	21
Débardeurs	1	0	1
Entrepreneurs	1	0	1
Étudiants	2	0	2
Fileurs	1	0	1
Forgerons	5	0	5
Fromagers	1	0	1
Gardes-malades	0	1	1
Graveurs	1	0	1
Hôteliers	2	0	2
Huissiers	1	0	1
Imprimeurs	1	0	1
Ingénieurs	1	0	1
Institutrices	0	2	2
Jardiniers	1	0	1
Journaliers	71	0	71
Machinistes	4	0	4
Manchonniers	1	0	1
Médecins	1	0	1
Ménagères	0	78	78
Mendiants	2	0	2
Menuisiers	6	0	6
Ouvriers	0	2	2
Peintres	1	0	1
Plombiers	3	0	3
Rentiers	3	0	3
Servantes	0	30	30
Sténographes	1	0	1
Tailleurs	2	0	2
Tailleurs de cuir	1	0	1
Tailleurs de pierre	1	0	1
Tisserands	0	1	1
Aucune	53	81	134
Total	219	202	421

Source : Rapport annuel du docteur Georges Villeneuve, surintendant médical l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, pour l'année 1909, Documents de la Session, 1910-1911, nº 6, p. 42-43.

Provenance des patients soutenus par les municipalités et traités dans les asiles de Beauport et Saint-Jean-de-Dieu, par circonscriptions électorales, 1886



Deux grandes aires de recrutement des malades en milieu francophone

À la fin du XIXe siècle, l'asile de Beauport et l'asile Saint-Jean-de-Dieu se partagent le territoire québécois en deux grandes zones de recrutement de la clientèle des aliénés.

La ligne de partage de leurs bassins de recrutement, qui glisse en diagonale en aval du lac Saint-Pierre, est, grosso modo, la même qui, selon d'autres facteurs, démographiques et socioéconomiques, notamment, démarque les deux grandes régions historiques du Québec structurées autour de l'axe du fleuve, l'une, méridionale, dominée par Montréal et l'autre, septentrionale, dominée par Québec.

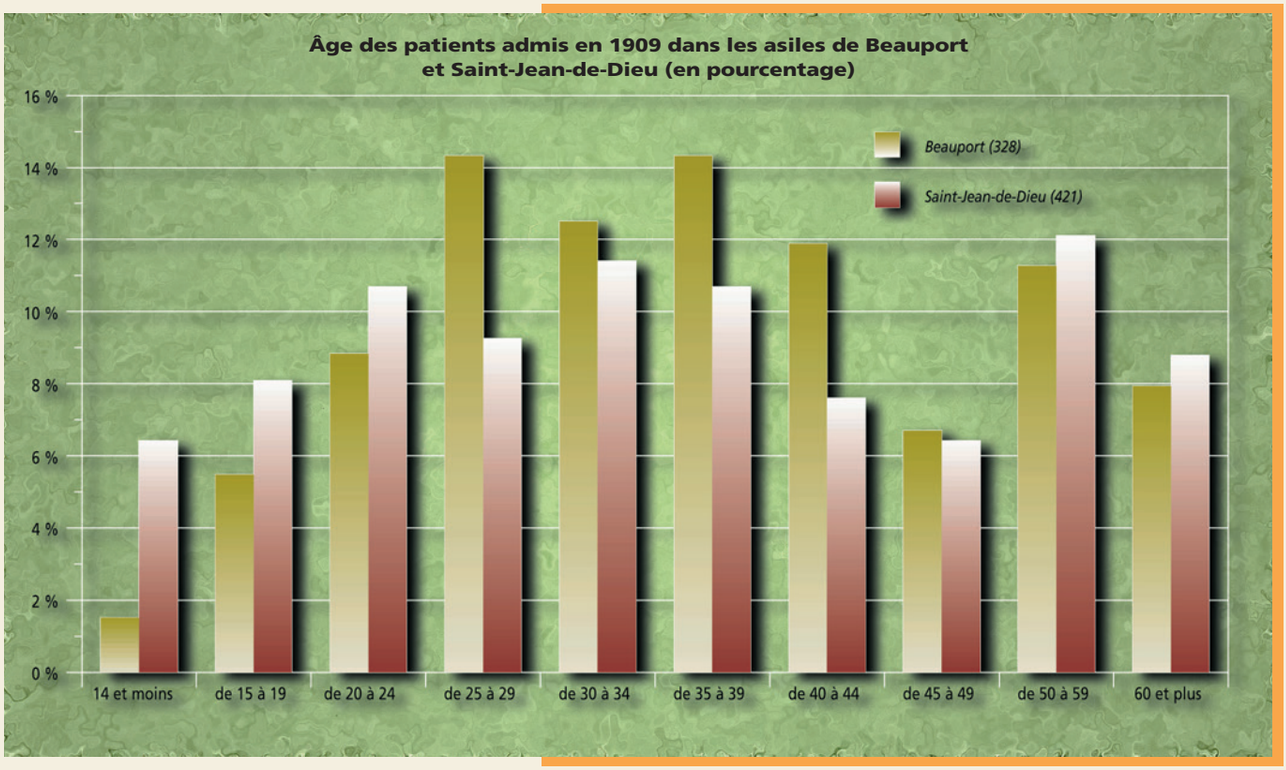
Une loi adoptée en 1880 contraint les municipalités à contribuer au soutien financier des malades hospitalisés dans les asiles.



CUISINE À L'ASILE SAINT-JEAN-DE-DIEU, FIN XIXe SIÈCLE.
Hôpital Louis-H. Lafonfaine.

Des malades admis à tout âge

On entre à tout âge à l'asile. En 1909, à l'asile de Beauport, plusieurs y ont été amenés avant l'âge de 14 ans. La majorité y a cependant été admise entre la vingtième et la cinquantième année. Les plus de 50 ans sont néanmoins nombreux parmi ces patients nouvellement admis, dont ils représentent un bon tiers.

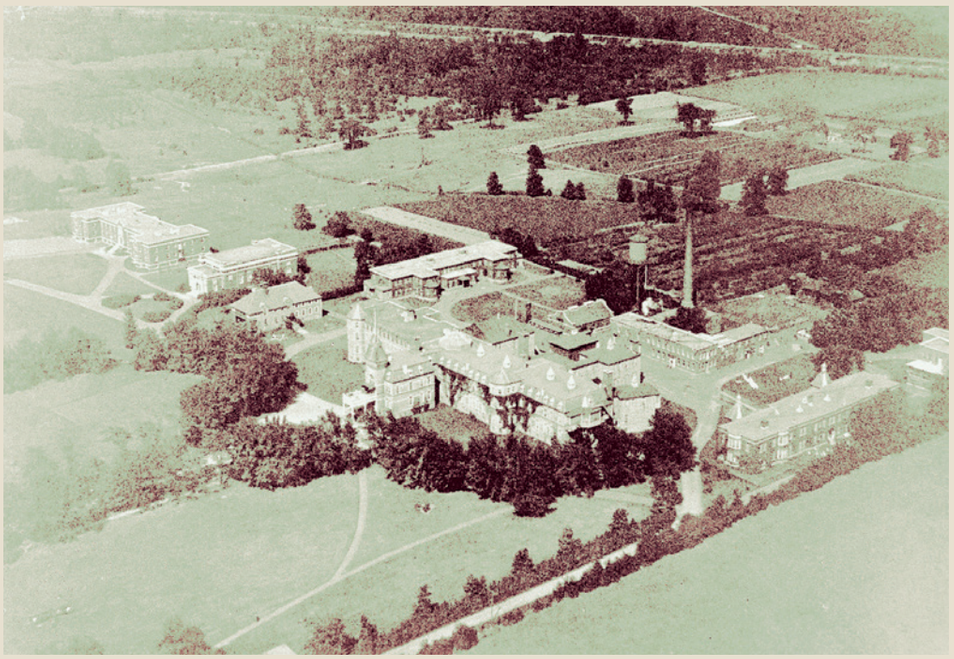


Sources : Asile d'aliénés de Beauport, province de Québec, Canada. Rapport annuel du docteur Brochu, surintendant médical, pour l'année 1909, Documents de la Session, 1910-1911, nº 6, p. 99. Rapport annuel du docteur Georges Villeneuve surintendant médical de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, pour l'année 1909, Documents de la session, 1910-1911, nº 6, p. 41.

L'ASILE REDÉFINI :
LE VERDUN PROTESTANT HOSPITAL

Un établissement pour les aliénés anglo-protestants

Durant la décennie 1880-1890, les aliénés anglophones et de religion protestante sont encore hospitalisés dans les asiles francophones tenus par des religieuses catholiques. Des membres éminents de la communauté anglo-protestante estiment que leurs coreligionnaires n'y reçoivent pas, dans leur langue, les traitements médicaux et les secours religieux adéquats. Aussi font-ils campagne afin d'établir un nouvel asile. Après bien des débats et diverses tractations avec le gouvernement, ils y parviennent. En 1890, le Verdun Protestant Hospital for the Insane accueille ses premiers patients. À plus d'un titre, cet établissement se distinguera des autres asiles québécois.



L'HÔPITAL PROTESTANT DE VERDUN, ANNÉES 1920.
Hôpital Douglas.



T. J. W. BURGESS, PREMIER SURINTENDANT MÉDICAL.
Hôpital Douglas.

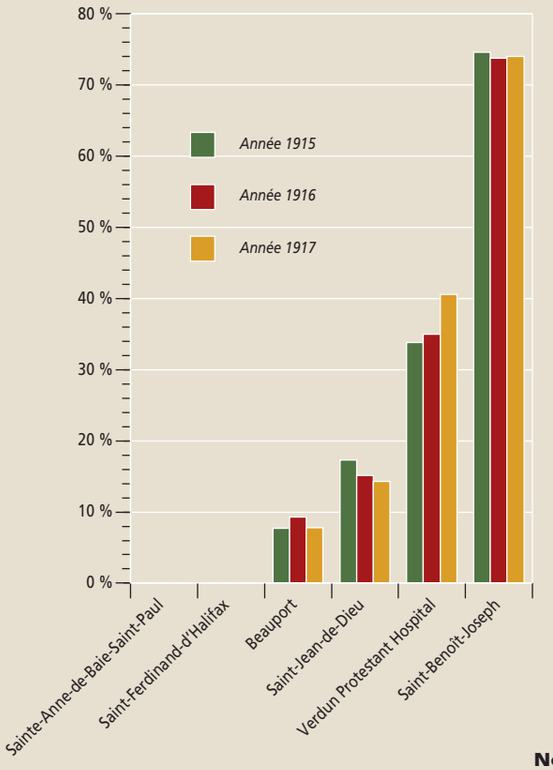
Des thérapies avant-gardistes

Le docteur T. J. W. Burgess, premier surintendant médical, est un fervent partisan du traitement moral. Sa direction conférera à l'asile de Verdun un caractère unique au Québec. Convaincu des vertus thérapeutiques d'une occupation du temps alliant travail et loisirs, il met tout en œuvre pour assurer aux patients un large éventail d'activités : travaux agricoles et d'entretien des terrains et des bâtiments pour les hommes, travaux ménagers pour les femmes, divers jeux et sports, événements récréatifs. Pour lui, l'asile n'est pas une sorte d'hospice où sont retirés les aliénés, mais bien un hôpital dont la majeure partie des patients sont curables. Alors que l'asile traditionnel consacrait l'isolement de l'aliéné, Burgess cherche par divers moyens à développer des liens plus étroits entre celui-ci et le reste de la société et à y faciliter sa réinsertion.

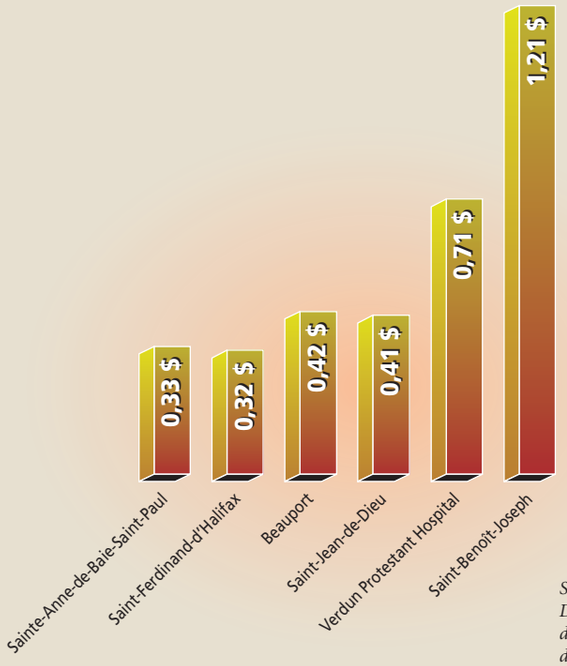
Une gestion transparente et bien dotée

Propriété d'un organisme laïque, l'établissement protestant est sous la responsabilité d'un conseil d'administration formé de philanthropes et de médecins élus par les principaux souscripteurs. La direction est confiée à un aliéniste d'expérience qui veille à ce que des membres influents de la communauté anglo-protestante prennent part au développement de l'hôpital. Au chapitre du financement également, celui-ci se distingue des asiles francophones. Il est certes lui aussi subventionné par le gouvernement, mais comme il reçoit une proportion plus élevée de patients privés, les revenus de cette source sont supérieurs. Ils représentent environ le tiers de ses revenus totaux. De surcroît, il bénéficie du soutien financier des milieux d'affaires montréalais (les Dow, Molson, Burland, Drummond, parmi d'autres) et peut s'appuyer sur des campagnes de financement auprès du public. Avec des revenus substantiels, cet hôpital est en mesure d'offrir des services plus élaborés que les deux autres grands asiles québécois. Seul l'asile Saint-Benoît-Joseph, beaucoup plus petit et réservé aux clients privés, reçoit la majeure part de ses revenus de particuliers et consent des dépenses supérieures par journée d'hospitalisation. Les établissements de Baie-Saint-Paul et de Saint-Ferdinand-d'Halifax, qui hébergent surtout des déficients mentaux, sont à l'inverse financés exclusivement par l'État et dépensent moins par patient que les asiles d'aliénés.

Pourcentage des revenus des asiles versés par les particuliers, 1915, 1916 et 1917



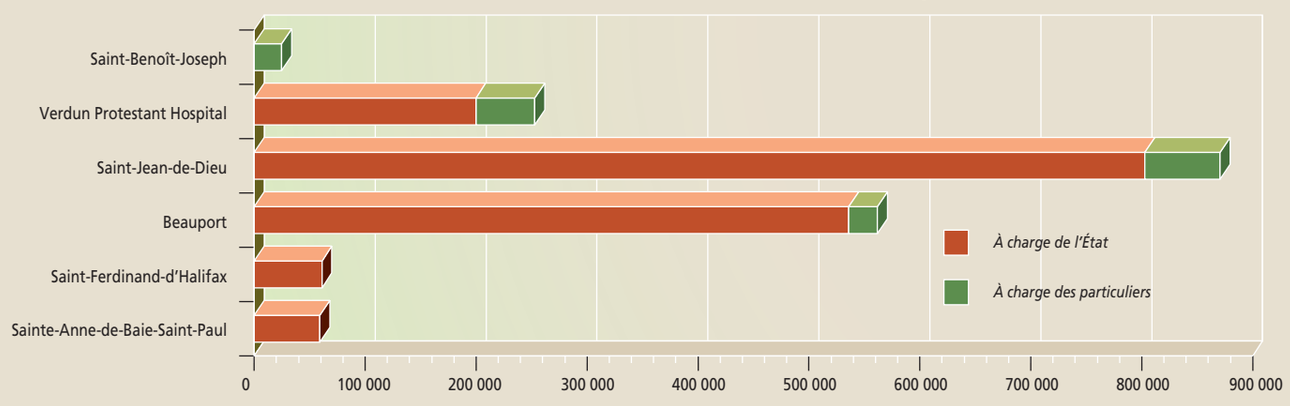
Le coût d'une journée d'hospitalisation dans les asiles québécois en 1915



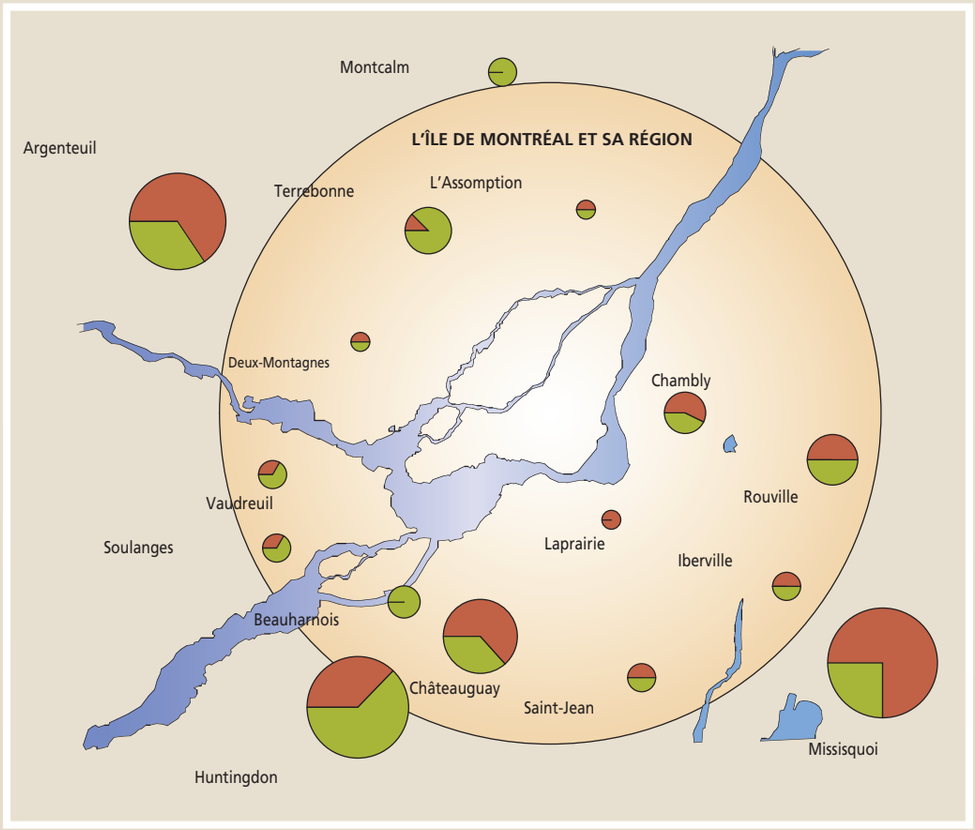
Note : ces valeurs sont estimées. Nos calculs diffèrent peu des chiffres établis par le Bureau des statistiques, sauf pour Saint-Benoît-Joseph où l'écart est plus grand.

Sources : Québec (province), Département du Secrétaire, Bureau des statistiques, Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance, pour les années 1915, 1916 et 1917.

Nombre de journées d'hospitalisation dans les asiles en 1915, selon le mode de paiement

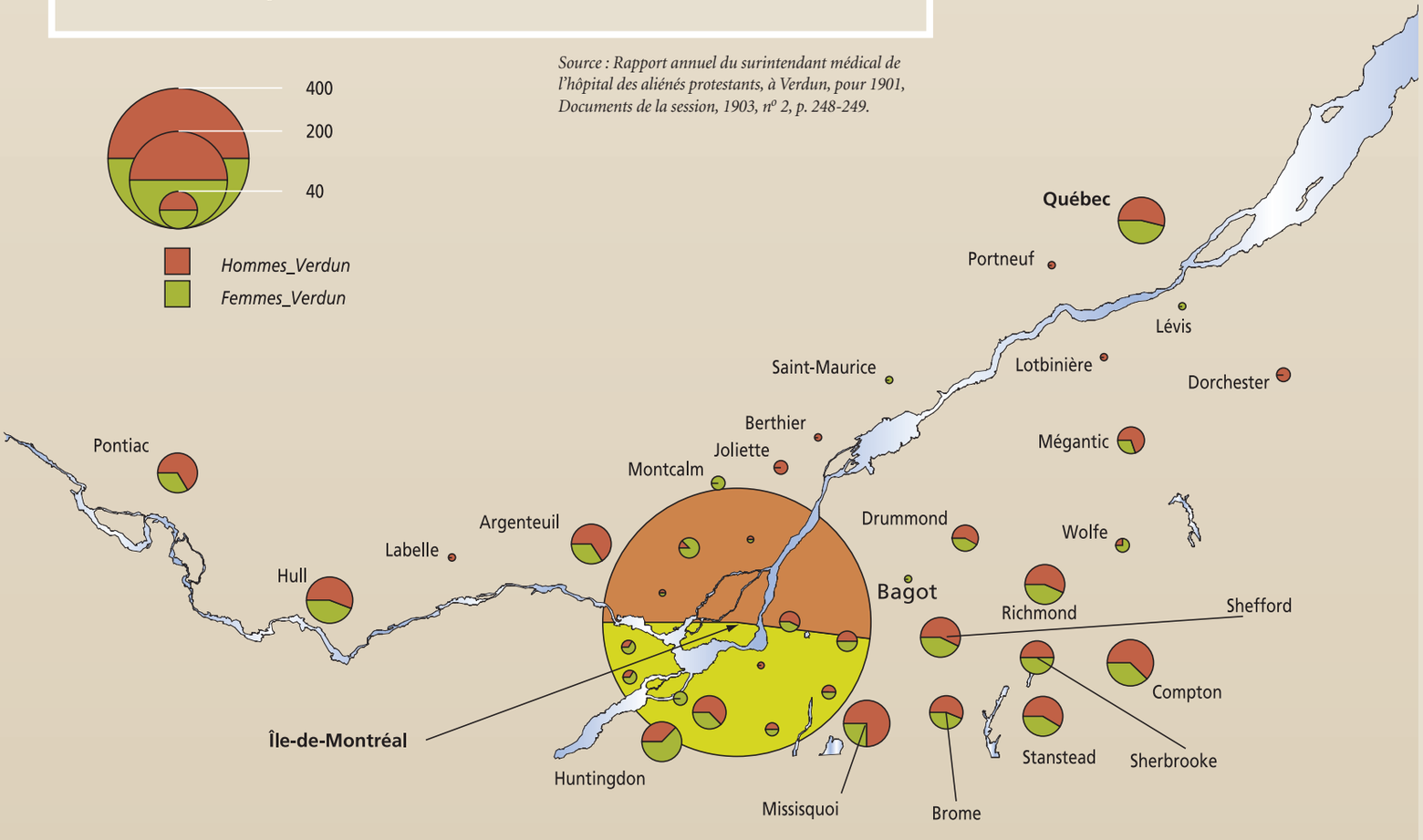


Provenance des patients admis à l'asile protestant de Verdun par circonscriptions électorales, 1890-1901



Source : Rapport annuel du surintendant médical de l'hôpital des aliénés protestants, à Verdun, pour 1901, Documents de la session, 1903, nº 2, p. 248-249.

L'asile protestant dessert l'ensemble du Québec. Toutefois, la majeure partie de sa clientèle provient surtout des régions du sud du Québec où on trouve de fortes concentrations anglophones : l'île de Montréal, les Cantons de l'Est et l'Outaouais. L'hôpital est situé à l'écart des habitations sur un vaste terrain à Verdun, dans l'agglomération montréalaise. Prévu pour un nombre moins élevé de patients que les asiles Saint-Jean-de-Dieu et de Beauport, il n'en constitue pas moins un complexe imposant qui comporte toute une série de bâtiments à l'usage des patients et des employés, un pavillon de sports intérieurs, une salle de spectacles de même qu'une ferme et des champs.



Note : 35 patients sur 1 568 proviennent de circonscriptions de l'est du Québec non représentées.



III

La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945

Le développement du dispositif hospitalier et l'implantation d'une organisation d'hygiène publique d'envergure comptent parmi les principales transformations de l'institution médicale au Québec depuis le début du XIXe siècle jusque vers 1945, tournant qui annonce de profonds changements. À travers ces deux grands appareils sanitaires, le monde médical a considérablement élargi ses domaines d'intervention et il a accru son influence au sein de la société tout en contribuant à l'amélioration de l'état de santé de la population.

La mise en place et l'expansion des services d'hôpitaux et d'hygiène publique ont donné à la médecine les moyens de desservir l'ensemble du territoire, de la ville jusqu'aux régions de colonisation. Aussi ont-elles, partout au Québec, facilité une diffusion élargie du discours tenu par les médecins et aidé à accroître et à diversifier leur clientèle, bref, raffermi l'encadrement médical de la population. De ce fait, elles ont contribué largement à la généralisation et à l'uniformisation de pratiques sanitaires dans la lignée des projets de la profession médicale.

Pareilles transformations ne se sont pas étendues à l'ensemble du territoire québécois d'une seule volée. La lecture comparée des études de cas concernant l'hygiène publique et les hôpitaux dans les principales agglomérations, dans les petites villes ou le milieu rural, révèle des différences parfois majeures d'organisation[1]. Ces différences ne tiennent pas seulement de la nature des problèmes sanitaires vécus. Elles révèlent aussi une inégale volonté de changement des agents locaux et font apparaître d'importants clivages sociaux, économiques et culturels. L'effacement ou l'atténuation de ces différences ont beaucoup à voir avec l'activité de l'État qui en vint à jouer un rôle de premier plan dans le renouvellement des pratiques sanitaires.

Pour leur part, les promoteurs de réformes exercèrent leur zèle au nom d'une amélioration de l'état de santé de toute la population du Québec, fort peu reluisant encore à la fin du XIXe siècle. Effectivement, les réformes ont coïncidé au XXe siècle avec une baisse à peu près constante des taux de mortalité. On ne peut toutefois préciser dans quelle mesure elles en sont responsables : l'explication de cette baisse est multifactorielle et il demeure difficile d'évaluer la part de chacun des facteurs qui y ont contribué. Une hausse du niveau de vie, une meilleure alimentation ont vraisemblablement joué un rôle. Il se peut également que des habitudes d'hygiène personnelle plus saines, peut-être reliées aux campagnes d'éducation populaire et à l'introduction d'un enseignement de l'hygiène dans les écoles, aient aidé à faire reculer les maladies infectieuses. Quoi qu'il en soit, chacun des reculs de la mortalité fut salué comme une victoire de la science médicale, de l'hygiène publique ou de la médecine hospitalière.

1. UNE CROISADE NATIONALE SOUS GOUVERNE MÉDICALE

Lorsque la Seconde Guerre mondiale s'achève, le Québec est doté d'un système d'hygiène publique qui offre sur tout son territoire un large éventail de services visant à préserver et à promouvoir la santé de la population. Une petite armée de fonctionnaires s'activent pour assurer la mise en œuvre des programmes du ministère de la Santé et de quelques municipalités. À la ville comme en milieu rural et même en pays de colonisation, ils surveillent l'application de la politique d'hygiène, vaccinent, effectuent un suivi de nombreuses femmes enceintes et de nourrissons, informent, étudient les statistiques démographiques, vérifient la qualité des aliments offerts à la population et la salubrité des lieux de production alimentaire, inspectent les logements, les systèmes d'approvisionnement en eau et d'égouts, analysent en laboratoire des échantillons de nature diverse, dépistent les cas de certaines maladies notamment par l'examen médical des écoliers et les cliniques ambulantes antituberculeuses… Leurs champs d'intervention sont, de fait, très variés et touchent à la fois la vie privée et publique, l'univers domestique, le monde du travail et celui du loisir.

Tout ce labeur s'effectue sous l'autorité de médecins selon une réglementation qu'ils ont en bonne partie élaborée. Les organismes d'hygiène publique, du ministère à l'unité locale ou régionale sont pour la plupart dirigés par des médecins. C'est dire toute l'emprise de la profession médicale sur la vaste organisation qu'est devenue l'hygiène publique au Québec, et, à travers cette organisation, l'influence considérable qu'elle peut exercer au sein

de la population. De nouvelles attitudes par rapport à la santé et à la maladie, des comportements conformes aux avis de la science médicale sont ainsi proposés et avalisés par l'État qui en assure la promotion. Mais pour mettre en place un tel appareil d'hygiène publique, il a fallu que l'élite médicale, depuis le XIX^e siècle, gagne à sa cause les groupes sociaux les plus influents, convainque les dirigeants politiques d'engager les ressources de la collectivité, les persuade aussi d'asseoir ces transformations sur les compétences exclusives des médecins. Elle n'y parvint que graduellement, après une longue période marquée le plus souvent par une relative passivité des autorités publiques et des réticences nombreuses devant ses visées.

Sous le règne des mesures d'hygiène publique temporaires

Dans le Bas-Canada du début du XIX^e siècle, bien peu d'obstacles entravaient la marche des maladies contagieuses, principales causes de mortalité. Qu'elles aient surgi en flambées dévastatrices ou qu'elles aient régné à l'état endémique, elles prélevaient année après année un lourd tribut en vies humaines. Or, les autorités n'intervenaient généralement que de façon ponctuelle pour parer aux besoins les plus pressants lors d'épidémies. Seules les quarantaines de vaisseaux et certaines mesures relatives à la vaccination antivariolique furent entreprises sur une base plus ou moins régulière. Le grand défi pour les partisans de l'hygiène publique allait être précisément d'obtenir la création d'organismes permanents chargés de veiller à la santé de la population.

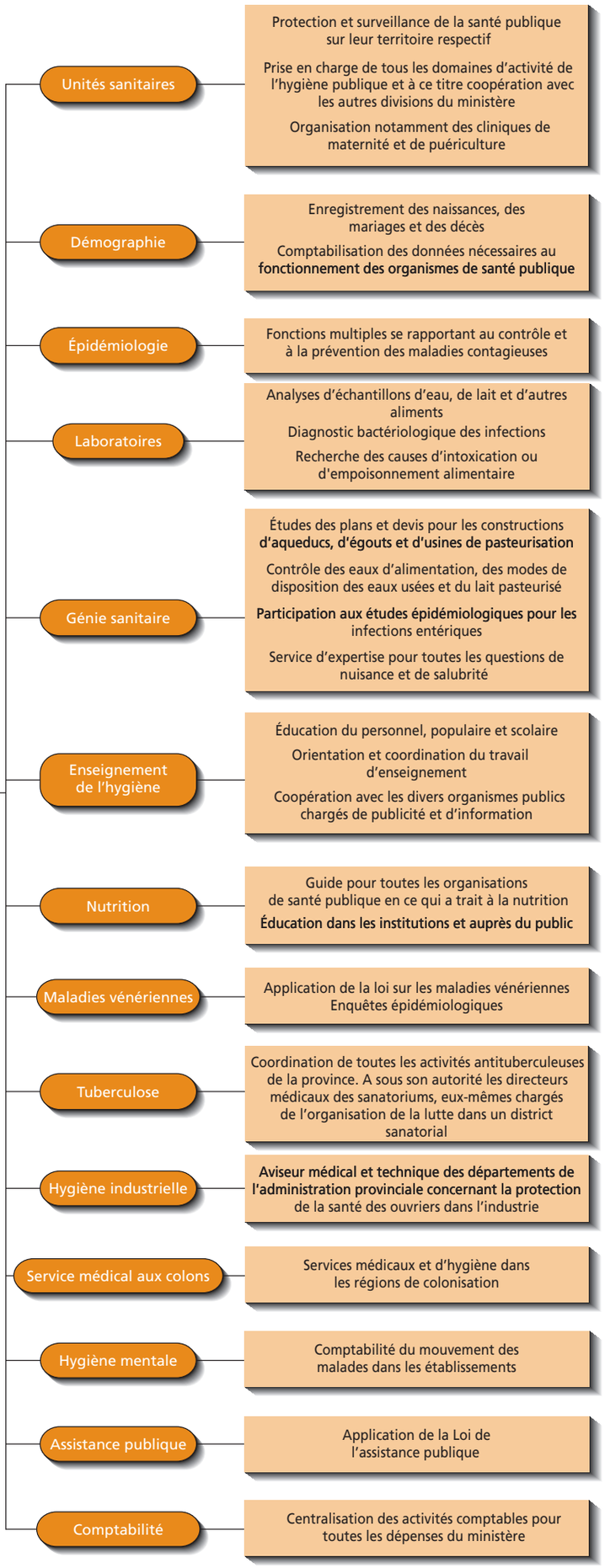
Les quarantaines de vaisseaux et la vaccination

Le gonflement des flots migratoires en provenance de l'Europe à partir de la fin du XVIII^e siècle amena les autorités publiques à adopter en 1795 une loi de quarantaine qui, reconduite ou remaniée de nombreuses fois par la suite, marqua une étape majeure dans le développement de l'hygiène publique au Canada. En vertu de cette loi, les autorités pouvaient imposer des mesures d'isolement aux navires qui entraient dans la colonie et à bord desquels certaines maladies s'étaient déclarées. Pour héberger et soigner les personnes mises en quarantaine, une station fut établie en 1832 à la Grosse-Île en aval de Québec. D'autres stations moins durables l'avaient précédée. Des dizaines de milliers d'arrivants allaient y séjourner jusqu'à sa fermeture en 1937, et dans bien des cas y mourir.

Si l'on en juge par les nombreuses épidémies (choléra[2], typhus, variole, etc.) qui se succédèrent tout au long du XIX^e siècle en sol canadien, les quarantaines s'avérèrent impuissantes à endiguer l'introduction et la propagation des germes infectieux.

FIGURE 1

Le ministère de la Santé en 1948



Source : Québec (province), Enquête sur les services de santé. 1948, tome III, Services de santé provinciaux.

Divers témoignages permettent d'ailleurs de se convaincre que nombre de capitaines de vaisseaux, vraisemblablement en accord avec leurs armateurs, cachaient l'existence de malades à leur bord et préféraient s'en délester en catimini sur une rive déserte plutôt que de subir les délais et les désagréments dus à la quarantaine. Celle-ci représentait en effet une entrave au commerce, de sorte que des intérêts puissants s'y opposaient.

Il faut préciser de plus que les membres du corps médical ne faisaient pas front commun pour obtenir un resserrement des mesures : plusieurs, en cette ère prépastorienne, ne croyaient pas à la transmission des maladies par contagion et percevaient donc les quarantaines comme coûteuses et inutiles. Même des médecins qui penchaient pourtant en faveur des thèses contagionnistes cherchèrent à ménager les intérêts marchands en suggérant des modalités d'application moins sévères, comme le fit en 1839 John Doratt, le médecin désigné par Lord Durham pour faire enquête notamment sur les hôpitaux (Doratt, 1839). Cependant, en dépit de tous ces aléas, les quarantaines de vaisseaux constituaient une première en ce qui a trait à l'hygiène publique, en ce sens qu'elles furent imposées sur une base relativement régulière.

Les autorités s'appliquaient également à promouvoir la vaccination, méthode recommandée par des médecins pour lutter contre une maladie particulièrement virulente, la variole. La vaccination fut introduite en sol canadien au tout début du siècle. Il faut toutefois attendre 1815 avant que le gouvernement n'adopte une loi pour rémunérer des médecins vaccinateurs. Une autre loi suivit deux ans plus tard qui créait un « bureau », formé de cinq médecins et chirurgiens, chargé d'organiser et de promouvoir la vaccination. Le travail effectué pendant quelques années par cet organisme donna lieu à diverses contestations de la part des médecins vaccinateurs, particulièrement des francophones qui y étaient mal représentés. Le gouvernement légiféra aussi en 1853 pour interdire une pratique plus ancienne, qui persistait bien qu'elle ait perdu le soutien de l'élite médicale : l'inoculation antivariolique. Puis, en 1858, il statua que les hôpitaux et les dispensaires qui bénéficiaient de son aide financière devaient ouvrir un dépôt de matière vaccinale et faire vacciner gratuitement les indigents.

La pratique de la vaccination ne se généralisa pas au XIX^e^ siècle. À vrai dire, elle suscitait bien des craintes parmi la population, comme le démontrèrent les difficultés éprouvées par les autorités sanitaires montréalaises durant les épidémies de 1875 et de 1885 : les mesures antivarioliques rencontrèrent une forte opposition et menèrent même à des émeutes[3].

Des mesures généralement ponctuelles

Hormis les quarantaines et peut-être la vaccination, la plupart des mesures adoptées lors des nombreuses épidémies qui jalonnèrent le XIX^e^ siècle l'ont été pour une durée limitée : le temps de l'épidémie. L'augmentation soudaine de malades à hospitaliser ou à isoler résultait dans la création d'hôpitaux temporaires. Des locaux étaient loués ou achetés pour l'occasion, parfois des baraquements ou des tentes dressés à la hâte. On en vint tout de même à créer quelques établissements permanents destinés aux personnes atteintes de maladies contagieuses, principalement pour les marins et les immigrants.

Les organismes de santé publique municipaux ou bas-canadiens créés en périodes d'épidémies disparaissaient généralement aussitôt la crise estompée. Plusieurs médecins militaient pourtant en faveur de l'établissement de services de santé stables. Ainsi, le Bureau central de santé créé en 1854 pour lutter contre le choléra recommanda que des officiers de santé municipaux permanents soient nommés, en vain. À Montréal, dont la croissance rapide rendait les problèmes sanitaires particulièrement criants et visibles, les pressions se firent de plus en plus pressantes en faveur de la mise sur pied d'un service de santé dirigé par un médecin et doté de moyens d'action efficaces[4]. À partir de la décennie 1840-1850, les comités et les « bureaux » de santé s'y succédèrent, gagnant ou perdant en autorité au gré des administrations municipales et des flambées épidémiques. Néanmoins, les partisans d'une politique sanitaire rigoureuse devinrent graduellement plus nombreux et l'expertise médicale conquit une position plus ferme dans l'administration municipale de même que dans les processus décisionnels des édiles montréalais.

C'est en somme l'absence de continuité institutionnelle qui caractérise le mieux l'hygiène publique au Québec avant la décennie 1880-1890. Au moment de tirer les leçons de la dévastatrice épidémie de variole qui frappa le Québec en 1885, les autorités de la province se montrèrent finalement plus sensibles aux revendications hygiénistes et acceptèrent, à l'exemple de l'Ontario (1882) et de certains États américains, de mettre sur pied un organisme central permanent chargé de veiller à la santé des citoyens : le Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ)[5].

Un modèle médical importé et adapté au Québec

Le Conseil d'hygiène allait présider pendant plus de 30 ans à l'organisation des services d'hygiène publique, avant d'être remplacé par le Service provincial d'hygiène (SPH). Les programmes qu'il mit de l'avant étaient pour l'essentiel inspirés de courants d'idées internationaux. Le discours sur l'hygiène publique fut toutefois adapté au contexte québécois, de sorte qu'il réponde aux grandes préoccupations des groupes influents au sein de la société.

Un projet défini et promu par l'élite médicale québécoise

Le dispositif d'hygiène publique implanté au Québec à partir de la décennie 1880-1890 est essentiellement le projet d'une élite médicale. La composition du CHPQ le montre d'évidence. Son premier président, Emmanuel-Persillier Lachapelle, était un des médecins québécois les plus respectés de son époque. Comme lui, son successeur, Arthur Simard, présida le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et fut doyen de l'une des facultés de médecine. Sur les 30 personnes qui siégèrent au Conseil durant la période où il dirigeait l'hygiène publique, soit de 1888 à 1921, on trouve un autre président du Collège et trois autres doyens de facultés de médecine. Bon nombre enseignaient dans l'une ou l'autre université ou occupaient des postes de direction dans diverses sociétés médicales, dont certaines d'envergure nationale. Plusieurs, aussi, furent « gouverneurs » du Collège. Enfin, la plupart publièrent des articles dans les périodiques médicaux et certains en furent directeurs ou rédacteurs en chef.

Le CHPQ avait également ses antennes dans les milieux politiques : six conseillers furent députés provinciaux pendant leur mandat. Un autre devint député à Ottawa puis ministre fédéral de la Santé de 1921 à 1925. Un autre encore était sénateur. On veilla de plus à ce que non seulement Montréal (la moitié des conseillers provenaient de l'île de Montréal) et Québec, mais aussi les régions, soient représentées par des conseillers influents dans leur communauté. Ainsi, quelques membres occupaient la charge de maire dans leur municipalité. Fait significatif, les directeurs des services de santé de Montréal et de Québec furent nommés membres du Conseil.

Aux médecins qui s'illustraient comme praticiens éminents, professeurs et doyens d'université ou membres influents du Collège des médecins et chirurgiens, furent donc adjoints des collègues qui s'étaient plutôt tournés vers la vie publique. Ceci illustre bien la double fonction du CHPQ, à la fois définisseur de programmes d'hygiène reposant sur les conceptions scientifiques modernes et responsable de leur mise en œuvre avec tout ce que cela supposait de démarches auprès des autorités politiques à l'échelon provincial tout aussi bien que local.

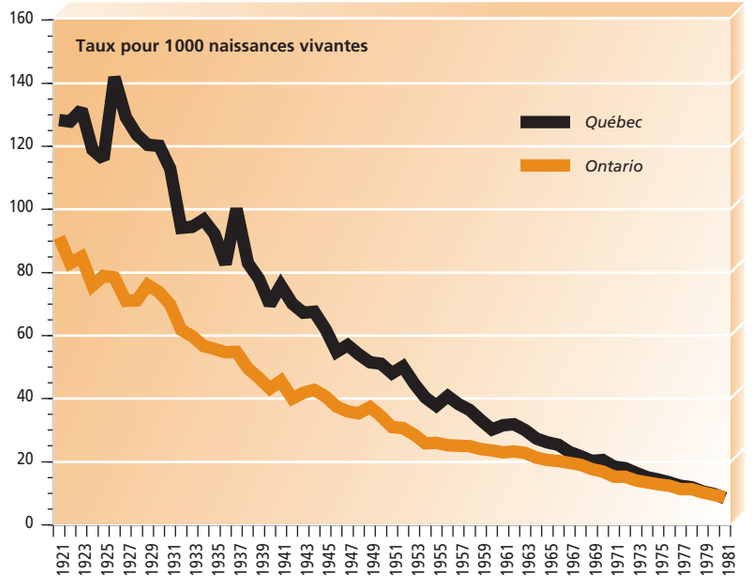
Un projet issu d'un courant d'idées international

Cette élite médicale et politique qui défendit les programmes d'hygiène publique au Québec tirait ses connaissances, son inspiration et ses méthodes de ce qui se faisait en Europe et aux États-Unis. Elle se tenait informée de l'évolution de la recherche en consultant les périodiques médicaux étrangers, en faisant des stages d'études à l'extérieur du Québec et en participant à des congrès internationaux. Au moment de rédiger des projets de loi, par exemple lors de l'importante refonte de la Loi d'hygiène de 1901, elle étudiait les législations d'ailleurs. Elle inscrivait donc son action dans un vaste courant international auquel elle voulait que le Québec adhère. Il en résulta que, pour l'essentiel, l'hygiène publique au Québec se moula à des modèles extérieurs.

Il est à cet égard significatif que les promoteurs de l'hygiène publique appuyèrent leur argumentation en citant l'exemple des sociétés les plus avancées sur le plan sanitaire. En vue de convaincre les dirigeants d'accroître la participation des pouvoirs publics, ils comparèrent les réalisations du Québec avec celles d'autres pays ou provinces en soulignant, le cas échéant, la déficience des mesures adoptées et les faibles résultats obtenus. De telles comparaisons furent rendues possibles à partir de la dernière décennie du XIX[e] siècle par l'organisation de statistiques démographiques. Les données concernant la mortalité, infantile notamment, révélèrent que la population québécoise affichait un piètre bilan de santé dont l'amélioration s'effectuait avec quelque retard comparativement à l'Ontario par exemple (dans le cas de la mortalité infantile, l'écart ne fut définitivement et pleinement comblé que vers 1980)[6].

FIGURE 2

La mortalité infantile au Québec et en Ontario, 1921-1981



Source : Statistique Canada, Statistiques choisies sur la mortalité, Canada, 1921-1990, 1994.

Aux yeux des hygiénistes et de leurs sympathisants, le Québec devait combler ce retard s'il entendait occuper une place avantageuse dans le concert des nations. Pour y arriver, il fallait que les groupes dirigeants sortent de leur « apathie » — fréquemment dénoncée surtout avant les années 1920 — et acceptent de façonner un système d'hygiène publique qui respecterait les enseignements de la science médicale. Ces enseignements, perçus comme universels, étaient par conséquent valables au Québec, et il suffisait de prendre exemple là où ils étaient déjà appliqués.

L'adaptation au contexte québécois

Aucun programme d'intervention, même défini comme universel, ne pouvait prendre forme sans une adaptation au territoire d'implantation. Les hygiénistes devaient faire accepter leurs projets aux autres groupes de la société. Aussi leur discours fut-il ajusté au contexte particulier du Québec, ce qui s'avérait nécessaire, notamment, pour obtenir l'appui des dirigeants. Il s'agissait de présenter l'hygiène comme la solution aux problèmes qui les inquiétaient ou comme un moyen de servir leurs intérêts et d'atteindre leurs objectifs. Il fallait aussi que ce discours se porte à la défense des intérêts de la population dans son ensemble, de sorte qu'il appelle et légitime une action des pouvoirs publics et puisse être repris par les autorités politiques. Progressivement, on parvint à calibrer le discours sur l'hygiène de sorte qu'il réponde aux grandes préoccupations de ceux qui exerçaient une influence sur l'évolution du Québec. De fait, après la Première Guerre mondiale surtout, divers éléments du discours hygiéniste ont été utilisés, soulignés, remaniés, intégrés à leur propre discours par les hommes politiques québécois et les quotidiens de toutes tendances, les membres du clergé et leurs alliés, les milieux d'affaires et les syndicats.



L'HYGIÈNE COMME CIMENT DE LA SOCIÉTÉ.
Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.

Certes, la plupart des arguments utilisés n'eurent le plus souvent rien de novateur en soi. Comme aux États-Unis et en Europe, on fit miroiter aux milieux d'affaires les gains en productivité d'une population saine. On leur offrit de plus la tranquillité sociale en assurant que des travailleurs en bonne santé sont des travailleurs heureux de leur sort. À ces derniers, on proposa un assainissement de leurs conditions de vie et l'accès à certains services sanitaires. Pour nombre d'hygiénistes, l'hygiène publique faisait office de ciment social et devait contribuer à solutionner l'épineux problème des relations entre le capital et le travail.

À tous, on fixa un grand objectif qui transcendait les intérêts particuliers : la puissance d'une nation, la vigueur de son économie, sa sécurité en cas de guerre, affirmait-on, étaient étroitement dépendantes du nombre de ses citoyens productifs et de leur état de santé. On comptabilisa la valeur de la vie humaine selon les âges en cumulant les apports prévus de chacun à l'édification de la richesse nationale et en défalquant les dollars dilapidés en décès prématurés. L'hygiène publique, en sauvant les vies et les dollars, était garante de l'avenir des nations. La représentation de la maladie en menace pour la collectivité s'avère de fait une constante dans le discours hygiéniste de la période étudiée ici. Les promoteurs de l'hygiène publique cherchaient à obtenir des gouvernements qu'ils interviennent sur une large échelle. Dans un contexte où les idéologies dominantes s'accordaient pour laisser l'essentiel de l'aide humanitaire au secteur privé, ils se devaient de transcender les intérêts individuels en conférant à l'hygiène publique une dimension collective. L'État, protecteur de la nation, devenait responsable de la santé des citoyens. Cela valait particulièrement pour les enfants, aux prises avec des ennemis redoutables qui étaient donc aussi les ennemis de l'État.



SAUVER LES ENFANTS : UN COMBAT POUR LA NATION.
Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.

Dans le contexte québécois, certains de ces arguments acquirent une importance et des connotations toutes particulières et prirent une coloration spécifique. Il est bien connu que la destinée de la francophonie catholique en Amérique du Nord inquiétait le clergé catholique et une partie des élites francophones. Convaincus que la croissance rapide de la population était capitale pour la survie du peuple, ils ne pouvaient faire autrement que de se montrer sensibles non seulement au maintien d'une forte natalité, mais également à la réduction de la mortalité et, par conséquent, aux mesures d'hygiène publique. Ceci devint manifeste durant l'entre-deux-guerres. Plusieurs insistèrent sur la dimension politique du problème en rappelant que dans un régime démocratique, le nombre d'électeurs compte pour beaucoup dans l'influence qu'un groupe peut avoir. Ils croyaient donc primordial que la population francophone ne se laissât pas distancer par la population anglo-protestante canadienne, laquelle bénéficiait pour sa croissance d'une forte immigration et affichait des statistiques de mortalité nettement meilleures.

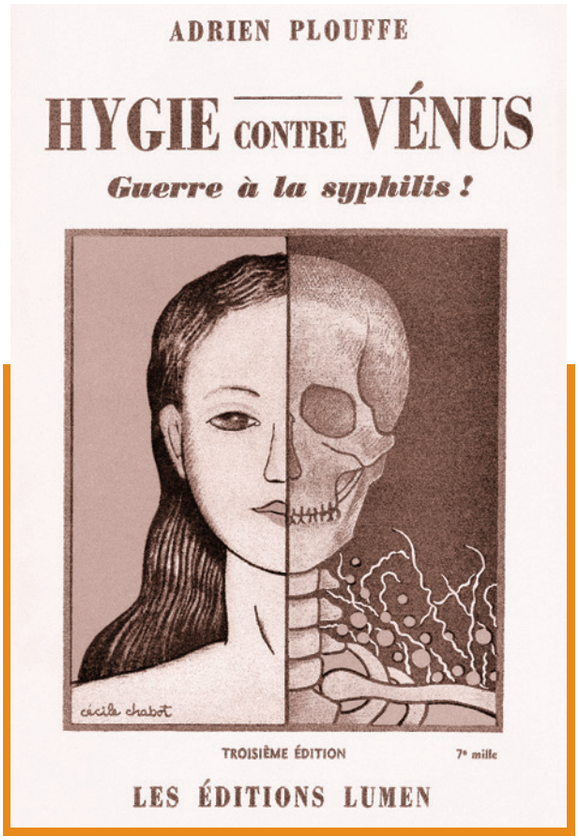
Dans cette optique, se battre pour l'hygiène et sauver des vies, c'était aussi se battre pour la nation en péril, pour la religion catholique, pour la langue française.

Une guerre sans merci au nom d'idéaux élevés

Les hygiénistes avaient dressé une longue liste des ennemis de la nation : la mortalité infantile, la tuberculose, les maladies vénériennes, etc. Plus meurtriers encore que les guerres, présentés comme insidieux et comme causes de dégénérescence et de mort, ils furent associés souvent à divers vices, parfois à l'aide d'illustrations morbides destinées à frapper l'imagination du lecteur. Cela présentait un double avantage. D'une part, on établissait un lien entre immoralité et comportements antihygiéniques, ce qui était de nature à faciliter l'acceptation de nouvelles mesures d'hygiène et parfois à justifier l'usage de la contrainte. D'autre part, on attirait ainsi la sympathie des forces conservatrices bien-pensantes de la société, du clergé catholique par exemple au Québec, avec la perspective d'en obtenir la collaboration dans certains domaines.

La sexualité hors mariage, alors proscrite par la religion comme par l'hygiène, fut l'un de ces terrains d'entente : on clama que les maladies vénériennes affaiblissaient la « race », la dégénéraient en entraînant des handicaps mentaux et physiques lors des naissances, causaient l'infertilité ; d'ailleurs, la prostitution fut longtemps présentée comme une cause majeure de la propagation de ces maladies. Pour conclure son rapport de l'année 1927, le directeur de la Division des maladies vénériennes du SPH présentait la lutte entreprise comme une « campagne d'assainissement moral et physique ».

Quant à l'alcool, aux dires des hygiénistes, il n'existait guère de problèmes d'hygiène dont il ne puisse être considéré comme l'un des responsables : il creusait le lit de la tuberculose, menait aux maladies mentales et à la violence, affaiblissait la « race » par la génération d'une descendance tarée au mental comme au physique, fomentait la misère, la déchéance sociale et, par conséquent, toutes les calamités antihygiéniques auxquelles celles-ci étaient associées, notamment l'insalubrité des logis, une alimentation malsaine…



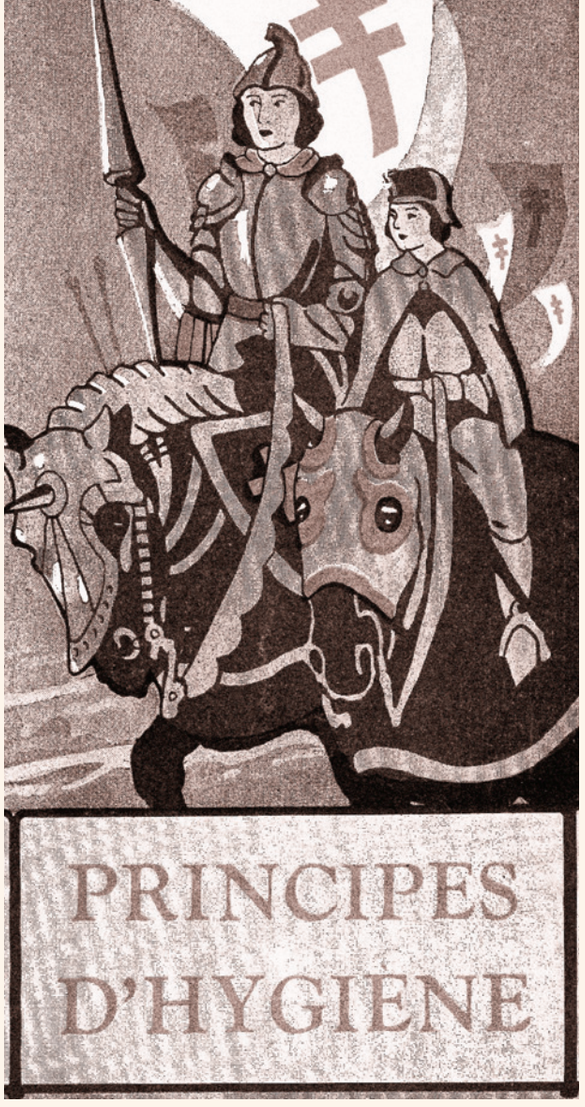
UNE LUTTE CONTRE LA DÉGÉNÉRESCENCE ET LA MORT.
Adrien Plouffe, *Hygie contre Vénus. Guerre à la syphilis!*, Montréal, Les Éditions Lumen, 1945.



Les risques de la vie dissolue.
Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la lutte antivénérienne, *Maladies vénériennes. Ce que vous devez savoir*, 1951.

Une grande croisade nourrie d'idéaux élevés.
Québec (province), ministère de la Santé, Division de la nutrition, *Principes d'hygiène*, 1948.

Par cette association du vice avec les manquements à l'hygiène, cette dernière devenait en quelque sorte vertu. Certes, l'approche scientifique des problèmes de santé à laquelle souscrivaient les hygiénistes tendait à substituer une vision mécaniste aux conceptions les plus traditionnelles qui faisaient une large place au spirituel. En devenant une responsabilité individuelle, familiale et collective, l'hygiène se faisait tout de même affaire de morale. Aux dires des plus zélés propagateurs, ne pas s'y conformer confinait au crime. L'individu fautif mettait en péril non seulement sa propre santé et sa vie, mais aussi celles de ses proches et des personnes avec qui il entrait en contact. Chaque chef de famille devait voir à ce que sa famille ne devienne pas un foyer de maladie pour la société. Enfin, les autorités publiques ne pouvaient se dérober à ce qui était présenté comme des devoirs, vu le niveau où les hygiénistes situaient les enjeux, celui de la nation.



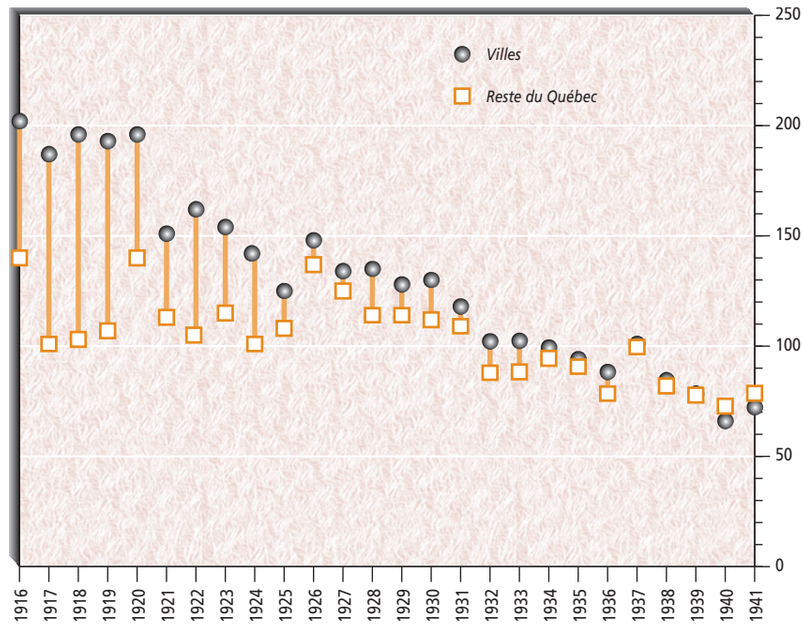
Devant des ennemis aussi vils et funestes, il allait de soi que la guerre devait être sans merci. Compte tenu de la noblesse des objectifs, on n'hésita pas à la qualifier de croisade. Chacun avait un rôle à y jouer, sous la direction éclairée des médecins, seuls détenteurs des connaissances qui permettaient d'atteindre les buts fixés pour la collectivité[7]. Le discours hygiéniste était un discours mobilisateur, truffé d'analogies guerrières destinées à fouetter l'ardeur des troupes qui monteraient à l'assaut de la maladie. Après 1918 au Québec, les promoteurs de l'hygiène publique, parmi lesquels certains hommes politiques de premier plan, affirmaient à la population qu'une autre guerre commençait, tout aussi importante et ardue que celle qui venait de s'achever.



Les effets de l'alcool. Un ennemi : les mouches.
Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.

FIGURE 3

Écart entre les taux de mortalité infantile des villes de 5 000 habitants et plus, et du reste du Québec, 1916-1941



Source : Québec (Province), Annuaire statistique, 1932, p. 69 et 1941, p. 115.

L'élargissement du champ d'action de la médecine

Pour les médecins du début du siècle, les enjeux de l'hygiène publique étaient majeurs. Il s'agissait surtout d'améliorer la santé de la population, objectif éminemment louable pour lequel l'hygiène allait apporter une contribution notable. Il s'agissait aussi, d'un même mouvement, d'étendre l'influence de la médecine dans de multiples directions[8].

Agir sur l'ensemble du territoire québécois

Ce fut d'abord surtout l'insalubrité du milieu urbain qui attira l'attention durant la seconde moitié du XIX^e^ siècle, particulièrement à Montréal. Les conditions de vie étaient en effet terriblement malsaines dans les quartiers ouvriers[9]. Les premiers à s'en inquiéter furent surtout des journalistes et des médecins progressistes qui réclamèrent l'adoption par les autorités municipales de diverses mesures d'assainissement.

Certains, de tendance traditionaliste, virent dans l'insalubrité des villes une raison de plus pour souhaiter que la société québécoise conserve un caractère essentiellement rural et s'adonne au travail de la terre plutôt qu'à celui de l'usine. À les en croire, les campagnards robustes et sains dont les migrations alimentaient la croissance urbaine venaient s'étioler dans la ville crasseuse et laide, y sacrifiaient leur santé et celle de leur progéniture et, de plus — ce qui constituait une autre variante sur le thème de l'association entre hygiène et vertu — y mettaient en danger leur moralité. Apparue avec les premières vagues de l'industrialisation et de l'urbanisation au XIX^e^ siècle, cette vision fut durable même si elle n'eut que peu ou pas de prise sur les mouvements démographiques. Dans les années 1930 avec la Crise et encore dans les années 1940, divers auteurs traditionalistes faisaient des villes québécoises le tombeau de la « race ».

Les statistiques démographiques semblaient donner raison à ceux qui voulaient endiguer l'exode rural : les taux de mortalité infantile, par exemple, étaient en général plus élevés dans les villes qu'ailleurs au Québec. Pareil écart était assurément imputable à divers facteurs : haute densité des populations urbaines qui favorisait la promiscuité et par conséquent la contagion, concentration de la pauvreté dans des quartiers peu salubres… Mais ces chiffres peuvent s'avérer trompeurs. En effet, les villes abritaient des établissements ouverts à une large clientèle régionale — les hôpitaux, les hospices, les crèches — ce qui ne pouvait qu'y accroître le nombre de décès enregistrés. Dans les crèches, en particulier, la proportion de nourrissons décédés était parfois effarante.

L'état sanitaire de la population établi par les hygiénistes pouvait donc être utilisé par les chantres de la société rurale traditionnelle. Toutefois, les hygiénistes n'aspiraient pas à dépeupler les villes. Bien au contraire, ils souhaitaient les voir mieux aménager. Ce fut d'ailleurs dans les villes que les politiques d'hygiène publique prirent forme dans un premier temps. Les projets des hygiénistes allaient cependant bien au-delà des limites des principales agglomérations : la volonté du CHPQ de mettre en place une organisation d'hygiène publique qui couvrît l'ensemble du Québec se manifesta dès les premières années de son existence. L'hygiène devait pénétrer aussi bien en milieu rural qu'urbain.

Agir sur tous les groupes sociaux

L'hygiène publique s'adressait également à tous les groupes sociaux. Dans un premier temps (1887-1918), les principales mesures proposées (concernant l'eau de consommation, les égouts, la surveillance des aliments vendus, etc.) couvraient en principe sans distinction toute la population de la municipalité concernée. Toutefois, on sait que dans les villes, les quartiers pauvres obtinrent souvent certains services plus tard que les quartiers aisés ou furent moins bien desservis. Il semble que les municipalités les plus riches furent aussi les plus promptes à se doter de services adéquats.

Durant l'entre-deux-guerres, les priorités portèrent plutôt sur des programmes taillés sur mesure pour des clientèles cibles, soit les groupes à faible revenu. Il était généralement admis que les citoyens aisés, plus instruits et plus fréquemment en contact avec les médecins, nécessitaient moins d'efforts de la part des pouvoirs publics que les segments de la population où les préceptes de l'hygiène demeuraient moins connus. On en vint à définir des modes d'intervention réservés à ceux qui ne consultaient pas le médecin, ne pouvaient pas payer ses services : les dispensaires ou les cliniques, « les gouttes de lait » (Baillargeon, 1996), etc. Ce faisant, on étendait à l'ensemble de la population la diffusion du discours hygiéniste, par l'intermédiaire du médecin et de l'infirmière, véritables médiateurs culturels.

Agir dans les sphères privée et publique

Par l'hygiène, la médecine visait également des aspects très variés de la vie privée et publique. Elle sortait du champ de la maladie et de la mort, y prenait appui pour envahir la vie quotidienne. Ainsi, elle s'introduisait dans la sphère intime par ses recommandations sur les soins corporels. Elle prétendait régler une partie considérable de la vie des femmes au foyer : la maternité, la naissance, les soins aux bébés et l'éducation des enfants, le choix des aliments, leur préparation et leur conservation, la propreté de l'intérieur domestique, jusqu'à l'habillement. L'univers du travail, alors surtout masculin, n'échappait pas non plus à l'hygiène : les lieux de production, les bureaux, les commerces et les établissements de service en général devaient être tenus dans un état sanitaire convenable et demeurer sécuritaires ; la production agricole devait aussi s'ajuster à tout un ensemble de nouvelles règles et la construction d'immeubles et de logements, respecter des normes de plus en plus précises d'aération, d'éclairage, de plomberie…



Les bienfaits de l'activité physique en plein air.
Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.

En outre, l'école devenait le lieu où, par l'insertion de leçons d'hygiène, les nouvelles générations apprendraient à se prémunir contre la maladie. Les moments de loisirs devaient être sainement occupés, par exemple par de l'exercice physique ou des activités en plein air. En accord avec nombre d'urbanistes progressistes, les hygiénistes étaient favorables à l'aménagement en milieu urbain de terrains de jeux pour les enfants et de parcs, enclaves qui réunissaient les qualités de salubrité de la campagne. Même les rapports interpersonnels étaient concernés : le risque de contagion imposait à tous des comportements prudents, et même, dans certaines situations, des interdits sévères. On comptait sur la vie associative pour asseoir la formation d'organismes philanthropiques d'hygiène. Quant à la vie publique, elle subissait des assauts vigoureux : ne revenait-il pas au gouvernement provincial ou aux municipalités d'assurer à la population des services efficaces, de stimuler l'adoption par tous d'un mode de vie sain, et éventuellement de les y contraindre ?



Pour une mobilisation générale
Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.

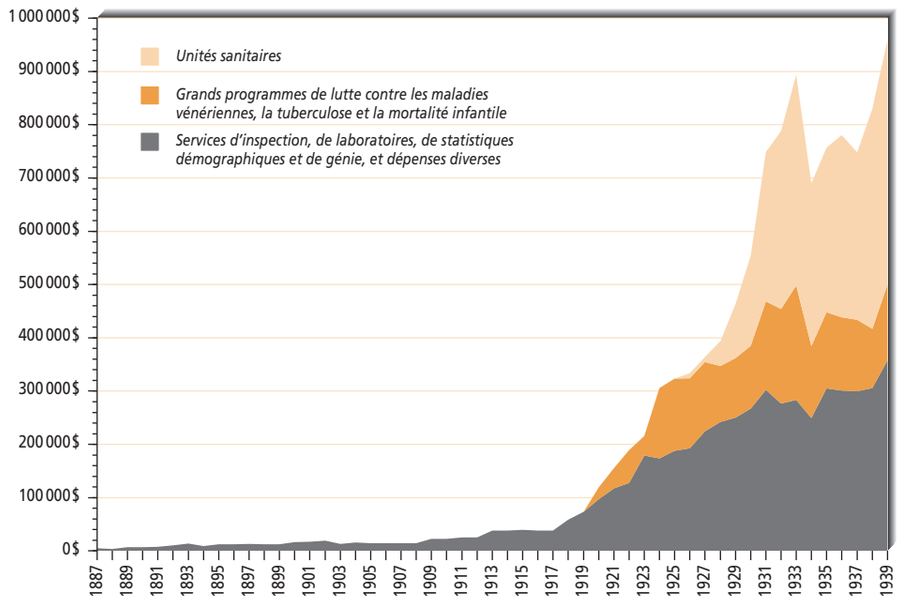
Nous avons dit précédemment que l'hygiène publique avait été présentée comme une croisade. Il ressort aussi qu'elle était conquérante et qu'en plus de s'adresser à tous dans tous les milieux de vie, elle entendait investir de nombreux terrains d'activité. La multiplicité des visages de l'hygiène en témoigne : on parla d'hygiène maternelle, du nourrisson, de l'enfance, personnelle ou individuelle, familiale, scolaire, municipale, rurale, urbaine, sociale, alimentaire, vestimentaire, de l'habitation, industrielle, laitière, visuelle, auditive, dentaire, mentale… De 1887 à 1945, l'hygiène publique au Québec s'engagea sur tous ces terrains.

La mobilisation des autres groupes sociaux

La cause de l'hygiène publique ne fut pas que l'affaire des médecins, loin de là. Sous leur gouverne, d'autres groupes sociaux allaient être mis à contribution. La mobilisation couvrit un très large éventail social. Ceux qui exerçaient une influence ou un pouvoir dans la société furent les premiers sollicités.

FIGURE 4

Dépenses du gouvernement provincial pour l'hygiène publique, 1887-1939



Source : État des comptes publics de la province de Québec, années concernées.

Le ralliement des groupes les plus influents

La collaboration des instances politiques était indispensable. Députés et membres des conseils municipaux furent soumis aux requêtes incessantes des défenseurs de l'hygiène publique. Leur appui ne fut que graduellement acquis. Une fois obtenue la mise en place d'organismes responsables de la santé publique durant les années 1880 et 1890, il fallait encore batailler pour qu'on leur assure les moyens de réaliser les projets hygiénistes. En effet, les ressources allouées aussi bien par les municipalités que par l'État québécois demeurèrent durant une première période très faibles. Ce ne fut qu'après la guerre et l'épidémie d'influenza de 1918 que les dépenses du gouvernement provincial en matière d'hygiène publique entamèrent une hausse vraiment substantielle. Dans l'ensemble, les hommes politiques en vinrent à admettre que les pouvoirs publics devaient fournir un important effort financier. Certains en firent des enjeux électoraux, soulignant leur rôle personnel ou celui de leur parti dans l'adoption de telles ou telles mesures. L'hygiène publique et la santé s'intégraient petit à petit au paysage politique québécois. Bientôt, il fut entendu que l'État avait là des responsabilités majeures.

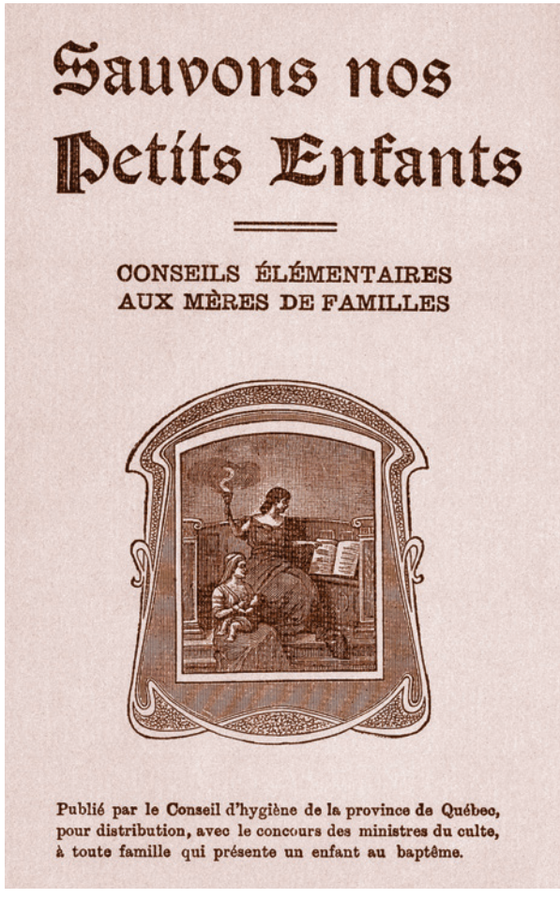
Les hygiénistes cherchèrent aussi à rallier d'autres acteurs sociaux influents, notamment parmi les membres de la direction des grandes entreprises et de la bourgeoisie d'affaires. Certaines grandes entreprises, surtout après la Première Guerre mondiale, collaborèrent à des mesures d'hygiène publique ou même cherchèrent à développer chez leurs employés des habitudes d'hygiène plus saines. Une partie du patronat était vraisemblablement gagnée à l'idée qu'une population en bonne santé était plus productive. Les grandes entreprises demeurèrent toutefois longtemps à l'abri des pressions des hygiénistes visant l'assainissement des lieux de production, dans la mesure où le gouvernement hésitait à s'aliéner des acteurs aussi puissants. Bien qu'il soit parvenu en 1894 à obtenir l'adoption de règlements concernant l'hygiène industrielle, le CHPQ dut laisser à un autre organisme gouvernemental la responsabilité d'inspecter les établissements industriels. Il fallut même attendre 1936 avant qu'une division de l'hygiène industrielle, aux pouvoirs d'ailleurs restreints, soit créée au sein du ministère de la Santé. Les conditions d'hygiène dans les entreprises industrielles s'améliorèrent tout de même graduellement et durant les années 1920, on était déjà fort loin de la situation dramatique qu'avait dévoilée une enquête fédérale en 1888.

Il semble bien que la participation de la grande entreprise, peu importante dans un premier temps, ait été à son sommet durant l'entre-deux-guerres. Ce fut également le cas du clergé. Celui-ci accepta en plusieurs circonstances de collaborer : l'épiscopat, les curés des paroisses, les communautés propriétaires d'établissements hospitaliers furent appelés à fournir de l'aide ou à appuyer de leur autorité morale les menées hygiénistes. Ce sont là des questions encore peu explorées dans notre historiographie. On sait cependant que, dans un premier temps, le clergé s'était montré méfiant à l'égard des velléités d'intervention des hygiénistes dans des domaines où il exerçait déjà une certaine autorité, notamment en ce qui avait trait à la collecte des données démographiques (il était responsable de la tenue des registres d'état civil), à la réglementation s'appliquant aux cimetières, à l'enseignement de l'hygiène dans les écoles et à l'inspection sanitaire de celles-ci. Dans bien des cas, le CHPQ avait dû opter pour des compromis où le clergé acceptait de collaborer tout en évitant, quoiqu'il n'y soit pas toujours pleinement parvenu, d'être soumis à l'autorité de l'agence gouvernementale.

À vrai dire, cette collaboration s'avérait précieuse. En effet, outre le système municipal, l'Église était la seule organisation au Québec dont les ramifications s'étendaient à tout le territoire. Elle disposait d'infrastructures imposantes et d'un personnel nombreux fortement hiérarchisé qui pouvait relayer à l'ensemble de la population le message hygiéniste. Pour l'organisme central d'hygiène, dépourvu d'entités administratives locales sous son contrôle avant les débuts des unités sanitaires en 1926, c'étaient là des atouts appréciables. Aussi chercha-t-il à obtenir l'appui du clergé et y parvint-il pour diverses tâches. À partir de 1912, par exemple, les curés des paroisses furent appelés à distribuer aux mères, lors de chaque baptême, une brochure du CHPQ intitulée *Sauvons nos petits enfants* qui fut par la suite rééditée plusieurs fois. Confier cette tâche aux curés comportait plus

d'un avantage : sur l'ensemble du territoire québécois, ils étaient les seuls à rencontrer systématiquement les mères peu de temps après la naissance, au moment le plus propice pour livrer des recommandations de cet ordre. De plus, leur autorité morale auprès de la population contribuait à assurer que la brochure serait prise en considération. Le clergé allait par la suite participer à bien d'autres mesures.

Les motivations des hommes politiques, des membres de la bourgeoisie d'affaires et du clergé n'étaient pas les mêmes. On pouvait diverger d'opinion sur les modalités ou même brandir l'hygiène comme arme dans des conflits qui ne relevaient pas de la santé. Par exemple, à Trois-Rivières au début des années 1920, certains membres du clergé et leurs alliés accentuèrent leurs pressions sur les entreprises papetières qui refusaient de mettre un terme au travail dominical, dénonçant la pollution dont elles étaient responsables et réclamant l'intervention de l'organisme central d'hygiène. Ce qui importe ici est que de telles récupérations du discours hygiéniste à des fins non exclusivement sanitaires montrent bien que l'hygiène publique acquérait une charge symbolique et une légitimité non négligeables.


Sauvons nos Petits Enfants

CONSEILS ÉLÉMENTAIRES AUX MÈRES DE FAMILLES

Publié par le Conseil d'hygiène de la province de Québec, pour distribution, avec le concours des ministres du culte, à toute famille qui présente un enfant au baptême.

SENSIBILISER LES MÈRES. Québec (province), Conseil d'hygiène de la province de Québec, *Sauvons nos petits enfants. Conseils élémentaires aux mères de famille,* entre 1912 et 1921.

Des groupes aux préoccupations parfois très éloignées ont donc accepté, après la Première Guerre mondiale, d'appuyer des mesures d'hygiène publique. Cela montre bien que ses promoteurs étaient parvenus à rallier en bonne partie les élites au Québec. Un certain consensus avait été atteint quant à la nécessité d'améliorer la santé de la population par les moyens qu'ils préconisaient.

Le recrutement d'un personnel nombreux et diversifié

L'application des mesures d'hygiène publique reposa sur le travail de multiples intervenants. Le nombre de personnes actives dans ce secteur, difficile à évaluer vu la variété des organismes concernés, crût de toute évidence rapidement. En 1948, le ministère de la Santé du Québec et le Service de santé de la ville de Montréal employaient ensemble environ 1 500 personnes. Pareil recrutement de personnel ne pouvait que stimuler la diffusion de l'idéal hygiéniste.

La conception et l'exécution de certaines tâches nécessitaient des connaissances scientifiques et techniques précises. L'hygiène publique acquit droit de cité dans les écoles de médecine québécoises (Desrosiers, Gaumer et Keel, 1989 ; Gaucher, 1979). Les compétences des ingénieurs furent également requises pour les grands travaux publics d'assainissement. Il semble que, dans un premier temps, les autorités locales aient été portées à confier ces travaux à des ingénieurs qui n'avaient pas reçu de formation spécifique pour les ouvrages sanitaires. On devait par la suite recourir à des firmes spécialisées. À Trois-Rivières par exemple, la complexité des problèmes techniques de l'approvisionnement en eau rendit pareil recours incontournable dès les années 1910. Le rythme de ces transformations demeure mal connu. On sait que le CHPQ s'adjoignit des ingénieurs sanitaires consultants à partir de 1899. L'un de ceux-ci, Richard Smith Lea, un ingénieur de renommée internationale qui dirigeait une firme spécialisée dans les ouvrages sanitaires, devint en 1906 l'un des rares membres non médecins du Conseil.

Le même phénomène de spécialisation est perceptible pour d'autres professions. Les besoins d'une police sanitaire pour veiller au respect des lois et des règlements d'hygiène se fit rapidement sentir. Des employés furent chargés par les municipalités d'inspecter les aliments, les bâtiments et les terrains, de surveiller et de désinfecter les maisons « placardées » dont l'accès était interdit à la population… Au début, la plupart n'avaient pas de formation particulière. Dans bien des municipalités, en fait, les premiers inspecteurs sanitaires furent les constables. On les remplaça par des vétérinaires ou des employés qui, bien souvent, n'avaient pas de compétences spécifiques, et enfin par des inspecteurs jouissant d'une formation spécialisée. Au sein de l'organisme central d'hygiène, on s'accorda dès le début sur le besoin de confier



PRÉVENIR ET TRAQUER LA MALADIE.
Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.



UN LABORATOIRE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ EN 1943, ET ANALYSE DU LAIT, RECHERCHE DU COLIBACILLE.
Archives nationales du Québec, Direction de l'Ouest du Québec, Fonds de l'Office du film du Québec.

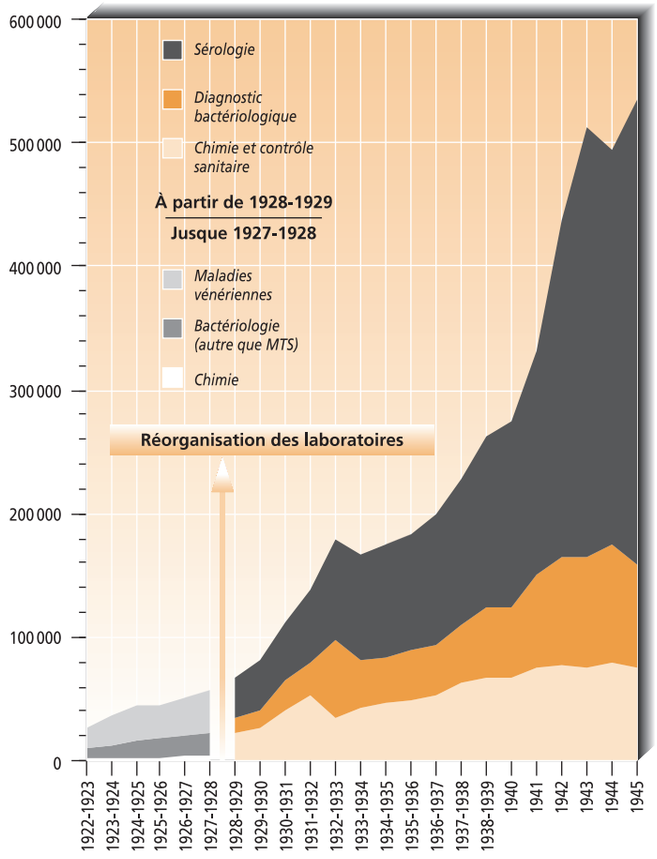
l'inspection à un personnel qui avait acquis certaines connaissances. Les inspecteurs de son service général d'inspection étaient tous des médecins hygiénistes. Ceux qui travaillaient dans les unités sanitaires créées à partir de 1926 devaient suivre des cours avant d'être autorisés à entreprendre leur travail.

Le CHPQ ressentit très tôt le besoin de s'adjoindre des services de laboratoire afin de seconder le travail de ses inspecteurs et de ses ingénieurs sanitaires, des municipalités et des médecins, ce qui entraîna l'embauche et la formation d'un personnel spécialisé. Les laboratoires de chimie et de bactériologie ouverts durant la décennie 1890-1900 ne comptèrent d'abord que très peu d'employés, mais leur nombre augmenta graduellement avec la multiplication des analyses. Jusqu'à la fin de la Première Guerre mondiale, les analyses chimiques et bactériologiques d'échantillons d'eau furent les plus nombreuses. Puis les analyses sanguines se multiplièrent et l'aide aux médecins pour les diagnostics occupa une place toujours plus grande. Durant la Seconde Guerre enfin, des efforts renouvelés pour dépister les cas de maladies vénériennes se traduisirent par une croissance rapide du travail effectué au laboratoire de sérologie.

Diverses tâches furent confiées à des infirmières. Ce phénomène s'amplifia après la Première Guerre mondiale avec l'ouverture de nombreuses cliniques de maternité, de puériculture et de lutte antituberculeuse. Les infirmières « visiteuses » constituent une figure de tout premier plan dans les grands programmes de médecine préventive de l'entre-deux-guerres. De l'avis même des hygiénistes, elles en étaient le fer de lance, le meilleur agent de propagation des idées hygiénistes. Elles pénétraient dans les foyers, y multipliaient les conseils et les recommandations, dont celui de fréquenter les dispensaires et de consulter le médecin.

FIGURE 5

Nombre d'analyses effectuées dans les laboratoires de l'organisme central d'hygiène, 1923-1945



Source : Rapports annuels du Service provincial d'hygiène et du ministère de la Santé, années concernées.





Dans un premier temps, les infirmières des services d'hygiène publique n'avaient pas de formation élaborée dans ce domaine : les cours étaient donnés dans les hôpitaux et visaient essentiellement à répondre aux besoins de la médecine hospitalière. C'est pour régler ce problème que l'École d'hygiène sociale ouvrit ses portes à l'Université de Montréal en 1925. Une bonne partie des diplômées de cette école allaient toutefois choisir de travailler pour des entreprises d'assurance-vie qui offraient des services d'aide et d'éducation hygiénique à leur clientèle. Au Service de santé de la municipalité de Montréal (Cohen et Gélinas, 1989), où une première infirmière avait été engagée dès 1901, elles étaient 186 en 1948, dont 83 infirmières hygiénistes. Quant aux unités sanitaires, elles employaient alors pas moins de 261 infirmières qui travaillaient sous l'autorité de 70 médecins, sans compter les 120 infirmières en poste dans les régions de colonisation.

Enfin, plusieurs tâches ne requéraient pas une formation spécifique au domaine sanitaire. Tout un personnel de bureau se greffa au personnel de terrain au fur et à mesure que les activités prirent de l'ampleur et que l'improvisation plus ou moins libre des débuts laissa place à un travail concerté, planifié, et à une certaine rigueur administrative. Ainsi, chaque unité sanitaire implantée à partir des années 1920 comportait une secrétaire en plus du médecin directeur, de l'inspecteur et d'une (ou plus d'une) infirmière visiteuse. Par ailleurs, la construction et l'entretien des grands ouvrages sanitaires furent l'occasion de contrats pour les entrepreneurs et les fournisseurs de matériaux ; ils procurèrent de l'emploi à de nombreux travailleurs.

L'implantation des services d'hygiène publique au Québec mobilisa les énergies, les ressources et les compétences d'individus provenant de toutes les couches sociales. Les milieux politiques et d'affaires, le clergé, certaines professions libérales, divers métiers spécialisés, les travailleurs de la construction et les « cols blancs » furent mis à contribution. Comme on le verra, ils furent aussi nombreux, par moments, à opposer une résistance aux réformes en matière d'hygiène publique.

Implanter une gestion à l'échelle de tout le territoire québécois

Dès la création du CHPQ, ses dirigeants élaborèrent un cadre législatif et réglementaire qui définissait nombre d'obligations pour les individus en général, les médecins et les autorités municipales. Ils entreprirent alors de le faire respecter sur tout le territoire du Québec, à l'aide de ressources d'abord nettement insuffisantes.



L'INFIRMIÈRE VISITEUSE, UNE ALLIÉE INDISPENSABLE
Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.

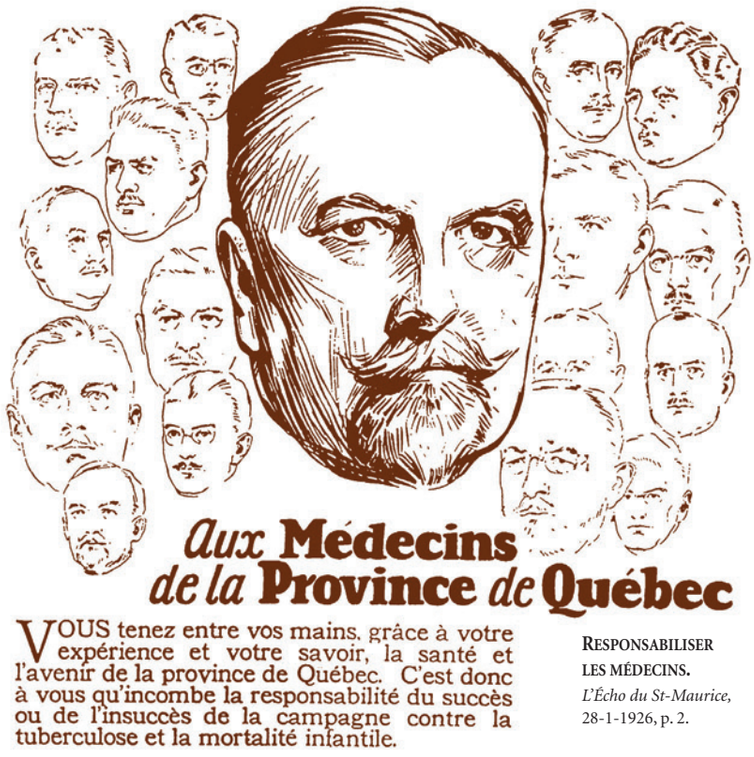
Le rôle éminent de la municipalité de 1888 à 1918

Un mode de gestion uniforme pour l'ensemble des localités fut d'abord adopté. Il revenait aux municipalités de voir au respect des lois et des règlements établis pour le Québec, sous la supervision du CHPQ. Sur avis de ce dernier, les municipalités devaient organiser un « bureau » d'hygiène et en confier la direction à un « officier de santé », préférablement un médecin.

Le choix des municipalités comme relais locaux s'imposait à plus d'un titre. À l'exception des marges non organisées, elles quadrillaient l'ensemble du territoire. Du fait de la législation antérieure, elles étaient déjà responsables du bien-être de leurs citoyens. La loi d'hygiène ajoutait à cette responsabilité des obligations précises. De plus, une portion considérable des nouvelles mesures touchaient des domaines d'intervention où les municipalités étaient directement concernées : la voirie — par les grands travaux sanitaires d'aqueduc et d'égouts — ; les marchés publics — pour le contrôle de la qualité des aliments — ; la réglementation de la construction; la salubrité des lieux publics. Enfin, les montants modestes dévolus par l'État québécois à l'hygiène publique ne permettaient absolument pas au CHPQ d'établir ses propres agences locales. Autant de raisons qui justifiaient amplement qu'on appuie la gestion de l'hygiène publique sur les administrations publiques en place.

Cette délégation de responsabilités aux municipalités s'avéra un échec pour une bonne part. Elle n'était pas adaptée aux particularités de la distribution de la population sur le territoire québécois. En effet, une majeure partie de la population habitait encore les campagnes et les nombreux villages. L'étalement, voire la dispersion en maints endroits, pesait sur l'organisation du système municipal, car une telle situation encourageait la multiplication des administrations locales de petite taille. À cela s'ajoutait le problème des régions dites non organisées, c'est-à-dire dépourvues de municipalités, caractérisées par de vastes étendues abritant des populations clairsemées, en général des territoires de colonisation ou d'exploitation des ressources naturelles.

Dans la plupart des municipalités, la faible population rendait difficile, voire illusoire, la formation de services locaux efficaces. Très rapidement, il apparut que bon nombre d'entre elles se refusaient à recruter le personnel requis. Souvent, il ne s'y trouvait aucune personne compétente pour assurer la direction d'un service sanitaire. Le médecin, lorsqu'il y en avait, pouvait être invité à exercer cette fonction. Encore fallait-il qu'il accepte de consacrer une partie de son temps à une tâche peu ou pas rémunérée. Dans les petites localités, il fallait aussi que le médecin du lieu soit un partisan de l'hygiène publique. Or, d'après les dirigeants du CHPQ, beaucoup de médecins n'y étaient pas favorables et s'en faisaient même



RESPONSABILISER LES MÉDECINS.
L'Écho du St-Maurice, 28-1-1926, p. 2.

les ennemis. Il est vrai que tout un volet de la lutte contre les maladies infectieuses, bien que défini par une élite médicale, était mal accueilli par nombre de praticiens : celui des mesures à prendre pour endiguer la propagation des maladies transmissibles par contact direct. Une majorité de médecins refusèrent de se soumettre à l'obligation de déclarer aux autorités sanitaires les cas de certaines maladies contagieuses. Durant l'entre-deux-guerres encore, certains allaient s'opposer à l'établissement de dispensaires qui offraient des services gratuits de consultation aux groupes à faible revenu, même si le Service provincial d'hygiène cherchait un meilleur appui de leur part.

Les municipalités les plus populeuses, pour autant que leurs dirigeants y soient disposés, étaient en mesure de se doter d'une organisation de santé convenable. Au moment de la formation du CHPQ, le Québec comptait deux grandes concentrations de population, à Montréal et à Québec. À Montréal, les autorités mirent sur pied un service de santé municipal qui employait un personnel de plus en plus nombreux et qualifié. En 1948, ce service formait une organisation assez complexe composée de plusieurs divisions administratives, que seule une municipalité qui bénéficiait de revenus élevés pouvait supporter. Mais cette situation n'avait été atteinte qu'après bien des hésitations : une enquête effectuée en 1928 n'avait-elle pas conclu à une nette insuffisance des services de santé montréalais ?

Les autres centres urbains étaient de dimensions beaucoup plus modestes. En général, les dirigeants municipaux tardèrent à s'y acquitter pleinement du rôle que leur avait confié la loi d'hygiène publique. Ils hésitèrent à rehausser les dépenses de ce poste et souvent, c'est au prix de fortes pressions qu'ils y consentirent. Durant une première période allant de 1888 à 1918 environ, le CHPQ dut user de tout l'arsenal mis à sa disposition par le législateur pour amener les municipalités urbaines à se soumettre à la politique établie,

avec un succès mitigé. Dans le cas de l'alimentation en eau, il y parvint tout de même après que le gouvernement lui eût accordé en 1915 des pouvoirs plus étendus pour contraindre les municipalités à se doter d'un système d'approvisionnement jugé sécuritaire.

L'inertie de nombre de municipalités de toutes tailles s'explique aussi par les résistances que suscitaient les prétentions hygiénistes au sein de la population. Les mesures d'isolement et de désinfection, vu leur sévérité et leurs conséquences, demeurèrent peu populaires. L'imposition de nouvelles normes de construction déplut à bien des propriétaires de maisons ou de logements. Chez les agriculteurs, un mécontentement s'exprima devant les nouvelles exigences relatives à la production, à la conservation et à la vente des aliments, lesquelles paraissaient favoriser les marchands des villes à leur détriment. De plus, la population n'avait-elle pas lieu de craindre une hausse des coûts alimentaires reliée à l'adoption de méthodes plus hygiéniques, certes, mais qui nécessitaient des déboursés supérieurs ?

Bref, la promotion de l'hygiène bousculait les façons de faire traditionnelles et occasionnait des désagréments parfois importants. Dans bien des cas, les édiles municipaux demeurèrent vraisemblablement hésitants à affronter le ressentiment populaire par rapport aux mesures les moins bien acceptées. Sans doute peu convaincus eux-mêmes de l'importance de ces mesures, bon nombre se montrèrent de tièdes partisans de l'hygiène publique.

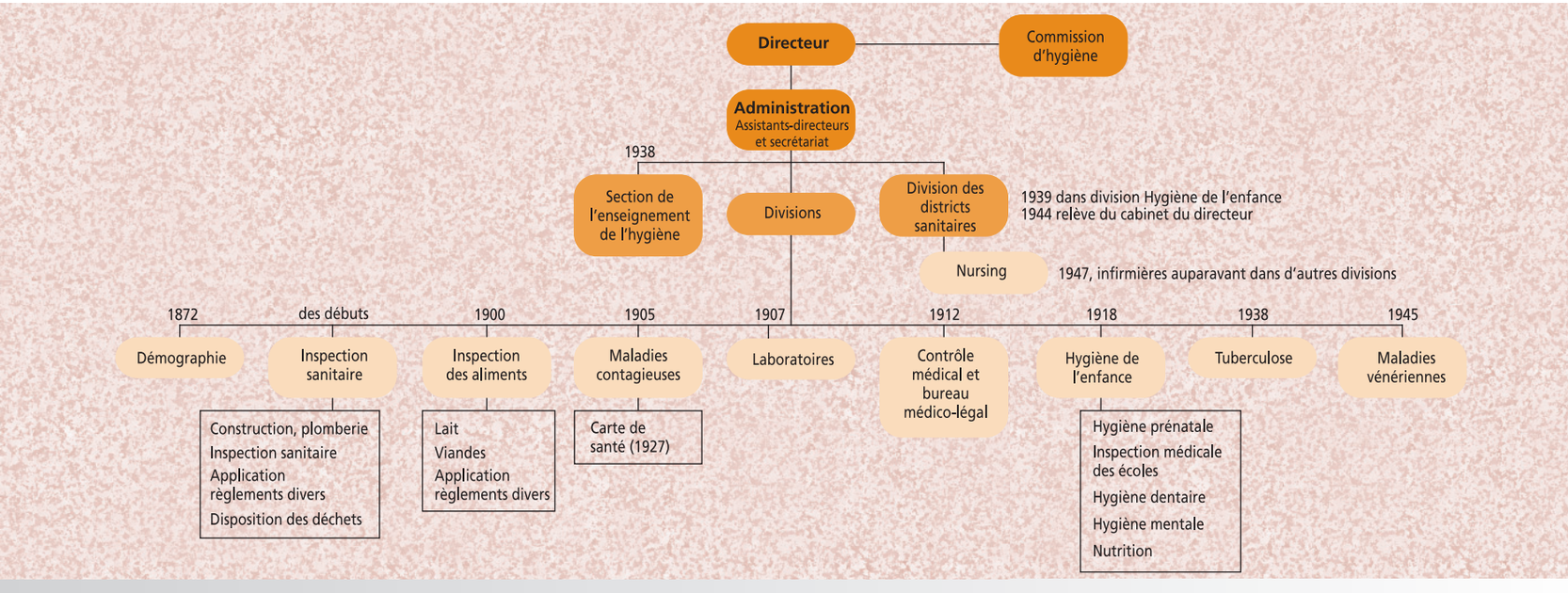
Une surveillance ardue avant l'entre-deux-guerres

Un problème de taille guettait le CHPQ dans ses rapports avec les municipalités du Québec dont le nombre dépassait 1 100 en 1909 : celui de la surveillance du travail effectué. Les moyens dont disposait le CHPQ à cette fin paraissent dans un premier temps tout à fait dérisoires. Ses dirigeants, aux prises avec le manque de collaboration des autorités locales, réclamèrent du gouvernement les moyens d'assurer un encadrement plus serré. Par étapes, ils y parvinrent en partie.

Avant la décennie 1910-1920, un seul inspecteur (parfois deux) fut chargé des visites sur tout le territoire. Son mandat était très large : inspection des systèmes d'aqueduc et d'égouts, de l'emplacement des cimetières et d'autres sources potentielles de problèmes, suivi des mesures prises lors des éclosions d'épidémies. Il lui était évidemment impossible de couvrir l'ensemble des localités. Durant les cinq premières années, il limita ses inspections à la région montréalaise et aux Cantons de l'Est. Il parvint tout de même durant les cinq années suivantes à étendre considérablement son champ de travail. Mais certaines régions lui échappèrent à peu près complètement (le Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'Outaouais, par exemple). De plus, sur les 154 localités visitées hors de l'île de Montréal, 109 ne le furent qu'une seule fois. Par ailleurs, en 1901 et 1902, les inspections concernant la variole accaparèrent l'inspecteur au point de limiter considérablement le temps qu'il pouvait consacrer aux inspections régulières.

FIGURE 6

Le Service de santé de Montréal, organisation en 1948



Source : Québec (province), Enquête sur les services de santé, 1948. Tome IV, Services de santé municipaux, p. 25-141.

FIGURE 7

Nombre de visites de l'inspecteur du Conseil d'hygiène durant les dix premières années d'inspection, par localité



Source : Archives nationales du Québec, Centre d'archives de Québec et de Chaudière-Appalaches, Fonds du Conseil d'hygiène de la province de Québec, Rapports d'inspections et décisions du Conseil, 1888-1897.

La création en 1909 du Service du génie sanitaire déchargea l'inspecteur d'hygiène de la surveillance des systèmes d'aqueduc et d'égouts. Ce service était constitué d'un personnel tout aussi restreint, mais dont le mandat était plus étroitement circonscrit. Puis, en 1913, on organisa le Service d'inspection régionale qui devait permettre de mieux suivre le travail sanitaire effectué par chaque municipalité. Le Québec fut divisé en dix districts sanitaires, couverts chacun par un médecin hygiéniste ayant sous sa responsabilité en moyenne 125 municipalités. Pareille organisation avait été mise à l'épreuve vers 1902 lors d'une épidémie de variole alors que le CHPQ avait obtenu la permission d'engager pendant cinq semaines des médecins chargés chacun d'un district sanitaire. L'implantation du service d'inspection régionale s'avéra d'abord incomplète. Le nombre de médecins spécialisés en hygiène publique demeurait peu élevé malgré la création de programmes en hygiène publique dans les facultés de médecine québécoises. Ce qui n'étonne guère dans la mesure où la rémunération offerte par le gouvernement était largement inférieure à celle des médecins en pratique privée. Qui plus est, certains inspecteurs régionaux servirent sous les drapeaux durant la Première Guerre mondiale. Ils ne furent pas remplacés.

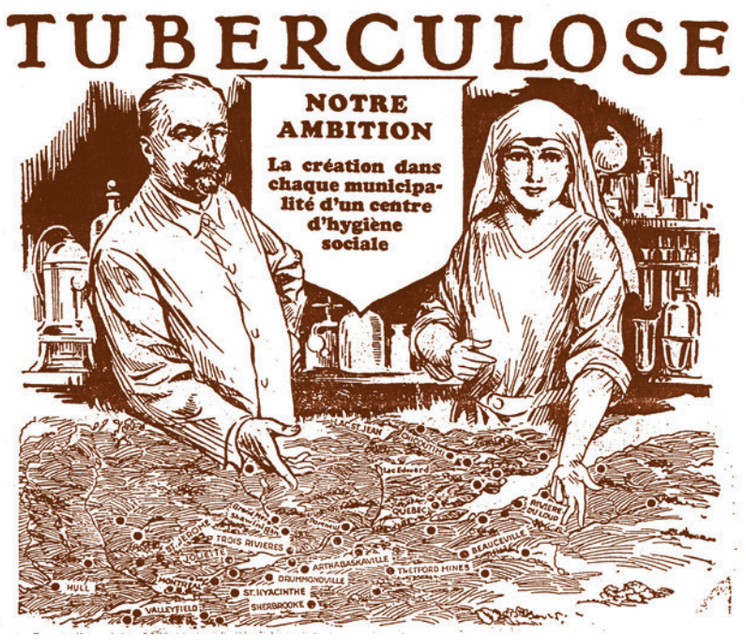
Après la guerre, la surveillance des municipalités devint plus étroite à l'échelle du territoire québécois. Mais déjà, les responsables sanitaires provinciaux avaient en tête des projets qui allaient retirer à la plupart des municipalités la gestion de l'hygiène publique.

La prise en charge par l'État québécois durant l'entre-deux-guerres

Qu'il s'agisse des grandes orientations ou des moyens mis en œuvre, la fin de la Première Guerre mondiale marque un tournant pour l'hygiène publique au Québec. Le phénomène le plus marquant est sans doute l'impact de la nouvelle hygiène publique (ou *New Public Health*), un courant américain qui inspira les responsables sanitaires québécois. À travers de nouveaux programmes, ils firent passer au premier plan la médecine préventive et l'éducation populaire. Sauf dans quelques centres urbains, ces programmes allaient être confiés à d'autres intervenants que les municipalités.

Le CHPQ, puis le SPH créé en 1922, firent d'abord appel à des organismes privés qui œuvraient en milieu urbain, dont on finança en partie les activités. Ainsi, le premier grand programme de médecine préventive lancé en 1920 par l'État québécois à l'instigation du gouvernement fédéral reposait sur des ententes négociées avec les hôpitaux[10]. Comme de nombreux hôpitaux appartenaient au clergé, sa collaboration fut souvent requise et obtenue. Des dispensaires antivénériens furent créés dans de nombreuses villes. Pour obtenir les fonds publics, ils devaient se plier aux règles de fonctionnement établies par les gouvernements fédéral et provincial. Par ce programme conjoint, le gouvernement fédéral, qui s'était doté en 1919 d'un ministère de la Santé, entrait dans un champ d'intervention que l'Acte constitutionnel de 1867 avait, pour l'essentiel, réservé aux provinces : celui de la santé.

Un autre grand programme de médecine préventive allait suivre, celui de la lutte à la tuberculose et à la mortalité infantile. Dans plusieurs villes, des cliniques antituberculeuses, de puériculture et de maternité furent établies. Outre le dépistage des cas de diverses maladies, les cliniques visaient l'éducation sanitaire de la population. Dès les débuts du mouvement hygiéniste au Québec, on avait insisté sur l'importance de répandre les notions d'hygiène dans toutes les couches de la société. Une opinion publique bien préparée, croyait-on, constituerait un terrain propice à l'adoption de diverses mesures. Mieux, elle pousserait les dirigeants à agir. Tous les moyens de communication disponibles furent mis à contribution : les conférences publiques, l'enseignement dans les écoles, la distribution de brochures, les affiches, la presse. À partir des années 1920, l'éventail s'élargit, avec la présentation de films, l'impression de calendriers d'hygiène et de cartes postales… Plus important encore, les cliniques eurent recours à des infirmières qui livraient leurs enseignements à domicile.

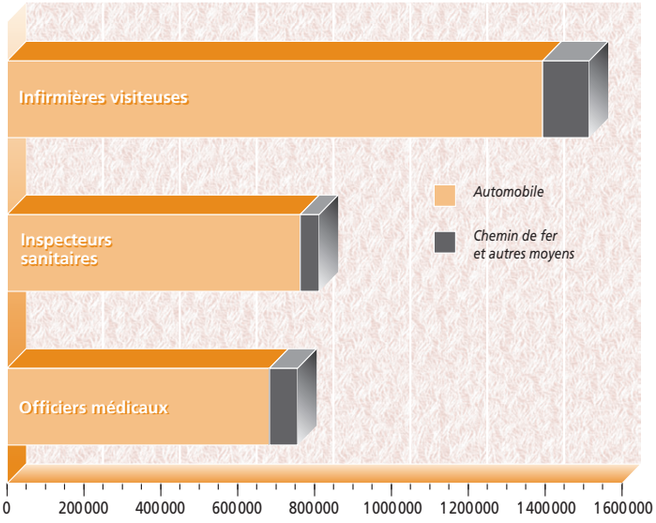


UN VASTE DISPOSITIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE.
L'Écho du St-Maurice, 19-3-1925, p. 2.

En général, la direction de ces cliniques fut confiée à des organismes philanthropiques. À Montréal cependant, en plus du réseau de cliniques « gouttes de lait » établi par des organisations paroissiales, la municipalité mit elle-même sur pied plusieurs centres d'hygiène. À d'autres endroits, comme à Trois-Rivières, le SPH poussa les élites locales à créer l'organisme privé qui allait prendre en charge les cliniques. La mise en œuvre des programmes était donc confiée généralement à des organisations locales indépendantes du SPH, qui pouvait toutefois, en tant que bailleur de fonds, exiger le respect de certaines normes. Cette formule ne pouvait évidemment être appliquée que dans les centres urbains en mesure de soutenir pareils organismes. Il était cependant entendu que les dispensaires antivénériens et antituberculeux avaient une vocation régionale et qu'ils couvraient d'autres populations que celle de la municipalité d'implantation. Mais c'était là une couverture plutôt passive qui ne répondait pas aux objectifs de diffusion générale de l'information d'hygiène. Les populations rurales demeuraient peu touchées.

FIGURE 8

Distance parcourue par les employés des unités sanitaires en 1945 (kilomètres)



Source : (Québec) Province, ministère de la Santé et du Bien-être social, Troisième rapport du ministère de la Santé pour les années 1944, 1945 et 1946, 1948, p 19.

À partir de 1926, le SPH implanta, cette fois sous son autorité directe, un réseau d'unités sanitaires (Desrosiers, Gaumer et Keel, 1991). Il voulait par là régler le problème de la distribution des services dans les populations des petites agglomérations (milieux rural et dit « semi-urbain »). Chaque unité desservait en principe l'ensemble des localités comprises dans un ou quelques « comtés ». Son personnel, appelé à se déplacer fréquemment, allait disposer d'une automobile. Graduellement, le réseau des unités sanitaires s'étendit à la majeure partie du territoire québécois, opérant l'uniformisation des mesures d'hygiène publique. En effet, les différentes unités sanitaires obéissaient aux mêmes principes de fonctionnement : elles disposaient chacune d'un personnel semblablement organisé et appliquaient les mêmes programmes conçus par l'organisme central.

Enfin, des modalités d'intervention adaptées aux territoires non organisés furent définies. En 1901, un responsable d'hygiène pouvait y être nommé sous l'autorité directe du CHPQ. En 1915, un amendement à la Loi d'hygiène autorisa le CHPQ à obliger les entreprises forestières, minières et de grands travaux (de chemin de fer, par exemple) à utiliser les services d'un médecin. Puis, à partir de 1934, le SPH put nommer des inspecteurs chargés spécifiquement de surveiller ces endroits. Avec le mouvement de retour à la terre durant la crise des années 1930, le problème des piètres conditions sanitaires dans les régions de colonisation s'aggrava ou attira plus l'attention. Ces régions étaient pratiquement dépourvues de médecins et de tout personnel spécialisé dans les soins de santé. Le ministère y dépêcha des infirmières qui élurent résidence dans des dispensaires (Daigle, Rousseau et Saillant, 1993). Elles furent autorisées, exceptionnellement, à offrir des services qui ailleurs relevaient du médecin (consultations, prescriptions, accouchements…). Par la suite, en 1943, une division du service médical aux colons fut créée pour administrer les mesures spéciales prévues pour ces régions.

À partir des années 1920, la gestion de l'hygiène publique fut donc adaptée aux particularités de la distribution de la population sur le territoire. Certains programmes visèrent le milieu urbain, d'autres, le milieu rural, d'autres enfin, les régions les moins densément peuplées. Petit à petit, selon les moyens que l'État leur concéda, les responsables sanitaires parvinrent à étendre les mesures d'hygiène publique depuis les principales agglomérations jusqu'aux marges éloignées du territoire. L'appareil étatique mis en place

par étapes depuis la fin du XIXe siècle en vint ainsi à véhiculer à l'ensemble de la population québécoise les prescriptions de la médecine quant à l'hygiène. Les gains en influence des médecins au sein de la société empruntèrent également d'autres voies, comme le montrera l'examen des transformations du dispositif hospitalier.

2. L'HÔPITAL INVESTI ET TRANSFORMÉ PAR LA MÉDECINE

C'est à partir des dernières décennies du XIXe siècle que se nouent pour une bonne part les liens, aujourd'hui inextricables au Québec, entre l'hôpital et la médecine. Non que l'hôpital ait été auparavant dépourvu de médecins — chaque établissement était visité régulièrement par un ou des praticiens qui offraient leurs soins aux malades —, mais il s'agissait là, précisément, de visites, généralement gratuites durant le XIXe. Dans la première moitié du XXe siècle, l'hôpital devient graduellement le lieu de travail privilégié des médecins. Pour cela, on lui fera subir tout un ensemble de transformations qui répondent à leurs exigences professionnelles. À l'ancienne fonction de refuge et de soins donnés principalement aux démunis, le processus de médicalisation de l'hôpital substituera celle de centre curatif ouvert à la population en général.

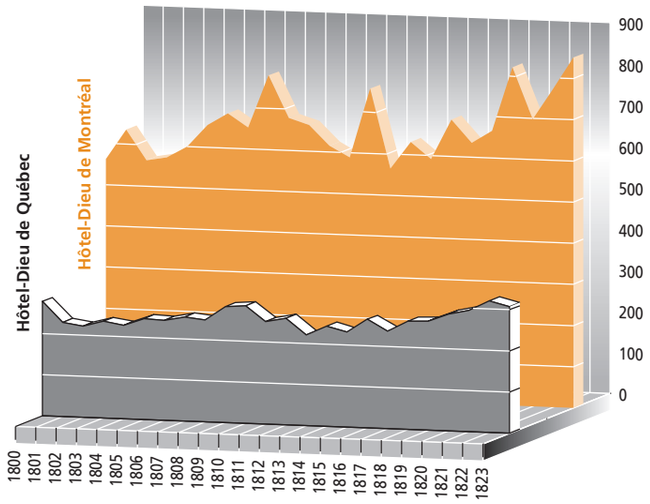
La lecture comparée des monographies récentes d'hôpitaux montre que la médicalisation de l'hôpital a gagné l'ensemble du territoire québécois selon des rythmes différenciés : l'hôpital Notre-Dame de Montréal et l'Hôtel-Dieu de Québec, hôpitaux universitaires, ont précédé dans cette voie des établissements régionaux comme l'hôpital Saint-Vallier de Chicoutimi et l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières (Goulet, Hudon et Keel, 1993 ; Rousseau, 1989 ; 1994 ; Perron, 1984 ; Guérard, 1993). Ces monographies mettent également en lumière les perceptions des différents intervenants dans les transformations de l'hôpital — politiciens, gens d'Église, médecins, infirmières, directeurs de grandes entreprises, patients même — et les stratégies qu'ils ont mises en œuvre pour défendre leurs intérêts. C'est à travers le jeu complexe de leurs interactions que la médecine s'est progressivement taillé une place privilégiée au sein du dispositif hospitalier québécois[11].

Une médecine hospitalière peu développée avant 1870

Durant les deux premiers tiers du XIXe siècle, les infrastructures hospitalières et l'organisation interne de l'hôpital connaissent une lente évolution au Québec : des établissements réservés à des clientèles particulières apparaissent, la profession médicale accroît sa présence et son influence… On peut percevoir les premiers signes du remarquable développement ultérieur de la médecine hospitalière.

FIGURE 9

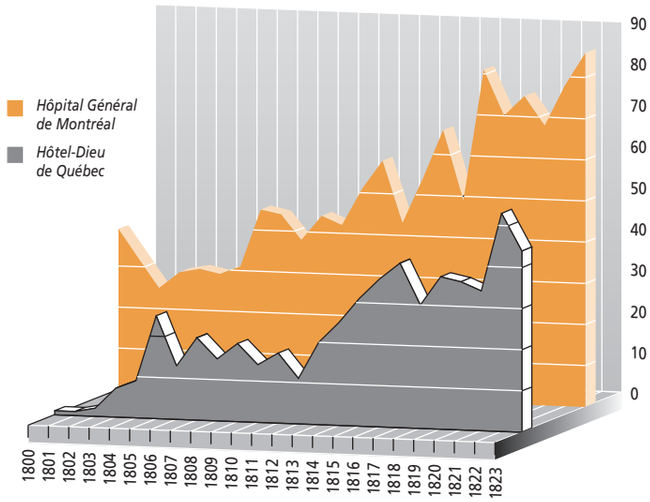
Malades reçus aux hôtels-Dieu de Montréal et de Québec, 1800-1823



Source : « Rapport du Comité spécial, nommé pour s'enquérir et faire rapport sur les Établissements dans cette province […] », Journaux du Conseil législatif, Bas-Canada, 1824, Appendice nº1.

FIGURE 10

Enfants trouvés à la charge de l'Hôtel-Dieu de Québec et de l'Hôpital Général de Montréal, 1800-1823



Un dispositif hospitalier modeste au début du XIXe siècle

En 1800, le Québec compte en tout et pour tout cinq établissements hospitaliers, tous créés au XVIIe siècle : les hôtels-Dieu de Québec, de Montréal et de Trois-Rivières, dédiés surtout au soin des malades, et les hôpitaux généraux de Montréal et de Québec utilisés principalement comme lieux de refuge ou d'enfermement de clientèles démunies. La plupart de ces établissements avaient plus d'une fonction. L'Hôtel-Dieu de Québec, en plus de s'occuper des malades, devint en 1801 responsable d'enfants mis en nourrice aux frais du gouvernement. À Trois-Rivières, l'Hôtel-Dieu ajoutait la garde des insensés. Les hôtels-Dieu accueillaient annuellement un volume de clientèle restreint qui demeura relativement stationnaire de 1800 à 1823. Par exemple, le nombre moyen de malades présents quotidiennement à l'Hôtel-Dieu de Québec ne dépassait pas la vingtaine.

Ces établissements, propriété de communautés religieuses qui en assuraient la gestion et fournissaient la majeure part du personnel, vivaient au début du siècle de revenus provenant de sources diverses : exploitation de leurs biens fonciers, gains sur des placements, dons… Sous le Régime français au XVIII^e siècle, ils avaient obtenu de fréquentes gratifications royales, mais depuis la Conquête en 1760, ils n'avaient reçu qu'occasionnellement leur part des deniers publics. Les autorités du Bas-Canada allaient cependant reconnaître la responsabilité de l'État dans le financement des soins donnés à certaines catégories de la clientèle hospitalière. Elles inaugurèrent en 1801 une politique de subventions annuelles, régulièrement reconduite par la suite.

Le soutien de l'État visait le travail effectué auprès des aliénés, des enfants abandonnés, des infirmes, des invalides et des malades indigents, parfois le paiement d'équipements ou de travaux d'agrandissement. Après deux décennies de hausse des dépenses, les autorités chargèrent un comité de faire enquête et d'émettre des recommandations susceptibles de juguler une progression considérée comme alarmante. Les principales mesures proposées dans le rapport déposé en 1824 — par exemple la cessation des subventions accordées pour les enfants trouvés dont le nombre augmentait rapidement — ne furent pas adoptées et les montants distribués continuèrent leur ascension.

L'apparition des hôpitaux spécialisés

Vers 1820, le dispositif hospitalier bas-canadien demeurait sensiblement le même qu'au début du siècle. Il était cependant soumis à des pressions de plus en plus fortes causées par l'arrivée de nombreux immigrants et la croissance soutenue de la population. Le besoin de nouveaux établissements réservés à des clientèles particulières se faisait nettement sentir à Montréal et à Québec.

Les premiers hôpitaux spécialisés, destinés aux marins ou aux immigrants malades, pour beaucoup sans résidence fixe au Canada, furent créés durant les années 1810. L'évolution de la socio-économie québécoise rendait pressante l'organisation permanente de services d'hôpitaux près des ports de Québec et de Montréal. Ces derniers étaient devenus d'importants lieux de transit de personnes et de marchandises et ils occupaient de nombreux travailleurs. Or, le chargement et le déchargement des marchandises, encore très peu sécuritaires, multipliaient les accidents et les blessures. En outre, il fallait compter avec les fréquentes épidémies parmi les équipages et les passagers des vaisseaux. On craignait qu'ils puissent transmettre leurs maladies aux habitants. Comme les hôtels-Dieu étaient devenus réticents à admettre les malades atteints de fièvres, les autorités se trouvaient contraintes d'ouvrir des établissements pour les accueillir. La plupart furent créés en périodes d'épidémies et fermés sitôt le danger passé. Les autorités en vinrent toutefois à établir des hôpitaux permanents, comme l'Hôpital des émigrés de Québec (vers 1820) et l'Hôpital de la Marine qui prit la relève en 1834. Ce dernier fut financé à l'aide d'une taxe imposée aux navires.

D'autres établissements spécialisés apparurent à partir des années 1840. Ceux qui allaient recueillir les aveugles, les sourds et les muets indigents s'apparentent plus à des hospices qu'à des hôpitaux. Pour accueillir les « filles-mères » de milieu défavorisé, des maternités furent ouvertes, de même que des crèches pour leurs enfants. Des dispensaires aussi furent créés où les pauvres pouvaient consulter un médecin, recevoir des traitements et des médicaments gratuitement. Tous, on le voit, accueillaient une clientèle le plus souvent démunie. À ce titre, ils s'inscrivaient dans la lignée de la tradition caritative des établissements hospitaliers. Ils répondaient toutefois aussi à des besoins nouveaux. À Québec et à Montréal, des problèmes, qui, dans les agglomérations de taille moindre, auraient été résolus en recourant à l'entraide familiale et de voisinage, requéraient d'autres solutions. Des études récentes ont souligné que les villes québécoises du XIX^e siècle n'étaient pas dénuées de réseaux d'entraide fondés sur des solidarités ethniques, familiales ou villageoises, mais elles concentraient les démunis dans un brassage incessant de populations qui laissait sans soutien de nombreux laissés-pour-compte.

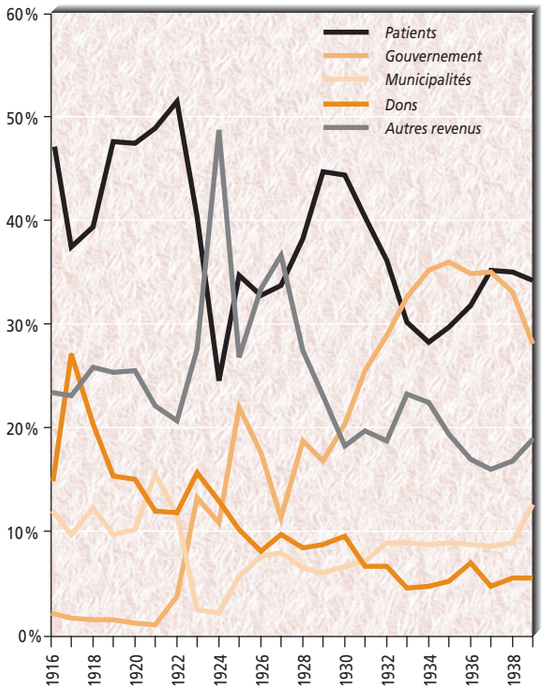
La médecine raffermit sa position dans l'hôpital

D'autres changements en milieu hospitalier sont reliés à l'évolution de la médecine et à la professionnalisation du corps médical. Une partie des médecins sont animés d'un intérêt renouvelé pour les hôpitaux et cherchent à y amplifier leur influence. À l'Hôtel-Dieu de Québec, par exemple, lors de la construction d'un nouvel hôpital en 1825, ils obtiennent un meilleur contrôle sur le traitement des malades, sur les ordonnances et sur l'alimentation.

Le principal changement dans les rapports des médecins avec l'hôpital concerne l'enseignement de leur discipline. Pour assurer un enseignement clinique, les écoles de médecine créées au XIX^e siècle firent ouvrir les hôpitaux à leurs professeurs et étudiants. Les hôtels-Dieu de Québec et de Montréal, l'Hôpital de la Marine, le Montreal General Hospital, en fait tous les hôpitaux importants des deux grands centres urbains acceptèrent d'être associés aux écoles de médecine. Ajoutons que certaines maternités et dispensaires virent le jour à l'instigation de professeurs dans le but, notamment, d'y transmettre leur savoir. Un nouveau mode de rapports entre le médecin et l'hôpital se trouvait ainsi dessiné. Après avoir longtemps offert ses services dans des établissements dont l'organisation lui échappait, le médecin en devenait un usager privilégié dans des conditions mieux adaptées aux exigences de sa profession.

FIGURE 11

Les sources de revenus des hôpitaux, des maternités et des crèches de 1916 à 1939 (en pourcentage)



Sources : (Québec) Province, Département du Secrétaire, Bureau des statistiques, Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance […], années 1916-1918. (Québec) Province, Département du Secrétaire, Bureau des statistiques, Statistiques des institutions d'assistance […], 1919-1928. (Québec) Province, Annuaire statistique, années 1929-1939.

Pour les communautés religieuses qui dirigeaient les hôpitaux francophones, la passation d'ententes avec les écoles de médecine n'était pas sans susciter des inquiétudes. L'ordonnance traditionnelle du milieu hospitalier s'en trouvait bouleversée, ne serait-ce qu'en raison du va-et-vient de cohortes d'étudiants dans le sillage de professeurs, expliquant leurs diagnostics et discourant sur les mérites de telle ou telle thérapeutique. Les patients indigents, objets de compassion chez les religieuses, devenaient aussi sujets d'étude et de palabres pour la science. Devaient-elles craindre d'être entraînées à des concessions ultérieures aux médecins et aux facultés, peut-être même de perdre un jour le contrôle de leurs établissements ? C'est réticentes qu'elles s'engagèrent dans cette voie. Les ententes conclues avec les écoles de médecine comportent d'ailleurs une réglementation assez stricte des allées et venues des professeurs et des étudiants.

Malgré ces développements, il faut considérer qu'en 1861 la médecine hospitalière trouvait encore peu d'endroits où s'exercer au Québec. Les malades n'étaient d'ailleurs que rarement hospitalisés et les soins se donnaient préférablement à domicile, avec ou sans l'assistance d'un médecin. En règle générale, allaient à l'hôpital ceux qui ne pouvaient obtenir de leur entourage les soins requis. Les quelques hôpitaux des principaux centres offraient par conséquent un nombre restreint de lits. Le seul hôpital général (non spécialisé) francophone de Montréal, l'Hôtel-Dieu, venait de hausser sa capacité de 100 à 150 lits ; l'Hôtel-Dieu de Québec en comptait environ 80. Quant à celui de Trois-Rivières, avec ses 16 lits, il n'avait reçu que 129 patients en moyenne par année de 1857 à 1861. Le Montreal General Hospital et l'Hôpital de la Marine à Québec complétaient le tableau des principaux hôpitaux.

Dans l'ensemble, ces quelques établissements conservaient les traits caractéristiques de l'hôpital traditionnel. Ils recevaient et soignaient essentiellement une clientèle démunie dans de grandes salles communes que le médecin arpentait lors de ses visites, passant d'un lit à l'autre. Il fallut attendre jusqu'en 1871 pour que l'Hôtel-Dieu de Montréal inaugure ses deux premières chambres privées. Dans les décennies suivantes, les hôpitaux, leur clientèle et leur personnel allaient connaître des transformations profondes.

L'expansion rapide des infrastructures hospitalières après 1870

À partir de 1870 environ, le dispositif hospitalier croît à un rythme accéléré. Mis à part les établissements pour aliénés[12], le Québec compte 21 hôpitaux en 1881, près d'une quarantaine en 1901, plus de 80 en 1921 et environ 125 en 1931. Cela correspond à l'ajout, grosso modo, d'un hôpital par année durant les deux dernières décennies du XIX^e^ siècle, de deux hôpitaux durant les deux décennies suivantes, et de quatre durant les années 1920. L'évolution du nombre de lits avant 1931, difficile à préciser, suit évidemment aussi une courbe ascendante. Cette année-là, d'après le recensement du Canada, le Québec en compte plus de 13 900 répartis dans 109 établissements, soit environ un lit pour 207 habitants[13]. À ces lits s'ajoutent ceux des neuf hôpitaux pour malades et déficients mentaux, lesquels accueillent 9 000 patients.

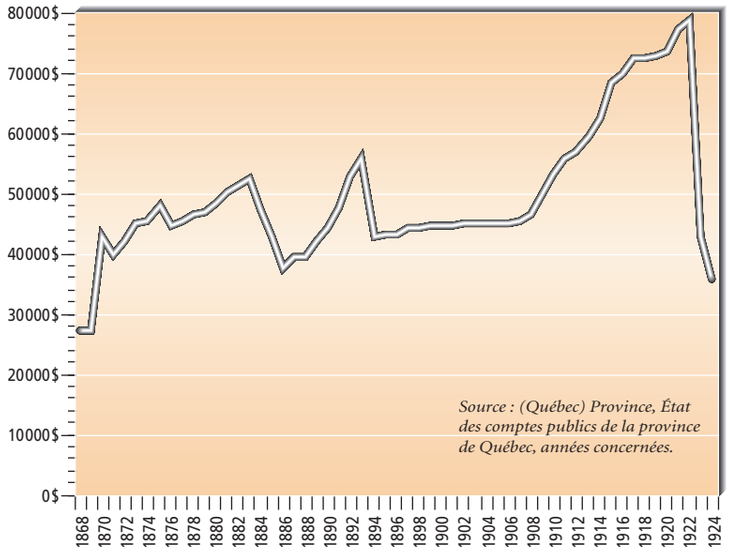
La hausse des besoins en lits d'hôpitaux

Plus d'un facteur expliquent cette rapide expansion des infrastructures hospitalières. En 50 ans, de 1881 à 1931, la population du Québec doubla, passant d'environ 1 359 000 habitants à plus de 2 874 000. Les besoins en lits d'hôpitaux s'en trouvaient fortement accrus. Durant la même période, le Québec s'urbanisait rapidement. Le développement du dispositif hospitalier, concomitant de l'urbanisation, en épousa le déploiement spatial : toutes les principales agglomérations accueillirent des hôpitaux pour desservir des clientèles locale et régionale. En cela, les implantations d'hôpitaux suivaient les concentrations de population.

La croissance des besoins en lits était aussi reliée à la modification des fonctions de l'hôpital sous la pression d'une médecine conquérante. De plus en plus souvent, l'hospitalisation devenait partie du traitement médical, surtout à partir de 1890 avec le formidable développement de la chirurgie, plus efficace et moins risquée grâce à l'usage de nouvelles techniques. On en vint à considérer l'univers hospitalier comme un lieu contrôlé conçu spécifiquement pour le rétablissement des patients, nettement préférable au domicile. L'image traditionnelle d'un havre pour les démunis, d'un dernier recours, s'estompa derrière une nouvelle représentation, celle du haut-lieu d'une médecine scientifique qui restaure les corps et les retourne à la vie active. Graduellement, la perception populaire du milieu hospitalier se modifia en ce sens et les patients de différentes couches sociales affluèrent.

FIGURE 12

Dépenses du gouvernement provincial pour les institutions de bienfaisance (sauf hôpitaux pour malades et déficients mentaux), 1868-1924

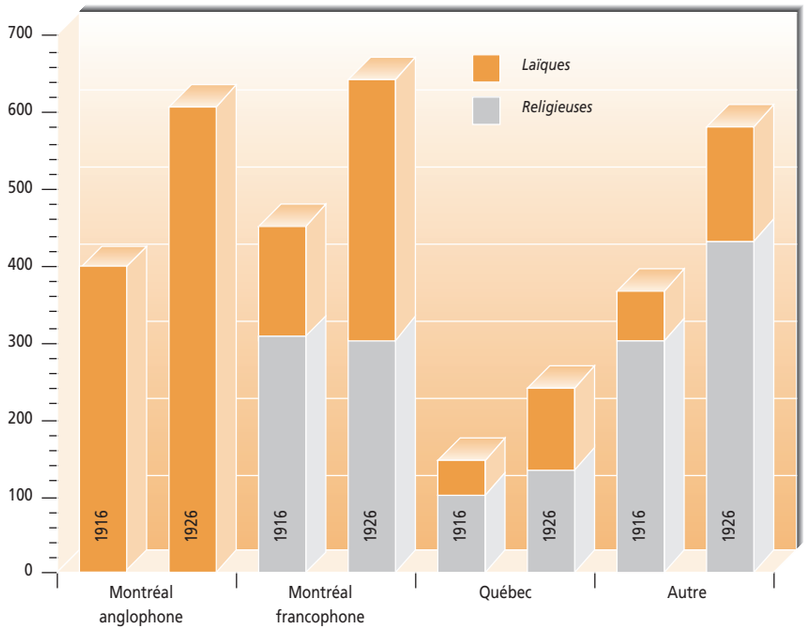


Des transformations majeures au financement des hôpitaux

La médecine investissait progressivement l'hôpital. Elle réorganisait et spécialisait les espaces hospitaliers, elle exigeait un personnel plus qualifié et des équipements « modernes ». Toutes ces transformations nécessitaient des dépenses considérablement plus élevées qu'auparavant, ce qui allait entraîner des modifications substantielles aux modes de financement.

FIGURE 13

Gardes-malades laïques et religieuses des hôpitaux publics et des maternités, 1916 et 1926



Sources : (Québec) province, Département du Secrétaire, Bureau des statistiques, Statistiques annuelles des établissement pénitentiaires et des institutions d'assistance - année 1916, 1917, et Statistiques des institutions d'assistance (Hôpitaux d'aliénés, hôpitaux, hospices, sanatoria, etc) - pour l'année 1926, 1927.

Le financement de l'expansion et de la transformation du dispositif hospitalier reposa en bonne partie sur la nouvelle clientèle que la médecine attirait à l'hôpital. Cette clientèle entendait être soignée ailleurs que dans les salles communes. On lui aménagea des chambres privées et semi-privées dont l'accès était payant. La part, dans les revenus hospitaliers, des sommes versées par les patients s'accrût rapidement et en vint à occuper la première place. Vers 1920, il semble qu'elle approchait les 50 %[14]. Quant à la part de la charité privée, certains hôpitaux anglophones exceptés, elle était d'ores et déjà plutôt mince vers la fin du XIX^e^ siècle et ne fera que décroître par la suite.

Une autre source de revenus, ceux qui provenaient de l'État, allait gagner considérablement en importance. Depuis l'introduction en 1801 d'un régime de subventions annuelles aux quelques institutions de bienfaisance, les gouvernements qui s'étaient succédés en étaient venus à soutenir toute une liste d'organisations caritatives, parmi lesquelles les hôpitaux dits publics, c'est-à-dire à but non lucratif et dont une partie de la clientèle ne payait pas son hospitalisation. Mais les montants accordés demeuraient peu élevés et ne constituaient pour bon nombre d'entre elles qu'une part marginale des revenus. De 1870 à 1910 environ, le montant global accordé aux institutions de bienfaisance se maintint généralement entre 40 000 $ et 50 000 $, l'État veillant à contenir la croissance de ces dépenses.

Pendant que les dépenses publiques étaient maintenues relativement stables, les œuvres de toutes sortes se multipliaient, en réponse aux besoins accrus engendrés par l'urbanisation accélérée. Le nombre d'hôpitaux augmentait et leur transformation en lieux privilégiés de l'exercice de la médecine poussait à la hausse les coûts de fonctionnement. La nécessité de recourir de plus en plus à un personnel qualifié contribuait à gonfler substantiellement la masse salariale. Dans les hôpitaux francophones, les communautés religieuses pouvaient difficilement répondre aux nouveaux besoins infirmiers et durent se tourner vers l'embauche de laïques. Entre 1916 et 1926, le nombre de gardes-malades laïques crût rapidement dans les hôpitaux francophones.

Ces changements trouvèrent un premier écho dans le financement public lorsque, durant la décennie 1910-1920, les subventions gouvernementales amorcèrent un soudain mouvement à la hausse. La politique d'aide n'en était pas pour autant modifiée : il s'agissait encore d'octrois accordés à des institutions de bienfaisance sans que ne soient réellement pris en compte les besoins de chaque établissement.

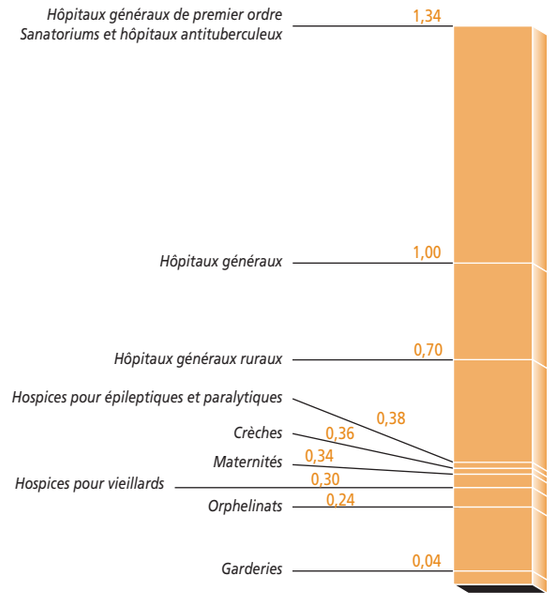
En 1921, finalement, avec la Loi de l'assistance publique[15], l'État décidait d'augmenter substantiellement sa participation financière tout en modifiant les modes d'attribution des montants. Cette loi fut adoptée à la suite de représentations de médecins et d'administrations hospitalières montréalaises, lesquels se plaignaient que les hôpitaux étaient incapables à la fois de s'adapter aux exigences de la médecine moderne et de continuer à fournir gratuitement les soins aux démunis. L'État acceptait de financer une partie des coûts d'hospitalisation des indigents sur une base statutaire, d'après une grille de tarifs journaliers ventilée selon le type de services offerts. L'ampleur des subventions allait être enfin reliée au coût des activités de l'établissement. À cet égard, il est significatif de constater que les services les plus médicalisés, donc les plus coûteux, furent les mieux subventionnés : les grands hôpitaux généraux et les sanatoriums pour tuberculeux trônèrent au sommet de l'échelle tarifaire, laissant les premiers échelons aux orphelinats, aux crèches, aux maternités, aux hospices… Aussi, la majeure partie des fonds de l'assistance publique fut attribuée à l'hospitalisation des malades. Par la Loi de l'assistance publique, le gouvernement se donnait de plus les moyens de stimuler, à l'aide d'octrois ponctuels, la construction ou l'agrandissement d'établissements. Nul doute qu'on doit en bonne partie à l'application de cette loi la rapide expansion des infrastructures hospitalières durant la décennie 1920-1930.

Durant la crise des années 1930, les principales sources de revenus des hôpitaux furent considérablement minées. Les montants globaux versés par les patients diminuèrent de beaucoup. L'État, contraint d'investir massivement dans l'aide sociale hors établissement, cessa presque d'accorder des subventions pour de nouvelles constructions. Il chercha aussi à réduire sa contribution au financement des soins par divers moyens, après une hausse record durant les premières années de la crise. Malgré cela, pour quantité d'établissements, les subventions de l'assistance publique étaient devenues le principal revenu.

Au sortir de la crise, avec la reprise de l'emploi, les hospitalisés payants redevinrent plus nombreux. Toutefois, une partie importante de la population ni aisée ni admissible à l'assistance publique n'était toujours pas en mesure d'assumer les frais d'une hospitalisation. En partie pour solutionner ce problème, de vastes projets de prise en charge du domaine de la santé par l'État furent élaborés à Ottawa et à Québec durant les années de guerre, puis abandonnés. Après les hostilités, le gouvernement fédéral prit en 1948 l'initiative d'un ambitieux programme conjoint visant notamment à financer la construction d'hôpitaux, auquel s'associa le gouvernement du Québec[16].

FIGURE 14

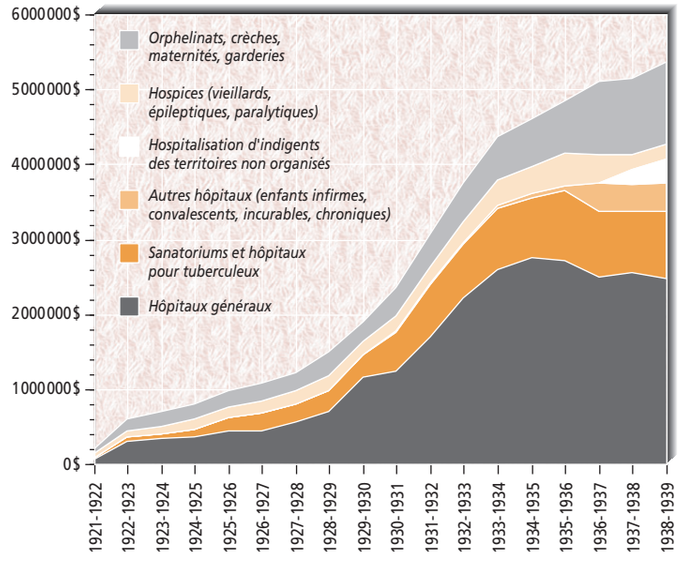
Tarifs journaliers accordés aux institutions d'assistance publique selon le type de services en 1927 (dollars)



Source : (Québec) Province, Rapport du directeur de l'assistance publique pour l'année 1927.

FIGURE 15

Dépenses de l'assistance publique pour l'hébergement et les soins donnés aux indigents, 1922-1939



Sources : (Québec) Province, Département du Secrétaire, Bureau des statistiques, Statistiques des institutions d'assistance (…), 1921-1928. (Québec) Province, Annuaire statistique, années 1929-1939.

Un développement coordonné à l'échelle régionale

Jusqu'au tournant des années 1960, la croissance du dispositif hospitalier québécois échappe à toute planification globale. Sauf dans certains champs précis d'intervention, le gouvernement et les municipalités laissent entièrement au secteur privé la responsabilité d'établir et de gérer les hôpitaux. Ce qui ne signifie pas cependant que l'État québécois ait renoncé à toute idée d'en orienter le développement.

L'absence d'une planification d'ensemble

Avant l'application de la Loi de l'assistance publique, l'attribution de subventions était conçue comme une bonté de l'État et aucun contrôle n'était exercé sur l'usage des fonds publics dévolus aux hôpitaux. Les établissements étaient en principe tenus de faire rapport de leurs activités, mais ceux qui s'en abstenaient n'encouraient aucune sanction. Le plus souvent, les subventions des années précédentes étaient reconduites, de sorte que les établissements pouvaient recevoir le même montant sur de très longues périodes, sans égard au volume de leurs activités. La politique d'aide aux institutions de bienfaisance ne comportait en fait aucun programme de développement ou de modernisation.

À partir de 1921, l'État québécois se donna des outils lui permettant d'orienter en partie le développement hospitalier. Le financement des soins aux indigents arrondissait les revenus des établissements bénéficiaires, facilitait leur expansion et, fait capital, la transformation de leurs activités. Mais surtout, par ses subventions à la construction et à l'agrandissement des établissements, l'État était en mesure d'influencer l'évolution du dispositif hospitalier. Des sommes importantes furent mises à la disposition du service de l'assistance publique. Le directeur, un médecin, en assurait la distribution à sa guise, moyennant l'accord des plus hautes autorités politiques. Il manœuvra ce levier dans ses négociations avec les directions d'hôpitaux, les évêques et les communautés religieuses, de façon à obtenir que les ajouts et les transformations correspondent à certaines de ses attentes.

Il ne s'agit pas là, loin s'en faut, de la mise en œuvre d'une planification d'ensemble. Pour cela, il aurait fallu que l'État s'assurât d'un minimum de contrôle sur les décisions des hôpitaux, ou en prît charge. Il se cantonna dans un rôle souvent qualifié de supplétif, rôle qui, soulignons-le, présentait divers avantages aux yeux des contemporains. Les défenseurs d'un système hospitalier et d'aide sociale en milieu francophone dominé par le clergé n'avaient de cesse de rappeler les économies réalisées grâce au travail bénévole ou peu rémunéré des membres des communautés religieuses. Nul doute que les dirigeants politiques étaient sensibles à cet argument.

Des réformes accordant plus de pouvoirs à l'État auraient soulevé une forte opposition au Canada français. La réforme même de l'assistance publique fut vigoureusement combattue. Lorsqu'en 1931 le gouvernement soumit aux évêques un projet visant à réduire le contrôle du clergé et à augmenter celui de l'État dans le domaine de l'assistance publique, ils ne manquèrent pas de lui faire valoir qu'il en coûterait très cher à l'État si les communautés venaient à se retirer de ce champ. S'agissant des projets d'assurance maladie d'État caressés durant la guerre par le gouvernement libéral d'Adélard Godbout, ils supposaient une gestion centralisée et une standardisation des pratiques, donc l'obligation pour les établissements de respecter les directives d'un organisme unique. Ils furent mis au rencart avec le retour de Maurice Duplessis au pouvoir en 1944.

Le contrôle régional du haut clergé et ses limites

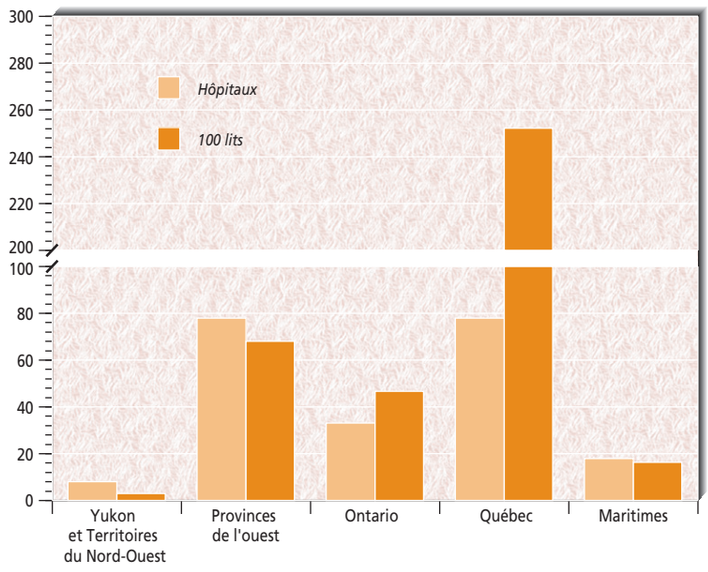
Pour le clergé, le dispositif hospitalier, au même titre que le réseau de l'éducation, représentait un vaste appareil d'encadrement social où, en sus du salut des corps, on veillait à celui des âmes. Le travail charitable des sœurs auprès d'une clientèle éprouvée par la maladie avait, entre autres fonctions, celle de renforcer le sentiment religieux. Autre avantage, le clergé se trouvait associé à une médecine scientifique dont le prestige ne cessait d'augmenter. Sa position dans l'hôpital lui permettait de surcroît de surveiller l'exercice de la médecine en imposant des règles d'éthique médicale conformes à la morale catholique[17]. Enfin, dans le paysage urbain, les hôpitaux, bâtiments souvent de vastes dimensions, impressionnaient plus que la rétine des observateurs : nouveaux temples de la médecine, ils symbolisaient aussi par une architecture imposante le rôle de premier plan joué par le clergé dans la société québécoise.

Dans une certaine mesure, l'activité hospitalière du clergé suppléait l'absence de coordination par l'État. Et on aurait tort de penser que le monde hospitalier évoluait uniquement dans l'improvisation des initiatives privées. Pour une bonne part en fait, l'organisation hospitalière reposait sur des bases régionales sous le contrôle des évêques catholiques. Ces derniers jouaient un rôle capital dans la création d'hôpitaux et d'hospices à vocation régionale ou diocésaine. Il revenait aux évêques de définir une politique de développement sur leurs territoires respectifs et d'avaliser les implantations avec le concours des communautés religieuses. Ce fut le cas un peu partout au Québec. En Gaspésie, à la suite de la formation du diocèse en 1922, l'évêque fut à l'origine de la création des principaux établissements. De même, les évêques de Chicoutimi, de Trois-Rivières, de Sherbrooke, de Saint-Hyacinthe intervinrent régulièrement.

Ce contrôle de l'épiscopat avait ses limites. En effet, d'autres intervenants eurent leur mot à dire, parmi lesquels les communautés religieuses propriétaires ou administratrices d'hôpitaux[18]. Certaines développèrent des organisations assez puissantes dont l'aire d'activité débordait largement le diocèse. Pour plusieurs, elle débordait même les frontières du Québec. En 1945, une majorité des hôpitaux catholiques du Canada tenus par des communautés religieuses étaient situés hors du Québec, où cependant ils concentraient près des deux tiers de leurs lits. Les deux communautés les plus importantes au Québec dans le secteur hospitalier, les Sœurs de la Charité de Québec et les Sœurs de la charité de la Providence de Montréal, ont peu à peu érigé de véritables empires. Elles se partageaient le territoire québécois selon une division est-ouest[19].

FIGURE 16

Hôpitaux de toutes catégories et lits tenus par des communautés religieuses catholiques au Canada, 1945



Source : Marie de Ste-Alix, sœur, Chronologie de l'établissement des hôpitaux canadiens tenus par des communautés religieuses 1639-1945, Association catholique des hôpitaux des États-Unis et du Canada, Conférence de Québec, cahier nº 3, 1945.

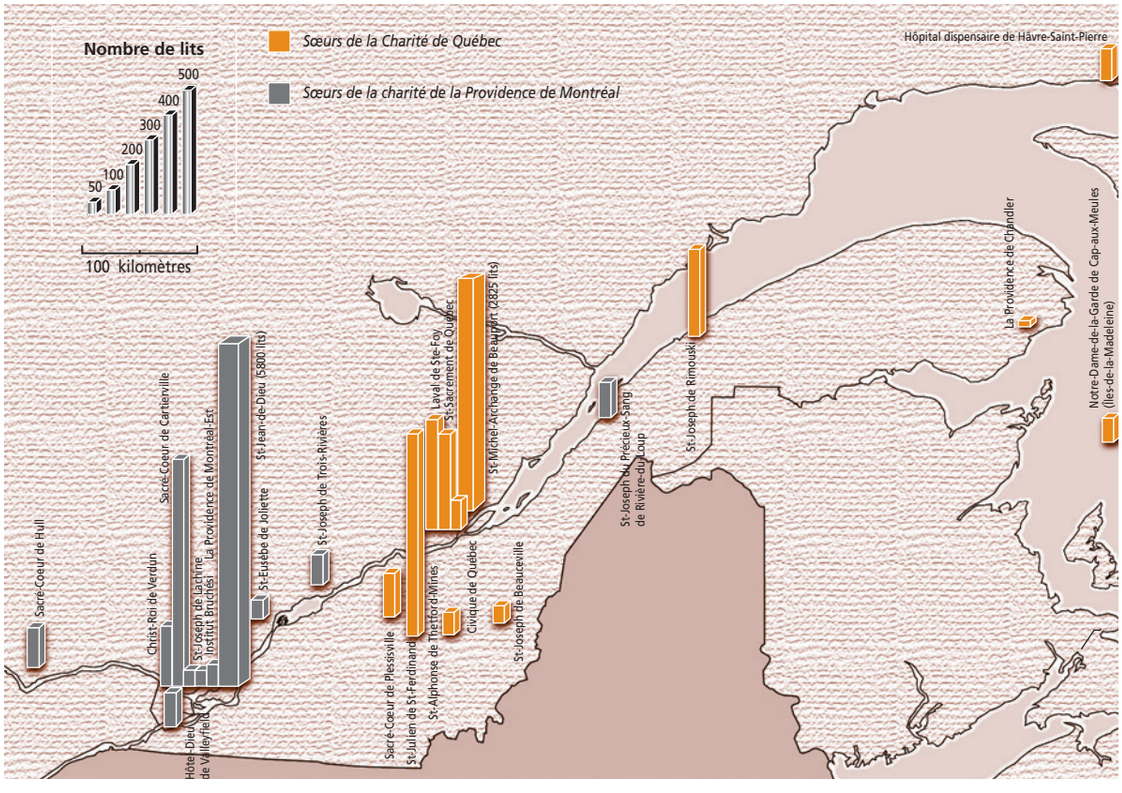
Les principales communautés, organisations transrégionales et même internationales, étaient dotées de leur propre logique de développement et elles n'étaient pas tenues de donner suite à toutes les recommandations de l'évêque local. Si les communautés s'efforçaient généralement de satisfaire les demandes des évêques, il leur arrivait également de faire à leur guise. À Trois-Rivières par exemple en 1925, les sœurs qui dirigeaient l'hôpital Saint-Joseph opposèrent une fin de non-recevoir à un projet de construction cher à l'évêque et adoptèrent un tout autre projet d'agrandissement.

À compter de 1921, les évêques et les communautés durent composer avec un autre acteur puissant : l'État. Il leur fallut bien tenir compte des exigences du Service de l'assistance publique (SAP) pour obtenir l'argent nécessaire aux nouvelles constructions. À Trois-Rivières encore, durant la seconde moitié des années 1920, un conflit opposa pendant quelques années l'évêque au SAP relativement à l'attribution d'une subvention pour l'érection d'un sanatorium. Le conflit se solda par la victoire du SAP.

Enfin, le haut clergé, malgré toute son influence, ne pouvait empêcher la mise sur pied d'hôpitaux privés par des laïcs. Généralement petits, ces hôpitaux n'en représentaient pas moins une concurrence susceptible d'attirer les patients argentés au détriment des hôpitaux contrôlés par le clergé.

FIGURE 17

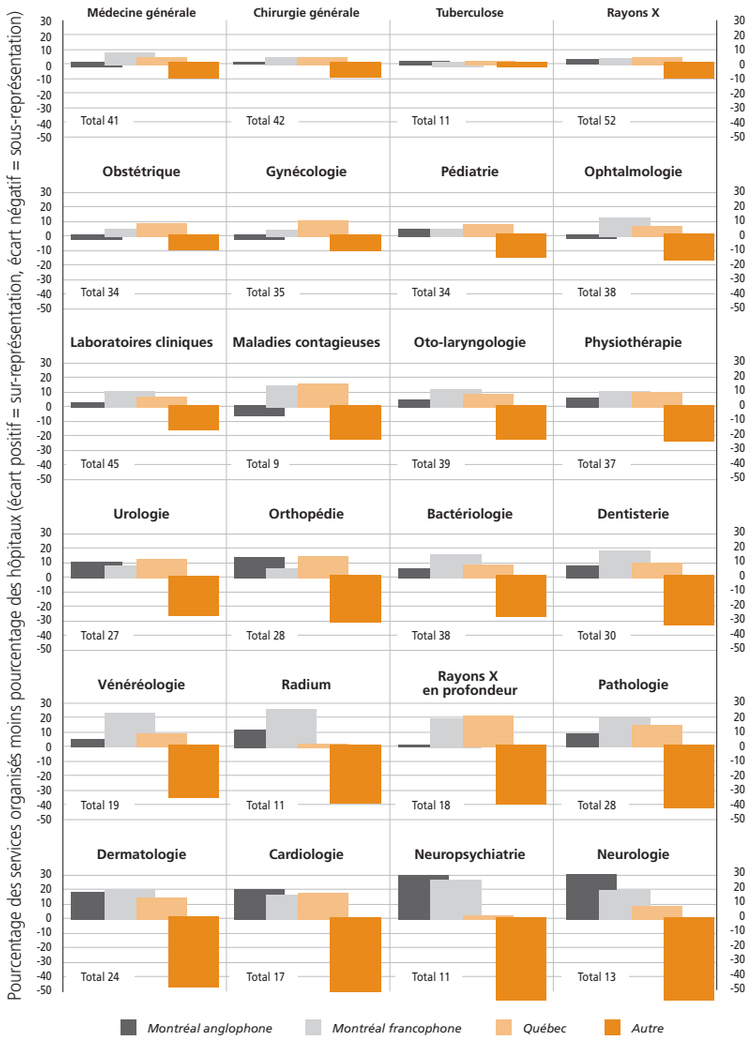
Hôpitaux tenus au Québec par les Sœurs de la charité de la Providence de Montréal et les Sœurs de la Charité de Québec en 1939



Sources : Activités hospitalières des Sœurs de la Charité de la Providence (au Canada et en pays de mission), Montréal, Providence Maison-mère, 1937 ; Sœur Sainte-Blanche, La charité en marche… L'Institut des Sœurs de la charité de Québec fondé en 1849. 1871-1896, Québec, Maison-Mère des Sœurs de la Charité, 1948 ; (Canada) Dominion Bureau of Statistics, A Directory of Hospitals in Canada 1939, Ottawa, Edmond Cloutier, 1941.

FIGURE 18

La répartition des services organisés dans les hôpitaux publics en 1939 : île de Montréal, Québec, autres régions (indice de représentation)



Source : (Canada) Dominion Bureau of Statistics, A Directory of Hospitals in Canada 1939, Ottawa, Edmond Cloutier, 1941.

Les sanatoriums antituberculeux : un cas à part

Quelques types d'établissements échappent au schéma d'organisation du développement que nous venons de présenter. C'est le cas particulièrement des hôpitaux antituberculeux et des hôpitaux pour malades mentaux.

Les sanatoriums antituberculeux en vinrent à former un réseau d'établissements distinct, dans l'organisation duquel l'État joua un rôle plus important. Certes, dans un premier temps, l'initiative fut laissée entièrement à l'entreprise privée, mais avec fort peu de succès. En 1910, d'après la Commission royale d'enquête sur la tuberculose, on ne disposait au Québec que de 180 lits réservés aux tuberculeux. Quelques établissements ouvrirent leurs portes durant la décennie, l'hôpital Laval par exemple à Sainte-Foy près de Québec. Mais le nombre de lits pour tuberculeux demeurait dérisoire eu égard aux conceptions médicales de l'époque. On affirmait, au début des années 1920, qu'il fallait un lit par décès dû à la tuberculose. Divers médecins réclamaient du gouvernement qu'il prenne les mesures nécessaires pour atteindre cet objectif.

Ce fut à l'aide des fonds de l'assistance publique que le gouvernement entreprit durant les années 1920 de stimuler la construction de sanatoriums et l'ajout de lits pour tuberculeux dans les hôpitaux existants. Par la suite, la part du gouvernement dans le financement non seulement de la construction, mais également de l'hospitalisation, allait s'avérer majeure. Il n'en faut pas moins attendre après la Seconde Guerre mondiale avant que le gouvernement dote toutes les régions d'un sanatorium et assure une réelle coordination de leur travail.

Services hospitaliers et territoire : les principaux clivages

S'il n'obéissait pas à une direction centralisée, le développement du dispositif hospitalier subissait diverses influences : toute une série de facteurs sociaux, démographiques, économiques, politiques, ethniques, médicaux interagissaient pour lui conférer des formes particulières. La configuration spatiale des services est à cet égard révélatrice.

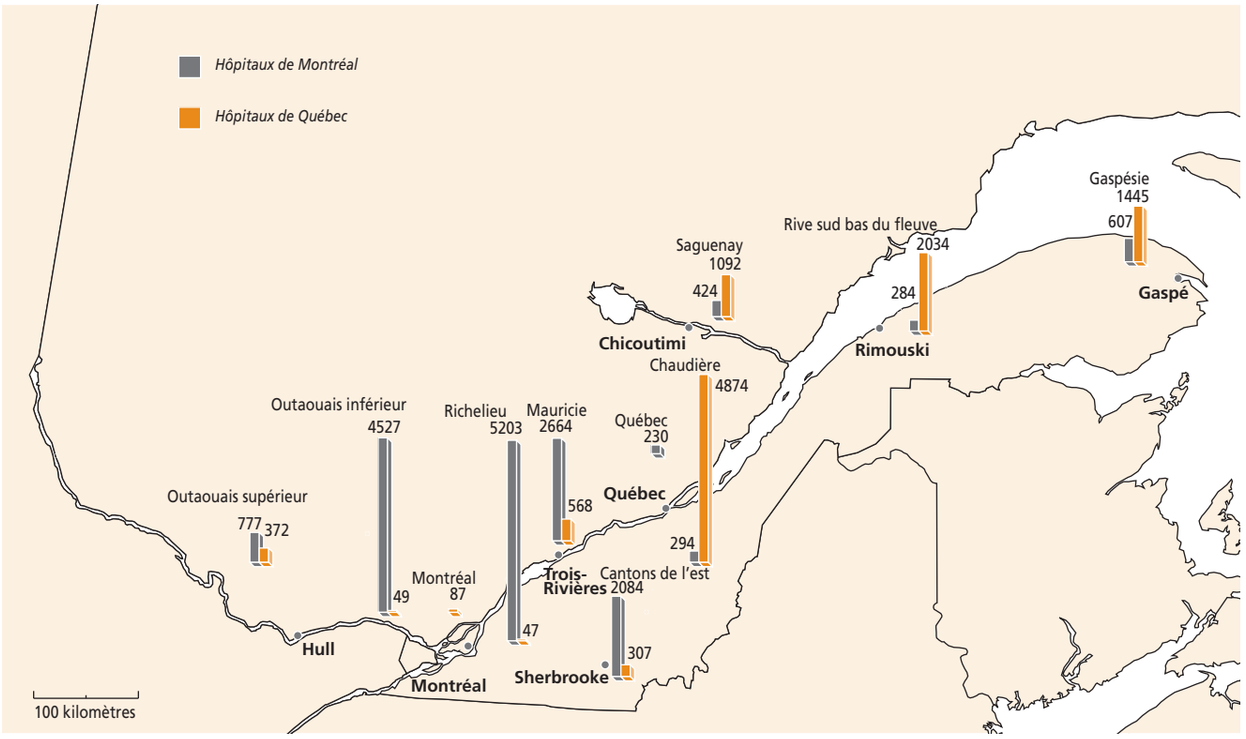
La répartition inégale des services

Comme on peut s'y attendre, les grands centres accueillirent la gamme la plus variée d'établissements. À Québec, mais surtout à Montréal, un processus de diversification et de spécialisation apparut très tôt. La quasi-totalité des petites maternités signalées dans les sources y furent établies. Ce fut le cas également des hôpitaux spécialisés en pédiatrie, dans les « maladies de femmes » ou dans le traitement du cancer. Certains requéraient l'usage de techniques de pointe qui exigeaient un personnel qualifié et des médecins spécialistes, plus faciles à trouver dans les grands centres près des écoles de médecine des universités.

L'éventail des services dits organisés dans les hôpitaux publics en 1939 montre de nettes différences entre les grands centres et les régions. Les services non spécialisés de médecine et de chirurgie générales, les départements de radiographie sont assez également répartis. Il en est de même pour l'obstétrique et la gynécologie, au moment où le Québec enregistre une hausse des naissances à l'hôpital. Par contre, les seuls établissements publics dotés de services organisés de neurologie (13) ou de neuropsychiatrie (11) sont situés sur l'île de Montréal et dans l'agglomération de Québec. On y trouve 16 des 17 hôpitaux dotés de services de cardiologie, et 22 des 24 services de dermatologie. Cela aide sans doute à expliquer que Québec et Montréal, l'un pour l'est du territoire québécois et l'autre pour l'ouest, drainent une clientèle extérieure nombreuse. Ils assument de ce fait un rôle central dans l'organisation hospitalière.

FIGURE 19

Aires de recrutement de la clientèle extérieure des hôpitaux de Montréal et de Québec, 1948



Source : (Québec) province, Enquête sur les services de santé 1948, Tome V, p. 330-335.

Les centres régionaux doivent pour la plupart se contenter d'hôpitaux généraux, exception faite des sanatoriums antituberculeux. Très peu nombreux encore en 1880, ces hôpitaux vont se multiplier au point qu'en 1939, environ 55 % des établissements de toutes catégories sont situés hors des deux principales agglomérations. Les hôpitaux régionaux sont plus petits que ceux des grands centres. Ils ne rassemblent que 36 % des lits et des berceaux, contre 52 % pour l'île de Montréal. Parfois, ils abritent également un hospice pour vieillards, prennent soin d'handicapés, d'incurables, d'enfants trouvés ou d'orphelins. En somme, ils cumulent diverses fonctions. Plusieurs hôpitaux généraux hors de Québec et de Montréal, comme l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, reçoivent des subventions de l'assistance publique dans plus d'une classe d'établissements. Ils perpétuent la tradition de polyvalence des anciens établissements hospitaliers.

Les hôpitaux pour malades mentaux et tuberculeux obéissent à une autre logique qui détermine leur situation à l'écart ou en périphérie des principales agglomérations. Différents arguments médicaux militaient en faveur de l'implantation des sanatoriums antituberculeux à l'extérieur des grands centres. La ville était considérée comme un milieu à la fois favorable à la propagation de la tuberculose et peu propice à la guérison, en raison des conditions de vie difficiles d'une proportion importante des citadins, de la multiplicité des échanges interpersonnels et de l'air vicié. À l'opposé, la campagne ou les petits centres apparaissaient comme des lieux idéaux pour accueillir les sanatoriums ; ils représentaient en quelque sorte l'antithèse du milieu urbain. La qualité de l'air, par exemple, importait beaucoup pour des cures où l'on exposait le patient de longues heures à l'extérieur. À cela, il faut ajouter les craintes de la population à l'égard d'établissements qui, près des habitations, paraissaient menaçants pour la contagion. L'implantation de l'hôpital Laval à Sainte-Foy en banlieue de Québec et du sanatorium Cooke de Trois-Rivières aux abords de l'agglomération obéissaient à ces impératifs.

La répartition inégale des services sur le territoire québécois est en partie attribuable à l'absence d'une politique globale de développement. À la fin des années 1940, une enquête sur les services de santé dénonça cette situation et invita le gouvernement à y remédier[20]. Aussitôt, le gouvernement de Maurice Duplessis fit de la croissance du dispositif hospitalier dans toutes les régions du Québec le fer de lance de sa politique en matière de santé.

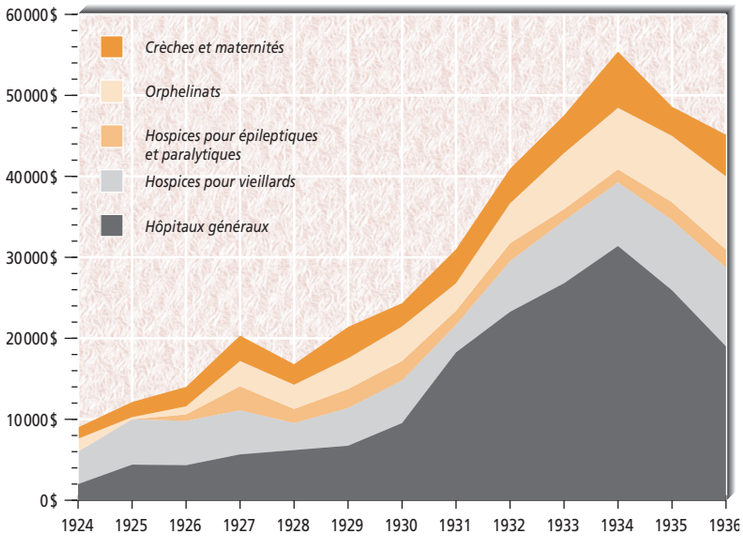
Deux systèmes linguistiques parallèles

Un fort clivage linguistique sépara l'organisation hospitalière québécoise en deux entités, francophone et anglophone, qui se constituèrent en parallèle. Chacune possédait ses caractéristiques propres et son mode d'inscription dans l'espace.

Les communautés anglophones de Québec (1867) et de Sherbrooke (1896) se dotèrent de leur hôpital général. Montréal, bien sûr, accueillit la majeure partie des établissements anglophones. Dès 1819, des philanthropes avaient établi le Montreal General Hospital qui allait être suivi de nombreux autres hôpitaux anglophones. Décalquant la répartition linguistique de la population montréalaise, ils investirent la partie ouest de l'île alors que presque tous les hôpitaux francophones s'établirent dans les parties est et nord. Même pour les hôpitaux spécialisés tels les sanatoriums antituberculeux, les maternités ou les hôpitaux pédiatriques, les deux principales communautés linguistiques se dotèrent de leurs éta-

FIGURE 20

Subventions du service de l'assistance publique à l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières pour l'hébergement et les soins fournis aux indigents, 1924-1936



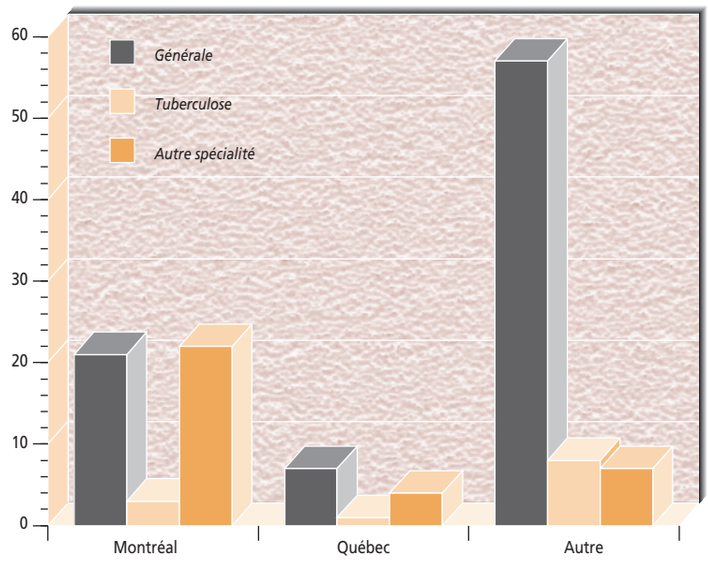
Source : Rapports annuels du Service de l'assistance publique de la province de Québec, années concernées.

blissements. Un exemple illustre de façon particulièrement éloquente la volonté partagée de part et d'autre d'offrir des services complets dans chaque langue : presque simultanément, un hôpital civique pour francophones et un pour anglophones furent organisés dans la décennie 1900-1910, tous deux financés par la municipalité. En 1931, le dédoublement de l'organisation hospitalière montréalaise était systématique pour tous les types d'hôpitaux[21].

Par la propriété et la gestion, par le personnel (entièrement laïque chez les anglophones), par la clientèle, par leur financement (la part des dons dans les revenus était plus élevée chez les anglophones), par la part de la rémunération des employés dans les dépenses globales, les hôpitaux anglophones et francophones affichaient leur différence, très nette.

FIGURE 21

Hôpitaux selon leur vocation, 1939



Source : (Canada) Dominion Bureau of Statistics, A Directory of Hospitals in Canada 1939, 1941.

La propriété des hôpitaux : une diversité sous-estimée

Il est habituel de présenter le système hospitalier d'avant 1960 comme relevant de l'initiative privée. La plupart des établissements appartenaient de fait à des organismes privés laïques ou à des communautés religieuses. L'examen de la propriété des hôpitaux révèle toutefois une diversité dont on a peu fait état à ce jour.

En 1931, les communautés religieuses dominaient du côté francophone avec 61 % des établissements et 66 % des lits. Elles contrôlaient 77 % des hôpitaux francophones hors des deux grandes agglomérations, six sur neuf à Québec, mais seulement cinq sur dix-neuf dans la métropole. Leur poids à Montréal était cependant un peu plus important que ne l'indiquent ces chiffres relatifs à la propriété, car certains, de propriété laïque, étaient en tout ou en partie régis par des communautés religieuses. Cinq des huit hôpitaux dans cette situation en 1931 étaient montréalais. C'était le cas par exemple de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, le premier à adopter ce mode de fonctionnement et souvent cité en exemple, ou de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal qui recevait des enfants.

Le poids considérable des communautés religieuses a eu pour effet de dissimuler aux yeux de divers observateurs la présence de nombreux hôpitaux laïques. Il est bien connu que les grands hôpitaux anglophones appartenaient à des organismes non religieux. Mais il y eut également, surtout à partir de 1910, création de nombreux petits hôpitaux laïques francophones et anglophones publics ou privés qui échappent encore en bonne partie aux investigations. Leur existence, dans bien des cas, fut éphémère. Ils concentraient leurs efforts sur certains types de services, ceux de maternité en particulier. Certains avaient fort bonne réputation et étaient semble-t-il fréquentés par une clientèle aisée. D'autres laissaient à désirer quant à la qualité de leur prestation, malgré les efforts du Collège des médecins et chirurgiens visant à obtenir du gouvernement une réglementation plus sévère à leur égard[22]. Plusieurs de ces établissements furent créés par des médecins. En région, ce fut parfois à la suite de conflits avec la direction religieuse d'un établissement. D'autres ouvrirent leur propre hôpital parce qu'ils n'avaient pas accès aux établissements en place.

Des entreprises étaient aussi propriétaires d'hôpitaux. Elles offraient à leurs employés et à leurs familles les services d'hospitalisation et de consultation externe. Leurs hôpitaux étaient établis dans de petites villes où elles étaient généralement le principal employeur. Plusieurs étaient dispersés à la périphérie des secteurs habités, là où existait une importante activité minière ou papetière. Des hôpitaux d'entreprises furent établis à Shawinigan (1908), à Grand-Mère (1921), à Clarke City (voisin de Sept-Îles, 1924), à Arvida (1927), à Asbestos (1929) et dans quelques petites localités (sur la Côte-Nord, en Outaouais). À

plusieurs endroits, les entreprises choisirent plutôt d'appuyer la création d'hôpitaux publics par le clergé en offrant une aide financière.

Pour des fonctions précises, il arrivait aussi que les pouvoirs publics prennent directement en charge des hôpitaux. Ainsi, les hôpitaux « civiques », voués à l'isolement des personnes atteintes de certaines maladies contagieuses, étaient généralement mis sur pied par les municipalités. La plupart, de dimensions fort modestes, souvent une maison louée pour l'occasion, étaient éphémères. Durant les retours périodiques de la variole et l'épidémie d'influenza de 1918, des hôpitaux civiques temporaires furent ainsi créés. Dans trois villes seulement, Montréal, Québec et Sherbrooke, des hôpitaux civiques permanents furent établis.

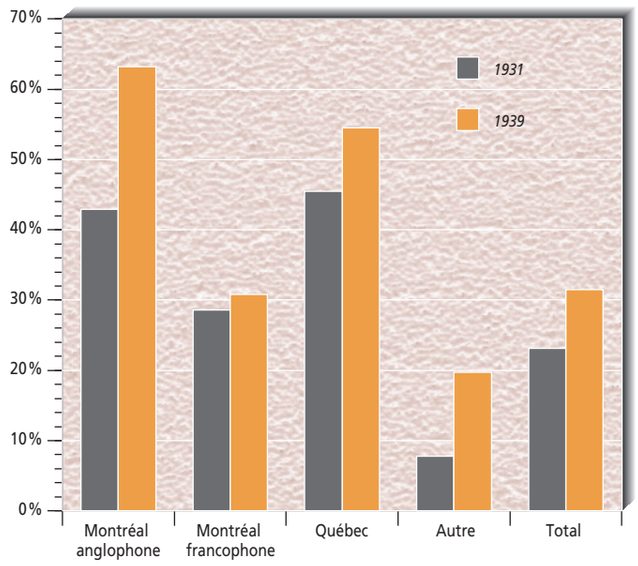
Bien qu'il soit devenu un important bailleur de fonds à partir de 1921, l'État québécois ne fut que très exceptionnellement propriétaire d'hôpitaux avant les réformes des années 1960 et 1970. Quant au gouvernement fédéral, il joua un rôle encore mal connu dans l'organisation hospitalière. L'acte confédéral de 1867 l'avait rendu responsable des questions touchant l'immigration et l'armée. Aussi avait-il sous sa juridiction les hôpitaux de quarantaine des immigrants, comme celui de la Grosse-Île en aval de Québec, de même que ceux qui étaient spécialement destinés aux soldats et aux anciens combattants. Là où il ne mettait pas sur pied de tels établissements, il s'entendait par contrat avec l'administration d'hôpitaux généraux ou spécialisés. Durant les deux conflits mondiaux, son activité dans le domaine hospitalier s'accrût considérablement, pour diminuer en temps de paix. Pendant la Première Guerre mondiale par exemple, il prit temporairement le contrôle de deux sanatoriums antituberculeux québécois et les agrandit considérablement. En 1917, le gouvernement fédéral ouvrit un hôpital à Sainte-Anne-de-Bellevue, sur l'île de Montréal. Trois ans plus tard, il offrait 460 lits d'hôpital général et 266 lits pour maladies mentales, ce qui en faisait l'un des plus imposants établissements du Québec.

L'influence grandissante de la médecine sur l'organisation de l'hôpital

Les médecins acquirent graduellement plus de pouvoir dans l'hôpital, même si celui-ci demeura généralement sous l'autorité d'administrateurs non médicaux. Un peu partout, ils cherchèrent à obtenir la modernisation des équipements, l'ouverture de nouveaux services et des soins plus conformes aux avancées de la science médicale. Aussi intervinrent-ils fréquemment auprès de la direction des établissements.

FIGURE 22

Proportion d'hôpitaux approuvés par l'American College of Surgeons, 1931 et 1939



Sources : Recensement du Canada, 1931, et (Canada) Dominion Bureau of Statistics, A Directory of Hospitals in Canada 1939, 1941.

L'ascendant des médecins dans l'hôpital

Les médecins se donnèrent un outil pour exercer des pressions : les « bureaux médicaux » formés du regroupement des médecins d'un établissement. Un peu plus de la moitié des hôpitaux publics étaient dotés d'un tel bureau en 1939. C'est en bonne partie par cette voie que les médecins desservants transmettaient à la direction leurs vœux et leurs revendications.

L'étude des rapports entre les bureaux médicaux et les autorités hospitalières reste à faire, ce qui permettrait notamment chez les francophones de mieux cerner l'évolution des positions respectives des médecins et des communautés, et la montée de l'influence des médecins sur l'organisation de l'hôpital. Quelques études de cas permettent toutefois de s'en faire une idée. Par exemple, à l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, les religieuses propriétaires cherchèrent dans un premier temps à contrôler le bureau médical créé en 1890. La directrice de l'hôpital assistait aux réunions du bureau, que présidait l'évêque du diocèse de Trois-Rivières. Ces réunions étaient par ailleurs peu fréquentes. Avec le temps, le bureau s'autonomisa et adressa nombre de revendications aux religieuses : création de nouveaux services médicaux par exemple, achat d'équipements « modernes », ou construction d'un nouvel hôpital qui répondrait mieux aux exigences de la médecine hospitalière.

Après la Première Guerre mondiale, de fortes pressions s'exercèrent aux États-Unis et au Canada en faveur de la constitution de bureaux médicaux, en particulier à travers le programme d'accréditation (*standardisation*) des hôpitaux de l'American College of Surgeons (ACS). Pour relever le niveau scientifique des hôpitaux, l'ACS allait décerner une approbation à ceux qui respecteraient certaines normes d'organisation. Aucune approbation n'était accordée sans la présence d'un bureau médical tenant régulièrement des assemblées. Cette approbation fut vivement recherchée par les autorités hospitalières : en garantissant

auprès de la population la qualité des services offerts, elle aidait à recruter une clientèle payante pour relever les revenus de l'hôpital. Durant les années 1930, les hôpitaux anglophones de Montréal et les hôpitaux de Québec jouissaient de l'approbation de l'ACS dans une proportion plus élevée que les établissements francophones montréalais et ceux des autres villes. Sans doute faut-il y voir la preuve d'une médicalisation plus avancée.

La direction des hôpitaux devait tenir compte, au moins en partie, des recommandations des médecins. On l'a vu, les sommes versées par les patients étaient devenues une source majeure de revenus à partir des premières décennies du XX^e siècle. Or, ces patients payants étaient dans bien des cas acheminés vers l'hôpital par les médecins qui, de ce fait, disposaient d'un argument de poids dans leurs demandes, particulièrement là où régnait une concurrence entre hôpitaux pour le recrutement de la clientèle. À Trois-Rivières, la communauté religieuse propriétaire du principal hôpital général de même que l'évêque prêtèrent une oreille plus attentive aux requêtes du « bureau médical » après qu'un médecin eût ouvert un petit hôpital concurrent en 1912 et ait obtenu de différentes entreprises locales que leurs employés blessés au travail y soient hospitalisés. À plus forte raison, pareille émulation devait jouer à Montréal où étaient concentrés une forte proportion des hôpitaux privés.

Dans le cas des hôpitaux francophones de la métropole tenus par des communautés religieuses, un autre puissant incitatif à la modernisation pouvait jouer : la crainte de voir la clientèle catholique prendre le chemin des établissements protestants dont la réputation scientifique était souvent meilleure. Or, diverses sources indiquent que bon nombre de catholiques se faisaient hospitaliser dans ces établissements. Lors d'une campagne de financement au milieu des années 1920, la direction des hôpitaux anglo-protestants de Montréal révéla que 31 % des malades qu'ils recevaient étaient catholiques (Dubé, 1928). Certains médecins francophones usèrent de cet argument pour exiger le développement plus rapide du dispositif hospitalier francophone. Ce fut le cas par exemple de l'influent Joseph-Edmond Dubé, qui se permit même de critiquer la tendance des principales communautés hospitalières québécoises à établir des hôpitaux ailleurs au Canada et aux États-Unis. Il argua que, par manque de lits, les Montréalais catholiques devaient se faire soigner dans des établissements protestants (Dubé, 1932). Il souligna aussi que ces derniers étaient mieux équipés. De plus en plus, le maintien des communautés religieuses à la tête des établissements allait devenir fonction de leur capacité à délivrer des services conformes aux exigences de la science médicale.

L'influence accrue des médecins dans l'hôpital reposait sur d'autres facteurs également. Le halo grandissant de prestige et d'honorabilité attaché aux sciences conférait aux revendications des médecins une légitimité qui en faisait des interlocuteurs de poids auprès des administrations d'hôpitaux. En continuant d'offrir leur soins gratuitement aux indigents, ils contribuaient à assurer une continuité à la tradition caritative chère aux groupes philanthropiques et aux communautés religieuses propriétaires. L'aide ainsi fournie non seulement aux indigents, mais aussi aux hôpitaux qui les accueillaient, commandait un certain respect.

Un personnel plus qualifié

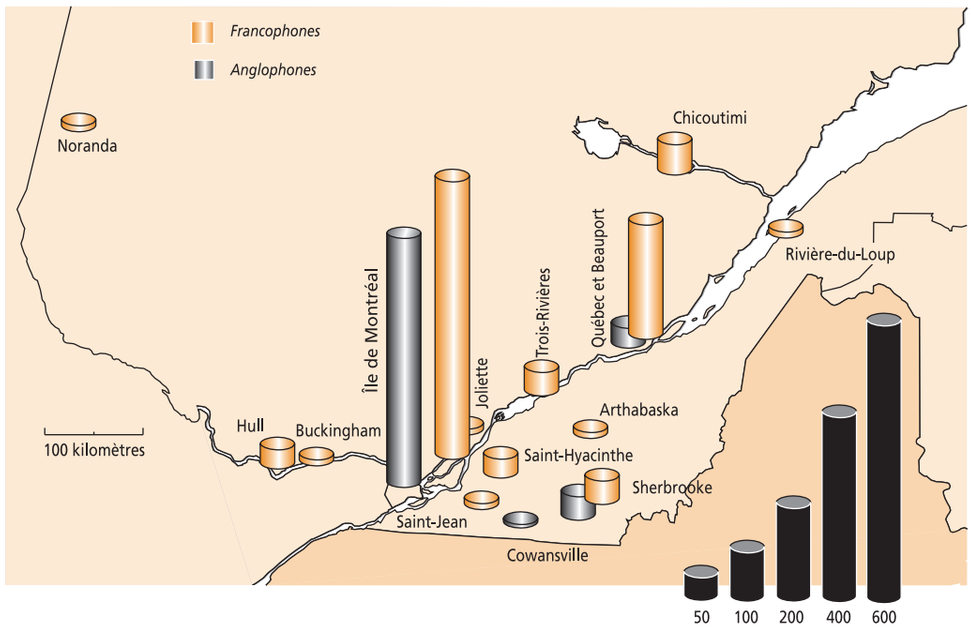
Un autre indice de la médicalisation du milieu hospitalier réside dans la présence aux côtés du médecin d'un personnel auxiliaire qualifié pour exécuter des tâches requérant une formation scientifique et technique.

Au XIX^e siècle, le soin des malades était confié aux religieuses et à des auxiliaires qui apprenaient le métier à peu près sans préparation théorique. Vers le tournant du siècle, les médecins d'hôpitaux se mirent à réclamer l'engagement d'un personnel infirmier spécialement formé pour les seconder auprès des malades. Comme ce personnel n'existait pas, il fallait créer des écoles. Les médecins pressèrent la direction des hôpitaux d'offrir une telle formation. Les premières écoles furent ouvertes dans des hôpitaux anglophones durant la décennie 1890-1900 — on compte huit écoles anglophones en 1900 pour une seule francophone — , puis, à compter du début du XX^e siècle, les principaux établissements francophones se dotèrent de leur école. D'après le recensement du Canada de 1931, pas moins de 42 écoles existaient au Québec. Elles accueillaient alors 1 795 élèves dont le tiers dans des écoles anglophones.

Dans un premier temps, le développement des écoles d'infirmières se fit sans aucune coordination[23]. Les écoles étaient créées pour répondre à des besoins d'abord locaux, en fait le plus souvent ceux de l'hôpital même en personnel qualifié, ce qui aide à expliquer leur dispersion sur le territoire. Chaque hôpital décernait des diplômes-maison et le contenu des cours de même que la durée de la formation variaient d'une école à l'autre. Mais le besoin d'assurer une certaine uniformisation se fit sentir assez rapidement. La mobilité du personnel infirmier d'un établissement à l'autre exigeait que les diplômes décernés à un endroit soient reconnus ailleurs. De plus, les infirmières espéraient obtenir une reconnaissance de la spécificité de leurs compétences qui les distinguerait des autres employés. Pour cela, l'établissement de normes minimales d'enseignement s'avérait indispensable.

FIGURE 23

Nombre d'élèves dans les écoles d'infirmières anglophones et francophones en 1931



Source : Recensement du Canada, 1931.

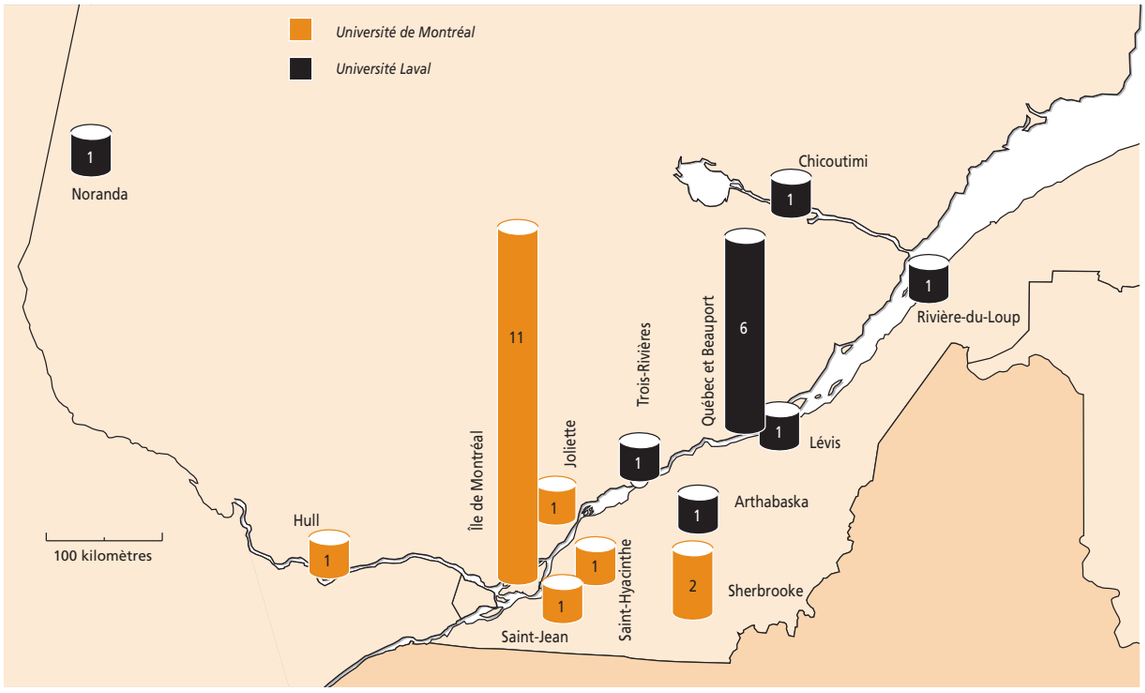
L'uniformisation partielle des programmes s'effectua en bonne partie durant les années 1920. L'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec, incorporée en 1920, allait définir un cursus auquel nombre d'écoles adhérèrent. Plusieurs aussi, à partir de la décennie 1920-1930, s'affilièrent aux facultés de médecine francophones qui établirent leur propre cursus. Les universités Laval et de Montréal se partagèrent le territoire québécois en deux entités est-ouest. Rapidement, la préparation et la correction des examens échappèrent aux écoles d'hôpitaux. Par contre, l'organisation et la direction des écoles allaient demeurer pour longtemps, au Québec comme dans le reste du Canada et aux États-Unis, le plus souvent sous la responsabilité des hôpitaux, et ce, même si des études recommandèrent d'intégrer cette formation dans le système général d'enseignement[24].

Le besoin d'un personnel spécialisé se fit sentir non seulement pour les soins directs aux malades, mais aussi pour l'exécution d'autres tâches, notamment le maniement d'appareils permettant au médecin d'établir ou de confirmer le diagnostic : travaux de laboratoire, radiographies… La composition même des repas allait devenir graduellement une tâche réservée à un personnel spécialement formé. Ainsi, en 1939, 55 diététiciennes diplômées étaient à l'emploi d'hôpitaux, dont 73 % à Montréal et 58 % dans des hôpitaux anglophones.

L'expansion des infrastructures hospitalières depuis les dernières décennies du XIX^e^ siècle se double donc d'un processus de médicalisation marqué. À partir des années 1920, l'État en vient à soutenir ces transformations et même à les orienter discrètement. Il n'assure toutefois aucune coordination d'ensemble et laisse au secteur privé le développement du dispositif hospitalier. Chez les francophones, l'épiscopat exerce un certain contrôle là-dessus au niveau régional, mais il doit composer avec l'activité d'autres intervenants. On pense ici par exemple aux communautés religieuses, pas toujours soumises à l'autorité épiscopale, aux médecins qui deviennent plus revendicateurs, ou à l'État bailleur de fonds. Divers facteurs socio-économiques et démographiques jouent aussi sur la formation du dispositif hospitalier. Ils expliquent en bonne partie les principaux clivages observés, à savoir la relative rareté des services spécialisés à l'extérieur des deux grandes agglomérations et le partage en deux groupes linguistiques.

FIGURE 24

Écoles d'infirmières affiliées aux universités Laval et de Montréal en 1939



Source : (Canada) Dominion Bureau of Statistics, A Directory of Hospitals in Canada 1939, 1941.

CONCLUSION

Le développement des grands appareils sanitaires au Québec jusqu'en 1945 participe d'un même mouvement : celui des gains en influence d'une profession médicale qui amène progressivement les autres groupes sociaux à partager ses vues sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la santé de la population. Cela ne se fait pas sans heurts et ne constitue certes pas un processus rectiligne : les médecins eux-mêmes sont divisés, leurs projets rencontrent de fortes oppositions, ils doivent accepter nombre de compromis… Une périodisation en trois grandes étapes se dégage tout de même assez clairement de ce cheminement.

Avant les années 1870-1880, les équipements et mesures sanitaires sont d'envergure modeste. L'influence des médecins auprès des autorités publiques et hospitalières demeure assez mince. Ils ne parviennent d'ailleurs pas à obtenir la création d'organismes d'hygiène publique permanents. D'autres mesures qu'ils réclament (quarantaines de vaisseaux, vaccinations) sont tout de même adoptées. Ils obtiennent également l'organisation d'un enseignement clinique de la médecine dans les hôpitaux et ils participent à la mise sur pied d'établissements spécialisés dans le traitement de clientèles particulières. Même si cela ne se traduit pas encore par une réorganisation majeure du domaine de la santé, la profession médicale y acquiert durant cette période un statut privilégié et jette ainsi les bases de son ascendant futur.

C'est autour de la décennie 1880-1890 que la formation des grands appareils sanitaires québécois s'amorce vraiment. L'élite médicale québécoise obtient du gouvernement la mise en branle d'un vaste projet d'organisation de l'hygiène publique. Le dispositif hospitalier va croître rapidement et surtout se transformer : les services offerts, l'organisation physique de l'hôpital, son financement, son personnel, sa clientèle même sont progressivement adaptés aux nouvelles exigences de la médecine. On est cependant encore loin des objectifs visés par la profession médicale. Le développement de la médecine hospitalière entraîne des dépenses que peinent à défrayer les hôpitaux, et ce, malgré la hausse majeure des revenus issus de la nouvelle clientèle de patients payants. Quant aux ressources publiques allouées à l'hygiène, elles sont nettement insuffisantes pour vaincre les résistances rencontrées au sein de la population, des administrations municipales chargées de la mise en œuvre et même de certains médecins.

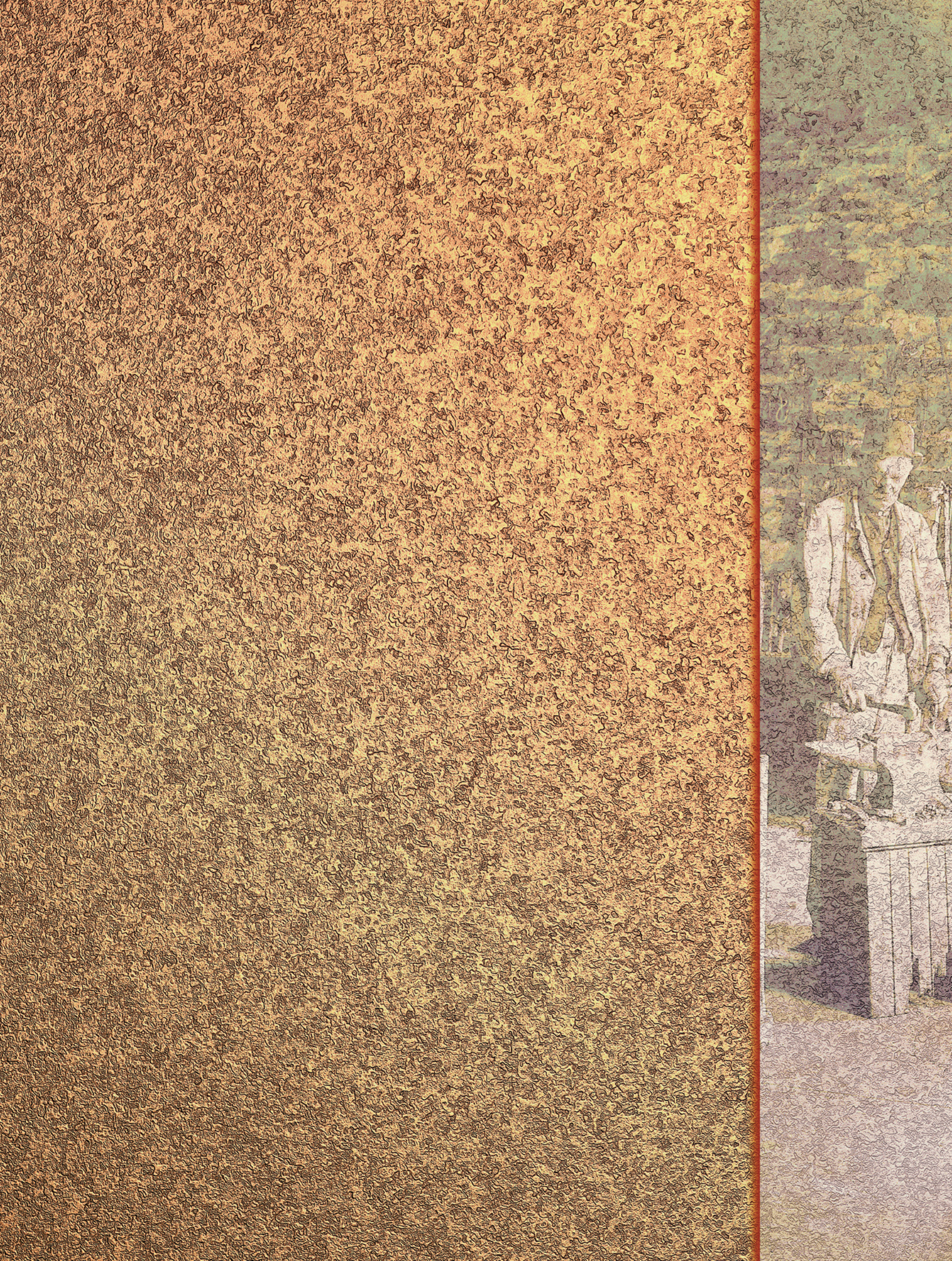
Les années qui suivent la fin de la Première Guerre mondiale constituent une autre charnière décisive. Qu'il s'agisse de l'hygiène publique ou des hôpitaux, l'État accroît substantiellement son effort financier. Par de nouveaux programmes, il affermit son contrôle sur les activités d'hygiène publique et il se donne des outils pour desservir l'ensemble du territoire québécois et y propager les idées hygiénistes. Il soutient la croissance du dispositif hospitalier et, de façon plus diffuse mais sensible, il cherche à l'orienter de sorte que les services offerts s'ajustent aux avancées de la science médicale. L'absence d'une planification d'ensemble laisse toutefois la porte ouverte à différents clivages.

Enfin, les années d'après-guerre seront marquées par l'accumulation de tensions au sein du monde hospitalier : hausse vertigineuse des coûts de construction et de fonctionnement, incapacité d'une partie de la population à assumer les frais d'hospitalisation, revendications grandissantes du personnel en voie de laïcisation rapide, contestation du rôle prédominant du clergé… Elles mèneront à la prise en charge du dispositif hospitalier par l'État dans les années 1960 et 1970, prise en charge déjà réalisée dans le domaine de l'hygiène publique.

TABLEAU 1

Rôle des intervenants dans le développement du dispositif hospitalier et l'évolution interne des hôpitaux au Québec, XIXe siècle jusqu'à 1945

DÉVELOPPEMENT DU DISPOSITIF	INTERVENANTS	ÉVOLUTION INTERNE DE L'HÔPITAL
Exercent un certain contrôle dans leur diocèse. Autorisent les implantations par des communautés religieuses. Généralement en font la demande.	**Évêques**	Peuvent exercer des pressions sur les communautés, proposer des transformations.
Ouvrent des hôpitaux un peu partout sur le territoire. L'aire d'action de certaines en vient à dépasser largement le Québec.	**Communautés religieuses**	Elles sont maîtres dans leurs établissements, mais, au XXe siècle, elles doivent tout de même tenir compte des pressions d'autres intervenants.
Avant 1921, influence nulle sauf pour les maladies mentales. Par la suite, aide et oriente en partie la croissance et la modernisation en usant des fonds publics comme d'un levier.	**Gouvernement du Québec**	Peu d'autorité. Mais à partir de 1921 exerce une influence sur l'organisation des services dans les hôpitaux publics par une tarification différentielle des soins donnés aux indigents et par l'attribution d'octrois discrétionnaires.
Créent des hôpitaux pour les immigrants (quarantaine notamment), les marins malades et les soldats. Contrats de service avec des hôpitaux qui appartiennent à d'autres intervenants. Surcroît d'activité durant les deux guerres mondiales.	**Gouvernements fédéral et du Bas-Canada**	Maître dans ses établissements. Ailleurs, influence minime sauf durant le Seconde Guerre mondiale à travers les mesures de guerre : contrôle de l'affectation du personnel, des matériaux de construction, des denrées alimentaires, etc.
Mettent sur pied des hôpitaux civiques. Participation au financement d'autres hôpitaux surtout à la suite de l'adoption de la Loi de l'assistance publique en 1921. Contribuent également aux frais d'hospitalisation dans les établissements pour maladies mentales à partir de 1880.	**Municipalités**	Diffère d'un hôpital civique à l'autre, selon les modes de gérance adoptés.
Au XXe siècle, créent des hôpitaux généraux dans des villes de ressources qui en sont dépourvues. Ailleurs, contribuent parfois financièrement.	**Grandes entreprises**	Maîtres dans leurs établissements. Ailleurs, jouent un rôle mal connu relié aux accidents du travail : ententes avec des hôpitaux sous la forme d'assurances collectives pour leurs employés, recherche de services d'urgence efficaces… Ont des besoins spécifiques que les hôpitaux chercheront à combler.
Créent et administrent des hôpitaux, particulièrement chez les anglophones. Collectent des fonds, font pression sur les autorités publiques.	**Groupes philanthropiques**	Leur autorité diffère selon qu'ils confient ou non la gestion quotidienne à des communautés et selon la place que prennent les médecins dans les processus décisionnels. Ont la haute main sur le financement et sur les grands choix relatifs aux constructions et aux agrandissements.
Certains créent de petits hôpitaux privés, surtout à partir de la décennie 1910-1920. Font pression sur les autres intervenants pour obtenir croissance et modernisation.	**Médecins**	Maîtres dans leurs petits hôpitaux privés. Ailleurs interviennent auprès des autorités à titre personnel ou de groupe lorsqu'ils forment un « bureau médical ». Leur influence va grandissante même si elle ne se traduit pas souvent par une prise de contrôle de la direction dépassant les questions d'ordre médical.
Pas d'influence directe sur l'évolution du dispositif hospitalier. La laïcisation graduelle du personnel et la croissance consécutive des dépenses en rémunérations, la syndicalisation et les luttes pour l'amélioration des conditions de travail à partir des années 1930 et 1940 appelleront toutefois des réformes majeures.	**Personnel autre**	Avant le début des années 1940, est à peu près totalement soumis au pouvoir des autorités ou des médecins.
Influence probablement minime. Difficile à préciser en l'absence d'études.	**Compagnies d'assurances**	À partir des années 1940, alors que se développent rapidement les programmes d'assurance-hospitalisation privés, exercent une influence vraisemblablement majeure sur la gestion des services, les admissions, la durée des séjours… Ce phénomène demeure en bonne partie mal connu.
Sa croissance et sa concentration dans les villes jouent un grand rôle dans l'expansion et la distribution spatiale des services hospitaliers. Sa perception des questions hospitalières importe aussi puisque les politiciens en tiennent compte, cherchent à l'orienter et à la rentabiliser à des fins électorales.	**Population en général**	Si elle n'exerce aucun pouvoir direct dans les établissements, ses attentes ont sans doute influé sur leur évolution interne. Depuis quelques années, cette question attire beaucoup l'attention des spécialistes en histoire de la médecine.



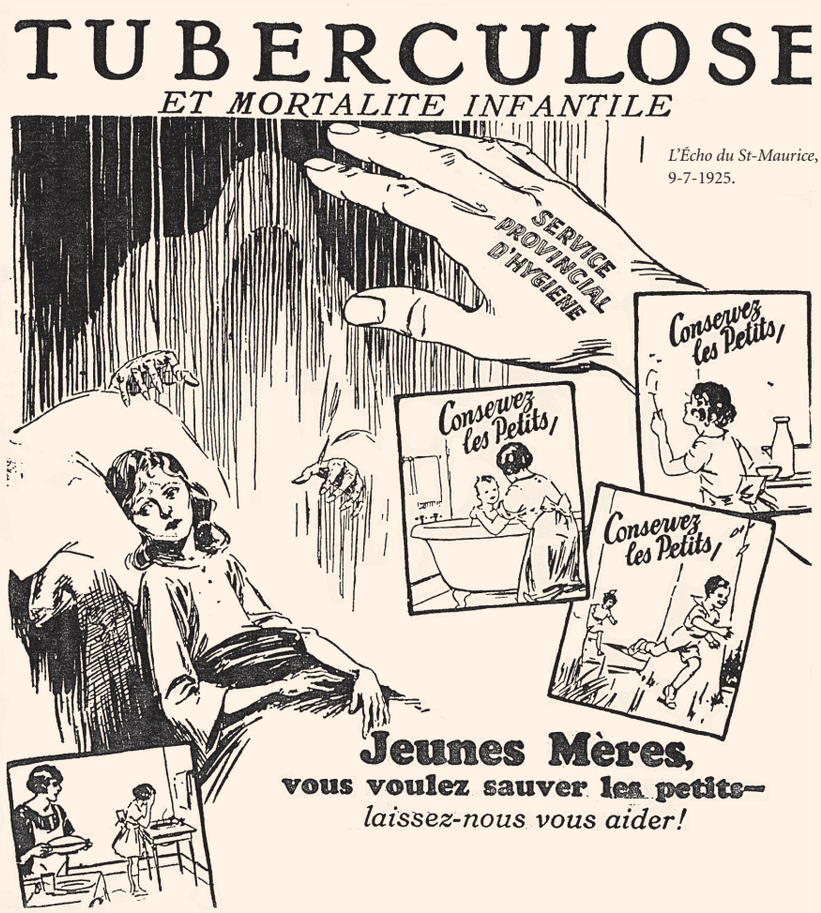
LES ENFANTS, PRINCIPALE PRÉOCCUPATION DES HYGIÉNISTES

« Frapper l'esprit de la population »

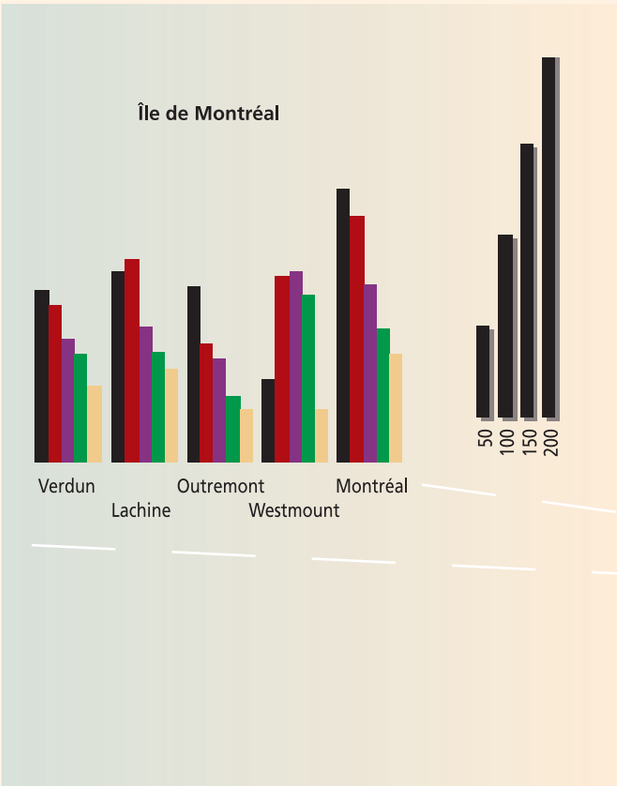
(directeur du SPH, rapport du SPH pour l'année 1923-1924, p. 8)



L'Écho du St-Maurice, 14-5-1925.



L'Écho du St-Maurice, 9-7-1925.



La maternité sous l'oeil des hygiénistes

Les hygiénistes entendaient amener les mères à modifier la façon dont elles prenaient soin de leurs enfants, tout particulièrement des nourrissons. Ils investissaient ainsi un terrain traditionnellement réservé aux femmes.

Le SPH lança en 1923 une grande campagne de lutte contre la mortalité infantile. Il mit l'accent sur l'éducation hygiénique des mères et souligna le rôle capital qui leur était dévolu dans la sauvegarde des enfants et l'édification d'une nation saine. Sa brochure, *Principes d'hygiène*, publiée au moment du lancement de la campagne et rééditée par la suite, livre les recommandations les plus fréquentes concernant l'alimentation, les attitudes à adopter devant la maladie, les habitudes antihygiéniques… On insiste sur les vertus du lait maternel, considéré comme moins à risque pour la transmission des maladies infectieuses. Les « sirops calmants » sont proscrits : plusieurs contenaient de la morphine ou de l'opium. L'habitude de cracher au sol est vigoureusement combattue. On vante les mérites de la propreté. Surtout, les femmes sont incitées à quérir leurs directives des médecins, à fréquenter l'hôpital et le dispensaire, à faire examiner leur enfant… Pour les hygiénistes, l'amélioration de la situation sanitaire chez les enfants passait ainsi par la médicalisation de la maternité et de l'éducation.

Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.







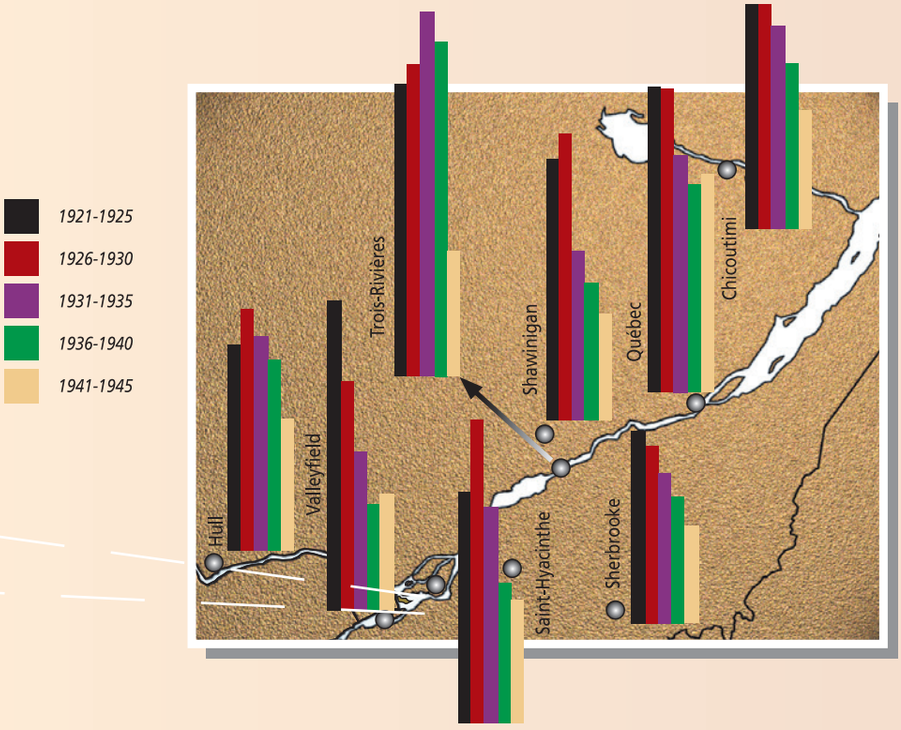






La baisse de la mortalité infantile dans les principales villes du Québec Évolution par tranches de cinq ans, de 1921 à 1945

(Municipalités de 15 000 habitants et plus en 1941)

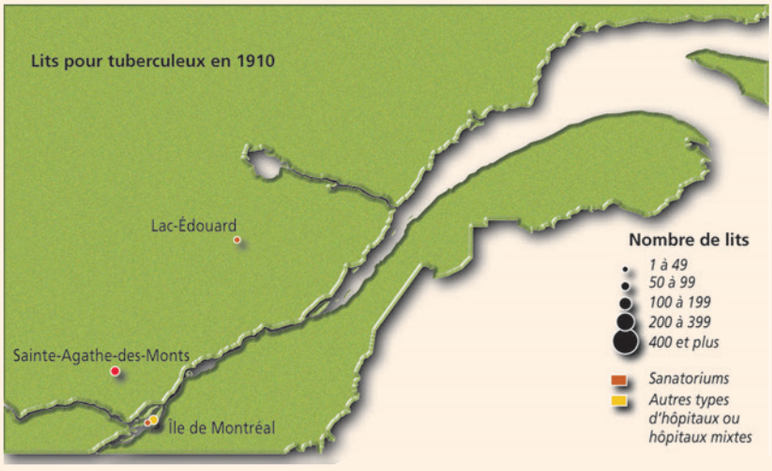


La réduction de la mortalité infantile représente le principal cheval de bataille des hygiénistes. Et pour cause : en 1915, par exemple, plus d'un décès sur trois au Québec survient avant l'âge de un an. En 1945, cette proportion avoisine un sur cinq. Le recul de la mortalité infantile fut à peu près constant durant la première moitié du XX^{e} siècle. En une vingtaine d'années, de 1921 à 1945, elle reflua considérablement dans les principales villes du Québec, bien souvent de plus de la moitié. La crise des années 1930 ne semble pas avoir eu d'effet majeur, sauf peut-être à Westmount et à Trois-Rivières. Dans ce dernier cas, le maintien de taux de mortalité très élevés était dû aux nombreux décès survenus à la crèche. Tout au long de la période, Québec fait plutôt mauvaise figure.

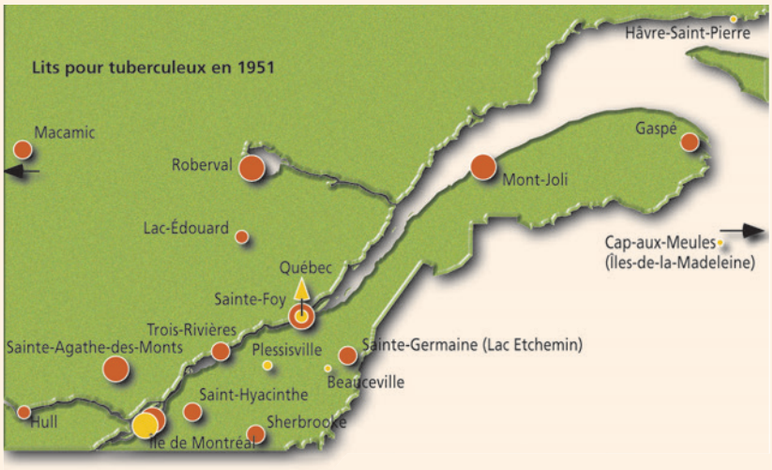
(Canada) Bureau de la statistique, *Statistiques vitales, 1946*, tableau 13, p. 29.

UNE LUTTE À FINIR CONTRE LA TUBERCULOSE

Les lits pour tuberculeux en 1910, 1931 et 1951







Sources: Québec (province), *Rapport de la Commission royale de la tuberculose*, 1910.
Recensement du Canada, 1931.
Canada, Bureau fédéral de la statistique, *Institutions pour tuberculeux 1951.*

Des lits pour tuberculeux dans toutes les régions

Le développement du dispositif hospitalier antituberculeux constitue un cas à part. Dès les années 1920, la volonté d'offrir la cure sanatoriale dans toutes les régions du Québec fait surface, et les efforts de planification apparaissent plus tôt que pour les autres types d'hôpitaux. L'État joue un rôle plus actif aussi. Avant que les gouvernements interviennent, fort peu de lits sont disponibles. Durant la Première Guerre mondiale, le gouvernement fédéral prend temporairement le contrôle de deux sanatoriums et les agrandit. Par la suite, les fonds de l'assistance publique sont utilisés pour stimuler la construction de sanatoriums et leur agrandissement. Une très large majorité des tuberculeux hospitalisés relèvent de l'assistance publique. De plus, en 1948, le ministère de la Santé divise le Québec en onze régions sanatoriales où il confie le contrôle de la lutte antituberculeuse au directeur médical de chaque sanatorium, désormais rattaché au ministère.

Amener le tuberculeux au sanatorium

Durant les années 1920, le SPH publia dans les journaux une série d'encarts promouvant la lutte antituberculeuse. Dans celui-ci, il cherche à encourager les tuberculeux à recourir à l'hospitalisation dans les sanatoriums : une infirmière aux bras accueillants les y attend. Plusieurs malades hésitent à quitter leur domicile et à s'engager dans la longue cure sanatoriale. Il n'empêche que, durant toute la période qui va de 1925 à 1951, les sanatoriums furent en permanence à peu près pleins



L'Écho du St-Maurice, 23-7-1925.

L'appui des dirigeants politiques et religieux



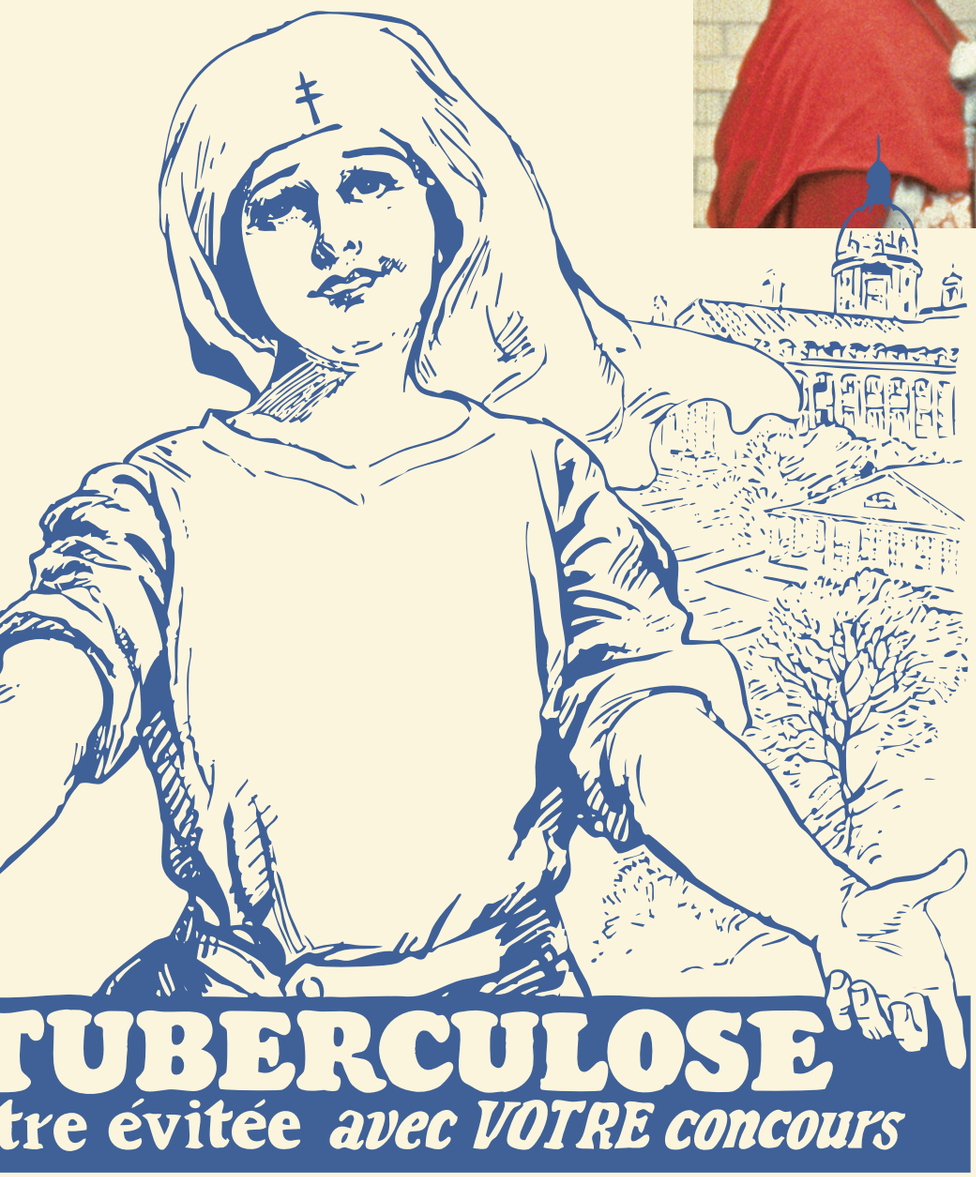
Il me fait plaisir, particulièrement plaisir, d'avoir eu l'occasion comme chef du gouvernement de participer, généreusement je le crois, à la réalisation de ce sanatorium. Nous avons accordé, à même l'argent du peuple, des montants se chiffrant à plus d'un million de dollars. Et c'est un placement. Ça n'est pas une dépense, parce que l'argent que l'on attribue à la sauvegarde de la santé physique et à la protection de la santé morale constitue le meilleur placement parce qu'il garantit des dividendes de patriotisme et assure la survivance et la prospérité, le progrès et le bien-être des générations futures.

Nous avons ici le député fédéral (...), je le charge de remercier le gouvernement fédéral de la contribution qu'il a apportée et de dire à ses amis d'Ottawa que le gouvernement du Québec est toujours heureux de coopérer avec les autorités fédérales quand ç'a du bon sens et que c'est dans l'intérêt public.

Film Ouverture officielle du Sanatorium de Macamic par l'Honorable Maurice L. Duplessis le 3 septembre 1950.
Archives nationales du Québec, Centre d'Archives de Québec et Chaudière-Appalaches.



... en cette circonstance solennelle où, une fois de plus, se trouve affirmée l'union si merveilleuse qui existe entre l'Église et l'État dans cette province.



Pour obtenir la construction de sanatoriums, les médecins s'assurent divers appuis. Celui des politiciens s'avère nécessaire pour le financement, celui du clergé pour la direction des établissements et une fourniture de services peu coûteuse. Politiciens et clergé en tirent eux aussi quelque avantage. Les allocutions de Maurice Duplessis, premier ministre, et de M^gr^ Desmarais, évêque d'Amos, lors de l'ouverture officielle en 1950 du sanatorium de Macamic en Abitibi sont à cet égard révélatrices. Monsieur Duplessis fait sien le discours des hygiénistes sur la prospérité et le bien-être des populations, auxquels il associe son gouvernement en soulignant le rôle qu'il a joué dans la construction du sanatorium. Toujours prompt à défendre le principe de l'autonomie du Québec, il profite aussi de l'occasion pour lancer un message moqueur aux politiciens fédéraux. Quant à M^gr^ Desmarais, dans une période où diverses voix commencent à remettre en cause la position prédominante du clergé dans les services hospitaliers et sa collusion avec le gouvernement Duplessis, il réaffirme avec panache la grandeur de l'union de l'Église et de l'État au Québec.

La cure sanatoriale

Avant l'introduction des antibiotiques dans les années qui suivirent la Seconde Guerre mondiale, le traitement de la tuberculose reposait essentiellement sur la cure sanatoriale et, à partir des années 1920, diverses chirurgies. Les principaux éléments de la cure étaient le repos, l'air pur et une alimentation contrôlée. Les réalisateurs d'un film tourné en bonne partie à Maskinongé en 1944 illustrent ce dernier aspect en montrant un médecin qui examine attentivement le repas apporté par une infirmière.

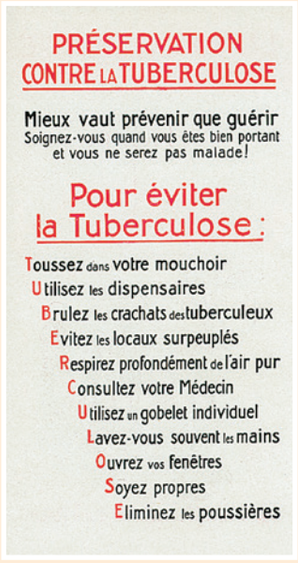


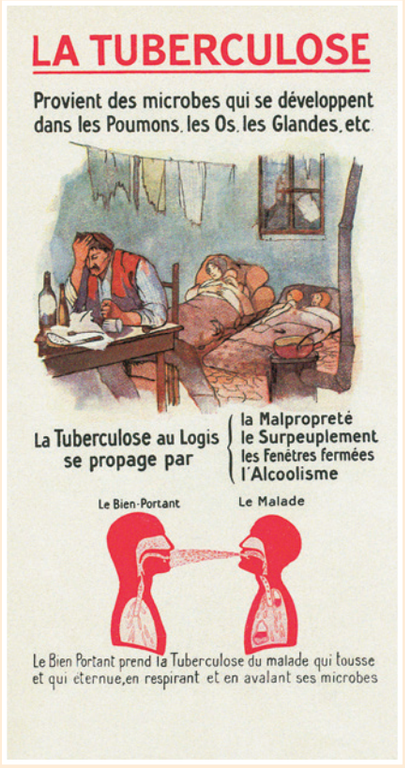
Film Notre ville nous appartient, Associated Screen Studios pour la Province de Québec avec la participation du personnel de l'unité sanitaire de Maskinongé, 1947.
Archives nationales du Québec, Centre d'Archives de Québec et de Chaudière-Appalaches.

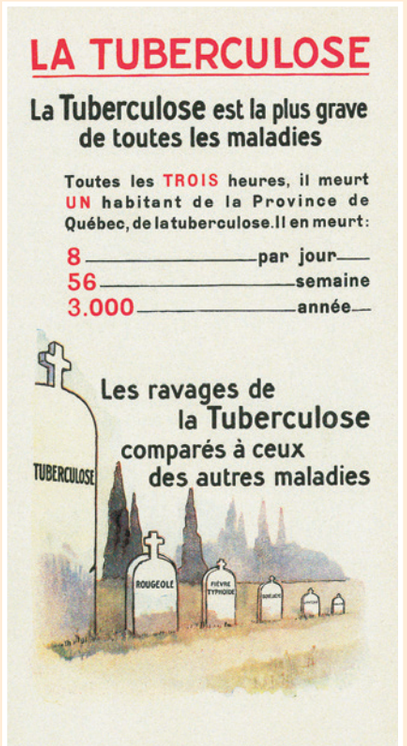
Sensibiliser la population aux moyens de prévenir et de guérir la maladie

Le SPH lance en 1923 un programme de lutte antituberculeuse qui repose essentiellement sur la création de dispensaires dans plusieurs villes. Outre le dépistage et, dans certains cas, le traitement, ces derniers ont pour tâche d'éduquer la population à modifier ses comportements devant la terrible maladie. Une vigoureuse campagne d'information soutient l'ouverture des dispensaires. La brochure *Principes d'hygiène* souligne l'étendue des ravages de la tuberculose au Québec, livre quelques explications sur sa propagation et précise les moyens de s'en prémunir, de la dépister et de la traiter. À remarquer : la présentation dramatique du problème ; l'association avec la pauvreté et l'alcool ; l'importance de recourir aux services des médecins, des dispensaires et des sanatoriums.





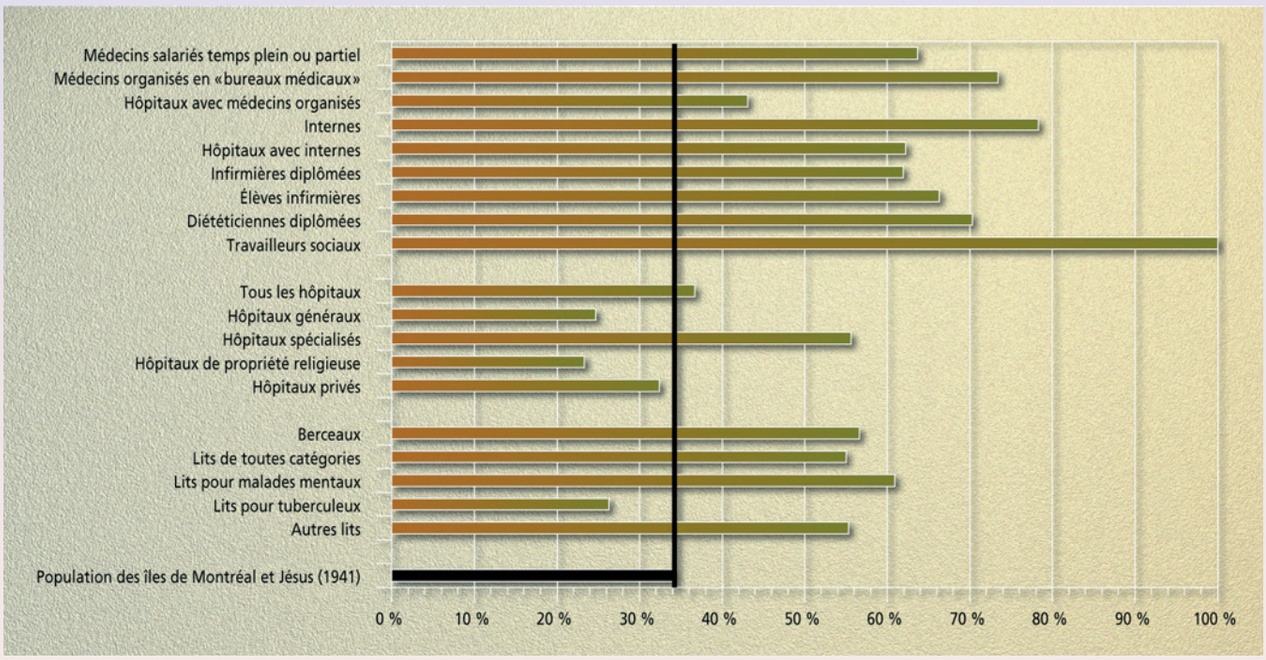




Québec (province), Service provincial d'hygiène, *Principes d'hygiène*, 1923.

HÔPITAUX DE MONTRÉAL

Poids des hôpitaux de l'île de Montréal dans l'ensemble québécois pour différentes caractéristiques, 1939 (en pourcentage du Québec)



(Canada) Dominion Bureau of Statistics, *A Directory of Hospitals in Canada 1939*, 1941.

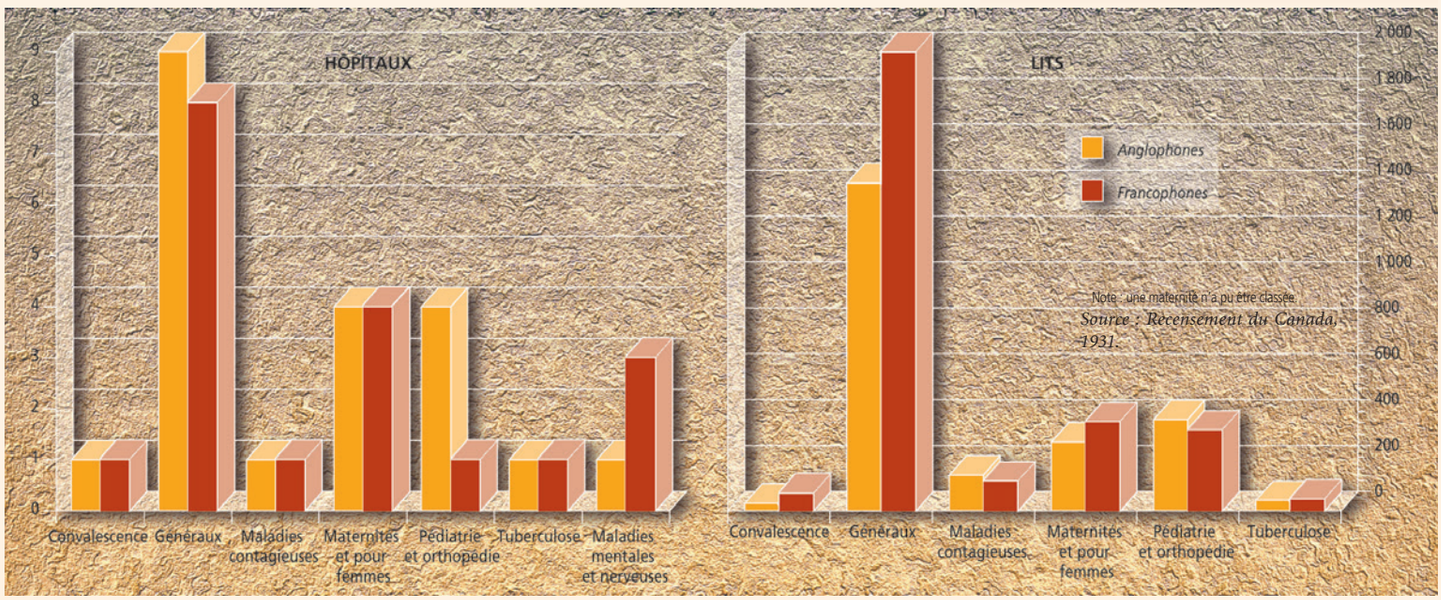
L'agglomération montréalaise occupe une position clé dans le dispositif hospitalier québécois. De loin la principale concentration de population, elle nécessite des infrastructures hospitalières bien plus imposantes qu'ailleurs au Québec. Mais il y a plus : l'envergure de son dispositif hospitalier est disproportionnée eu égard à la tranche de la population générale qui y réside. En 1939, alors que 34 % des Québécois demeurent sur les îles Jésus et de Montréal, cette dernière rassemble à peu près 55 % des lits du Québec et 57 % des berceaux.

La métropole se distingue aussi pour l'organisation des services. Ainsi, la médicalisation du milieu hospitalier y paraît plus affirmée. C'est du moins ce qui ressort à l'examen du personnel des hôpitaux : en 1939, l'île de Montréal accapare environ 64 % des médecins d'hôpitaux salariés, 73 % des médecins organisés en « bureaux médicaux », 78 % des internes, 62 % des infirmières d'hôpitaux diplômées et 66 % des élèves infirmières.

Nul doute que les grands hôpitaux montréalais ont joué un rôle moteur dans les grandes transformations de l'hôpital au Québec. L'Hôpital Notre-Dame, par exemple, est souvent cité en exemple dans des articles de revues médicales. Le mouvement qui a abouti à la Loi de l'assistance publique en 1921 a pris naissance en milieu hospitalier montréalais.

En 1931, comme le montre la situation sur l'île de Montréal, chaque grand type de services hospitaliers est disponible dans les deux langues.

Hôpitaux et lits anglophones et francophones de l'île de Montréal pour quelques types d'hôpitaux, 1931[25]



Localisation des principaux hôpitaux de l'Île de Montréal en 1936



Carte adaptée de Raymond Tanghe, *Montréal,* Montréal, Éditions Albert Lévesque, 1936, p. 120-121.

Le dédoublement du dispositif hospitalier montréalais en deux grandes entités linguistiques constitue sans doute son trait le plus marquant. La communauté anglophone de la métropole met sur pied tout un ensemble d'hôpitaux généraux et spécialisés. Elle y parvient grâce à l'activité de groupes philanthropiques et aux largesses de donateurs fortunés. Ses établissements occupent la partie ouest de la ville où se concentre la population anglophone, alors que les francophones sont en général situés dans l'est et le nord.

Établis près de leurs clientèles, les hôpitaux généraux et les dispensaires sont situés au cœur de zones habitées. Par contre, ceux qui accueillent les aliénés (hôpitaux n^{os} 1, 2, 22, 24, 33) et les tuberculeux (n^{os} 5, 23) sont en général rejetés aux marges du tissu urbain. Se trouve ainsi projetée dans l'espace montréalais la volonté d'isoler ou de marginaliser ces deux catégories de malades. L'institut Bruchési (31) pour les tuberculeux fait exception, mais sa vocation première est celle d'un dispensaire. En fait, les tuberculeux montréalais sont en partie hospitalisés hors de l'île de Montréal, notamment à Sainte-Agathe-des-Monts, localité réputée pour son air pur. Les lits pour tuberculeux sont d'ailleurs la seule catégorie de lits sous-représentées dans l'île.

Présentation des principaux hôpitaux de l'Île de Montréal en 1939, selon certaines caractéristiques

N°	Hôpital	Lits et berceaux 1939	Vocation principale	Propriété	Nombre d'élèves infirmières	Médecins organisés en bureau médical	Approuvé par l'American College of Surgeons
1	Sanatorium Prévost	50	Maladies nerveuses	Laïque	12	?	-
2	Verdun Protestant Hospital	1250	Maladies mentales	Laïque	-	Oui	
3	Homeopathic Hospital	107	Générale	Laïque	57	28	
4	Hôpital général de Verdun	240	Générale	Religieuse	-	84	
5	Hôpital du Sacré-Coeur	900	Incurables et tuberculose	Religieuse	62	34	
6	Jewish General Hospital	226	Générale	Laïque	-	140	
7	Saint Mary's Hospital	236	Générale	Laïque	57	149	
8	Women's General Hospital	225	Femmes	Laïque	36	71	
9	Shriner's Hospital	102	Enfants, pédiatrie	Laïque	-	20	
10	Western General Hospital (fusionné à 16)	82 en 1936	Générale	Laïque	-	Oui	
11	Royal Victoria Hospital	817	Générale	Laïque	166	163	
12	Montreal Convalescent Hospital	220	Convalescents	Laïque	-	-	-
13	Hôpital Notre-Dame de la Merci	490	Chroniques	Religieuse	4	8	-
14	Hôpital Sainte-Jeanne d'Arc	275	Générale	Laïque	68	60	
15	Hôtel-Dieu	377	Générale	Religieuse	81	123	
16	Montreal General Hospital (comprend Western, n° 10)	605	Générale	Laïque	189	177	
17	Hôpital Sainte-Justine	580	Enfants, pédiatrie	Laïque	64	67	
18	Hôpital Notre-Dame	670	Générale	Laïque	172	109	
19	Hôpital de la Miséricorde (avec maternité catholique)	370	Général, maternité	Religieuse	30	25	
20	Hôpital Saint-Luc	458	Générale	Laïque	60	59	
21	Institut du Radium	23	Radiumthérapie	Laïque	-	Oui	
22	Hôpital Saint-Jean-de-Dieu	5800	Maladies mentales	Religieuse	52 en 1936	Oui	
23	Grace Dart Home Hospital	122	Tuberculose	Laïque	-	Oui	
24	Hôpital Saint-Benoît-Joseph	60	Maladies mentales	Religieuse	-	-	-
25	Hôpital Pasteur	320	Maladies contagieuses	Laïque	Affiliée	57	
26	Montreal Children's Hospital	74	Enfants, pédiatrie	Laïque	-	47	
27	Alexandra Hospital	170	Maladies contagieuses	Laïque	Affiliée	27	
28	Montreal Foundling & Baby Hospital	80 en 1936	Enfants, pédiatrie	Laïque	-	Oui	
29	Hôpital de la Providence (disparu avant 1939)	60 en 1936	Générale	Religieuse	22 en 1936	-	-
30	Hôpital Saint-Joseph de Lachine	58	Générale	Religieuse	20	32	-
31	Institut Bruchési	52	Tuberculose	Laïque	-	?	-
32	Children's Memorial Hospital	262	Enfants, pédiatrie	Laïque	Affiliée	86	
33	Hôpital-prison de Bordeaux	300	Maladies mentales	Laïque	-	-	-

(Canada) Dominion Bureau of Statistics, *A Directory of Hospitals in Canada 1939,* Ottawa, Edmond Cloutier, 1941 ; « Hôpitaux catholiques de la province de Québec », *La Garde-malade canadienne-française,* mai 1936, p. 232-233.



IV

La structuration de la pratique médicale, 1800-1940

INTRODUCTION

Le premier tiers du XIX^e siècle, sans marquer une rupture franche avec la situation qui prévalait à la fin du XVIII^e siècle, voit apparaître les premières grandes modifications de l'institution médicale lesquelles annoncent l'émergence de la médecine moderne. Certes on est encore largement influencé par la théorie des humeurs et par les thérapeutiques qui en découlent, mais les bouleversements qui agitent la médecine en territoire européen, notamment à Vienne, à Édimbourg et à Paris, traversent bientôt l'Atlantique.

S'implante alors au Québec, grâce aux liens étroits qui unissent les médecins anglophones et francophones du Québec à la Grande-Bretagne et à la France, une conception différente de la maladie axée sur les pathologies des organes internes et sur le développement des actes cliniques fondamentaux qu'on connaît aujourd'hui : l'interrogation, l'observation visuelle, l'auscultation et la palpation. Aux modifications des pratiques répondent bientôt de nouvelles approches de transmission du savoir orientées notamment vers les dissections anatomiques et les leçons cliniques en milieu hospitalier.

Tout au long du XIX^e siècle, plusieurs médecins du Québec font des séjours plus ou moins prolongés en Europe. Ils en rapportent non seulement de nouveaux savoirs (histologie, physiologie, bactériologie, biochimie) et de nouvelles pratiques (actes cliniques, autopsies, antisepsie, asepsie), mais aussi des modèles institutionnels français, britanniques et germaniques (hôpitaux, facultés de médecine, laboratoires, instituts de recherche) qui façonneront un paysage médical singulier. Quoique présents au siècle dernier, les modèles américains s'implantent plus tardivement, mais ils se manifestent avec vigueur à partir des années 1920. Des organismes médicaux, notamment les facultés de médecine et certains instituts de recherche, prendront des formes hybrides incorporant aux modèles européens les nouveaux modèles américains. Tout en étant très ouverts à ces influences diverses, les médecins québécois ont élaboré très tôt au XIX^e siècle une structure originale de développement et de contrôle de la profession par la création du Collège des médecins et chirurgiens.

Ils ont aussi adopté une approche pragmatique de la médecine fondée sur l'acquisition des connaissances théoriques et cliniques générales nécessaires à l'art de soigner. Cette conception de la médecine, particulièrement répandue chez les francophones, s'accordait assez bien avec les idéaux d'une société encore fortement influencée par l'Église et qui associait la carrière médicale à une vocation caritative. Moins nombreux étaient ceux qui, parmi les élites de la profession, souhaitaient développer une science médicale basée sur des travaux de laboratoire et des recherches cliniques.

Les médecins anglophones avaient une conception semblable de la carrière médicale à la différence près, cependant, qu'elle s'articulait dans un cadre essentiellement urbain et dans une perspective de grande tradition philanthropique anglo-protestante. Le contexte historique du Québec après la Conquête, l'implantation de modèles institutionnels issus des deux mères patries et les conflits sociopolitiques qui opposèrent francophones et anglophones expliquent, pour une bonne part, le clivage relativement net entre les deux groupes linguistiques qui, dans plusieurs secteurs d'activités (périodiques médicaux, associations médicales, hôpitaux, activités d'enseignement et de recherche) a marqué l'évolution de l'institution médicale. Les organisations médicales anglophones ont été, dans l'ensemble, nettement favorisées sur le plan financier par rapport aux organisations francophones.

Cependant, l'émergence, à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, d'un esprit corporatiste, associé au sentiment d'appartenir à un groupe commun doté des mêmes attributs du savoir et grosso modo des mêmes objectifs professionnels contribuera à atténuer les différences socioculturelles. Malgré des heurts inévitables et un relatif isolement des deux communautés, les médecins francophones et anglophones transcenderont les clivages linguistiques et s'efforceront ensemble d'atteindre la cohésion nécessaire à l'obtention d'un rôle prédominant dans l'offre des soins de santé.

Vers un enseignement structuré de la médecine (1823-1940)

Du compagnonnage aux premières écoles de médecine

Durant les deux premières décennies du XIX^e^ siècle, la seule formation en médecine consiste en une sorte de « compagnonnage » ou « cléricature » auprès d'un médecin reconnu que sanctionnent des bureaux d'examinateurs à Montréal et à Québec. Cependant, ce type peu structuré de formation, qui prévalait depuis les débuts de la Colonie, deviendra à partir du premier tiers du XIX^e^ siècle de plus en plus désuet. Deux facteurs principaux expliquent l'amorce du déclin de ce modèle et son remplacement progressif par un régime pédagogique et clinique. D'une part, les écoles de médecine, universitaires ou indépendantes, et la nouvelle approche clinique de la maladie connaissent en Europe un essor considérable. Si bien qu'au Québec, la pénétration de nouvelles conceptions européennes d'enseignement et de cliniques s'accélère. D'autre part, la croissance démographique du Québec et la poussée de Montréal et de Québec suscitent une hausse de candidats à la formation médicale. Réagissant à cette demande, certains médecins se regroupent afin de mettre sur pied un programme d'études complémentaire à l'apprentissage.

Dans l'histoire de l'enseignement de la médecine au Québec, l'organisation spontanée de cours théoriques et cliniques par des médecins qui travaillent le plus souvent en milieu hospitalier constitue une phase intermédiaire entre la forme traditionnelle de transmission du savoir axée essentiellement sur la cléricature et le modèle universitaire moderne. Ce dernier privilégiera l'organisation structurée d'un lieu de formation où sont offerts des cours théoriques en classe et des leçons cliniques auprès du lit du malade. Ces trois modèles — cléricature, enseignement spontané d'un groupe de médecins et formation d'écoles et de facultés de médecine — cohabiteront jusqu'au milieu du XIX^e^ siècle.

En 1819, un groupe de médecins de Québec — Charles-Norbert Perrault, Anthony von Iffland, A. Mercier et Pierre de Sales Laterrière — offre, du lundi au vendredi, des cours d'anatomie, d'obstétrique, de chirurgie, de chimie et de physiologie au dispensaire de la ville de Québec. Cette initiative, qui prend fin un an plus tard, constitue en quelque sorte les prémisses de la modernisation de l'enseignement de la médecine. Quatre ans plus tard, un autre groupe de médecins de Québec, qui avait obtenu la permission de dispenser des cours cliniques à l'Hôpital des Émigrés, envisage à nouveau de créer une école de médecine. Mais, pour des raisons obscures, le projet n'aura pas de suite.

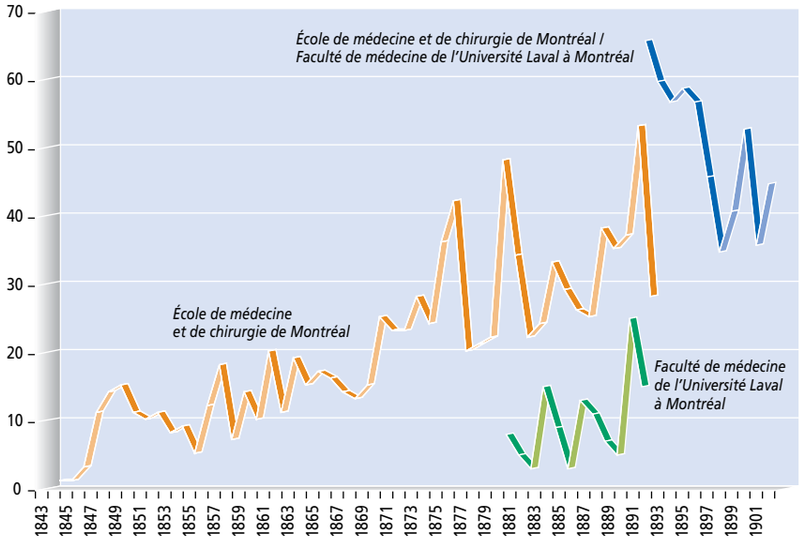
La même année, en 1823, des médecins anglophones du Montreal General Hospital (MGH) nouvellement créé — les docteurs William Caldwell, Andrew Fernando Holmes, H. P. Loedel et John Stephenson — décident de mettre sur pied une petite école de médecine destinée aux anglo-protestants de Montréal, dénommée Montreal Medical Institution (MMI). Le programme de cours, présenté dans le *Montreal Herald* et *la Gazette de Québec*, débute en novembre. Cependant, la première session régulière ne débute vraiment qu'à l'automne de 1824 avec une cohorte de 25 étudiants. À la suggestion de deux des fondateurs, les docteurs Holmes et Stephenson, stagiaires à l'École de médecine d'Édimbourg en 1820 et 1821, on décide de modeler la nouvelle école sur cette prestigieuse institution et de mettre sur pied un enseignement clinique au Montreal General Hospital. La création de la MMI, qui deviendra en 1829 la Faculté de médecine de l'Université McGill, constitue un jalon important dans le processus d'institutionnalisation de la médecine en territoire québécois. Non seulement deviendra-t-elle la première faculté de médecine au Canada, mais elle implantera un modèle universitaire et clinique qui dominera l'enseignement de la médecine au Québec jusqu'aux premières décennies du XX^e^ siècle.

Jusqu'à la décennie 1840-1850, on ne possède toujours pas en milieu francophone une structure stable de formation en médecine et certains médecins des hôpitaux en sont encore à organiser des cours cliniques temporaires. Ainsi les docteurs James Douglas, Joseph Painchaud, Joseph Morrin et Anthony von Iffland offrent, à partir de 1834, des cours cliniques de médecine, de chirurgie et d'obstétrique à l'Hôpital de la Marine de Québec. L'intérêt pour ce type de cours est tel que les étudiants de l'Hôpital de la Marine feront parvenir en 1835 une requête au gouvernement réclamant une école de médecine à Québec. Mais là encore, on considère qu'une école de médecine, soit-elle anglo-protestante et unilingue, suffit à combler les besoins. Pourtant, le Québec compte déjà au début des années 1840 près de 700 000 habitants, catholiques à 85 % et francophones à 76 %.

En 1843, le monopole de l'Université McGill prend fin avec la mise sur pied d'une petite école de médecine bilingue, l'École de médecine et de chirurgie de Montréal. À Québec, où des médecins donnent un enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu dans la salle dénommée « chambre des médecins » (Hamelin, 1995), les doléances s'accroissent afin que soit établie dans la ville une école de médecine francophone. Ces promoteurs reçoivent bientôt un appui important. Sir John Doratt, inspecteur des hôpitaux, recommande en 1845, à la suite d'une enquête ordonnée par le gouvernement britannique sur l'état de l'enseignement de la médecine et des conditions d'hospitalisation, que soit implantée une nouvelle école associée à

FIGURE 1

Nombre d'étudiants diplômés de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal et de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, 1843-1902



Sources : Annuaires de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, Archives de l'Université de Montréal.

l'Hôtel-Dieu de Québec et à l'Hôpital de la Marine. L'École de médecine de Québec est ainsi incorporée le même jour que l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, laquelllle avait ouvert ses portes aux étudiants deux ans auparavant. Toutefois, l'établissement de Québec n'admettra ses premiers étudiants qu'en 1848.

La médicalisation des hôpitaux tout au long du XIX^e^ siècle a été largement favorisée par le développement d'une nouvelle approche anatomo-clinique. Cette nouvelle méthodologie d'investigation du corps humain basée sur l'observation tranchait philosophiquement et méthodologiquement avec la médecine humorale galénienne. Se fondant sur les thèses sensualistes de Locke et de Condillac, elle établissait une relation très étroite entre le médecin/professeur et l'institution hospitalière. Une telle approche médicale connaîtra ses heures de gloire à Paris durant la première moitié du XIX^e^ siècle.

Au Québec, la médicalisation de l'hôpital, amorcée au XVIII^e^ siècle et l'émergence de la clinique au début du XIX^e^ siècle auront finalement frayé la voie à l'implantation des écoles de médecine, révélant sous un jour cru les problèmes de formation des aspirants en médecine et la nécessité de rehausser la qualité des soins offerts.

Ce sont des médecins du MGH qui ont mis sur pied la Faculté de médecine de l'Université McGill (FMUMG) et des médecins de l'Hôpital de la Marine et de l'Hôtel-Dieu de Québec qui ont créé la Faculté de médecine de l'Université Laval (FMUL). Quant aux médecins de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal (EMCM), ils chercheront à s'affilier dès que possible à un établissement hospitalier. En revanche, comme ailleurs dans le monde, l'évolution du système hospitalier québécois sera favorisée par celle de l'enseignement clinique dispensé par les facultés de médecine. Au milieu du XIX^e^ siècle, les universités et les hôpitaux deviendront des lieux quasi exclusifs de formation médicale et de recherche pathologique.

Dès 1847, l'adoption de ce modèle d'enseignement médical axé sur l'université et l'hôpital, d'inspiration largement britannique, est confirmée par la loi incorporant le Collège des médecins et chirurgiens. Cette « grande charte », ainsi la dénommait-on, conférait au Collège deux importants pouvoirs. Le premier permet de déterminer les conditions d'admission aux études de médecine : ainsi on exigera des premières cohortes d'étudiants un bon caractère moral et une connaissance suffisante du latin, de l'histoire, de la géographie, des mathématiques et de la philosophie naturelle. Le second permet d'édicter les critères d'obtention du certificat de pratique : la durée des études exigées, les cours obligatoires, l'âge requis de l'aspirant, etc. Aussi, la loi de 1847 fixe l'âge minimal du candidat à 21 ans et la durée des études à pas moins de 4 années d'apprentissage auprès de praticiens « dûment autorisés à pratiquer la médecine[1] ». Désormais, la simple cléricature n'est plus suffisante pour obtenir une licence. Le candidat est contraint de suivre pendant six mois des cours d'anatomie générale et de physiologie; d'anatomie pratique et de chirurgie ; de pratique de la médecine et de l'obstétrique ; et enfin, de chimie et de pharmacie.

Tout en conservant le mode d'apprentissage par cléricature, la « grande charte » rend obligatoire, pour la première fois, l'inscription à une faculté ou à une école de médecine. En conséquence, les écoles de médecine de Québec et de Montréal qui entrevoient la possibilité d'augmenter substantiellement leur clientèle obtiennent un sérieux coup de main. C'est encore une fois la FMUMG qui est doublement favorisée par son statut universitaire puisqu'une importante disposition de la loi de 1847 indique que seuls les détenteurs d'un diplôme en médecine d'une université ou d'un collège britannique sont exemptés de l'examen du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada (CMCBC). En donnant aux facultés affiliées à une université ce privilège, on marquait de façon décisive l'orientation universitaire des études de médecine. À l'obligation d'obtenir une affiliation hospitalière s'ajoutait la nécessité pour les francophones désireux de faire face à la concurrence de l'Université McGill, qui jouissait du privilège de décerner des licences *ad practicandum,* d'obtenir une affiliation universitaire. Les fondements du système hospitalo-universitaire qui prévaut encore aujourd'hui étaient posés. Autre effet de cette contrainte, les facultés de médecine joueront un rôle prépondérant lors de l'émergence des premières universités au Québec. Des facultés de médecine sont intégrées ou formées lors de la création de l'Université McGill en 1829, de l'Université Laval en 1854, de l'Université Bishop en 1871, de la succursale de l'Université Laval à Montréal en 1879, qui donnera naissance à l'Université de Montréal en 1920. L'hôpital et l'université deviennent les deux piliers incontournables de la formation en médecine, et le Collège des médecins voit son rôle se marginaliser peu à peu en ce domaine.

La « grande charte » de 1847 a aussi grandement favorisé le développement de l'enseignement hospitalier en exigeant que tous les étudiants inscrits à un programme de médecine aient suivi durant une année des leçons cliniques au sein d'un hôpital contenant au minimum 50 lits et sous la direction de deux médecins ou plus. On ne saurait surestimer l'importance de cette nouvelle orientation de la médecine dans le processus de médicalisation des établissements hospitaliers. Des travaux récents ont bien mis en évidence ce processus au sein des grands hôpitaux du Québec. Les liens étroits qui, durant la seconde moitié du XIX^e^ siècle, se nouent entre les facultés de médecine et les hôpitaux généraux constituent un tournant majeur dans l'histoire de l'institution médicale au Québec, comme partout en Occident. À partir de la seconde moitié du XIX^e^ siècle, le *clerkship* sera de plus en plus marginalisé au profit d'une formation prolongée dans des écoles de médecine universitaires et dans les salles publiques des hôpitaux. L'hôpital Notre-Dame de Montréal verra le jour en 1880 en réponse aux besoins de formation clinique des étudiants de la nouvelle Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal. Et jusqu'aux premières décennies du XX^e^ siècle, la spécialisation des services médicaux offerts par les hôpitaux dans les centres urbains de Montréal et de Québec répondra souvent davantage à des impératifs d'enseignement clinique qu'aux besoins de la population.

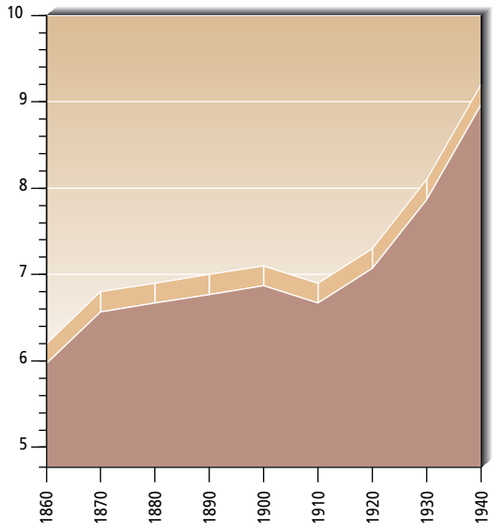
En somme, depuis 1847, aucune école de médecine au Québec ne pouvait espérer un développement durable sans des affiliations hospitalière et universitaire[2]. Sa faible population et un cadre institutionnel aussi contraignant expliquent que le Québec n'a pas suscité la création d'une large brochette d'écoles de médecine. Le ratio diplômés/population n'a connu que de légères fluctuations entre 1870 et 1920, passant de 6,8/1 000 à 7,3/1 000.

Les premiers régimes pédagogiques, 1847-1909

Les trois facultés de médecine qui dominent l'enseignement médical jusqu'à la fin du XIX^e^ siècle — la Faculté de médecine de l'Université McGill, l'École de médecine et de chirurgie de Montréal affiliée à l'Université Victoria et la Faculté de médecine de l'Université Laval — offrent à peu de chose près jusqu'en 1870 les mêmes cours de base : l'anatomie et la physiologie, la chimie et la pharmacie, la *materia medica,* la théorie et la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique ainsi que les maladies des femmes et des enfants. Généralement, les sessions d'études s'étendaient du 1^er^ novembre au 30 avril. Les cours, répartis de 8 à 20 heures et dispensés du lundi au samedi, étaient suivis d'une séance quotidienne de dissection de 20 à 22 heures. Surchargés, bien des étudiants effectuaient durant la nuit les dissections nécessaires à l'apprentissage de l'anatomie.

FIGURE 2

Diplômés en médecine par 1 000 habitants au Québec, 1860-1940



Source : Registres des médecins, Archives du Collège des médecins du Québec.



J. A. KLINLOCK GROUP, MCGILL MEDICAL STUDENTS, MONTRÉAL, QUÉBEC, 1884.
Archives photographiques Notman, Musée McCord d'histoire canadienne, Montréal. II-73328.

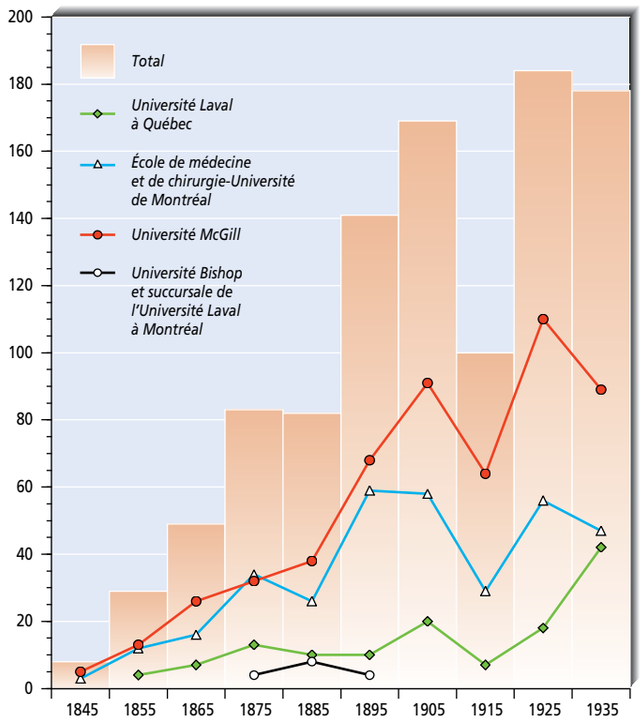
Jusqu'à la décennie 1870-1880, les étudiants disposaient d'une petite bibliothèque, d'un laboratoire de chimie équipé d'un microscope, d'un musée d'anatomie et d'une petite salle de dissection, devenue depuis peu indispensable à l'acquisition de certaines notions d'anatomie. Les écoles de médecine furent alors les pionnières de l'usage du microscope et de l'enseignement de quelques rudiments de chimie. Un démonstrateur d'anatomie veillait au bon déroulement des opérations et à l'approvisionnement, souvent difficile, en cadavres. Les étudiants pouvaient profiter de la nouvelle loi d'anatomie promulguée en 1843 qui ordonnait de remettre aux médecins ayant trois étudiants et plus les cadavres non réclamés des personnes trouvées mortes sur la voie publique et ceux des individus décédés dans un établissement recevant des octrois du gouvernement[3]. Cette loi rendait plus accessibles les sujets de dissection puis-

qu'auparavant seules les dissections effectuées sur les corps de prisonniers étaient autorisées. Mais une clause excluant les individus réclamés par des amis ou des parents réduisait les possibilités d'approvisionnement. Les étudiants suppléaient parfois aux pénuries de cadavres par des vols qui ne manquaient pas d'indigner la population.

À l'instar de la majorité des écoles de médecine du continent nord-américain, les cours étaient essentiellement magistraux, étayés de larges extraits d'ouvrages pour la plupart européens. Même les cours cliniques conservaient ce caractère passif puisque les étudiants devaient se contenter d'écouter silencieusement le professeur qui passait d'un patient à un autre en expliquant les méthodes diagnostiques et en présentant les interventions thérapeutiques jugées appropriées. Du reste, autant au Québec que dans les écoles médicales américaines, rares étaient les occasions où les étudiants en médecine pouvaient s'initier à la pathologie. La plupart d'entre eux n'auront vu que rarement une lésion organique ou tissulaire. Il demeure qu'au tournant des années 1880, la présence du professeur et de ses cohortes d'étudiants était devenue une scène familière des hôpitaux. Jamais l'influence de la médecine hospitalière n'aura eu autant d'impact sur la pratique médicale québécoise et surtout francophone que durant le dernier tiers du XIX^{e} siècle.

FIGURE 3

Diplômes en médecine décernés annuellement au Québec, 1845-1935



La chute du nombre de diplômes en 1915 est causée par l'allongement de la durée des études de médecine, qui passe en 1910 de quatre à cinq ans.

Source : Registres des médecins, Archives du Collège des médecins du Québec.

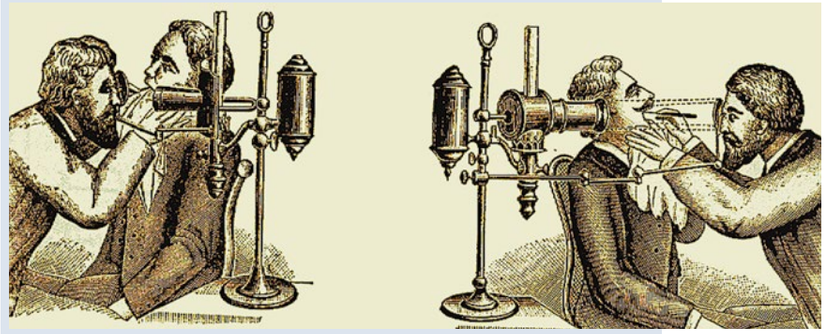
Depuis la décennie 1870-1880, les conditions d'enseignement s'améliorent, les programmes se diversifient et les techniques pédagogiques évoluent : des cours spécialisés sont ajoutés au cursus des études, les salles de dissection sont mieux organisées, les cadavres sont préalablement désinfectés et les tournées cliniques dans les hôpitaux se font de façon plus régulière. Mais les efforts de l'École de médecine et de chirurgie pour adapter son enseignement à l'évolution rapide du savoir médical ne lui assurent pas pour autant une réputation égale à celle de l'Université McGill. Grâce à des moyens financiers supérieurs et aux efforts de William Osler dans la promotion des travaux pratiques de pathologie, cette dernière orientera son enseignement vers une formation scientifique et pratique plus poussée. Les travaux d'Osler à titre de pathologiste du Montreal General Hospital et de professeur de la Faculté de médecine de l'Université McGill à partir de 1874 contribueront grandement à rehausser la réputation de cette faculté. Largement influencé par les travaux de Virchow au Pathological Institute de Berlin[4], le docteur Osler organisera l'un des premiers véritables services de pathologie au Canada. Il pratiquera près de 800 autopsies qui, jusqu'en 1884, seront consignées dans une série de publications annuelles, une première du genre au Canada, intitulées *Montreal General Hospital : Reports Clinical and Pathological* (Cushing, 1925 : 179). Il contribuera largement au développement de l'histologie au Québec et publiera en 1882 un manuel de laboratoire intitulé *Students' Notes : Normal Histology for Laboratory and Class Use*. Cet ouvrage avait été conçu pour familiariser les étudiants avec les méthodologies de préparation et d'observation des tissus et à l'utilisation du microscope dans les investigations pathologiques[5]. Osler avait le mérite de systématiser une pratique plutôt empirique qui avait déjà cours depuis quelques années dans les facultés de médecine du Québec. Chacune possédait un musée anatomique contenant des préparations pathologiques et des planches illustrant les effets de la maladie sur les tissus et les organes.

La loi de 1876 consolida le modèle d'enseignement de la médecine. Adoptée sous les pressions du Collège des médecins et chirurgiens et des propriétaires de *l'Union Médicale du Canada,* cette loi allongeait à quatre ans la durée minimale de scolarité dans un établissement d'enseignement et abolissait l'apprentissage. En rendant obligatoire l'étude de la chimie, de l'hygiène, de la botanique, de la thérapeutique générale, de la pathologie générale et en ajoutant au programme des cours d'anatomie, de physiologie et d'histologie, le Collège des médecins entérinait un profil des études déjà présent dans toutes les facultés de médecine du Québec. Les instituts de médecine qui comprenaient la pathologie, la physiologie et l'histologie disparurent pour laisser place à des cours indépendants de physiologie, de pathologie interne, de pathologie externe et d'histologie. Le développement

considérable de ces champs médicaux rendait impossible leur enseignement conjoint. L'histologie exigeait désormais de nombreuses heures d'études pour rendre compte des tissus à l'état normal et pathologique, pour enseigner le maniement du microscope, son application à la clinique et au diagnostic et enfin, pour illustrer la préparation — injection, coloration, durcissement, division — des tissus microscopiques. Tout en rendant compte des principales fonctions normales du corps — nutrition, relation, reproduction — les cours de physiologie et de pathologie générale s'attardaient aux origines et à la nature des lésions ainsi qu'aux principales altérations des organes et des tissus causées par les maladies[6]. S'ajoutait aussi la nécessité de mettre à jour le contenu des cours. Par exemple, les cours d'accouchement et de maladies des femmes et des enfants abordent désormais l'utilisation des anesthésiques « durant le travail » ainsi que la présentation de pièces anatomo-pathologiques.

Reflet de l'importance accrue de l'enseignement clinique au lit du malade, la période de stage dans les hôpitaux fut allongée de six mois à un an et demi. Cependant, l'obstétrique demeurait dans l'esprit de l'élite de la profession une matière relativement marginale. Contraint à n'assister qu'à six accouchements durant leur période de formation, les candidats à l'exercice de la médecine étaient fort mal préparés aux nombreuses difficultés de la pratique obstétrique. Certes, les résistances des hospitalières à accueillir les étudiants en médecine dans les maternités francophones y sont-elles pour quelque chose, mais il demeure que les professeurs étaient peu enclins à promouvoir cet apprentissage pratique. Cela dit, l'Hospice de la Maternité de Sainte-Pélagie offre, grâce aux fonds fournis par les professeurs pour l'aménagement des salles, une grande variété de cas et de nombreux « accidents divers qui surviennent soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement[7] ».

Même si l'enseignement théorique demeurera dominant au sein des facultés de médecine jusqu'aux premières décennies du XX^e siècle, une place plus importante sera accordée à l'enseignement pratique. Par exemple, si les autorités de l'ÉMCM soulignent que « Montréal offre plus d'avantages pour l'étude de la médecine qu'aucune autre ville de la Puissance, c'est parce que sa population, ses fabriques de tout genre, son port, ses nombreuses maisons en construction, sont une source féconde (sic) d'accidents et conséquemment de cas de chirurgie[8] ». De fait, les accidentés constitueront, jusqu'aux premières décennies du XX^e siècle, une clientèle importante des hôpitaux généraux de Montréal et un terrain riche et varié d'observations pour l'étudiant en médecine. L'hôpital Notre-Dame était devenu, quelques années seulement après son ouverture, un centre d'urgence spécialisé dans les soins aux accidentés (Goulet, Hudon et Keel, 1993). À l'instar du MGH pour la Faculté de médecine de l'Université McGill et de l'Hôtel-Dieu de



LARYNGOSCOPE OFFERT AUX MÉDECINS QUÉBÉCOIS PAR LA MAISON LIVERNOIS, 1895.
Catalogue illustré d'instruments de chirurgie, Maison J.-E. Livernois, Archives nationales du Québec à Québec, 1895.

Québec pour la Faculté de médecine de l'Université Laval, l'enseignement prodigué à l'Hôtel-Dieu de Montréal, un hôpital général de 225 lits, permettait d'offrir aux étudiants des « connaissances pratiques sur toutes les branches de la médecine ». Ceux-ci auront alors l'occasion d'examiner les « malades eux-mêmes, « prendre » des observations et s'exercer au diagnostic des maladies[9] ». Les examens post-mortem se font un peu plus fréquents au sein de salles d'anatomie pathologique mises à la disposition des professeurs. Ainsi est-ce le cas de l'École de médecine et de chirurgie où « des autopsies minutieuses et répétées » sont effectuées pour « rendre compte des ravages causés par la maladie sur le corps humain[10] ». Enfin les nombreux dispensaires, sorte de cliniques externes accessibles aux indigents de Québec et de Montréal offrent aux étudiants de médecine l'occasion de se familiariser avec les pathologies les plus fréquentes.

La précision du diagnostic dépendait surtout de la reconnaissance des signes cliniques. Elle s'effectuait selon des procédés en constante évolution, mais dont les principes de base remontent au dernier tiers du XVIII^e siècle. L'interrogation, l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation[11] constituaient alors les voies d'accès à la maladie. Tout au long du XIX^e siècle, on en perfectionne les techniques et les instruments. Outre le stéthoscope, inventé par Laennec en 1819, utilisé pour l'auscultation[12], mentionnons aussi le plessimètre, instrument de percussion médiate imaginé par Piorry en 1828. S'ajouteront aussi de nouveaux procédés endoscopiques tels que le laryngoscope[13] ou l'ophtalmoscope[14] dont les premières utilisations méthodiques remontent au milieu du XIX^e siècle. L'usage du thermomètre clinique s'est aussi répandu vers la même période de même que celui du spiromètre qui sert à mesurer la capacité respiratoire des poumons[15].

Les étudiants étaient donc appelés à établir la valeur des symptômes spécifiques et accessoires découverts à l'aide du stéthoscope, du thermomètre ou du laryngoscope ainsi qu'à prescrire le traitement approprié. De telles cliniques, associées aux cours de chimie et de diagnostic, avaient pour but de « fournir au médecin praticien des moyens de reconnaître les maladies[16] ». Les observations chimiques se bornaient la plupart du temps à une analyse quantitative et qualitative des « divers fluides de l'économie », à savoir l'examen chimique du sang, des urines (notamment des dépôts et calculs urinaires) et du lait. De telles observations effectuées directement sur la petite table de chevet du malade n'étaient pas rares.

Quant aux cliniques chirurgicales, généralement précédées d'une présentation détaillée du cas, elles permettaient aux élèves d'assister dans un petit amphithéâtre à la plupart des opérations effectuées sur les patients des salles publiques. On leur enseignait alors le diagnostic, le pronostic et le traitement à l'aide de pièces anatomiques, d'appareils, de planches, etc. Ils s'initiaient ensuite, quoique passivement, « aux règles de l'art chirurgical », aux procédés d'anesthésie à l'éther et au chloroforme ainsi qu'aux procédés de ligature des plaies. En revanche, le cours de médecine opératoire avait été conçu pour habituer les étudiants à faire eux-mêmes les opérations chirurgicales sous la direction du professeur. Ils y apprenaient l'application des bandages, l'utilisation des appareils à fractures, les ligatures d'artères, les amputations et résections sur des cadavres. Dans certains dispensaires spécialisés, comme celui de l'asile Nazareth à Montréal, consacrés aux maladies des yeux, les étudiants pouvaient observer différentes pathologies et s'exercer au maniement de l'ophtalmoscope. Les plus intéressés avaient aussi la possibilité d'assister aux interventions ophtalmologiques courantes pratiquées dans les hôpitaux : ablation de cataractes, strabotomie, extirpation du globe oculaire, etc.

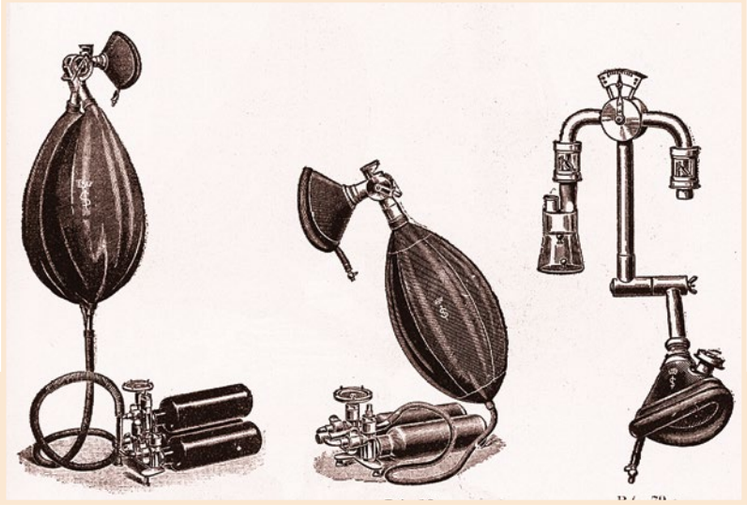
Réformer l'enseignement de la médecine, l'impact de la loi de 1909

En 1909, la Législature québécoise adopte une refonte de la loi médicale de 1876[17]. Cette refonte modifie les cadres de l'enseignement de la médecine. Le programme des études, étendu à cinq années, fixe les matières et les modalités d'examens, définit les préalables à l'obtention de la licence et dresse la liste des cours obligatoires de médecine, y compris les cours de clinique. De nouvelles matières telles la bactériologie, la dermatologie et la pédiatrie sont rendues obligatoires. La refonte de 1909 reprend les dispositions d'une loi votée en 1890 qui rendait éligibles aux études de médecine les bacheliers ès lettres, ès arts et ès sciences, sans qu'ils n'aient à se présenter devant le Collège des médecins[18]. Cette mesure constitue en principe une reconnaissance du cours classique des collèges même si leurs programmes de mathématiques et de sciences étaient largement déficients. Tous les autres aspirants non bacheliers doivent subir l'examen requis — oral ou écrit — par le Bureau provincial de médecine « sur les matières formant l'objet d'un cours classique[19] ».

Les préalables, fondés sur l'apprentissage d'une culture générale classique, ne remplissaient guère les exigences pressantes d'une formation scientifique prémédicale adaptée à la nouvelle réalité. Il fallait préparer les candidats à l'exercice d'une médecine nouvelle dont les fondements étaient de plus en plus articulés sur les sciences physiques et chimiques et sur une méthodologie scientifique rigoureuse. Mais les autorités médicales devaient composer avec les prérogatives du clergé en matière de formation pré-universitaire. Certains correctifs en ce sens, nous le verrons, seront mis en œuvre au gré des facultés de médecine.

Tout en énonçant les exigences minimales de la formation médicale, la refonte reprenait surtout les principales orientations déjà amorcées dans les facultés. Conçue selon le *credo* d'une élite conservatrice, elle n'accentuait guère l'orientation scientifique de l'enseignement proposé. Toutefois, elle était susceptible d'apporter davantage de coordination entre les facultés. Celles-ci obtenaient le pouvoir de désigner parmi leurs professeurs les deux tiers des membres du nouveau Bureau des examinateurs, le dernier tiers étant composé de membres du Collège. À l'avenir, c'est ce bureau qui régira l'examen final des étudiants en médecine, lequel pouvait avoir lieu deux fois l'an, à la fin ou au commencement de l'année universitaire.

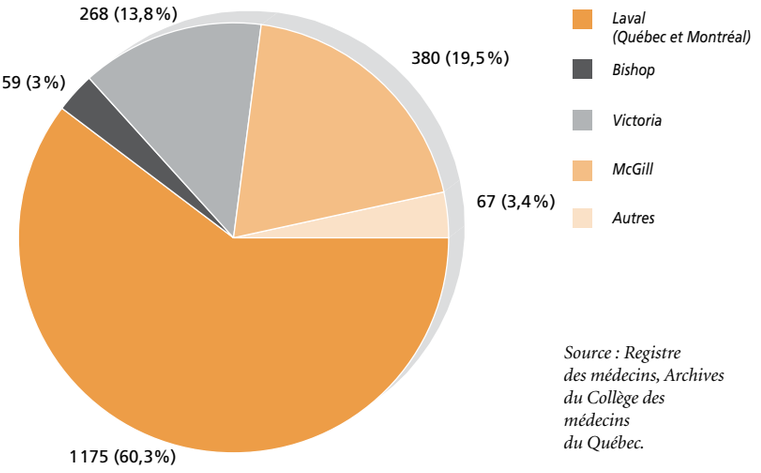
De façon générale, les études de médecine étaient davantage orientées vers l'activité professionnelle que vers l'enseignement des sciences et la recherche. Dans les facultés de médecine francophones du Québec, la longue tradition du *clerkship* ne s'était pas complètement évanouie. Davantage influencée par les grandes facultés de médecine allemandes et américaines, la FMUMG, à partir de la décennie 1890-1900, avait modifié son enseignement. Une part accrue était dorénavant accordée aux sciences, aux travaux de laboratoire et à la recherche médicale. Les facultés de médecine francophones — Montréal et Laval —, encore largement influencées par les écoles cliniques européennes, accorderont pendant encore quelques décennies la priorité aux cours magistraux et à l'enseignement clinique.



Inhalateurs à l'éther et au chloroforme offerts aux médecins québécois par la maison Livernois, 1895.
Catalogue illustré d'instruments de chirurgie, Maison J.-E. Livernois, Archives nationales du Québec à Québec, 1895.

FIGURE 4

Répartition des diplômés inscrits au Collège des médecins et chirurgiens en 1911



Source : Registre des médecins, Archives du Collège des médecins du Québec.

En somme, la formation prodiguée visait essentiellement à préparer l'étudiant aux techniques fondamentales et parfois minimales du diagnostic, de la thérapeutique, de l'accouchement et de la chirurgie. L'enseignement donné dans les facultés francophones répondait généralement aux critères fonctionnels et pragmatiques d'une pratique médicale en cabinet privé et des soins d'urgence offerts par les hôpitaux, dont la demande était croissante en milieu urbain. La tradition clinique française, adoptée et transmise par les professeurs avec un enthousiasme non dénué d'une francophilie nationaliste, s'accordait fort bien à ce contexte. Tellement bien que l'ensemble des disciplines médicales, y compris les sciences de laboratoire, se plièrent, jusque tard au XX^e siècle, à la domination de la clinique, au détriment parfois de la recherche fondamentale. Dominait en effet une approche utilitariste. Une nouveauté biomédicale était jugée en terme d'efficacité prophylactique, diagnostique ou thérapeutique[20]. À telle enseigne que souvent la formation et la recherche fondamentale étaient reléguées au second plan.

Des canaux « culturels » maintenus entre le Québec et l'Europe ont joué un rôle important dans l'orientation de l'enseignement de la médecine et dans l'importation de nouveautés méthodologiques, telles l'antisepsie au Montreal General hospital et l'asepsie à l'Hôtel-Dieu de Montréal et à l'Hôpital Notre-Dame (on trouvera en annexe V un bref essai sur la transformation de la pratique médicale par la bactériologie). Par exemple, s'inspirant de la tradition française et britannique, Osler avait fait de l'hôpital un lieu d'enseignement quotidien. Il « faut éduquer l'œil à voir, l'oreille à entendre et les doigts à toucher » répétait-il à ses étudiants, reprenant ici les paramètres sensualistes de la clinique. Osler considérait par ailleurs le laboratoire comme un simple allié utile au diagnostic. Selon la philosophie qui présidait aux destinées didactiques de la FMUM et de la FMUL durant les premières décennies du XX^e siècle, il s'agissait avant tout de former un bon praticien ou un bon clinicien et non de former ou de recruter quelques futurs chercheurs. Aux yeux de la plupart des membres de la faculté, la médecine comme science appliquée l'emportait sur la médecine comme science fondamentale.

L'organisation des laboratoires répondait à une perception très répandue dans le monde médical de l'époque où ceux-ci étaient considérés comme un support à l'enseignement technique et un complément à la formation théorique et clinique de l'étudiant. La perspective d'établir des recherches originales n'était pas au cœur des préoccupations. À cet égard, les cours suivis à l'institut Pasteur par les médecins québécois incitaient davantage à faire usage d'une bactériologie pratique qu'à entreprendre de nouvelles recherches fondamentales. Les pastoriens québécois auront tendance à privilégier ce caractère fonctionnel des travaux de laboratoire. Les finalités de l'enseignement au laboratoire se juxtaposaient aux finalités pragmatiques de l'enseignement clinique.

L'importance accordée à la tradition clinique et aux soins en milieu hospitalier a toutefois favorisé l'amorce d'une démocratisation des soins et, dans une certaine mesure, d'une structuration de ceux-ci mieux adaptée à la demande des citoyens. Certes, limitée méthodologiquement, la grande tradition clinique française était vouée à un cul-de-sac, mais elle avait le mérite de répondre à court terme aux besoins immédiats de « l'homme qui soigne ».

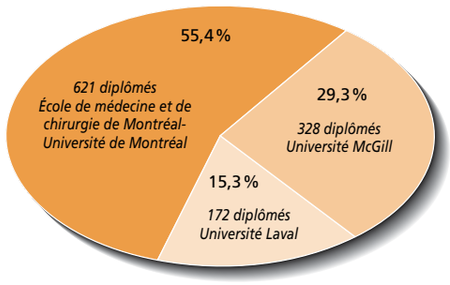
Entre-temps, au tournant du XX^e siècle, se répandait aux États-Unis l'idée, reprise notamment par Abraham Flexner en 1910, que toute pratique et toute recherche médicales devaient s'appuyer sur une rigoureuse méthodologie scientifique axée sur le laboratoire. Cette approche — largement teintée d'un positivisme médical — reposait sur l'idée que la médecine devait être envisagée comme une discipline expérimentale gouvernée par les lois de la biologie générale. Il fallait en définitive orienter la formation vers la recherche et l'enseignement plutôt que vers la pratique professionnelle[21]. Les facultés et les écoles devaient en conséquence promouvoir l'enseignement des sciences fondamentales, augmenter considérablement le temps alloué à la formation dans les laboratoires et embaucher des professeurs à temps plein. En somme, la formation des étudiants, après une période d'initiation aux sciences de base et aux fondements théoriques de la science médicale, devait être largement fondée sur la fréquentation régulière des laboratoires et des salles des hôpitaux. À partir de la décennie 1920-1930, les facultés de médecine s'orienteront peu à peu vers de tels modèles, mais il faudra pour cela des apports financiers importants, de source privée ou publique.

Plusieurs raisons expliquent cette progression de l'influence américaine au détriment de l'influence européenne durant les décennies subséquentes : notamment, le relatif isolement de l'Europe durant les Première et Seconde Guerres mondiales ; l'insistance des États-Unis à vouloir standardiser les études médicales sur le continent américain ; les alléchantes subventions et les possibilités d'internat et de spécialisation offertes par les organismes américains.

Les comités d'accréditation et les grands organismes subventionnaires américains ont exercé des pressions importantes pour infléchir les études médicales au Canada. Durant l'entre-deux-guerres, les facultés de médecine du Québec se sont en quelque sorte trouvées coincées entre les exigences des autorités médicales américaines et les pressions culturelles et idéologiques d'une société « distincte » dont les élites, représentées en grande partie par les professions libérales et les membres du clergé, sont encore très largement attirées par le modèle français. Les exigences pédagogiques, scientifiques et institutionnelles de la profession médicale américaine, en constante évolution, annonçaient une période novatrice pour l'enseignement. Elles se heurtèrent souvent à la résistance passive des institutions québécoises.

FIGURE 5

Origine universitaire des diplômés pratiquant au Québec, 1890-1929



Sources : Annuaires des facultés de médecine, années concernées.

1. CONTRÔLER L'EXERCICE DE LA MÉDECINE : L'ŒUVRE DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS (1847-1940)[22]

C'est au XIX^e^ siècle que la médecine est devenue au sens actuel du terme une profession, c'est-à-dire un secteur d'activité où l'autonomie et l'hégémonie des membres ont été juridiquement reconnues. Le 28 juillet 1847, deux lois étaient adoptées qui reconnaissaient l'autonomie des professions médicale et notariale[23]. Médecins et notaires acquéraient alors des pouvoirs importants en matière de contrôle de leur profession. Une étape majeure de la professionnalisation de la médecine et de l'unification du corps médical venait d'être franchie. À cet égard, l'intervention de l'État montre bien que la création du CMCBC n'émane pas seulement de la volonté de ses membres à des seules fins de défense des intérêts professionnels. Implicitement, le législateur donne au CMCBC un double mandat : protéger la santé publique et contrôler la pratique médicale.

Les fondements d'une nouvelle profession

La « grande charte » de 1847 donnait au corps médical du Bas-Canada le pouvoir d'établir « ses propres règlements pour l'étude de la médecine et d'adopter ses propres statuts pour sa régie ». Il s'agissait d'un événement unique au Canada, voire en Amérique du Nord. Le Collège obtenait le droit de définir les conditions d'admission aux études, le contenu de celles-ci et les conditions d'accès à l'exercice de la médecine. Les premières bases juridiques du contrôle de l'offre de soins par les médecins étaient posées.

L'entrée en vigueur de la loi de 1847 accordait *ipso facto* le statut de membres du Collège aux 181 médecins signataires de la pétition. Parmi ceux-ci, on ne compte qu'une cinquantaine de médecins diplômés, les autres ayant obtenu leur licence à la suite d'une cléricature[24]. Neuf nouveaux membres sont admis au cours de la première assemblée du 15 septembre. Le Collège, qui ne comprend alors que 190 membres, connaît des débuts difficiles. On lui reproche notamment certaines irrégularités dans le processus d'admission de ses membres et son manque de représentativité en milieu rural. Contesté par certains, il est le plus souvent ignoré par de nombreux médecins qui n'étaient pas obligés d'y adhérer pour pratiquer leur art au Québec. Un règlement adopté lors de la première réunion du Collège imposait une période de probation de quatre ans à tout nouveau détenteur d'une licence, désireux de devenir membre du CMCBC. De plus, la corporation se heurtait aux privilèges des facultés de médecine qui avaient conservé le droit de décerner des diplômes sans examen auprès du bureau d'examinateurs du Collège. Il lui faudra attendre quelques décennies avant que les pouvoirs conférés par la loi de 1847 ne deviennent réellement effectifs. La profession médicale était encore loin d'avoir trouvé l'unité nécessaire à sa consolidation.

C'est durant le deuxième tiers du XIX^e^ siècle que le Collège consolide son rôle de représentant légitime de la profession. De fait, la loi de 1876 entérine les doléances répétées de nombreux intervenants, particulièrement des rédacteurs de *L'Union médicale du Canada,* qui souhaitaient que soit rendue obligatoire l'inscription de tous les médecins licenciés pratiquant au Québec. La profession médicale voyait par ailleurs se renforcer son autonomie à l'égard des pouvoirs publics. Ce qui aura des répercussions non seulement dans l'organisation des soins, mais aussi dans la relation patient/médecin. Se trouvait ainsi confirmé un principe que le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec (CMCPQ) considérera jusqu'à aujourd'hui comme fondamental : la liberté d'appliquer des traitements dont la nature et la qualité sont du seul ressort du praticien, sans intervention d'organismes extérieurs à la profession. Quatre autres principes découleront de cette autonomie accordée aux médecins depuis le

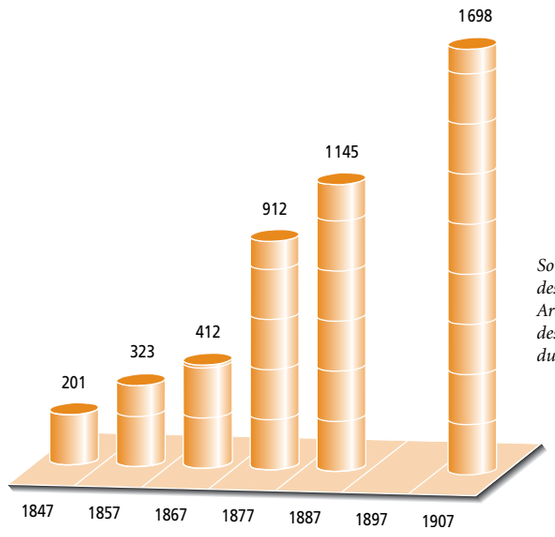
milieu du XIX[e] siècle : la liberté du lieu d'exercice ; le pouvoir de fixer les honoraires, à partir de 1876[25] ; le pouvoir d'instaurer un code de déontologie et enfin, celui de sanctionner ses membres par l'instauration d'un conseil de discipline, à compter de 1898. Quant à la liberté d'exercice, l'État et le Collège ne sont jamais intervenus pour la limiter, sauf récemment, pour assurer une répartition équilibrée des médecins dans les régions.

Autre élément important, la loi de 1876 assurait une représentation des facultés de médecine au sein du CMCPQ. Or, cette initiative rendue nécessaire pour la concertation en matière d'admission aux études et d'adoption des programmes, renforce le pouvoir des médecins des grands centres urbains au détriment des médecins des régions. S'amorce ainsi la centralisation des pouvoirs décisionnels aux mains des médecins de Montréal et de Québec. Les ambitions de l'élite médicale urbaine sont telles que les mesures adoptées par le loi de 1876 sont jugées trop faibles. L'éditorialiste de *L'Union médicale du Canada* déplore la représentation insuffisante de Montréal : « les progrès et les réformes prennent surtout origine dans les grands centres, les médecins y étant toujours en relation, et la nature de leurs études et de leurs devoirs les mettant plus en état de juger les besoins de la profession que les médecins des districts ruraux, qui par leur isolement sont dans l'impossibilité de s'occuper autant des intérêts généraux de la profession[26] ».

L'urbanisation favorise la concentration des pouvoirs entre les mains des élites urbaines. Et ce processus s'accentue au moment où le Collège obtient un élargissement considérable de son membership en milieu rural[27]. La loi de 1876 a donné une nouvelle vitalité au Collège puisqu'on lui accordait aussi d'importants pouvoirs d'intervention quant à l'accessibilité à la profession et à la monopolisation des actes médicaux au profit des médecins licenciés. Mais le Collège nourrissait d'autres objectifs ; notamment, il souhaitait accroître son autorité morale auprès de tous les membres de la profession afin de devenir un levier important d'intégration et de regroupement des médecins en territoire québécois. Certes, il y a des sociétés et des revues médicales qui tentent de rapprocher les membres de la profession, mais aucune ne dispose des moyens du CMCPQ. En tant que représentant légitime de toute la profession, grâce à l'inscription obligatoire des médecins, le CMCPQ peut prétendre participer activement à la quête d'unité, de respectabilité et de notabilité de la profession médicale. La volonté d'hégémonie en matière de production de soins exigeait non seulement le développement des savoirs et la standardisation des pratiques, mais aussi la crédibilité et le prestige social que des intérêts communs étaient de nature à favoriser. Mais encore fallait-il que cette démarche fût guidée par une autorité éclairée, en l'occurence le Collège, « le gardien de l'honneur, de la dignité et des intérêts de la profession[28] ». Aussi demande-t-on aux médecins de s'en remettre désormais au Collège « pour toute question concernant les intérêts de la profession » afin qu'aucune ne soit « soumise à la législature de la Province de Québec sans avoir été considérée par les gouverneurs du Collège, et, si ceux-ci le jugent opportun, soumise à la profession même[29] ». Le CMCPQ deviendra dès lors le pivot de toutes les questions professionnelles, législatives et éthiques concernant la pratique médicale. Et l'adoption de l'importante loi de 1909, qui constitue une étape fondamentale de la professionnalisation de la médecine, accroîtra encore les pouvoirs du Collège, non seulement dans la régie interne de la profession, mais aussi dans le contrôle des soins.

FIGURE 6

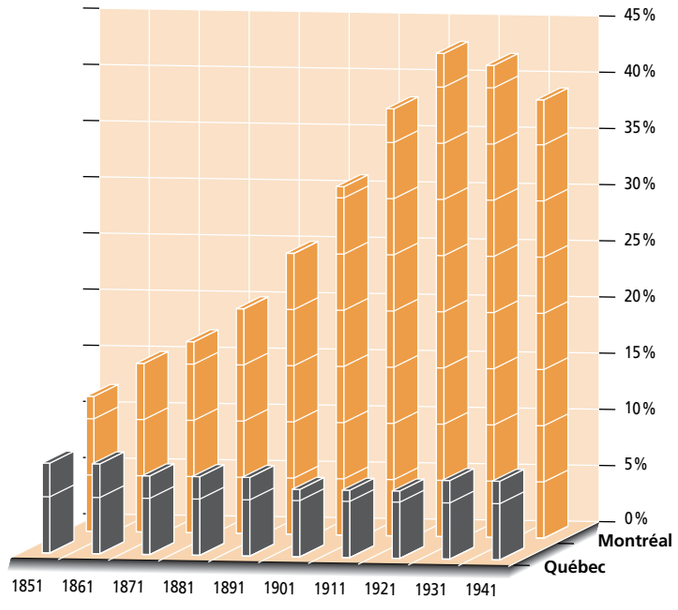
Nombre de médecins inscrits au Collège des médecins et chirurgiens, 1847-1907



Source : Registres des médecins, Archives du Collège des médecins du Québec.

FIGURE 7

Pourcentage de l'effectif médical à Montréal et à Québec, 1851-1941



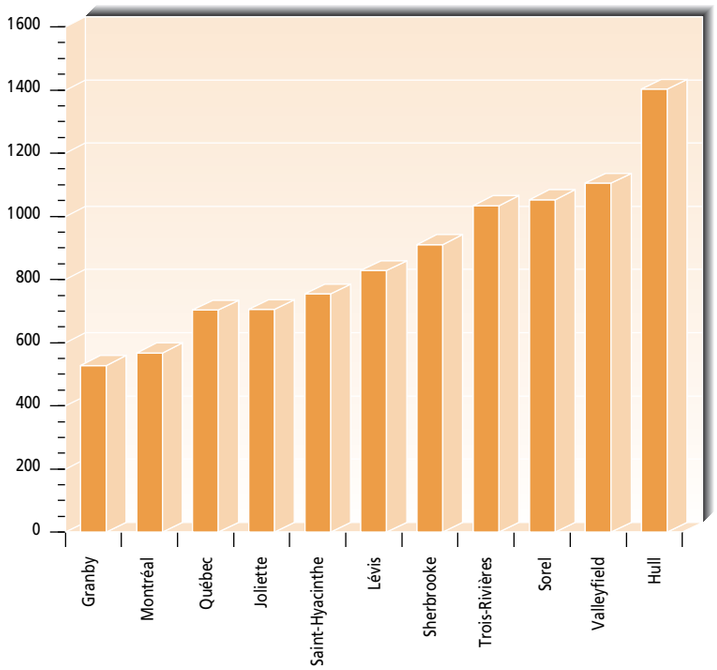
Sources : Recensement du Canada, 1851-1941.

Une première politique de contrôle de la profession, encore vaguement définie, avait été confiée au Collège par le législateur au moment de son incorporation. Elle visait principalement les conditions d'admission et de pratique. Toutefois, ce premier dispositif de contrôle est très lacunaire. Jusqu'à la fin de la décennie 1870-1880, le Collège n'a pas encore contribué significativement à la monopolisation des soins curatifs et son emprise sur le milieu de la santé reste bien timide. La consolidation des facultés de médecine, la médicalisation des grands établissements hospitaliers et l'émergence d'associations et de revues médicales mieux structurées y contribuent davantage que le Collège. Mais au tournant du XX^e^ siècle, le rôle joué par ce dernier va s'accroître considérablement.

La loi de 1909 constitue une autre étape importante dans l'histoire du Collège des médecins du Québec (CMQ) puisqu'elle inaugure son entrée dans la modernité professionnelle[30]. Cette loi conférait de nouvelles prérogatives qui traceront les grandes lignes des activités du Collège jusqu'aux années 1940 : le privilège de rédiger un code de déontologie, l'autorisation de mettre sur pied un conseil de discipline, la permission de réformer les structures administratives et d'établir des contrôles comptables, le droit exclusif de décerner des licences de pratique, des pouvoirs accrus de répression à l'endroit des praticiens illégaux, pour ne citer que les plus importantes.

FIGURE 8

Nombre d'habitants par médecin dans les principales villes du Québec en 1911



Source : Registre des médecins, Archives du Collège des médecins du Québec.

Autocontrôle et répression de l'exercice illégal de la médecine

Durant toute la première moitié du XX^e^ siècle, le CMCPQ défend avec une constance remarquable les principes d'une médecine libérale largement teintée d'un humanisme qui cherche à concilier l'art, la science et l'honneur professionnel. Évidemment, tous ne répondent pas à de tels idéaux. Il faut que le Collège intervienne de concert avec les sociétés et les revues médicales pour rappeler à ses membres qu'ils doivent mettre à jour leurs connaissances et observer les règles de déontologie nouvellement édictées. Si certains médecins font figure de moutons noirs au sein de la profession en matière de déontologie, nombreux sont aussi les praticiens « illégaux » qui s'efforcent de conquérir un marché thérapeutique encore largement ouvert au mieux offrant.

Depuis la fin du XIX^e^ siècle, le Collège s'efforçait d'accroître la crédibilité de ses membres et de maîtriser la concurrence que leur livraient de nombreux intervenants dans le marché des thérapies. Les stratégies varient assez peu jusqu'au début des années 1940. Deux grands volets orientent les moyens d'action. D'une part, on adopte en 1898 une politique d'autocontrôle et d'autosanction des membres de la profession. Elle est confiée à un conseil de discipline, doté de pouvoirs analogues à la Cour supérieure du Québec. C'est ce conseil qui est chargé de faire respecter le code de déontologie. Tout médecin reconnu coupable d'une infraction était passible de sanctions allant de l'interdiction de siéger à titre de gouverneur du Collège à la suspension temporaire du droit de pratique. Dans les faits, le conseil de discipline utilise parcimonieusement les pouvoirs qui lui sont confiés. Il s'emploie surtout à intimider les médecins trop enclins à critiquer publiquement leurs collègues ou à s'associer à des praticiens non diplômés, comme les rebouteurs ou les sages-femmes, et à réprimander ceux qui abusent financièrement de leurs patients. Malgré sa relative timidité, cette fonction disciplinaire permet au Collège de mieux baliser les normes acceptables de la pratique et de rappeler à l'ordre voire d'exclure tout praticien susceptible d'entacher sérieusement la crédibilité de la profession.

D'autre part, le Collège, de concert avec *L'Union médicale du Canada,* adopte une démarche de plus en plus déterminée en vue de la monopolisation des soins curatifs et il accentue ses interventions répressives auprès de ses principaux concurrents. Ici, par l'éradication et l'exclusion, il vise particulièrement les guérisseurs, les rebouteurs, les ostéopathes et les chiropraticiens. Là, il s'emploie à subordonner les infirmières et les sages-femmes.

L'adoption d'un code de déontologie et la mise sur pied d'un conseil disciplinaire au Collège relèvent d'une démarche complexe qui vise à mettre la profession à l'abri du discours populiste des « charlatans », à éviter toute collusion avec ceux-ci et à inviter les médecins à faire preuve, du moins en public, de solidarité envers leurs collègues. L'effort de monopolisation des soins passait non seulement par une meilleure cohésion des membres, mais aussi par l'uniformisation des pratiques, laquelle excluait d'emblée toute offre de cures miraculeuses et secrètes.

Dans un régime de concurrence non seulement entre médecins et non-médecins, mais aussi entre les médecins eux-mêmes, les efforts pour s'accaparer une clientèle plus importante conduisaient parfois au dénigrement public. Les accusations à peine voilées d'incompétence, même en milieu universitaire et hospitalier, sont fréquentes en ce début du XX^e siècle. Partisans d'une médecine scientifique et tenants d'une médecine traditionnelle se querellent fréquemment. L'unité de la profession n'est pas acquise. Dans l'esprit de l'élite de la profession, il fallait opérer une coupure nette entre médecins et non-médecins, diminuer les écarts de compétence, accentuer les collaborations au sein de la profession, contrôler certains intervenants et exercer la répression des illégaux.

Les sages-femmes et les rebouteurs ont été à cet égard des cibles de choix, mais sur des plans différents. Les premières s'inséraient dans un champ de pratique encore assez peu valorisé au début du siècle. Elles étaient en général mieux acceptées des médecins en milieu rural qu'en milieu urbain. L'élite de la profession reconnaissait qu'elles pouvaient, moyennant une supervision par les médecins, tenir un certain rôle dans la distribution des soins. Les rebouteurs, par contre, n'ont jamais trouvé grâce auprès de la hiérarchie médicale qui souhaitait leur disparition pure et simple. Il n'a jamais été question de leur octroyer une licence de pratique.

Depuis le dernier tiers du XIX^e siècle, le Collège s'efforçait d'obtenir un droit de contrôle de la pratique des sages-femmes. En 1876, il n'obtient gain de cause qu'en partie puisque le législateur, tout en lui octroyant un droit de contrôle ferme en milieu urbain, ne lui consent qu'un contrôle restreint en milieu rural. Toutes les sages-femmes pratiquant en milieu urbain sont désormais obligées d'obtenir une licence du Bureau provincial de médecine et le CMCPQ entend se montrer très exigeant sur les qualifications des postulantes. Entre 1877 et 1880, il accorde 17 licences à des sages-femmes. Mais, par la suite, les licences sont délivrées parcimonieusement et, au tournant du XX^e siècle, le nombre de sages-femmes en milieu urbain décroîtra de façon notable. Intensifiant ses efforts afin de mieux contrôler la formation des sages-femmes, le CMCPQ propose en 1879 des modifications à la loi qui l'autorisent à fixer « le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualifications exigées des femmes désirant pratiquer les accouchements[31] ». Encore une fois, le législateur modifie la proposition du Collège afin que les sages-femmes des campagnes soient exclues de cette obligation. En revanche, celles-ci doivent désormais « obtenir un certificat d'un médecin licencié[32] ». Le contrôle des sages-femmes en milieu rural se resserre, mais à un rythme beaucoup plus lent qu'en milieu urbain. Et peu à peu, la médicalisation de l'accouchement en milieu urbain va s'accélérer au profit des obstétriciens et au détriment des sages-femmes. D'autant plus que la loi de 1909 interdit à celles-ci l'utilisation des instruments médicaux, ce qui les oblige à faire appel à un médecin dans les accouchements difficiles. À défaut d'exclure les sages-femmes du champ de la pratique obstétrique, on les subordonne désormais à l'autorité du médecin, comme c'est le cas des infirmières.

Quant aux rebouteurs, depuis les années 1880, ils subissent aussi les assauts répétés du CMCPQ et des sociétés médicales régionales qui souhaitaient l'éradication de ces concurrents coriaces. En 1900, le CMCPQ décrète qu'il est dérogatoire à l'honneur professionnel de s'associer de près ou de loin à des rebouteurs. Ceux-ci jouissent d'un statut particulier dans la mesure où un certain nombre de médecins leur reconnaissent une réelle efficacité en matière de réduction des fractures. De plus, les appuis à l'endroit des rebouteurs demeurent importants au sein de la population et de la profession. Si bien que le Collège en 1911 est contraint à un compromis par les pressions répétées de députés de l'Assemblée législative. Dorénavant les rebouteurs ne pourront être poursuivis qu'en cas de *malpractice*[33]. En conséquence, certaines poursuites sont immédiatement suspendues. Ce compromis permet d'obtenir finalement l'appui du premier ministre Lomer Gouin et des députés qui se prononcent majoritairement contre la « loi des rebouteurs » déposée l'année suivante à l'Assemblée, loi qui aurait légalisé leur pratique dans le traitement des fractures. Les efforts du CMCPQ, mais aussi de *L'Union médicale du Canada,* avaient contribué à tenir en échec les partisans des rebouteurs.

Malgré ce succès, la campagne engagée par le CMCPQ dans la lutte contre les pratiques illégales de la médecine ne s'avère pas très populaire auprès des communautés rurales. Du reste, les services réciproques rendus entre médecins et rebouteurs semblent fréquents en ce milieu[34].

Depuis déjà la décennie 1870-1880, les grands hôpitaux généraux de Montréal et de Québec recevaient de nombreux patients victimes de fractures, de dislocations ou de contusions graves. Ces traumatismes occupaient près de 70 % des interventions chirurgicales. La FMUM, consciente de l'importance que prenaient les soins d'urgence, notamment les soins reliés aux accidents de travail, dans la pratique privée des médecins et dans la pratique hospitalière, consacre de nombreuses heures d'études à la



LA CLASSE DES GARDES-MALADES, HÔPITAL NOTRE-DAME, 1929.
Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

réduction des fractures. À l'examen final de chirurgie en 1885, cinq questions sur six portent sur les types, les causes et le traitement des fractures, lesquelles demeureront la préoccupation majeure des débats entourant les mesures d'antisepsie et d'asepsie jusqu'au tournant du XX^e siècle. Les grands hôpitaux généraux présentent avec plus d'insistance les nouveautés techniques — radiologie, anesthésie, chirurgie aseptique, plâtre, attelles, etc. — susceptibles de contrer le recours aux rebouteurs. Quant au CMCPQ, il intervient à maintes reprises auprès des sociétés médicales régionales afin qu'elles incitent les médecins à référer leurs patients victimes de traumatismes au centre hospitalier le plus proche. La réinsertion rapide de l'accidenté dans le circuit de la production marchande était aussi au cœur des préoccupations des autorités. Les sanctions disciplinaires du Collège, la meilleure formation des médecins, le développement de la radiologie et de l'anesthésie, l'adoption du plâtre et des techniques de réadaptation dans les centres hospitaliers expliquent en partie, à partir des années 1920, le déclin de la collaboration avec les rebouteurs. En milieu urbain d'ailleurs, le recours au rebouteur recule significativement.

L'action répressive du CMCPQ emprunte parfois des avenues délicates. Ainsi, des actions intentées contre certains « guérisseurs de prières[35] » se heurtent à bon nombre de magistrats qui hésitent à les condamner pour pratique illégale de la médecine. Par ailleurs, on se demande en 1913 si les pédicures et les manucures sont assujettis à la loi médicale et s'il y a lieu d'intenter des poursuites contre eux. À partir de la décennie 1910-1920, la lutte à la concurrence ne souffre guère d'exception et on ne lésine pas sur les moyens utilisés pour protéger l'exclusivité des actes médicaux accordée aux médecins. Les sociétés médicales qui ont l'avantage d'être bien distribuées sur le territoire québécois sont aussi mises à profit dans cette démarche de monopolisation des soins : décentralisation des plaintes, visite des médecins des régions éloignées, explication des procédures à adopter, etc. En 1922, le Collège distribue aux sociétés médicales une brochure intitulée *Le charlatanisme au flambeau de la loi.* Encore en 1937, le président du Collège souhaite intensifier la lutte contre « tous les extra-médicaux qui font illégalement de la pratique médicale : infirmières, chiropraticiens, pharmaciens, colporteurs de remèdes, rebouteurs, etc.[36] ».

Les relations qu'entretient le CMCPQ avec les infirmières sont plus ambiguës et s'inscrivent dans une stratégie de subordination qui donnera parfois naissance à de vives tensions entre les parties. Ainsi, dès les années 1920, se pose la question encore actuelle de la délégation des actes médicaux. Dans l'ensemble, le CMCPQ adopte une position de conciliation à leur égard, même s'il partage l'opinion défendue par la plupart des médecins qu'il faut accentuer le processus de subordination des infirmières.

2. DIFFUSER LE SAVOIR MÉDICAL

Les sociétés médicales

Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, la collaboration et la solidarité entre les membres de la profession médicale sont embryonnaires et les efforts de regroupement au sein de sociétés médicales se soldent la plupart du temps par des échecs. Plusieurs obstacles freinent l'avancement de la profession : le manque d'intérêt, en particulier des médecins ruraux ; les difficultés de liaison entre les membres répartis sur l'ensemble du territoire ; les divergences opposant le milieu urbain et le milieu rural et les clivages ethniques. Pourtant, à partir de la décennie 1870-1880, la situation évolue rapidement au profit d'une meilleure cohésion, du moins en milieu urbain. Le renforcement du CMCPQ, l'émergence des facultés de médecine et la création des bureaux médicaux au sein des hôpitaux multiplient les lieux de rencontre et les échanges.

Cette évolution se fait en grande partie à l'avantage de Montréal, surtout durant les premières décennies du XX^e siècle, alors que la ville connaît une croissance démographique accélérée et une importante augmentation de l'effectif médical. Peu à peu, Montréal devient le centre de la profession médicale au détriment de Québec qui voit alors son influence décroître sensiblement. D'ailleurs, la plupart des grands congrès médicaux, nationaux ou internationaux, tenus au Québec durant la première moitié du XX^e siècle se déroulent à Montréal. Et la majorité des revues et des sociétés médicales à caractère scientifique y implantent leur siège social. Parallèlement, de nombreux groupes d'intérêt professionnel se constituent dans les régions durant les premières décennies du XX^e siècle sous la forme de sociétés médicales, lesquelles ont tendance à perpétuer une certaine ambivalence entre les fonctions scientifiques et professionnelles.



Quelques associations professionnelles ont bien vu le jour, à Montréal et à Québec, avant la Confédération, mais elles n'ont qu'une existence éphémère (on trouvera à l'annexe VI la liste des associations médicales du XIXe siècle). Ce sont les créations de la Medico-Chirurgical Society of Montreal en 1865 puis de la Société médicale de Montréal en 1871 qui véritablement jettent les bases d'organisations professionnelles viables. Vouées en grande partie à la défense d'intérêts professionnels, parfois divergents, les deux associations joueront un rôle important dans la professionnalisation et l'essor de la médecine en milieu urbain. Leurs membres font partie en général de l'élite de la profession. Ils sont à la fois professeurs de médecine, directeurs de revue, surintendants d'hôpitaux ou gouverneurs du CMCPQ.

Les objectifs de la Société médicale de Montréal étaient sensiblement les mêmes que ceux de la Medico-Chirurgical Society of Montreal :

> cimenter l'union qui doit régner entre les membres de la profession médicale, [...] fournir aux médecins un motif de réunion et l'occasion de fraterniser et de se mieux connaître, [...] s'instruire mutuellement par des lectures, des discussions et des conférences scientifiques, [...] engager tous ceux qui en feraient partie à pratiquer mutuellement tout ce que l'honneur et la fraternité prescrivent aux membres d'une même profession.

En réalité, l'action de la Société médicale de Montréal, durant les décennies 1860-1870 et 1870-1880 est largement politique. Par exemple, elle s'oppose au projet de création d'un conseil médical du Canada, elle défend la souveraineté du Québec en matière d'éducation médicale, elle participe à la rédaction d'un projet de loi médicale qui sera adopté en 1876. Toutefois, les objectifs scientifiques de ces sociétés prennent de plus en plus d'importance vers la fin du XIXe siècle : la Medico-Chirurgical Society of Montreal publie dans ses *Proceedings* de nombreux articles à caractère scientifique et la Société médicale de Montréal, reformée par de jeunes médecins récemment revenus de stages d'études à l'Institut Pasteur, met beaucoup d'énergie à accroître la diffusion des sciences médicales et des pratiques de laboratoires.

Si certaines sociétés poursuivent à la fois des objectifs professionnels et scientifiques, d'autres veillent à stimuler la diffusion des connaissances médicales et chirurgicales. Tels sont les objectifs principaux de la Société de médecine pratique de Montréal (1888), fondée par les professeurs et les étudiants de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal et de la Faculté de médecine de la succursale de l'Université Laval à Montréal. Au tournant du XXe siècle, les canaux de diffusion du savoir médical articulés sur Montréal et Québec se développent rapidement.

En 1900, des représentants de la Société médicale de Québec, de la Société médicale de Montréal et du Collège se réunissent dans le but de créer l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Son congrès annuel regroupant des médecins de langue française, provenant de l'Amérique du Nord et de l'Europe, stimule l'intérêt des médecins québécois francophones pour les problèmes cliniques et la diffusion des connaissances, même si le niveau scientifique des présentations laissait parfois à désirer.

Alors que le souci d'accroître la mise à jour des connaissances médicales préoccupe grandement l'élite de la profession médicale en milieu urbain, il en est autrement des membres des sociétés médicales qui prolifèrent dans les régions rurales du Québec depuis les années 1900. Certes, leurs membres fondateurs proclament l'intérêt de ces sociétés pour la discussion de problèmes cliniques et scientifiques. Toutefois, le plus souvent, ils en restent aux déclarations d'intentions. En fait, la plupart des sociétés qui voient le jour dans les comtés du Québec visent à regrouper les médecins des campagnes afin de défendre efficacement leurs intérêts professionnels : c'est-à-dire faire la lutte aux « charlatans », imposer des tarifs médicaux uniformes et assurer le recouvrement des comptes en souffrance. Elles entendent aussi, nécessité oblige, donner à la profession une notabilité qui n'était pas acquise partout, loin s'en faut. Certains médecins y trouvent un point d'appui qui leur permet de s'insérer dans les réseaux des élites régionales.

Le Collège encourageait de son mieux la formation de sociétés de comté susceptibles de l'aider à assurer à la profession l'exclusivité des actes médicaux, au demeurant, si largement définis qu'ils impliquaient une véritable monopolisation des soins. De l'avis du président du Collège en 1908, ces sociétés médicales font éclore « un esprit d'équipe, d'unité et de solidarité jusqu'alors inconnu des médecins »[37]. L'encouragement du Collège à ce processus de décentralisation constituait cependant une arme à deux tranchants.

Certes le Collège possédait, depuis l'adoption de la loi de 1909, une assise juridique et institutionnelle beaucoup plus solide qu'auparavant, mais plusieurs de ses membres en milieu rural jugeaient que ses efforts pour la défense des intérêts de la profession étaient insuffisants. La centralisation des activités du Collège à Montréal ne pouvait manquer de susciter un certain mécontentement de la part des sociétés médicales. Du reste, le poids démographique des praticiens en région, malgré la concentration continue des effectifs à Montréal et à Québec, demeurait important avec plus de 50 % de l'effectif médical.

En 1911, les discussions entre des représentants des sociétés régionales et le CMCPQ sur la nécessité d'assurer une meilleure défense des intérêts professionnels de tous les médecins du Québec donnent

lieu aux premiers efforts de syndicalisation. Un projet de loi proposant la formation d'un syndicat regroupant les sociétés médicales du Québec avec pour mandat d'assurer « la protection des membres de la profession[38] » est soumis au Comité de règlements et de législation du CMCPQ. Selon les promoteurs de cet ambitieux projet, la formation d'un syndicat provincial aurait l'avantage de favoriser la création de nouvelles sociétés médicales, de protéger les intérêts professionnels des médecins, « d'augmenter l'influence légitime des médecins auprès des pouvoirs et des autorités », de favoriser une action directe et commune, de hausser la somme des connaissances scientifiques de la province et enfin « de développer l'esprit de solidarité des membres de la profession[39] ».

Ce projet, qui contient une critique à peine voilée du rôle joué par le CMCPQ en matière de défense des intérêts professionnels des médecins, est sèchement rejeté par les autorités du Collège. Pour d'évidentes raisons, celles-ci ne souhaitent guère qu'un organisme parallèle affaiblisse ses pouvoirs auprès de la profession et particulièrement auprès des médecins des régions. Désireux de se rapprocher de sa base, le Collège forme en 1913 un comité des sociétés médicales chargé de promouvoir leur implantation dans les diverses régions et leur assigne la mission « d'aider à l'éducation scientifique des praticiens[40] ». Dans l'esprit des administrateurs du Collège, les sociétés médicales devaient surtout servir à la diffusion des connaissances scientifiques et à la mise à jour des connaissances des médecins. Aussi le comité des études médicales propose-t-il de souscrire des abonnements à un certain nombre de revues et d'acheter des thèses d'universités « étrangères » et de les distribuer aux sociétés médicales[41]. Mais les difficultés de distribution des revues médicales parmi les praticiens ruraux font avorter le projet. Le CMCPQ opte alors pour le financement de conférences « de médecine et de chirurgie » au profit des sociétés médicales rurales qui en font la demande[42]. Là aussi le Collège se heurte à une certaine inertie des membres des sociétés médicales qui préféraient de loin consacrer leurs réunions aux problèmes professionnels ou administratifs plutôt qu'à la causerie scientifique.

À partir de la décennie 1920-1930, la lutte au « charlatanisme » constitue une des préoccupations majeures des sociétés médicales. En principe, cette question relevait de l'autorité centrale du Collège, mais ses initiatives en ce domaine étaient jugées insuffisantes par certaines sociétés. De plus en plus, les médecins en milieu rural souhaitent monopoliser l'ensemble des actes médicaux et deviennent moins tolérants à l'endroit des rebouteurs, des guérisseurs et des vendeurs itinérants de remèdes brevetés et, dans une moindre mesure, des homéopathes et des sages-femmes.

Mais le Collège doit ménager la chèvre et le chou, car si les médecins des régions, par l'intermédiaire des sociétés médicales, accroissent leurs pressions ; à l'opposé, les pouvoirs publics se montrent toujours favorables à la reconnaissance de certaines pratiques thérapeutiques telles que l'homéopathie et l'ostéopathie. Même le premier ministre Taschereau en 1927 se porte à la défense des ostéopathes, au grand dam du CMCPQ.

Celui-ci se voit donc contraint de redoubler d'efforts honorables afin de sensibiliser les médecins et les législateurs aux problèmes que suscitent la pratique illégale de la médecine et l'émergence de nouvelles thérapeutiques. En 1922, il publiait à cet effet sa brochure intitulée *Le charlatanisme au flambeau de la loi,* qui fut distribuée par les sociétés médicales à leurs membres ainsi qu'aux députés. Cela ne ralentit pas pour autant l'ardeur des partisans de la décentralisation du pouvoir de contrôle de la pratique médicale, par la création de syndicats professionnels régionaux.

Cette question est encore largement débattue au sein des sociétés médicales, dans les revues et les congrès médicaux. En 1928, une coalition formée de représentants de sociétés médicales régionales décide finalement de présenter à l'Assemblée générale du CMCPQ un projet très détaillé de formation de conseils médicaux régionaux dont les membres sont recrutés au sein des sociétés médicales. Cet ambitieux projet propose la création de 18 conseils médicaux correspondant aux 18 districts électoraux alors en vigueur. Chaque district, tout en faisant partie de la structure du CMCPQ, obtiendrait une autonomie par l'obtention « des droits et prérogatives actuellement dévolus au BPM [...] touchant la répression de l'exercice illégal de la médecine » et la promotion des « intérêts matériels et scientifiques de ses membres[43] ». Chaque conseil bénéficierait aussi d'une contribution annuelle obligatoire. Désormais, le BPM serait composé des délégués des conseils médicaux et des représentants des facultés de médecine. Une telle initiative remettait sérieusement en question le processus de centralisation des activités du CMCPQ en marche depuis le début du XX^{e} siècle : « Il s'agit de savoir, notait le président, si nous devons continuer à gouverner la profession en laissant à la base de nos lois et de nos règlements le principe de la centralisation inauguré en 1909, ou si nous devons revenir au principe de la décentralisation en vigueur de 1847 à 1909[44] ».

Or, la position du Collège était claire à cet égard. La loi de 1909 a centralisé « pour le bien commun » l'administration, la lutte à l'exercice illégal de la médecine, la régie interne et la discipline de la profession, sans pour autant décourager les initiatives régionales telles que l'émergence des sociétés médicales. Mais plus encore, cette centralisation des pouvoirs a permis, selon lui, de rendre la profession « maîtresse de sa destinée : elle y admet qui elle veut, elle en fait sortir qui n'est pas digne[45] » par le Conseil de discipline. Finalement, le projet est écarté par un vote majoritaire. Prenait ainsi fin la plus sérieuse menace de décentralisation des structures de contrôle de la profession.



L'essor de la presse médicale

La publication de périodiques médicaux avait l'avantage de rejoindre plus de médecins que les conférences ou les réunions médicoscientifiques. Elle permettait de présenter des travaux cliniques récents glanés dans les revues européennes et américaines.

En janvier 1826, Xavier Tessier fondait la première revue médicale canadienne, *Le Journal de médecine de Québec.* Ce périodique bilingue visait, entre autres objectifs, à présenter les dernières nouveautés de l'époque en matière d'étiologie des maladies infectieuses et à susciter les observations des médecins québécois sur le climat et les lieux d'apparition de ces maladies. Malheureusement, cette revue ne suscite guère d'enthousiasme chez les médecins et disparaît en octobre 1827. De nombreuses autres revues, essentiellement anglophones, voient le jour durant les deux premiers tiers du XIX^e^ siècle, mais elles n'ont, dans la plupart des cas, qu'une existence éphémère (voir la liste des périodiques médicaux du XIX^e^ siècle à l'annexe VII).

À compter de la décennie 1870-1880, les périodiques acquièrent une plus grande stabilité. C'est durant l'année 1872 qu'apparaissent les trois principales revues médicales du dernier tiers du XIX^e^ siècle : *Canada Medical Record* (1872-1904), *Canada Medical and Surgical Journal* (1872-1888) et *L'Union médicale du Canada.* Cette dernière est, en fait, la première revue médicale de langue française. Elle connaît une longévité remarquable puisqu'elle paraît jusqu'en 1995. Les liens qui se nouent entre *L'Union médicale du Canada* et le CMCPQ sont si serrés que la revue s'avère, pendant de nombreuses décennies, l'organe médiatique du Collège.

Par le truchement de ces périodiques, l'élite de la profession présente sans tarder les innovations médicales, en discute les mérites et publie les quelques rares travaux cliniques originaux des praticiens québécois. Y sont résumés bien sûr les débats entourant la théorie des germes et la méthodologie antiseptique de Lister à compter de 1877 et l'utilisation des rayons X depuis 1896. On y commente également les travaux de William Osler, les innovations cliniques et antiseptiques des docteurs Francis J. Shepherd et Thomas G. Roddick du Montreal General Hospital ainsi que les nouvelles méthodes d'asepsie présentées par le docteur Oscar-F. Mercier de l'hôpital Notre-Dame ou le docteur Amédée Marien de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

S'il est difficile de mesurer l'impact de ces revues sur la mise à jour des connaissances des médecins, force est d'admettre que lorsque des nouveautés médicales renvoyaient à des considérations théoriques avancées, bien peu de médecins s'avéraient en mesure d'en saisir la pertinence ou la portée. L'apparition de certaines technologies telles que l'anesthésie ou l'électrothérapie ne causaient guère de problèmes. Mais il en était tout autrement des thèses relatives à la vaccination, des théories étiologiques des maladies infectieuses et des nouveaux fondements des pratiques chirurgicales antiseptiques et aseptiques. Le renouvellement du savoir sur lequel reposaient ces transformations fondamentales exigera du praticien le mieux patenté un effort constant de mise à jour des connaissances. Mais encore fallait-il qu'il possède les éléments de base nécessaires à la compréhension de notions, de procédés et de techniques de plus en plus empruntés aux sciences connexes : biologie, chimie, physique, mathématiques, etc. Or, à la fin du XIX^e^ siècle, les facultés de médecine, sauf celle de l'Université McGill, ont négligé la formation scientifique de base des étudiants (Goulet, 1993 ; Ludmerer, 1985 ; Rothstein, 1987). De plus, elles ne se soucient guère d'établir des programmes de mise à jour des connaissances, jugeant que l'expérience sur le terrain suffit à maintenir et même à accroître les compétences du praticien. Malheureusement, le développement des connaissances biomédicales rendait en partie caduque une telle philosophie d'apprentissage.

Cette lacune est en partie compensée par la présence de périodiques qui rejoignent un plus grand nombre de médecins, par les efforts de certaines associations spécifiques vouées au développement des spécialités et la participation croissante des médecins à des congrès. Jamais les relations entre les praticiens d'Europe et d'Amérique n'auront donné lieu encore à une telle circulation des savoirs médicaux. À partir de la fin du XIX^e^ siècle, les nouveautés médicales sont largement diffusées par ces canaux de communication. Il arrivait parfois que certaines nouveautés techniques suscitaient des espoirs de guérison quelque peu exagérés. La vogue de l'électrothérapie et des rayons ultraviolets durant les premières décennies du XX^e^ siècle a donné lieu à l'émergence de cliniques spécialisées dans les grands hôpitaux, mais aussi à la mise sur pied de petits établissements privés en région destinés à une riche clientèle. C'est le cas du Sanatorium d'électrothérapie de Trois-Rivières et de l'Institut électrique de Sherbrooke.

À cela s'ajoutent les efforts plus modestes de divers médecins qui organisent des rencontres afin de présenter certaines nouveautés ou de promouvoir de nouvelles pratiques chirurgicales. Parfois, particulièrement en milieu urbain, de telles rencontres informelles débouchent sur la mise sur pied d'une société médico-scientifique susceptible d'accroître l'intérêt des médecins pour les nouveautés médicales. Ainsi, les réunions occasionnelles des docteurs Thomas Brennan, Marien, Mercier et Henri Hervieux à Montréal donnent-elles lieu à la mise sur pied en 1897 du Comité d'études médicales, qui relancera la Société médicale de Montréal en 1900.



Le Collège des médecins et l'uniformisation des connaissances

Malgré son leadership encore mal assuré durant les premières décennies du XX^e siècle, le Collège a contribué à doter le Québec de médecins mieux formés et plus sensibles à l'évolution rapide du savoir médical, alors que la médecine de laboratoire se développe rapidement et que la bactériologie, et plus tard la virologie, transforment radicalement l'étiologie et la prophylaxie des maladies infectieuses. De nombreux médecins québécois soutenus par le Collège et par certaines sociétés médicales adhéreront au nouveau *credo* de la médecine scientifique tout en conservant leur attachement à l'art médical.

À la suite des pressions du CMCPQ, et malgré les réticences des facultés, la loi de 1909 étend à cinq ans le programme des études médicales. Neuf ans plus tard, une nouvelle loi décrète, encore à la demande du Collège, que soit rendue obligatoire l'étude de la biologie afin, souligne-t-on, de rendre conforme aux exigences de la science moderne le programme des études médicales. Cette initiative devance en quelque sorte l'instauration d'une année préparatoire à l'étude de la médecine comprenant des cours de physique, de chimie et de sciences naturelles (Goulet, 1993). Outre le financement de conférences scientifiques présentées lors des réunions des sociétés médicales régionales, le CMCPQ prend d'autres initiatives pour promouvoir la mise à jour des connaissances, particulièrement en milieu rural. Par exemple, on organise des stages en milieu hospitalier destinés aux praticiens des campagnes afin de les sensibiliser aux nouveautés de la médecine hospitalière. Les résultats sont cependant modestes. Bien des médecins poursuivent leur carrière professionnelle sans trop se soucier des nouveautés diagnostiques ou thérapeutiques. Aussi y a-t-il alors une médecine à deux vitesses : une médecine de campagne basée sur l'expérience clinique et l'instrumentation rudimentaire du praticien et une médecine de ville axée sur les dernières nouveautés théoriques et techniques de la médecine clinique et de la médecine hospitalière. Un groupe de médecins de Sherbrooke propose la formation de centres régionaux d'études médicales postuniversitaires. Ces centres, destinés aux médecins, doivent aider ceux-ci à parfaire leurs connaissances en chimie, en bactériologie ou en radiologie. Le groupe de Sherbrooke propose même l'établissement de laboratoires régionaux où seraient effectués des travaux de biologie, de chirurgie expérimentale, de bactériologie, de pathologie et de chimie. Ce projet, qui n'obtiendra pas l'appui financier du gouvernement, fait bien ressortir l'inquiétude ressentie par les contemporains devant le décalage croissant entre les nouveaux savoirs et les procédés diagnostiques enseignés dans les facultés et la médecine pratiquée hors des grands hôpitaux.

L'enjeu de la diffusion des nouvelles connaissances et des nouveaux procédés issus de la médecine hospitalière et des travaux de laboratoire est crucial car, jusqu'aux années 1930, plus de la moitié des médecins travaillent dans les campagnes. Aucune structure de formation continue n'avait encore été mise sur pied.

Les revues et les sociétés médicales ont certes comblé en partie les besoins de mise à jour des connaissances, mais elles ne pouvaient garantir une prestation de qualité satisfaisante de la part de tous les médecins en exercice. Encore au début des années 1930, bien des médecins de campagne ne connaissaient que vaguement les avantages des données de laboratoire dans le diagnostic des maladies. Pourtant ces pratiques étaient bien implantées non seulement à Montréal et à Québec, mais aussi à Trois-Rivières, à Hull ou à Sherbrooke. Cependant, il fallait que les médecins qui pratiquaient en périphérie des principaux centres urbains soient intégrés au milieu hospitalier et initiés aux pratiques de laboratoire pour que la science se conjugue avec l'art. La seule expérience du praticien ajoutée à son bagage théorique universitaire n'était plus suffisante pour lui permettre d'offrir à la population des soins aussi efficaces que ceux qui étaient prodigués dans les centres urbains. Il fallait que tous les praticiens aient la possibilité d'avoir accès aux malades dans les hôpitaux, reçoivent des cours cliniques, posent des diagnostics et visitent les laboratoires. Une telle approche hospitalo-scientifique de la médecine, de plus en plus défendue par l'élite de la profession, suggérait implicitement l'idée d'une centralisation des soins aigus au détriment des soins à domicile. En contrepartie, on proposait aux médecins de campagne une plus grande efficacité sur le plan diagnostique et thérapeutique et leur intégration partielle à l'univers hospitalier.

Pour l'élite de la profession, le contrôle de la médecine et la protection du public vont de pair : la qualité des soins découle de la reconnaissance socioprofessionnelle d'une médecine libre et indépendante. Cependant, une telle médecine dépendait non seulement de la demande de soins, mais aussi de l'expertise et de l'efficacité du médecin. Or, rappelons-le, durant les premières décennies du XX^e siècle, les médecins n'occupent pas seuls le terrain thérapeutique. Les intervenants en ce domaine sont nombreux : pharmaciens, dentistes, opticiens, homéopathes, sages-femmes, rebouteurs, guérisseurs, etc. Certains sont efficaces et populaires.

Les efforts respectifs des médecins hygiénistes pour promouvoir le dépistage des maladies infectieuses par les analyses bactériologiques, ceux des chirurgiens et des obstétriciens pour répandre les pratiques préventives de l'antisepsie et de l'asepsie dans les centres hospitaliers des petites agglomérations urbaines, ceux aussi des cliniciens pour encourager les médecins de campagne et la population à avoir recours aux



soins hospitaliers, ceux encore des professeurs des facultés de médecine pour susciter l'intérêt des étudiants envers les nouveautés cliniques et ceux enfin, des administrateurs du CMCPQ pour contrôler l'admission aux études et l'accessiblité à la pratique médicale, tous ces efforts convergent vers ce même objectif d'occuper quasi entièrement le terrain préventif, diagnostique et thérapeutique.

Sans conteste, la diffusion, l'uniformisation et la spécialisation des savoirs et des pratiques ont joué un rôle important dans ce processus de monopolisation des soins amorcé à la fin du XIX^e siècle par l'institution médicale à travers ses organes : le Collège, les établissements hospitaliers, les facultés de médecine, le Conseil d'hygiène de la province de Québec, les revues et les sociétés médicales régionales.

3. LE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE

Au tournant du XX^e siècle, la consolidation des activités hospitalières et la naissance de la médecine de laboratoire et de l'asepsie chirurgicale, à la suite des progrès de la bactériologie, avaient consacré la prépondérance, voire l'exclusivité, de la fonction médicale dans tous les hôpitaux généraux nord-américains. Ceux du Québec, particulièrement à Québec et à Montréal, s'inscrivirent avec plus ou moins de décalage dans ce système moderne caractérisé par, notamment : l'expertise croissante de l'administration dans les affaires hospitalières et médicales ; l'introduction de nouvelles technologies diagnostiques et thérapeutiques ; l'émergence des procédures antiseptiques puis aseptiques (Goulet, 1992) ; l'amélioration des techniques chirurgicales ; la professionnalisation progressive des soins infirmiers ; l'établissement de liens étroits entre les grands hôpitaux et les facultés de médecine ; le regroupement d'un faisceau de compétences médicales ; et l'importance croissante accordée à la clientèle payante. C'est en grande partie dans le cadre de cette microsociété que constitue l'hôpital que s'est installé le « dialogue » entre la science médicale, la pratique clinique, les spécialités médicales et la demande de soins.

Certes, au début du XX^e siècle, les établissements hospitaliers, en particulier l'hôpital Notre-Dame, le Montreal General hospital, le Royal Victoria Hospital et les hôtels-dieu de Montréal et de Québec assurent une fonction humanitaire, surdéterminée par les valeurs religieuses de la société québécoise catholique et protestante. Cependant, cette fonction humanitaire y est assurée de manière subsidiaire, dans une perspective de régulation socio-économique, c'est-à-dire de réparation et d'entretien des forces de travail et de réinsertion des membres actifs dans les circuits de la société. De concert avec les hygiénistes, les fonctions de protection et de gestion de la santé de la population sont encore généralement entendues au sens d'une régulation qui assure l'entretien et la reproduction des



BUREAU D'ADMISSION DES MALADES, HÔPITAL NOTRE-DAME, 1929.
Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

capacités physiques des travailleurs, voire des chômeurs temporaires, par d'intenses activités de soins médicaux. Du reste, il faut souligner que bien des patients hospitalisés à titre d'indigents étaient des travailleurs dont les revenus ne permettaient pas d'assumer les frais d'hospitalisation.

Les services internes et externes

Dans la plupart de ces hôpitaux, l'organisation des soins avait été divisée en deux grandes sections indépendantes : les services internes et les services externes. La première comprend les différents services d'hospitalisation des patients, tels que les services de médecine, de chirurgie et d'ophtalmologie. La seconde comprend les soins donnés au dispensaire des hôpitaux aux seuls « malades pauvres et incapables de payer les soins d'un médecin » et dont le traitement ne nécessite pas l'hospitalisation. Il s'agit en quelque sorte d'un service de consultations externes. Ces deux secteurs complémentaires ont connu, entre 1890 et 1930, une progression importante et continue de leur clientèle.

Parmi ces établissements, l'hôpital Notre-Dame a subi très fortement, dès ses débuts, les conséquences de la croissance démographique et industrielle de Montréal. Le nombre de patients admis aux services internes double durant les six premières années de l'établissement. Quant à la poussée de la demande de soins dans les dispensaires, elle est impressionnante : elle quintuple de 1881 à 1889.

À Québec, l'Hôtel-Dieu voit aussi s'accroître rapidement le nombre de malades traités dans les dispensaires et les cliniques externes. On estime qu'il serait passé de 2 537 en 1910 à 9 304 en 1925. Ces dispensaires ont surtout une fonction d'assistance aux indigents malades ou blessés. Une assistance qui a cependant l'avantage de favoriser l'exercice de nouvelles spécialités, telles que l'ophtalmologie, l'électrothérapie, la radiologie, la pédiatrie, la gynécologie, la dermatologie, la denturologie, les maladies nerveuses, mentales et vénériennes. Au sein des hôpitaux généraux d'Amérique, les dispensaires ont constitué les premières structures de spécialisation de la pratique médicale[46]. En effet, plusieurs services internes spécialisés mis sur pied dans les hôpitaux ont d'abord vu le jour au sein des dispensaires, ce qui permettait de





Ward M., Montreal General Hospital. Montréal, Québec, 1910.
Archives photographiques Notman, Musée McCord d'histoire canadienne, Montréal. II-181192.

mettre à l'épreuve leur efficacité diagnostique et thérapeutique. Cette montée des spécialités aura deux effets : la conversion de dispensaires généraux en dispensaires spécialisés et, plus fondamentalement, la structuration de véritables services internes spécialisés, au sens moderne du terme.

La création de dispensaires spécialisés ne répondait pas toujours à une demande précise de soins. Généralement, elle participait du besoin de canaliser l'afflux de clientèle indigente vers le personnel soignant. C'est le médecin préposé à l'admission aux dispensaires qui référait le patient à son collègue spécialisé. Parfois, la mise sur pied de nouveaux services spécialisés se heurte à des résistances. Ainsi, à l'hôpital Notre-Dame, devant la faible affluence des parents accompagnés de leurs enfants, le dispensaire de pédiatrie, même après avoir fait l'objet de réclames dans les quotidiens, se voit contraint, faute de clientèle, de mettre fin à ses activités. Néanmoins, dans l'ensemble, la mise sur pied de ces dispensaires spécifiques constitua un moyen plutôt efficace pour élargir l'offre de soins généraux auprès d'un segment peu fortuné de la population, plus porté à pratiquer l'automédication et à recourir aux vendeurs de remèdes brevetés et aux « guérisseurs ». Les dispensaires ont contribué à populariser la notion de soins hospitaliers spécifiques au détriment des soins généraux proposés par les concurrents de la médecine. Lors de leurs interventions publiques, les autorités des hôpitaux ne manquaient pas de mettre en évidence la vocation première de ceux-ci à l'égard des maladies aiguës et des cas d'urgence.

À partir du tournant des années 1930, le contrôle des soins médicaux à l'hôpital par un petit groupe de médecins laisse place progressivement au contrôle des médecins par une structure hospitalière médico-administrative. Ce renversement est d'autant plus intéressant qu'il s'effectue au moment (Goulet, 1993) où les facultés de médecine étoffent les contenus théorique et clinique de leur cursus au sein des hôpitaux de Montréal et de Québec, au moment, aussi, où l'accroissement de la clientèle payante devient un enjeu de plus en plus important pour les établissements. Peu à peu, surtout après 1940, la traditionnelle mission humanitaire d'assistance médicale aux démunis et aux accidentés est remplacée par des fonctions sociales de prise en charge de la santé de la population, particulièrement orientées vers la classe moyenne.

À cet égard, l'expansion des services de l'hôpital Notre-Dame de Montréal et de l'Hôtel-Dieu de Québec illustre la transition de la fonction hospitalière d'un lieu caritatif d'assistance médicale en une sorte d'instrument de médicalisation des masses, où l'hôpital devient le pilier d'une politique de gestion de la santé collective, de rationalisation des ressources humaines et de sauvegarde de la force de travail. Ces relations entre santé de la population et vigueur économique de la nation sont soulignées dès le début par les dirigeants de l'hôpital Notre-Dame. Du reste, cet hôpital ne tardera pas à se faire une réputation enviable pour les traitements d'urgence en particulier, la réduction des fractures, l'amputation et la ligature des artères et des veines.

Cette relation entre santé et productivité sociale était également bien affirmée au tournant du siècle dernier par les autorités et les médecins de l'Hôtel-Dieu de Québec. En 1901, un règlement est adopté qui oblige les médecins à consulter leurs collègues à propos des opérations graves, c'est-à-dire celles qui « sont de nature à mettre en péril la vie d'un malade ou à le rendre moins utile à la société » (Rousseau, 1989 : 290). Et un demi-siècle plus tard, en 1948, le surintendant de l'hôpital Notre-Dame croît opportun d'écrire que le « capital humain représente une valeur économique qu'il serait de mauvaise politique de négliger » et il exprime le souhait que les « gouvernants comprennent de plus en plus que la santé économique d'une nation est intimement liée à la santé physique des individus qui la composent[47] ».

En filigrane de cette représentation aussi mercantiliste que populationniste des rapports entre la vitalité collective et la vigueur économique de la nation, il devenait de plus en plus clair que, si la santé est un paramètre essentiel de la croissance démographique et



Salle d'admission dans les dispensaires de l'hôpital Notre-Dame, 1929.
Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

du développement socio-économique, les soins hospitaliers devaient être dispensés non seulement aux individus défavorisés et aux travailleurs de force, mais plus généralement à toutes les couches sociales actives[48]. La montée de la classe moyenne en tant que consommatrice de soins hospitaliers s'amorce après la Seconde Guerre mondiale. Elle correspond à la médicalisation de plus en plus généralisée des sociétés occidentales et participe à la mise en place d'une économie nouvelle des soins de santé[49].

C'est fondamentalement cette transformation de l'hôpital qui rend nécessaires la spécialisation, la recherche d'une meilleure efficacité des méthodes diagnostiques et thérapeutiques, l'accroissement des clientèles payantes et la diminution de la durée de séjour des patients. Cette transformation a aussi pour effet de diminuer la dépendance de l'hôpital à l'égard des facultés de médecine et de lui procurer une nouvelle autonomie professionnelle et financière. Quant aux médecins, ils ne pouvaient plus entretenir, comme ils l'avaient fait jusqu'aux années 1940, la représentation classique de leur vocation de bénévole participant à une grande œuvre philanthropique. Une image qui jusque-là occultait le fait que les médecins étaient généralement rémunérés pour tous les actes médicaux prodigués aux patients payants et, à partir de 1928, aux accidentés du travail ; certains recevaient en outre une rémunération pour leur enseignement clinique auprès des malades indigents. De plus, les médecins attachés aux dispensaires des maladies vénériennes recevaient un salaire mensuel de source gouvernementale. La part de leur travail bénévole accordée aux indigents s'était singulièrement érodée ; on comprend alors que les médecins en milieu hospitalier étaient plutôt enclins à encourager les politiques d'admission des classes payantes.

Passée à la fin du XIX^e^ siècle du statut de l'art à celui de la science, la médecine s'est délestée peu à peu de son aspect artisanal et philanthropique pour revêtir celui d'un rapport marchand fondé sur le libre choix du patient et le paiement à l'acte. La logique économique s'étendra peu à peu à l'ensemble du système de santé[50].

Conséquence de l'augmentation de la clientèle payante, la vie quotidienne dans l'hôpital devint de plus en plus segmentée et réglée selon une nouvelle organisation du temps et des lieux de soin : horaires mieux définis, locaux spécialisés, imposition de mesures de contrôle plus strictes de la circulation des individus, contrôle de la qualité des services et du comportement du personnel et des patients. Il est vrai que de telles règles ont toujours plus ou moins implicitement existé au sein des hôpitaux. Ce qui change entre les années 1920 et les années 1940, c'est l'introduction de codes disciplinaires moins dépendants de prescriptions morales et davantage orientés vers l'efficacité des pratiques d'observation, d'analyse et de contrôle de la maladie. D'où l'embauche d'infirmières laïques qui



AMBULANCE À CHEVAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME, 1898.
Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

secondent les sœurs hospitalières, le contrôle des visites, la coordination des interventions chirurgicales, l'établissement de diètes alimentaires, l'adoption de règlements interdisant de fumer, de cracher et même de prier à voix haute dans les corridors, etc. Dorénavant, les notions de dévouement, d'assistance et de charité sont des valeurs qui au premier chef relèvent de l'éthique personnelle. L'hôpital est alors confronté au double défi de répondre aux exigences techniques de la médecine moderne et de fournir des soins efficaces à une masse de citoyens de plus en plus exigeants. À cet égard, les statistiques hospitalières relatives aux taux de mortalité et de guérison leur donnent en partie raison. L'adage populaire selon lequel « on entre à l'hôpital pour y mourir » n'est plus guère appuyé par les taux de mortalité qui, de 1910 à 1930, oscillent entre 5 et 6 % dans les grands hôpitaux généraux de Montréal[51].

La spécialisation des services hospitaliers

Amorcée à la fin du XIX^e^ siècle dans les grands hôpitaux affiliés aux facultés de médecine, la spécialisation des services hospitaliers se répand peu à peu à la majorité des établissements du Québec. Dans les années 1930, la plupart possèdent des services spécialisés de radiologie, d'anesthésie, d'oto-rhino-laryngologie, d'ophtalmologie ou de gynécologie. L'introduction de certains services est plus prompte à Montréal et à Québec que dans les petits centres régionaux. Les facultés de médecine veillaient à ce que les cas cliniques exposés aux étudiants soient suffisamment variés pour leur assurer une formation adéquate. En ce qui concerne la radiologie, les motivations initiales sont surtout d'ordre diagnostique. Mais la découverte des propriétés curatives des rayons X incitent bientôt les grands centres antituberculeux et anticancéreux[52] à se doter d'un tel service.

Quant aux services d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, à l'instar de la chirurgie d'urgence, ils répondaient à des besoins pressants dans les établissements qui desservaient les milieux ouvriers. Les maladies et les accidents oculaires sont alors très fréquents, en raison en partie de l'insuffisance, voire de l'absence, de mesures de prévention. L'extirpation de corps étrangers dans les yeux constitue une activité quasi quotidienne de ce service. Par exemple en 1909 à l'hôpital Notre-Dame, 104 opérations ont pour motif la présence d'un corps étranger dans la cornée[53]. Pour des raisons similaires, les pathologies ou les accidents touchant les organes auditifs sont largement répandus. De 1911 à 1923,



LES MÉDECINS INTERNES, HÔPITAL NOTRE-DAME, 1929.
Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

l'accroissement du nombre de patients est considérable; on passe de 211 à 788 malades traités. Au début des années 1920, l'expansion du service est telle que le bureau médical se voit dans l'obligation de recommander l'ouverture d'un service séparé d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie. À l'Hôtel-Dieu de Québec, le nombre d'interventions dans ces deux services quintuple entre 1909 et 1929, passant de 447 à 2 124 (Rousseau, 1989 : 87).

Les services de gynécologie, dénommée autrefois « maladies des femmes », et d'obstétrique se développent à des rythmes très différents. La gynécologie s'implante dans les hôpitaux à la fin du XIX^e^ siècle : Women's Hospital en 1873, Montreal General Hospital en 1883, hôpital Notre-Dame en 1891, Hôtel-Dieu de Québec en 1900 ; etc. Quant aux services d'obstétrique, leur implantation est tardive dans les hôpitaux généraux : hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières en 1912, hôpital Notre-Dame en 1924, Hôtel-Dieu de Québec en 1947, etc.

Un tel état de chose permet de constater d'une part, la faible fréquence des accouchements dans les hôpitaux généraux par rapport aux naissances à domicile ou, dans une moindre mesure, dans les hôpitaux spécialisés et, d'autre part, la faible médicalisation de l'accouchement jusqu'aux années 1940[54]. Dans le mouvement de spécialisation et de standardisation de la médecine hospitalière, l'obstétrique a connu manifestement un retard. Néanmoins, les services de gynécologie connaissent dans certains hôpitaux une expansion fulgurante entre 1910 et 1940.

Le développement de la grande chirurgie

Durant les premières décennies du XX^e^ siècle, la chirurgie élargit son champ d'interventions aux opérations intra-abdominales, auparavant très rares en raison des risques élevés d'infection. Le perfectionnement des techniques anesthésiques et la mise en place de champs opératoires aseptisés rendent les chirurgiens plus interventionnistes et stimulent sensiblement la grande chirurgie. L'appendicectomie, peu pratiquée avant les années 1900 à cause des risques très importants d'infection du péritoine, progresse à un rythme très rapide dans certains grands hôpitaux de Montréal et de Québec. Par exemple, le pourcentage des opérations intra-abdominales pratiquées à l'hôpital Notre-Dame entre 1898 et 1903 fait un bond de 250 %. Elles doublent encore de 1910 à 1920. Au Royal Victoria Hospital en 1898 et à l'hôpital Notre-Dame en 1902, le pourcentage de décès est élevé : 14 et 18,4 % respectivement. Quoique devenu moins dangereux entre les années 1900 et 1920, les risques demeurent élevés dans les grands hôpitaux généraux de Montréal et Québec où les taux de mortalité oscillent globalement autour de 10 %.

On juge toutefois les résultats tellement convaincants que certains chirurgiens américains, européens ou canadiens optent bientôt, malgré les risques encourus, en faveur d'une intervention préventive. Toujours à l'hôpital Notre-Dame, le nombre d'appendicectomies passe de 31 à 113 entre 1899 et 1920. De tels engouements pour des ablations préventives — notamment les amygdalectomies, les hystérectomies et les ovariectomies — deviendront chose courante, jusqu'à récemment d'ailleurs, et posent le problème de la surmédicalisation. Les herniotomies sont aussi des interventions très fréquentes. De fait, durant les décennies 1910-1920 et 1920-1930 dans les grands hôpitaux généraux, les pathologies abdominales et gynécologiques constituent les principaux cas d'hospitalisation au service de chirurgie.

Les autres grandes interventions, dont la croissance est constante, se rapportent aux fistules, aux cystites, aux hémorroïdes et, dans les cas d'urgence, aux péritonites et aux pleurésies. La progression de ces types d'interventions chirurgicales est imputable pour une part aux médecins en cabinet privé, qui réfèrent plus fréquemment leurs patients au service chirurgical des hôpitaux. Parallèlement, les risques de décès décroissent suffisamment pour que l'opinion publique diminue sensiblement ses résistances par rapport à la chirurgie.

L'essor des grandes interventions chirurgicales, la spécialisation des services médicaux, l'efficacité accrue des interventions thérapeutiques et la fréquentation croissante de l'hôpital ont eu pour effet de relever le prestige social de la pratique hospitalière et de légitimer les pouvoirs de contrôle des médecins et des chirurgiens. En échange d'une pratique mieux encadrée et plus disciplinée, notamment dans le domaine chirurgical, de la délégation des actes médicaux aux infirmières et aux techniciens et de l'acceptation des normes professionnelles et scientifiques régissant le modèle hospitalier, ils obtenaient le contrôle médical de l'hôpital et l'accessibilité à des équipements sophistiqués parfois fort coûteux, ils profitaient de l'émulation suscitée par le travail d'équipe



Salle de radiologie, Hôtel-Dieu de Québec, circa 1925.
Fonds Livernois. Archives nationales du Québec à Québec, D123123, P2.

et de consultation, ils se voyaient offrir l'occasion de se spécialiser et la possibilité d'assurer à leurs patients de meilleurs services.

L'amélioration de la formation clinique et la complexification du système hospitalier conféraient au médecin la reconnaissance sociale et professionnelle tant recherchée.

À partir des années 1920, les médecins, assistés des infirmières laïques qui prennent de plus en plus le relais des sœurs hospitalières, s'efforcent d'étendre leur contrôle des soins à l'ensemble des hôpitaux généraux du Québec. Plusieurs hôpitaux cherchent à obtenir la cote maximale de qualité selon des critères imposés par l'*American College of Surgeons* qui cherche à standardiser les pratiques hospitalières, selon le modèle américain dominant. Un contrôle semblable est exercé par la Fondation Rockefeller sur les facultés de médecine du Québec.

C'est donc finalement au moment où le pouvoir médical devient le pivot de la structuration des soins que les grands hôpitaux du Québec ont amorcé, à leur rythme respectif, la transition vers un système hospitalier dont certaines caractéristiques n'ont guère changé jusqu'à aujourd'hui : le contrôle par les médecins de la structure de soins, l'introduction de savoirs médicaux et chirurgicaux renouvelés par le progrès des sciences fondamentales ; une formation médicale solidement appuyée sur l'enseignement clinique ; l'uniformisation et la quête de nouveaux procédés diagnostiques et thérapeutiques ; la spécialisation des soins et du personnel ; les efforts manifestes pour accroître l'admission d'une clientèle payante et pour diminuer la durée de séjour des patients. Au début de la décennie 1940-1950, l'hospitalo-centrisme axé sur un système professionnel de type libéral et contrôlé en grande partie par le pouvoir médical est bien implanté en territoire québécois. Comme nous l'avons vu précédemment, l'hôpital devient peu à peu une pièce essentielle dans la mise en place d'un système de protection sociale par lequel l'État accentue ses interventions dans le domaine de la santé.

4. LA RECHERCHE MÉDICALE

Les débuts de la recherche biomédicale au Québec

Au début du XX^e^ siècle, les activités de recherches médicales demeurent surtout le fait des professeurs de la Faculté de médecine de l'Université McGill et elles alimentent principalement des travaux de pathologie. À compter de la décennie 1890-1900, la Faculté et ses hôpitaux affiliés implantent des structures de recherche en pathologie. Les créations du *Molson Pathological Institute* de l'Université McGill, du laboratoire de pathologie du Royal Victoria Hospital en 1894 et du *Pathological Building* du Montreal General Hospital l'année suivante ont posé les prémisses du développement de la recherche clinique au Québec. Certes, des travaux de pathologie sont aussi effectués ça et là au sein de l'ÉMCM et de la FMUL ainsi que dans les hôpitaux généraux francophones de Québec et de Montréal, mais ces recherches sont ponctuelles, peu soutenues et souvent mal définies.

À partir des années 1900, la Faculté de médecine de l'Université McGill, qui dispose de moyens financiers largement supérieurs à ses rivales, accorde de plus en plus d'importance aux travaux de recherche et à l'embauche de professeurs permanents. Ce qui ostensiblement y marque le triomphe du modèle américain qui unit très étroitement l'enseignement, la recherche et la clinique. L'influence de William Osler, passé à Johns Hopkins depuis 1882, y est encore manifeste. Les relations privilégiées que noue l'Université McGill avec les grands organismes médicaux américains favorisent l'obtention d'une généreuse contribution de la Fondation Rockefeller en 1924 pour financer la création de la clinique universitaire du Royal Victoria Hospital. Dirigé par Jonathan Meakins, ce centre de recherche clinique inaugure des travaux en endocrinologie, en cardiologie et sur la respiration.

Durant les premières décennies du XX^e^ siècle, les développements de la médecine de laboratoire et l'essor des grandes interventions chirurgicales suscitent la hausse des examens pathologiques. Pour répondre à ces besoins croissants, la FMUMG, à la suite d'un octroi de 1 million $ du gouvernement du Québec, inaugure le 9 octobre 1924 son Institut de pathologie dirigé par un chercheur d'origine allemande, Horst Oertel. Décidément, il s'agit d'une année faste pour cette faculté.

Cependant, contrairement aux décennies précédentes, les universités francophones emboîtent cette fois le pas rapidement. En 1928, la Faculté de médecine de l'Université Laval transforme son département d'anatomie pathologique en Institut d'anatomie pathologique qui réunit tout le matériel des laboratoires des hôpitaux affiliés à la faculté. Dirigé par les docteurs Arthur Vallée et Louis Berger, il a pour tâche de répondre aux demandes d'examens des hôpitaux et des médecins. Cet institut est affilié en 1930 à l'Institut du cancer de l'Université Laval. Un autre institut d'anatomie pathologique affilié à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal voit le jour en 1937 sous la direction du docteur Pierre Masson. Centre d'enseignement et de recherche, il réunit les labora-

toires de la FMUM, de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital Notre-Dame, de l'hôpital Sainte-Justine et de l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville[55]. Certains travaux du docteur Masson effectués dans cet institut auront une résonnance internationale.

Les initiatives en matière de recherche ne se limitent pas à l'anatomie pathologique. En 1920, les fondations de la Faculté des sciences de l'Université de Montréal et de l'École supérieure de chimie de l'Université Laval « permettent pour la première fois à des Canadiens français de poursuivre une carrière de scientifiques professionnels et même parfois de s'initier à la recherche sans avoir à étudier à l'Université McGill ou hors du Québec » (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987). C'est à partir de 1922 que les premières bourses d'études supérieures du Conseil national de recherche du Canada sont décernées à des étudiants francophones, mais les demandes sont peu nombreuses[56]. Les étudiants intéressés à la recherche médicale et à la santé publique peuvent aussi bénéficier d'une bourse de la Fondation Rockefeller. Cependant, là aussi, les demandes sont plutôt rares. En 1920, grâce aux pressions exercées par les recteurs et les doyens des université de Montréal et de Laval, une loi provinciale, « Loi des bourses d'Europe », encourage la poursuite d'études supérieures et le développement de la recherche en milieu francophone.

Par ailleurs, dans le but de promouvoir des activités scientifiques en milieu francophone, un groupe de professeurs des facultés des sciences et de médecine de l'Université de Montréal fonde, en 1922, la Société de biologie de Montréal présidée par le docteur Arthur Bernier, professeur de bactériologie à la Faculté de médecine. On y trouve, entre autres membres, le doyen Louis de Lotbinière-Harwood, le professeur de radiologie Léo Pariseau, le professeur de chimie Georges-H. Baril et le professeur de botanique frère Marie-Victorin. Cette société avait pour but « l'étude et la vulgarisation des sciences biologiques, le développement de travaux de recherche et le développement de rapports scientifiques entre les biologistes canadiens et étrangers » (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987 : 249-250). Est aussi mise sur pied le 15 mai 1923, toujours avec la collaboration des facultés des sciences et de médecine de l'Université de Montréal, l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), « qui aura pour tâche de favoriser le développement scientifique de la société par la recherche, l'enseignement et la vulgarisation » (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987 : 251). Le 22 janvier 1927, Louis-Janvier Dalbis et Édouard Montpetit inaugurent l'Institut scientifique franco-canadien, grâce à la collaboration financière des gouvernements québécois et français et de l'Université de Montréal. Inspiré en grande partie par la francophilie des membres de la FMUM, l'Institut visait principalement « à resserrer les liens scientifiques entre la France et le Canada [francophone] en invitant au pays les maîtres les plus éminents de la science française pour donner des séries de cours ou de conférences » (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987 : 253). Une portion importante des conférences qu'on y prononce est consacrée aux sciences médicales.

Les actions conjuguées de la Faculté des sciences et de la Faculté de médecine inscrivent l'Université de Montréal au cœur même de cet important mouvement, notamment grâce aux initiatives et au dynamisme du frère Marie-Victorin, de Louis de Lotbinière-Harwood ou de Dalbis. Durant les décennies 1920-1930 et 1930-1940, les facultés de médecine de Montréal et de Laval adoptent plusieurs mesures pour encourager la spécialisation des diplômés et promouvoir certaines activités de recherche, mais celles-ci demeurent reliées à l'enseignement. Et il ne faut guère y voir encore une volonté de structurer de grandes activités biomédicales.

Bien souvent, la FMUL et la FMUM n'encourageaient les activités de recherche qu'en fonction d'objectifs à court terme. Pis encore, certains médecins intéressés à mettre sur pied une structure de recherche ne reçoivent aucun encouragement des autorités universitaires. Ainsi en est-il du docteur Roméo Boucher qui offre en vain ses services au recteur pour organiser un laboratoire de médecine expérimentale (Yanacopoulo, 1992). Quant au Rockefeller Institute, il n'offre des bourses de spécialisation qu'aux médecins recommandés par les écoles de médecine. Or, celles-ci ne choisissent que les candidats susceptibles de combler des postes d'enseignement. Certes, les activités de recherche fondamentale étaient parfois souhaitées, mais elles demeuraient généralement perçues par la plupart des professeurs comme des pratiques secondaires par rapport aux objectifs des facultés. Généralement, les pratiques de laboratoire étaient encore considérées comme un appendice de l'investigation clinique. Cette indifférence vis-à-vis les travaux de recherche est probablement due au fait que les médecins se souciaient moins d'assurer la progression de leurs activités de recherche que de procurer un bon enseignement à leurs étudiants et des soins adéquats à leurs patients.

À Québec, la recherche demeure embryonnaire à la Faculté de médecine de l'Université Laval jusqu'au début des années 1920 et elle se limite à la clinique et à quelques travaux anatomo-pathologiques. La nomination du docteur Arthur Rousseau à titre de doyen de la faculté modifie un peu la situation : modernisation des laboratoires de biologie et d'histologie, abonnement à des revues internationales, accueil de professeurs étrangers, fondation de la Société médicale des hôpitaux universitaires, etc. Il faudra cependant attendre le début des années 1930 avant que les professeurs de la faculté ne lancent des activités de recherche soutenues orientées vers des études cliniques du cancer, du goitre, de l'amiantose

ou des effets de la pénicilline. Dans l'esprit des membres de la faculté, le développement de la recherche médicale ne doit pas répondre seulement à des impératifs scientifiques, mais aussi à des visées humanitaires ou à des fonctions « de service au milieu ». Le recteur de l'Université Laval ne manque pas de souligner que les travaux de physiologie et de pathologie de l'Institut de bactériologie et d'hygiène alimentaire doivent « servir d'une façon immédiate les intérêts économiques et sanitaires de notre population » (cité dans Hamelin, 1995 : 160). De fait, pareille conception utilitariste de la recherche scientifique est largement répandue chez les francophones. Le docteur Armand Frappier ne l'entend pas autrement en fondant l'Institut de microbiologie et d'hygiène.

À Montréal, l'évolution de la recherche est plus rapide et mieux structurée, grâce surtout aux initiatives de l'Université McGill et, dans une moindre mesure, à celles de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Alors que l'Université McGill poursuit le développement de ses activités de recherche avec l'embauche des docteurs Wilder Penfield et James Bertram Collip qui introduisent les premiers véritables travaux de recherche en neurologie et en endocrinologie, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal entreprend, durant les années 1920, des travaux de recherche clinique sur le BCG et sur le radium sous la direction respective des docteurs Joseph-Albert Baudouin et Ernest Gendreau.

En 1926, après la découverte par Albert Calmette et Camille Guérin d'un nouveau procédé de prévention de la tuberculose, une subvention de 10 000 $ avait été accordée au docteur Baudouin par le Conseil national de recherches scientifiques afin d'étudier ce procédé controversé de prévention de la tuberculose humaine et bovine[57]. La préparation et l'administration d'un vaccin vivant atténué étaient alors considérées de ce côté-ci de l'Atlantique comme un procédé hautement dangereux. Peu familier avec la méthode expérimentale, le docteur Baudouin limita ses travaux aux aspects épidémiologiques et statistiques[58]. Plus de 2 000 sujets reçurent ce vaccin par voie orale entre 1926 et 1931. Parallèlement, de nouveaux projets de recherche clinique voyaient le jour aux universités McGill et de Montréal.

Directeur des études de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et professeur de physique à la Faculté des sciences, le docteur Ernest Gendreau, formé à l'Institut du radium de Paris, recevait en 1923 le mandat de diriger un nouvel institut. Gendreau, qui avait dénoncé à maintes reprises l'indigence financière des universités canadiennes-françaises (Gendreau, 1924 : 10), voyait ses efforts récompensés. Le Québec s'engagea à faire l'acquisition d'un gramme et quart de radium ainsi que de l'appareil nécessaire au coût total de 100 000 $. En 1926, l'Institut du radium de Montréal obtient de la ville de



Laboratoire de biochimie de la Faculté de médecine de l'Université Laval, 1898.
Fonds Service des communications, Archives de l'Université Laval.

Montréal l'usage gratuit de l'ancien hôtel de ville de Maisonneuve. Celui-ci est transformé en petit hôpital de 23 lits destiné au dépistage et au traitement des cancéreux. Cette installation devait être temporaire puisque l'on projetait d'aménager l'Institut au sein de l'hôpital universitaire que voulait établir la Faculté de médecine de l'Université de Montréal sur son nouveau campus. En 1928, l'Institut du radium de Montréal hospitalise 365 malades, il en traite au radium 274 et il effectue 1 318 analyses dans ses laboratoires. L'étude comparative des différentes méthodes de traitement et la mise au point des appareils et des techniques constituaient les activités essentielles de recherche. Encore une fois, les questions cliniques de dépistage et de traitement des cancers étaient au cœur des préoccupations de l'Institut. En 1937, il mène 7 680 consultations, il hospitalise 409 malades et il procède à 29 008 traitements ; 1 069 malades sont traités au radium, 6 598 analyses de laboratoire sont exécutées et 24 699 traitements de radiologie sont administrés. Jusqu'aux années 1940, il demeure, malgré la vétusté des locaux, le centre de traitement et de recherche en cancer le plus important au Québec.

Les instituts de recherche biomédicale

En matière de recherche clinique deux modèles principaux durant l'entre-deux-guerres avaient été envisagés. Le premier, emprunté aux grandes universités américaines, favorisait la création d'hôpitaux universitaires à proximité des facultés de médecine. Il permettait de concilier l'enseignement théorique et l'enseignement pratique, il renforçait les relations entre les sciences fondamentales et les sciences cliniques et il encourageait la formation de spécialistes et le recrutement de chercheurs. Or, si l'idée d'un centre médical universitaire érigé sur le campus avait rallié de nombreux partisans, elle suscita aussi de nombreuses oppositions. On craignait que la centralisation de l'enseignement n'éloigne le futur praticien des conditions réelles de sa pratique, isole le professeur et le chercheur et subordonne les hôpitaux affiliés au centre médical universitaire.

Le second modèle, inspiré des structures de recherche allemandes, françaises et américaines, consistait à créer des instituts de recherche associés aux facultés de médecine, mais dotés d'une autonomie administrative et financière. Tout en favorisant l'établissement de liens entre la recherche scientifique et la formation médicale, ce modèle semble avoir mieux répondu aux besoins de structuration, de spécialisa-

tion et de consolidation des activités de recherche. C'est ainsi qu'apparaissent au Québec, outre les instituts de pathologie et l'Institut du radium mentionnés ci-haut, l'Institut de bactériologie et d'hygiène alimentaire de l'Université Laval (1930), l'Institut de neurologie de Montréal (1934), l'Institut d'anatomie pathologique de Montréal (1937), l'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal (1938), l'Institut du cancer de Montréal (1941) et l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentales de l'Université de Montréal (1945).

Ces instituts, qui encouragent l'établissement de liens étroits entre la recherche clinique et la recherche scientifique, fonctionnent selon différentes traditions de recherche. Le modèle de fonctionnement de l'Institut du radium est semblable à celui de son *alma mater* à Paris ; les instituts de pathologie répondent au modèle franco-allemand ; l'Institut de neurologie, dont les structures sont certes originales, se rapproche passablement des modèles européens. Quant à l'Institut de microbiologie et d'hygiène de Montréal (1938), il correspond sur plusieurs points à l'institut Connaught de Toronto, mais il est aussi largement influencé par l'institut Pasteur de Paris.

La création d'autres instituts de recherche a aussi été envisagée, mais des contraintes financières, parfois doublées du manque d'intérêt des autorités des facultés, ont fait échouer des projets qui auraient entraîné l'essor plus rapide de la recherche, notamment en milieu francophone. Par exemple, lors du congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord tenu à Trois-Rivières en 1906, un comité avait été formé pour étudier la possibilité d'implanter un institut Pasteur en territoire québécois. Cette initiative n'aura pas de suite. On imagine quels auraient été les effets positifs d'un tel institut sur la promotion des activités de recherche en laboratoire. Autre exemple, en 1941, le docteur Henri Laugier, professeur titulaire de la chaire de physiologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, proposait de mettre sur pied un Institut de physiologie sous la double direction de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences. Cependant, les membres du conseil se montrèrent peu enthousiastes et le projet demeura sur les tablettes.

Avortés, à trois décennies d'intervalle, ces deux projets illustrent deux constantes qui ont marqué l'histoire des recherches biomédicales et cliniques : jusqu'aux années 1940, plusieurs médecins fortement intéressés à implanter de modestes structures de recherche se sont heurtés aux résistances d'autorités peu enclines à fournir les locaux et à investir les fonds requis à leur réalisation. En somme, le consensus des autorités universitaires, médicales, hospitalières et gouvernementales sur l'importance d'organiser la recherche biomédicale sur de solides bases ne sera pas atteint en milieu francophone avant la fin de la Seconde Guerre mondiale. Même les hôpitaux gravitant autour de la Faculté de médecine de l'Université McGill, laquelle était pourtant largement favorable au recrutement de professeurs-chercheurs étrangers et à l'implantation de structures de recherche, manifestent des résistances devant certaines initiatives de recherche expérimentale. Par exemple, au début des années 1930, les administrateurs et le bureau médical du Royal Victoria Hospital se montrent peu intéressés par les travaux de recherche de Wilder Penfield. Ils souhaitaient qu'il se consacre plutôt à la neurochirurgie (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987 : 358). Cependant, la ténacité de Penfield et son sens de la diplomatie lui permettront d'obtenir les appuis médicaux, universitaires et gouvernementaux nécessaires à la création de son important institut de recherche.

Dans le monde médical francophone, il y eut aussi d'heureuses exceptions comme le docteur Armand Frappier qui obtiendra les appuis politiques et financiers nécessaires à la création de son institut de recherche et de production en microbiologie. On peut mentionner aussi le cas plus tardif du docteur Hans Selye, chercheur de grande réputation, qui met sur pied son institut de recherche et de chirurgie expérimentale à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

L'absence d'une politique scientifique et d'organismes subventionnaires imposait aux intervenants des efforts constants de lobbying : « des individus lancent une idée, la font cautionner par des associations, établissent des contacts politiques, assiègent l'antichambre d'un ministre » (Hamelin, 1995 : 164). Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, la recherche biomédicale a largement reposé sur les initiatives de quelques individus et sur les activités de quelques instituts. Cependant, la situation allait bientôt se modifier favorablement.

À la veille du grand déménagement sur le nouveau campus de la montagne, le recteur résumait l'état général de la recherche à l'Université de Montréal. Il avouait que « l'une des pires conséquences du manque de ressource de l'Université a été de l'empêcher de remplir une de ses missions essentielles : la recherche scientifique ». L'enseignement, précisait-il, « accapare tout le temps des professeurs et l'Université ne les rémunère que pour leur tâche d'éducateur ». Il se montrait désolé que peu de finissants « soient disposés à se consacrer uniquement à la science » et déplorait que les quelques rares activités de recherche, mises à part les instituts du radium et de microbiologie, se « poursuivent le plus souvent dans l'ombre[59] ». Selon lui, « l'enseignement supérieur doit être accompagné d'une initiation plus ou moins poussée à la recherche ». Il souhaitait enfin que soit aménagé dans les nouveaux pavillons sur le mont Royal un centre de recherches qui « établirait avec les facultés et les écoles des relations de nature à promouvoir les recherches, à les sanctionner, soit par la publication ou par l'octroi de titres appropriés comme ceux de la Maîtrise et du Doctorat[60] ».



CONCLUSION

Deux mouvements interreliés, mais néanmoins distincts, marquent l'évolution de l'institution médicale : la professionnalisation de l'exercice de la médecine et la monopolisation des soins par les médecins. La professionnalisation renvoie principalement à la reconnaissance de statut et aux impératifs d'efficacité, d'organisation et de standardisation des pratiques. Elle constitue de ce fait une condition nécessaire mais insuffisante du mouvement de monopolisation des soins, un processus de très large portée. Pour s'accomplir, la monopolisation des soins devra s'appuyer sur une véritable révolution des savoirs, des procédés préventifs, diagnostiques et thérapeutiques. Il lui faudra pour cela passer par la médicalisation des hôpitaux et la transformation radicale par la science de l'exercice et de l'enseignement de la médecine.

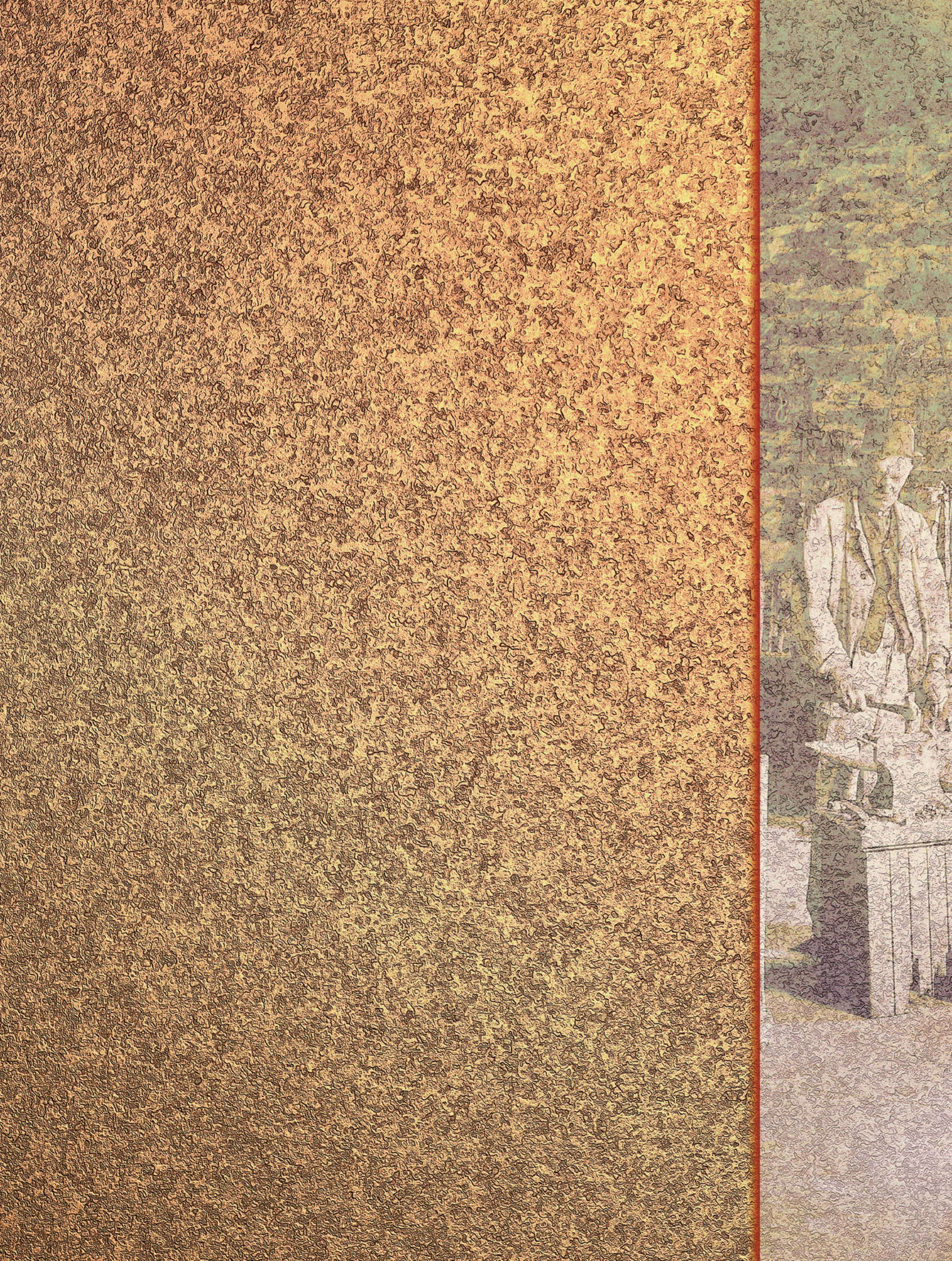
Les médecins, suffisamment nombreux en milieu urbain, forment alors des groupes de pression pour défendre des intérêts communs et pour obtenir le contrôle de l'accès à la pratique. Ils signent des pétitions à la législature, ils se réunissent pour créer des écoles de médecine, pour proposer l'incorporation du Collège des médecins et pour établir une certaine standardisation des pratiques. La médecine clinique s'implante alors et l'enseignement se détache de l'apprentissage pour adopter une formation largement inspirée des modèles européens. L'apparition de quelques revues et sociétés médicales améliore la circulation des savoirs pendant que les connaissances empiriques des maladies infectieuses suscitent la mise sur pied de meilleures mesures préventives. La législation sanitaire se précise en prenant appui sur la consultation des médecins. D'ailleurs plusieurs d'entre eux siègent à l'Assemblée législative.

Le second mouvement, celui de la monopolisation des soins, s'amorce vers la fin du XIX^e^ siècle pour s'accentuer durant les quatre premières décennies du XX^e^ siècle. Jamais le Collège, les sociétés médicales régionales et l'ensemble de la profession n'auront mis autant d'efforts pour s'accaparer, non sans difficultés d'ailleurs, le marché des soins de santé. Auparavant, l'État se montrait plutôt réticent à confier l'exclusivité des soins médicaux à la profession médicale. Le législateur avait accordé aux homéopathes en 1859 un statut de corporation autonome semblable à celui des médecins. Quant aux pratiques des sages-femmes et des rebouteurs, elles étaient encore tolérées en milieu rural. Mais à partir des années 1900, le législateur a tendance à accorder progressivement aux médecins le monopole d'exercice de la plupart des activités diagnostiques et thérapeutiques. Fait important, la profession médicale obtient, lors de l'adoption de la loi médicale de 1909, une délimitation plus précise de la notion d'exercice de la médecine[61]. Cette clarification aura pour effet d'exclure la majorité des concurrents et de faciliter les mesures répressives à leur endroit. Or, il faut souligner que les efforts concertés de monopolisation des soins médicaux, qui apparaissent près de 50 ans après la création du CMCPQ, se produisent au moment même où la médecine accroît ses possibilités d'interventions préventives, diagnostiques et curatives, où les interventions chirurgicales sont plus efficaces et moins dangereuses et où les facultés de médecine de Montréal et de Québec constituent des lieux structurés de formation scientifique et clinique dont les standards correspondent à ceux des facultés de médecine nord-américaines.

Les performances de la médecine moderne ont fortement contribué à légitimer et à valoriser, sinon à survaloriser, le rôle du médecin dans l'organisation des soins. L'effet de science, les arguments d'autorité et le mythe du progrès médical ont-ils aussi joué un rôle important dans l'imaginaire public ? C'est probable. Jusqu'à la loi des hôpitaux adoptée en 1962, le législateur laisse à la profession médicale une liberté quasi complète en matière de contrôle et de régulation des soins médicaux. Or, cet autocontrôle de la profession confié au Collège était parfois lacunaire. Ainsi, durant la première moitié du XX^e^ siècle, de nombreux petits hôpitaux privés ont offert des services médicaux sans aucun contrôle sur la qualité et la pertinence des soins prodigués. Le CMCPQ affichait une nette propension à fonctionner en vase clos et à solutionner les problèmes à la pièce sans toujours chercher à les prévenir. Peu efficace en matière de régulation de la pratique, de répartition de l'effectif médical et de formation continue, il se montre peu enclin jusqu'à la décennie 1950-1960 à obtenir de nouveaux pouvoirs d'intervention visant à standardiser les pratiques médicales.

Avant la charnière de 1950, la notion de protection du public était inféodée à l'idée que la pratique médicale relève de savoirs si complexes et spécialisés qu'elle ne peut incomber qu'aux médecins eux-mêmes, lesquels, en appliquant une saine autogestion, assureront à la population les meilleurs soins possibles. Cette conception, largement acceptée par les autorités politiques et les autres acteurs sociaux, reflète l'importante légitimité qu'avait réussi à acquérir la profession médicale au Québec.

De ce développement de l'institution médicale jusqu'à la Seconde Guerre mondiale se dégage une tendance assez marquée de la société québécoise, notamment par le truchement de l'État, à déléguer, sinon à concentrer, la structuration des soins entre les mains de l'élite médicale au détriment des autres professionnels de la santé. En somme, l'accélération de la médicalisation de la société québécoise entre les années 1910 et 1940 a eu pour effet de renforcer l'institution médicale qui a resserré ses contrôles sur la formation et l'offre de soins. De mieux en mieux organisée, grâce aux efforts du Collège des médecins, elle avait déjà acquis, à l'aube des grandes réformes des années 1960, une puissance remarquable au sein de la société québécoise.



La répartition de l'effectif médical

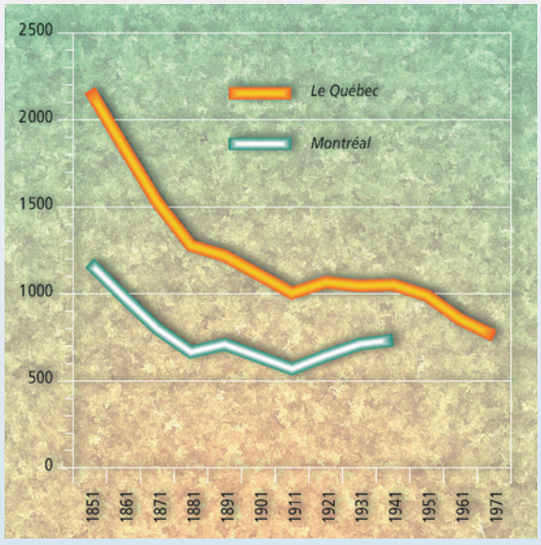
La centralisation des soins dans les grandes villes

L'organisation des soins est pour une très large part déterminée par le nombre de praticiens et leur déploiement sur l'ensemble du territoire. Or, depuis le XIXe siècle, on constate une très inégale répartition de l'effectif médical. Alors que les deux centres principaux, Montréal et Québec, se partagent une forte proportion de praticiens, ceux-ci se font très rares en de nombreux points du territoire. Derrière ce problème de l'inégale distribution des médecins se profile un autre problème tout aussi sérieux : celui d'une médecine à deux niveaux. Ceci soulève la question fondamentale de la formation des médecins et celle tout aussi importante de leur accès aux équipements médicaux.

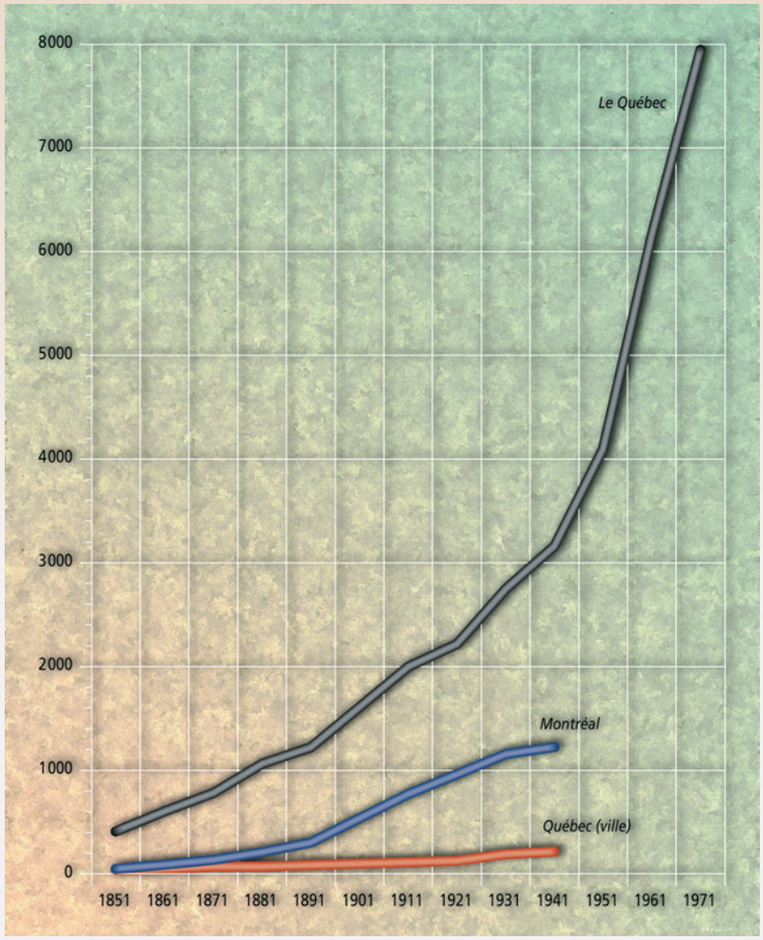
Le ratio médecin/population

La création de facultés de médecine à Montréal et à Québec au XIXe siècle permet d'augmenter de façon sensible le nombre de médecins exerçant au Québec. Entre 1851 et 1911, le nombre de médecins recensés quintuple alors que la population du Québec n'a pas encore triplé. Cette croissance de l'effectif améliore l'accès aux soins médicaux. En 1911, le Québec compte 2 000 médecins pour deux millions d'habitants soit une densité d'un médecin par mille habitants. Celle-ci demeurera stable jusqu'à la décennie 1950-1960. Aujourd'hui, on compte environ un médecin pour 480 habitants.

Nombre d'habitants par médecin au Québec et à Montréal, 1851-1971



Évolution du nombre de médecins au Québec, à Montréal et à Québec, 1851-1971



Sources : Recensement du Canada, 1851-1971.

La concentration de médecins à Montréal et à Québec

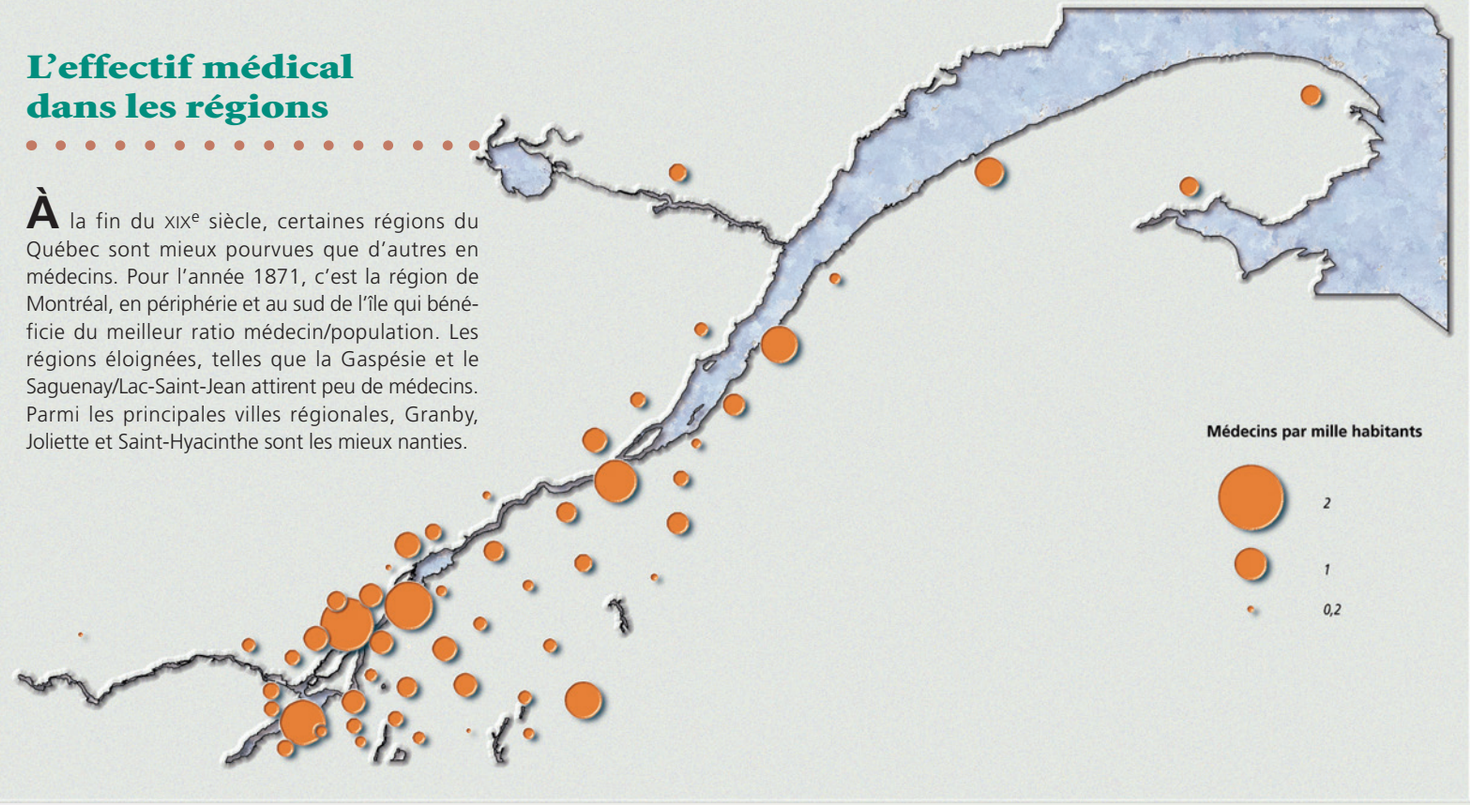
Dès la première moitié du XIXe siècle, s'amorce par ailleurs un phénomène irréversible de concentration des médecins en milieu urbain au profit de Montréal et de Québec, particulièrement marqué entre les années 1880 et 1930. Les raisons de cette concentration sont évidentes. La présence d'une clientèle plus accessible et plus aisée constitue certes le facteur le plus important. La consolidation de réseaux professionnels, la médicalisation des hôpitaux généraux, l'apparition de nouveaux établissements publics et la possibilité de mettre sur pied des cliniques spécialisées et des centres de soins privés confirmeront la primauté des deux principaux centres urbains, surtout de Montréal, dans l'organisation médicale et le développement de la médecine.

Sources : Recensement du Canada, 1851-1971.

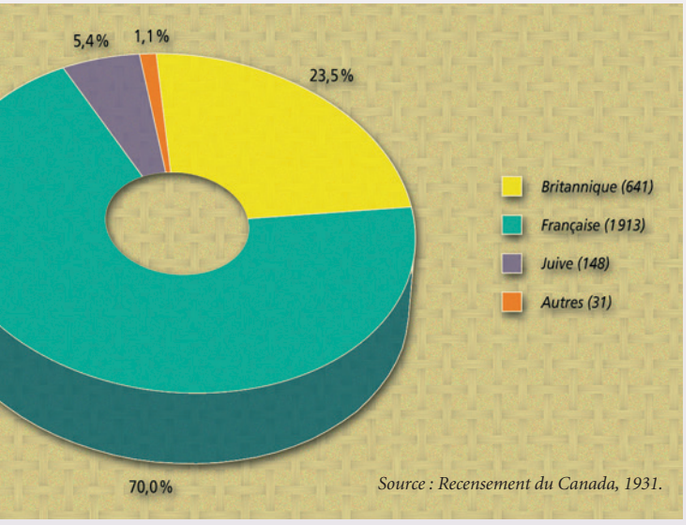
L'effectif médical dans les régions en 1871, Montréal et Québec exceptés, par circonscriptions électorales (nombre de médecins par mille habitants)

L'effectif médical dans les régions

À la fin du XIXe siècle, certaines régions du Québec sont mieux pourvues que d'autres en médecins. Pour l'année 1871, c'est la région de Montréal, en périphérie et au sud de l'île qui bénéficie du meilleur ratio médecin/population. Les régions éloignées, telles que la Gaspésie et le Saguenay/Lac-Saint-Jean attirent peu de médecins. Parmi les principales villes régionales, Granby, Joliette et Saint-Hyacinthe sont les mieux nanties.



Répartition des médecins selon l'origine en 1931



Source : Recensement du Canada, 1931.

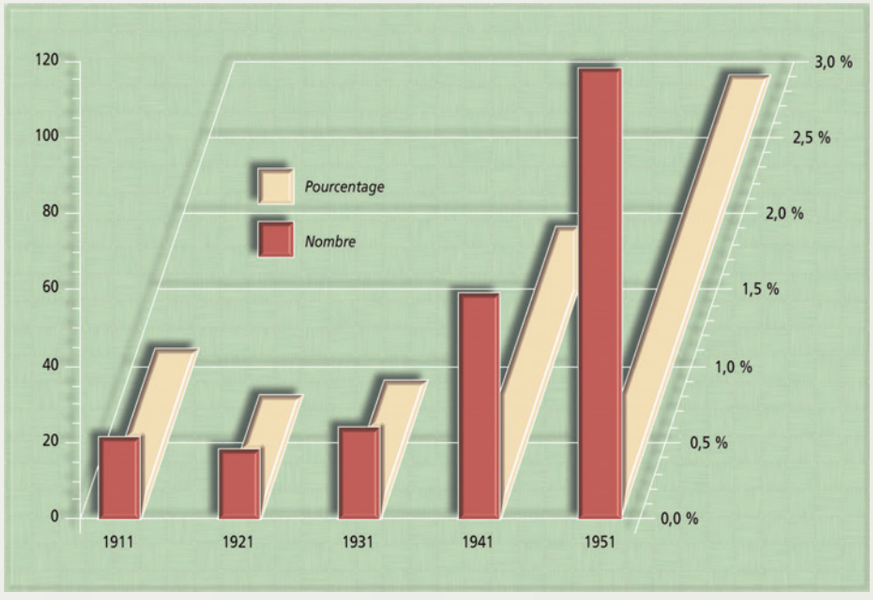
Une profession médicale très homogène

La profession médicale est essentiellement composée de médecins d'origine française et d'origine britannique. Parmi les groupes minoritaires, les médecins juifs se démarquent très nettement puisqu'ils représentent 5,4 % de l'effectif, suivis des Italiens avec seulement 0,4 %.

Une entrée très timide des femmes dans la profession

L'entrée des femmes dans la profession médicale s'amorce véritablement dans les années 1930, mais leur représentation demeure faible. En 1951, elles ne représentent que 3 % de la profession.

Nombre et pourcentage de femmes dans la profession médicale, 1911-1951



Source : Recensement du Canada, 1911-1951.

La chirurgie au XIX^e siècle

L'époque de l'amphithéâtre chirurgical

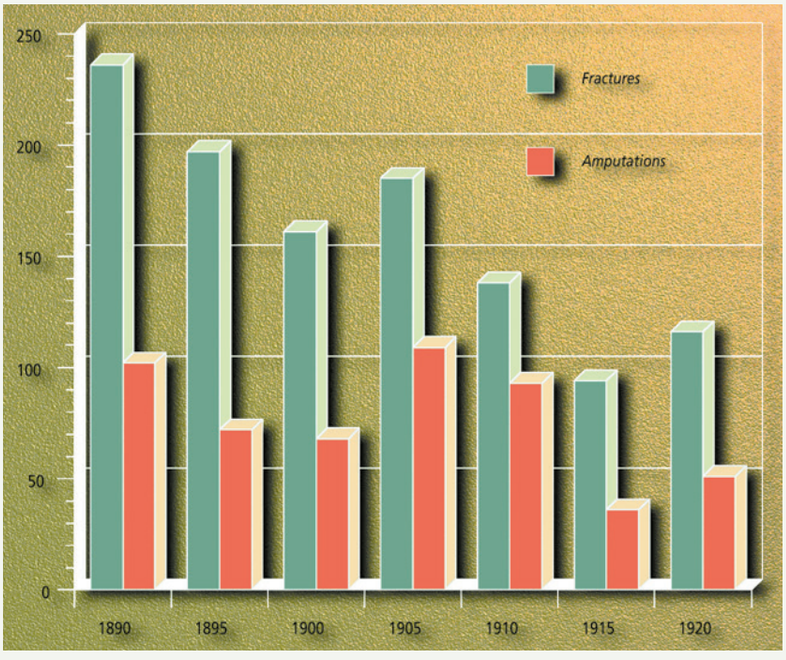
Jusqu'à la première décennie du XX^e siècle, le théâtre anatomique de forme circulaire constituait non seulement un lieu privilégié d'enseignement de l'anatomie et de l'art opératoire, mais aussi un modèle d'organisation de la salle de chirurgie. Dans les hôpitaux d'enseignement, les étudiants disposaient de gradins en pente accentuée, parfois de forme circulaire, qui leur permettaient d'observer de près le déroulement de l'opération. La forme circulaire de la salle avait aussi l'avantage de procurer aux chirurgiens un éclairage naturel suffisant.Dès la dernière décennie du XIX^e siècle, les tables en bois seront remplacées par des tables articulées en métal et en verre.



Salle d'opération de l'Hôpital Notre-Dame, circa 1910.
Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

Les types d'intervention chirurgicale

Amputations et fractures traitées au service de chirurgie de l'Hôpital Notre-Dame, 1890-1920



Source : Registres des opérations, Archives de l'Hôpital Notre-Dame

La majorité des interventions des chirurgiens consistaient en de petites opérations qui ne nécessitaient aucune anesthésie. Dans certains hôpitaux, comme à l'hôpital Notre-Dame, la plupart des chirurgies d'urgence sont reliées à des accidents de travail (fractures, doigts coupés, mains broyées ou pieds écrasés) qui entraînent de nombreuses cautérisations et amputations. Pour ces dernières, on anesthésiait le patient à l'éther ou au chloroforme.



Intervention chirurgicale au Montreal General Hospital, 1892.
Archives du Montreal General Hospital



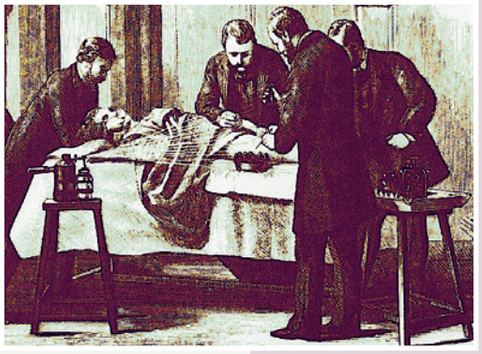
Salle d'opération du Royal Victoria Hospital, 1894.
Collection Notman, Musée McCord.



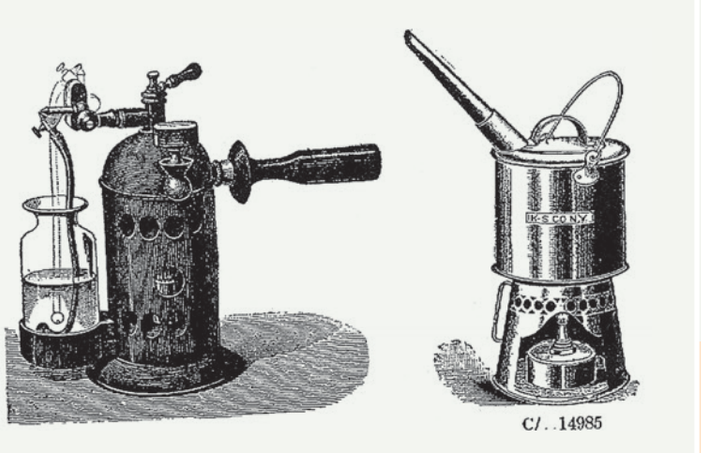
Grande salle d'opération de l'Hôtel-Dieu de Québec, circa 1917.
Archives de l'Hôtel-Dieu de Québec.

L'introduction de l'antisepsie

Les découvertes bactériologiques permettent de démontrer le rôle joué par les microbes, présents notamment sur les mains du chirurgien et sur les instruments chirurgicaux dans le processus infectieux. Dès la décennie 1870, certains chirurgiens adoptent les procédés chimiques d'antisepsie (acide carbolique et acide phénique), particulièrement dans les cas d'amputation et de grandes interventions chirurgicales.



Utilisation du vaporisateur d'acide carbolique lors d'une intervention chirurgicale, 1882
Gravure sur bois de William Watson Cheyne, National Library of Medicine, Bethesda.



Vaporisateur d'acide carbolique, 1895.
Fonds J.-E. Livernois, Archives nationales du Québec à Québec.

La chirurgie au XX^e siècle : l'émergence des grandes interventions

À partir de 1890, la pratique chirurgicale connaît une véritable révolution avec l'introduction des mesures d'antisepsie et d'asepsie, le perfectionnement de l'anesthésie et l'amélioration des soins postopératoires. Se multiplient alors des interventions intra-abdominales, guère envisageables auparavant. La prévention des infections opératoires diminue les risques de mortalité et la durée de convalescence des patients. Et les médecins en cabinet privé réfèrent davantage leurs patients au service chirurgical des hôpitaux. En même temps s'estompent peu à peu les préjugés et les craintes par rapport à la chirurgie. La chirurgie devient alors le service le plus important et le plus achalandé des grands hôpitaux.

Dans la plupart des grands hôpitaux généraux, les pratiques chirurgicales et les protocoles opératoires s'uniformisent et assurent une plus grande efficacité. Avec la poussée de l'industrialisation et de la mécanisation, les nombreux accidents des yeux et des oreilles qui affectent les travailleurs entraînent un accroissement des interventions chirurgicales dans les services d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie. Le champ d'intervention de la chirurgie ne cessera de s'étendre.

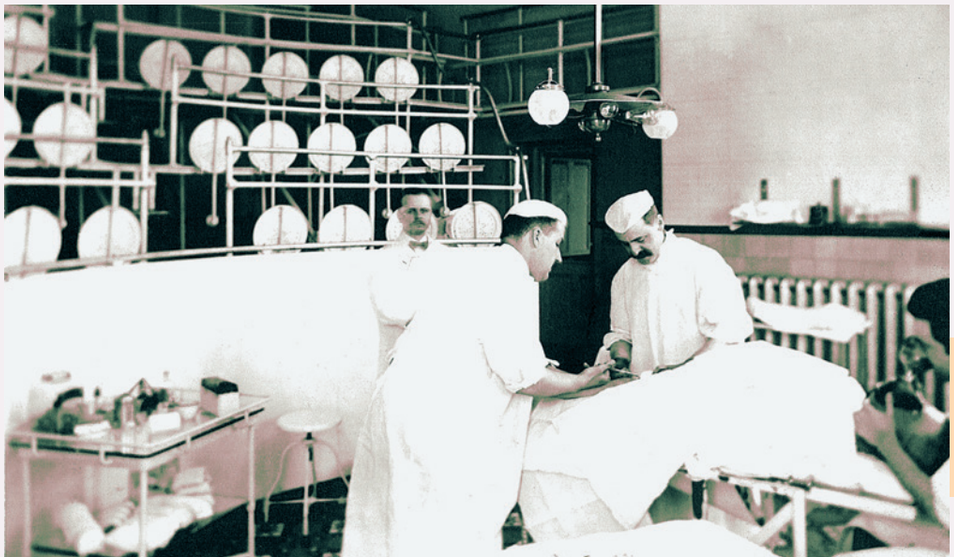
Salle de stérilisation de l'Hôtel-Dieu de Québec (1909). On aperçoit de gauche à droite les stérilisateurs de pansements, d'eau et d'instruments.
Archives du monastère des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec.



L'introduction de l'asepsie

Les chirurgiens et les obstétriciens adoptent, à partir de la décennie 1900-1910, les procédés physiques d'asepsie (stérilisation à la vapeur et à haute pression) qui préfigurent les mesures préventives contemporaines. Désormais, la salle d'opération fera l'objet d'une désinfection complète avant chaque opération. Des cours de stérilisation et de désinfection des plaies dispensés aux sœurs hospitalières et aux infirmières laïques augmentent l'efficacité des interventions aseptiques.

L'apparition des blocs opératoires aseptiques



Avec les progrès de l'asepsie, la salle d'opération fait l'objet de modifications profondes dans les grands hôpitaux du Québec. Les gradins destinés aux étudiants sont enlevés, la table de métal articulée est de règle, l'éclairage artificiel à forte intensité remplace la lumière naturelle et on construit un plancher en terrazo. Ce n'est qu'à partir des années 1920, que la plupart des chirurgiens adoptent l'usage des gants aseptiques, du masque chirurgical et du couvre-chef.

Intervention chirurgicale dans la grande salle d'opération de l'Hôtel-Dieu, 1914.
Archives du monastère des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec.



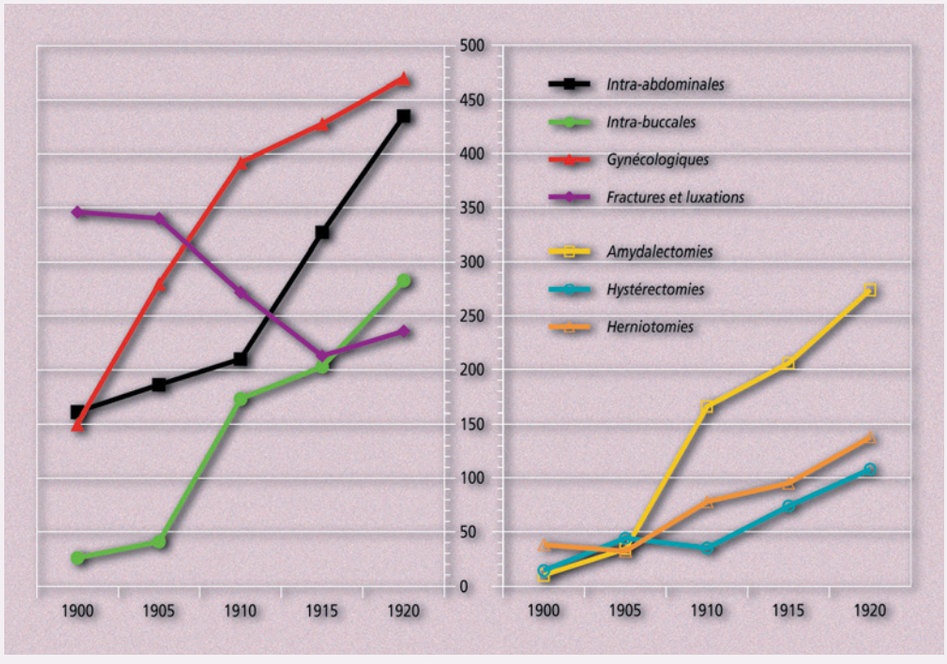
Salle d'opération de l'Hôpital Notre-Dame, circa 1929.
Archives de l'Hôpital Notre-Dame



Salle d'opération de l'Hôtel-Dieu de Québec, circa 1940.
Archives du monastère des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Le développement de la grande chirurgie

Principales opérations chirurgicales pratiquées à l'Hôpital Notre-Dame, 1900-1920



C'est durant la période comprise entre les années 1900 et 1940 que s'implante et se développe au Québec la grande chirurgie.

Avec les progrès de l'asepsie, les grandes interventions chirurgicales — intra-abdominales, intra-buccales et gynécologiques — autrefois interdites au scalpel du chirurgien se font plus nombreuses. Appendicectomies, herniotomies, amygdalectomies et hystérectomies deviennent des interventions quasi routinières. Ainsi, à l'hôpital Notre-Dame, elles connaissent un accroissement fulgurant.

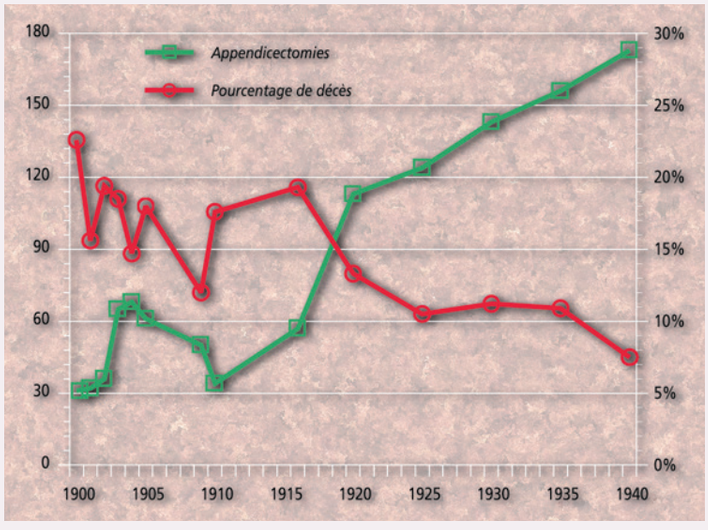
Source : Registres des opérations, Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

Une chirurgie en vogue : le cas des appendicectomies

C'est à la fin du XIXe siècle qu'apparaissent les premières appendicectomies.

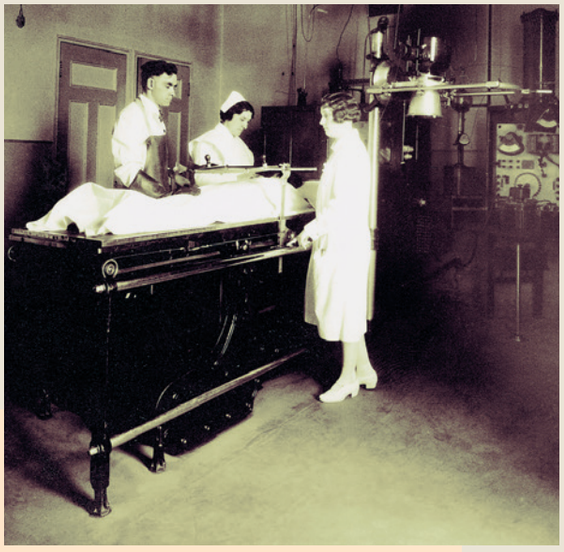
Les résultats sont tellement positifs que certains chirurgiens penchent bientôt en faveur d'une intervention préventive. Les risques de décès auxquels expose cette grande intervention sont élevés et freinent quelque peu l'ardeur des chirurgiens. Ce n'est plus le cas au début des années 1950.

Appendicectomies pratiquées à l'hôpital Notre-Dame et pourcentage de décès, 1900-1940



Source : Registres des opérations, Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

La médicalisation accélérée des hôpitaux généraux



Séance de traitement aux rayons X, hôpital Notre-Dame, circa 1925.
Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

À partir de la décennie 1890-1900, les grands hôpitaux généraux dispensent de nouveaux moyens diagnostiques et thérapeutiques que ne peuvent s'offrir la plupart des médecins en cabinet privé. Le développement des laboratoires, l'acquisition de nouveaux équipements médicaux et la spécialisation des services ont pour effet de resserrer l'encadrement médical des patients et d'assurer à la population une plus grande variété et une meilleure qualité de soins. À partir des premières décennies du XX^e siècle, une population plus nombreuse et plus diversifiée recourt à l'hôpital, et ce, de façon plus fréquente.

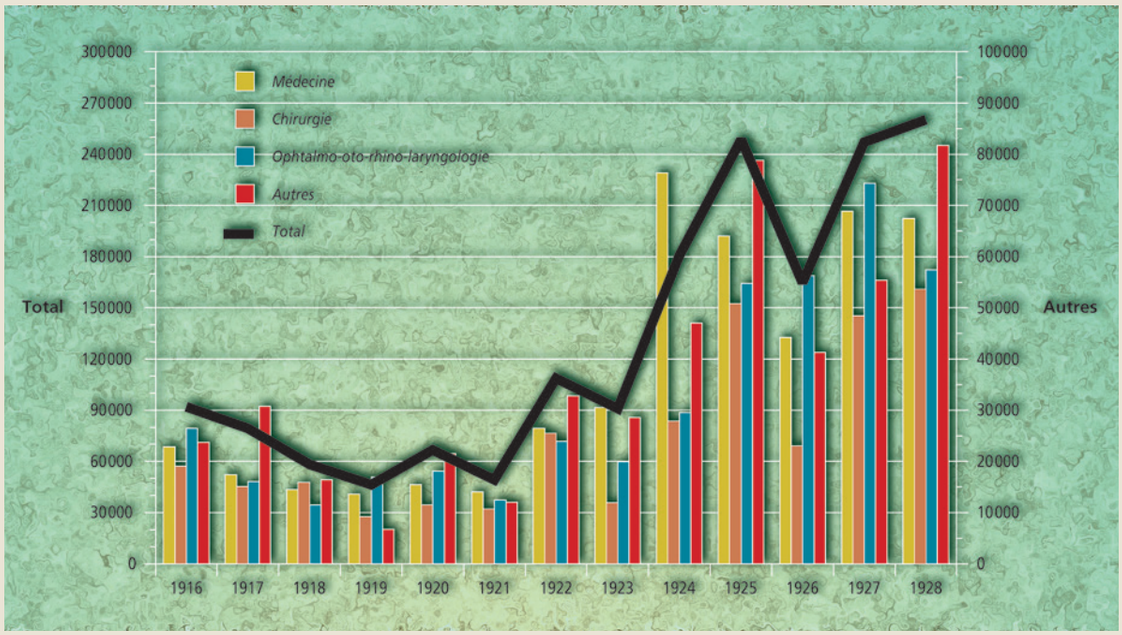
Ambulance d'hiver de l'Hôtel-Dieu de Montréal, circa 1910.
Archives de l'Hôpital Notre-Dame.



Les dispensaires sur la première ligne de soins

Mis progressivement en place à compter du début du XIX^e siècle à Québec et à Montréal, les dispensaires ou services externes des hôpitaux offrent des soins gratuits aux malades et aux blessés désargentés. Peu à peu, ils deviendront, dans les grands hôpitaux généraux, la porte d'entrée du système de soins hospitaliers et serviront à sélectionner et à diriger les indigents vers les services internes spécialisés.

Nombre de patients traités dans les dispensaires du Québec, 1916-1928



Sources : -(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance… années 1914 à 1918. -(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques des institutions d'assistance (asiles, hôpitaux, hospices, sanatoria)… années 1919 à 1928.

Le développement des services internes et les débuts de la spécialisation des soins

La médecine hospitalière connaît un essor important à partir de la première décennie du XXe siècle non seulement par l'accroissement du volume de la clientèle, mais aussi et surtout par la diversification et la spécialisation des services offerts à la population. Les services traditionnels de médecine et de chirurgie drainent durant toute la période étudiée le plus gros volume de patients. Le premier mouvement de spécialisation des soins est amorcé à la fin du XIXe siècle par la montée rapide et continue des services d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, de gynécologie, d'électrothérapie et de radiologie. S'ajouteront jusqu'aux années 1940, des services de dermatologie, d'urologie, d'anesthésie ou de vénérologie.



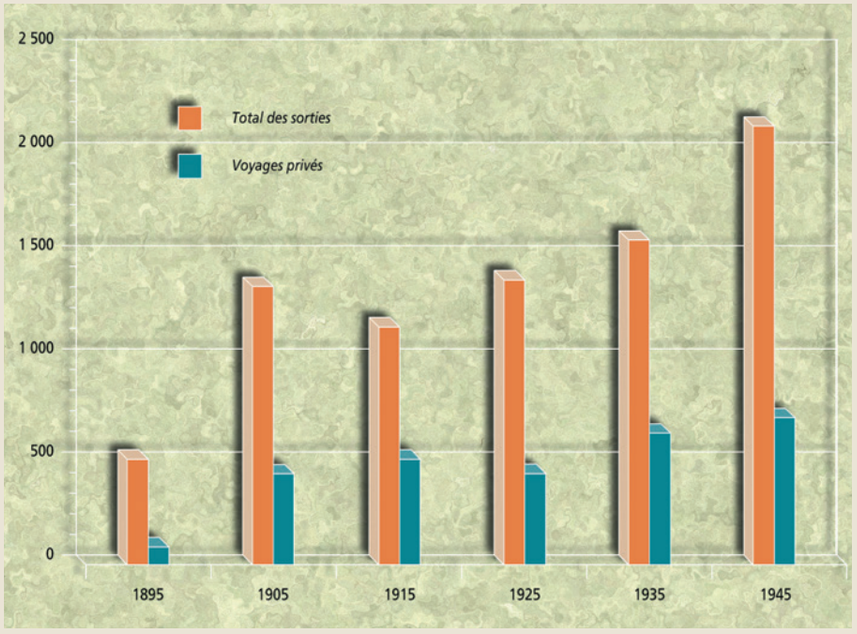


Séance de traitement aux rayons ultra-violets, Hôpital Notre-Dame, circa 1925.
Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

L'instauration des premiers services ambulanciers

Les premiers services ambulanciers apparaissent à Montréal durant les années 1880. Le Montreal General Hospital est le premier à se doter d'un tel service en 1883, suivi deux ans plus tard par l'hôpital Notre-Dame. Des ambulances motorisées font leur apparition à partir de la décennie 1920-1930. Ce service ambulancier remplissait deux fonctions : intervenir rapidement en cas d'urgence et assurer à la population aisée le transport à l'hôpital.

Sorties d'ambulance à l'Hôpital Notre-Dame, 1890-1945

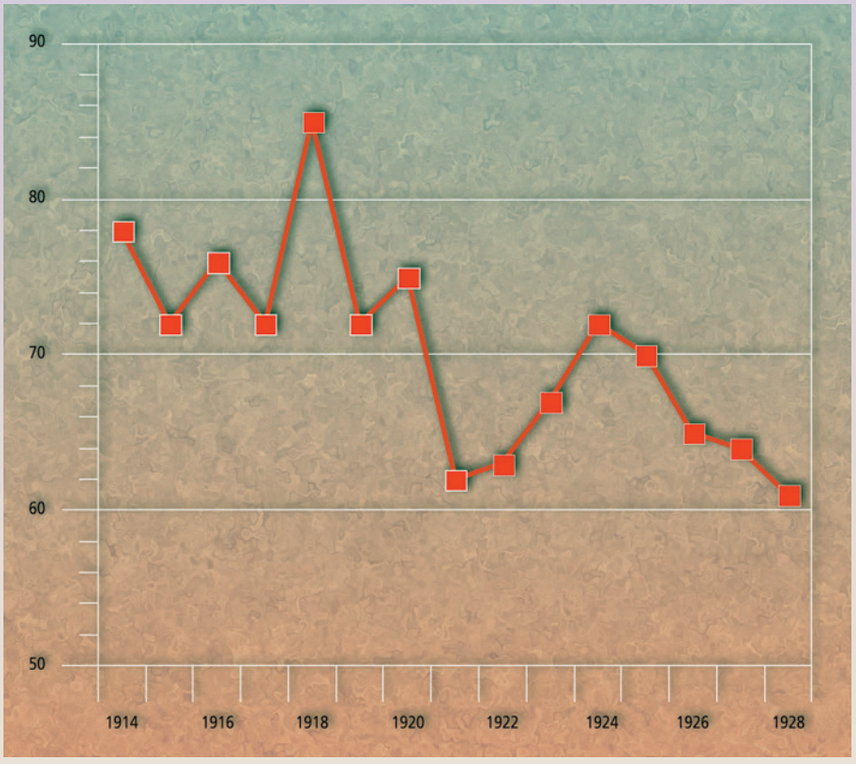


Source : Registres des sorties d'ambulance, Archives de l'Hôpital Notre-Dame.

La mortalité à l'hôpital

À l'époque, l'opinion est largement répandue parmi la population qu'on entre à l'hôpital pour y mourir. Cette sombre vision est pourtant démentie par les statistiques de décès. En fait, les taux de mortalité depuis la fin du XIXe siècle indiquent que peu d'hospitalisés meurent à l'hôpital et que la plupart, rétablis ou non, quittent l'établissement avant leur dernier soupir. Les hommes meurent davantage à l'hôpital que les femmes en raison des accidents de travail qui, jusqu'aux années 1920, constituent, avec les maladies infectieuses, les principales causes de mortalité hospitalière.

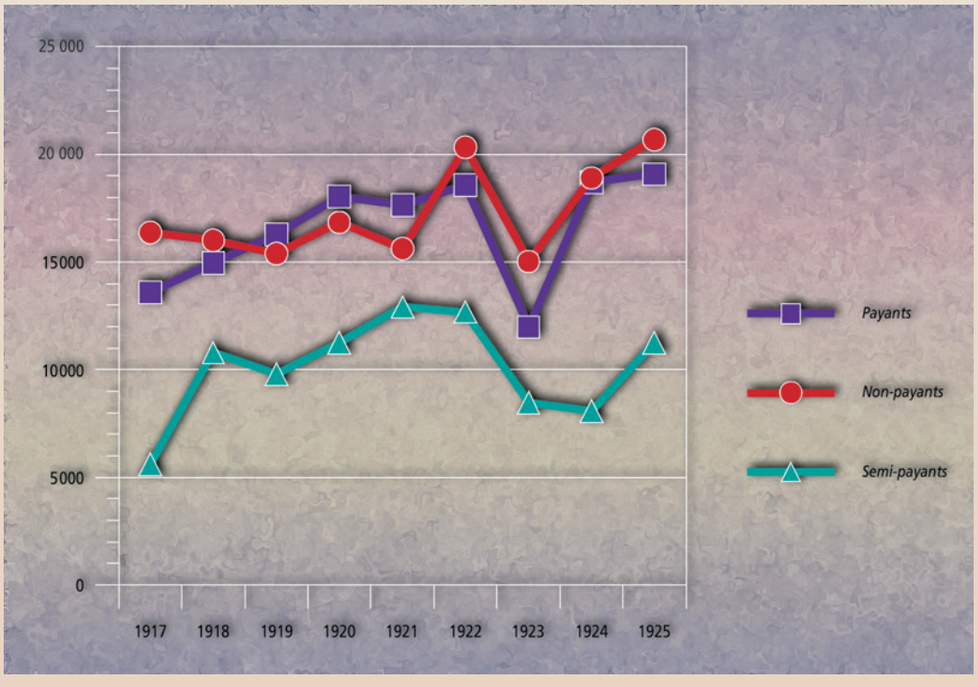
Décès par mille patients hospitalisés au Québec, 1914-1928



Sources : -(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance… années 1914 à 1918.
-(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques des institutions d'assistance (asiles, hôpitaux, hospices, sanatoria)… années 1919 à 1928.

Plusieurs types de clientèle

Les catégories de malades hospitalisés au Québec dans les hôpitaux publics, 1917-1925



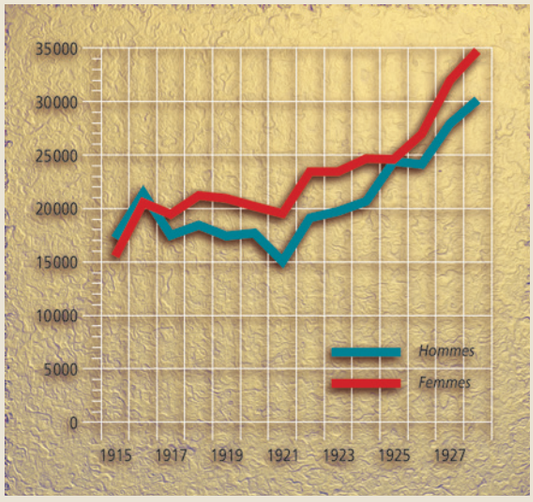
À partir de la fin du XIXe siècle, l'hôpital Notre-Dame de Montréal, à l'instar des autres hôpitaux généraux, accueille trois catégories de patients : les patients admis à titre gratuit, composés d'individus incapables d'assumer une partie des frais d'hospitalisation et logés dans de grandes salles communes ; les patients semi-payants qui remboursent une partie des frais et sont logés dans de petites salles et les patients payants qui acquittent l'ensemble des coûts, choisissent leurs médecins et occupent une chambre privée.

Sources : -(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance… années 1917 et 1918.
-(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques des institutions d'assistance (asiles, hôpitaux, hospices, sanatoria)… années 1919 à 1925.

Une forte clientèle féminine à l'hôpital

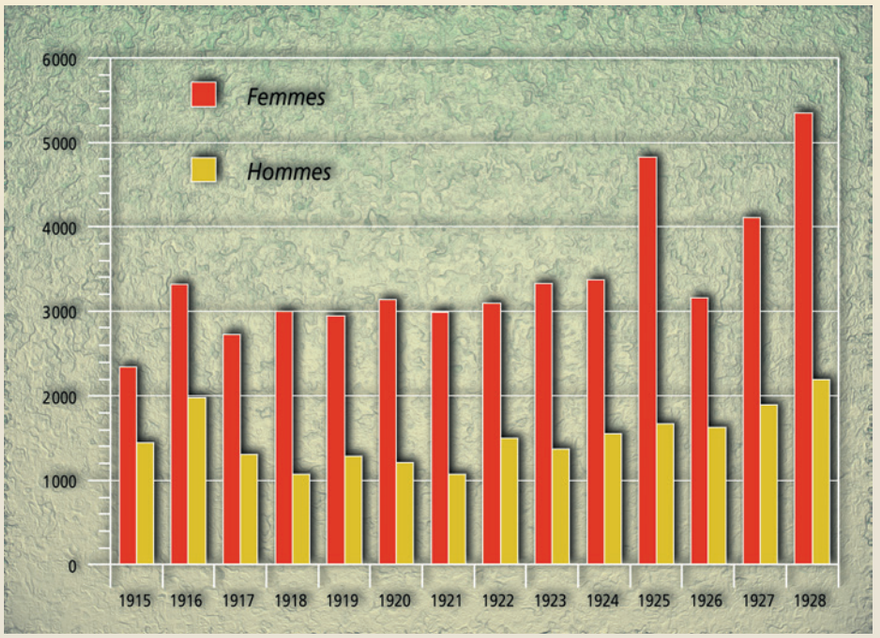
Les taux d'hospitalisation des femmes sont généralement supérieurs à ceux des hommes. On assiste, dans certains grands hôpitaux généraux, à une augmentation très rapide de la présence féminine malgré le fait que les hommes soient davantage sujets à des accidents de travail. Par ailleurs, les femmes semblent davantage affectées par des maladies de l'appareil génito-urinaire.

Admissions par sexe dans les hôpitaux publics du Québec, 1915-1928



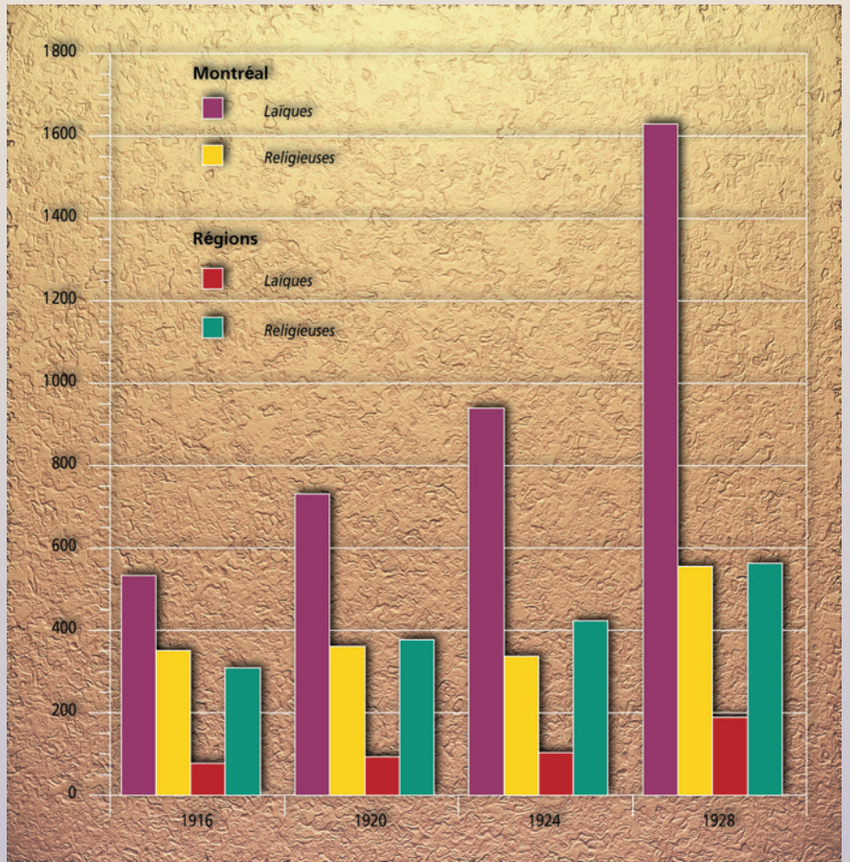
Sources : -(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance… années 1915 à 1918. -(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques des institutions d'assistance (asiles, hôpitaux, hospices, sanatoria)… années 1919 à 1928.

Nombre de patients par sexe admis pour des maladies de l'appareil génito-urinaire dans les hôpitaux publics, 1915-1928



Sources : -(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance… années 1915 à 1918. -(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques des institutions d'assistance (asiles, hôpitaux, hospices, sanatoria)… années 1919 à 1928.

Infirmières laïques et religieuses dans les hôpitaux publics à Montréal et dans les régions, 1916-1928



Un mouvement de laïcisation de la profession infirmière

Depuis la fin du XIXe siècle, les infirmières, religieuses et laïques, jouent un rôle de plus en plus marqué dans la prestation des soins de santé. À partir des années 1920, se confirme au sein de ce groupe professionnel un processus de laïcisation observable en milieu hospitalier. Ce processus est surtout concentré à Montréal alors que les infirmières religieuses demeurent dominantes en région.

Sources : -(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance… années 1916. -(Québec) province, Département du Secrétaire, bureau des statistiques, Statistiques des institutions d'assistance (asiles, hôpitaux, hospices, sanatoria)… années 1920, 1924 et 1928.



Conclusion

Comment au cours des siècles les Québécois ont-ils façonné et réaménagé leurs rapports à la maladie, aux soins et à la santé ? L'historiographie commence à peine à répondre à cette question fondamentale qui invite à reconsidérer globalement l'histoire du Québec depuis la lointaine période coloniale. Au regard de cette ample problématique, le présent ouvrage reste d'une portée limitée : mieux faire connaître la longue gestation de l'institution médicale, son affirmation et sa place au sein de la société. Nous avons abordé pareille démarche comme une étape nécessaire à la mise en perspective et à l'exploration plus poussée du jeu des acteurs qui structurent le monde de la santé, le régulent et le transforment : l'État, les médecins et les autres forces sociales. L'exercice aura permis de dresser des constats et de dégager des tendances qui font mieux comprendre la constitution du champ de la médecine au Québec, à travers ses rapports internes et externes.

Ce monde médical québécois, au départ si petit, n'est jamais clos, fortement influencé qu'il est par les modèles qui prévalent dans les grandes sociétés occidentales. À l'époque coloniale, les autorités favorisent l'implantation de services de santé calqués sur ceux de la France puis de l'Angleterre. Malgré des apports amérindiens, la médecine pratiquée, les médicaments même, sont, pour l'essentiel, importés. La plupart des praticiens ont d'ailleurs reçu leur formation outremer. Au XIX^e^ siècle, le corps médical québécois adopte la méthode anatomo-clinique développée en Europe. Plus tard, au XX^e^ siècle, les responsables sanitaires sont plutôt enclins à trouver leur inspiration chez le voisin américain. Par les échanges directs avec les milieux étrangers, pour la formation notamment, par la diffusion des connaissances médicales, par l'adoption aussi de nouvelles pratiques et de nouveaux modes d'intervention, le milieu médical québécois s'alimente aux grands courants internationaux auxquels il tâche d'ailleurs de participer.

Mais la gestation et l'évolution de l'institution médicale n'obéissent pas qu'aux influences extérieures. Car la société s'exprime aussi à travers l'organisation du monde médical, dans les conditions qui sont les siennes, avec ses dynamismes, ses tensions, ses clivages et ses inerties. Ce coin d'Amérique est une terre où se croisent des influences et des traditions diverses. Les francophones y cohabitent avec des anglophones, les catholiques avec des protestants. Aussi voit-on s'édifier au Québec un appareil sanitaire et un régime de formation médicale à deux troncs, l'un francophone, l'autre anglophone.

Organisées autour des deux centres urbains principaux, Québec et Montréal, deux grandes aires d'influence partagent d'est en ouest le territoire de la santé. Mais ce partage devient vite inégal puisque depuis la seconde moitié du XIX^e^ siècle, Montréal domine sans encombre l'organisation québécoise de la santé. Et c'est dans l'agglomération montréalaise que s'exprime dans sa complexité le dualisme du système de santé québécois. Par ailleurs, un écart important sépare l'organisation et les pratiques médicales qui caractérisent les deux grands centres urbains et celles qui prévalent ailleurs. Un écart si important qu'il convient de parler d'une médecine à deux vitesses.

L'histoire de la médecine est celle d'une longue quête de statut pour le praticien et de prérogatives pour le corps social de la médecine. Bien qu'on puisse en percevoir les prémices auparavant, le processus de médicalisation de la société québécoise ne se confirme vraiment qu'au cours du XIX^e^ siècle. La profession médicale acquiert alors un statut privilégié dans le champ de la santé. En témoignent l'émergence d'une corporation dotée de larges pouvoirs, la délimitation d'un champ de pratique réservé et la mise en place d'un réseau d'enseignement universitaire. L'influence des médecins sur les autres grands acteurs sociaux dans le domaine de la santé demeure toutefois relativement modeste. Ainsi, les partisans d'une politique suivie d'hygiène publique ne parviennent pas à imposer leurs vues aux dirigeants politiques. Quant aux établissements hospitaliers, peu nombreux et généralement de petite taille, ils appartiennent chez les francophones à des communautés religieuses dont les objectifs diffèrent en partie de ceux des médecins. Le cas des établissements pour aliénés illustre bien les difficultés éprouvées par ces derniers à raffermir leur prise sur les services hospitaliers. Dans la foulée des idées progressistes qui ont alors cours en Europe sur les maladies mentales et leur curabilité, les premiers asiles québécois pour aliénés sont créés. La folie y passe, en principe, sous la coupe

de la profession médicale. Mais l'asile québécois offre de nombreux obstacles au processus de médicalisation de la folie. Le rôle qu'y jouent les médecins demeure généralement au second plan. Ainsi, durant la décennie 1880-1890, lorsqu'il devient l'objet de débats entre les partis politiques, le clergé et la communauté anglophone, d'autres enjeux prennent le pas sur les préoccupations des médecins, à savoir les rôles respectifs de l'État et du clergé.

À partir des années 1870 et 1880, le corps médical consolide nettement sa position dans l'ensemble du champ de la santé. Fidèle à ses idéaux d'autocontrôle et de liberté professionnelle, il se dote de nouveaux moyens d'action pour accroître son autorité sur les soins : mise en place de réseaux associatifs et d'une presse médicale plus stable ; contrôle plus ferme exercé par le Collège des médecins sur les pratiques concurrentes, sur l'activité de ses membres et celle de la plupart des autres professionnels de la santé, telles les infirmières ; création de « bureaux médicaux » dans nombre d'hôpitaux. On cherche à rehausser le prestige de la profession par le relèvement du niveau de compétence, l'uniformisation des pratiques et le renforcement des liens de solidarité entre les médecins. Certes, des débats opposent parfois anglophones et francophones, élites urbaines et praticiens régionaux. Mais les médecins atteignent une cohésion nouvelle qui leur permet de promouvoir efficacement leurs intérêts communs auprès des autres groupes sociaux.

Mieux organisés, les médecins conquièrent une influence de premier plan dans l'organisation des appareils sanitaires. Prêtant à leurs actions et à leurs projets le sens d'une contribution spécifique au relèvement de la productivité du travail et à la puissance de la nation, ils obtiennent l'appui des groupes sociaux les plus influents, seuls en mesure de mobiliser les ressources de la collectivité. Ainsi, les dirigeants politiques acceptent-ils d'accroître l'activité de l'État dans le champ sanitaire. Sous l'impulsion et la direction de médecins, l'État implante une vaste organisation d'hygiène publique qui en viendra à couvrir l'ensemble du territoire habité, dans les principaux centres d'abord puis dans les campagnes et jusqu'aux régions les plus éloignées. À partir des années 1920, l'État soutient aussi le développement de la médecine hospitalière par une aide financière aux établissements. Il continue toutefois de déléguer la structuration des services hospitaliers et le contrôle de l'offre de soins à d'autres acteurs sociaux. En l'absence d'une planification d'ensemble, les clivages linguistiques et les disparités du système de santé sont maintenus.

Au sein du dispositif hospitalier, qui croît rapidement à la faveur de l'urbanisation, les médecins gagnent en autorité. Certes, ils y évoluent sous la direction des groupes philanthropiques ou des communautés religieuses qui sont propriétaires de la majorité des établissements, mais ils parviennent à faire prévaloir leur conception des services hospitaliers. Le processus de médicalisation transforme radicalement l'hôpital : formation et embauche d'auxiliaires qualifiés, spécialisation des espaces hospitaliers et des services, réorganisation du travail en fonction de critères d'efficacité diagnostique et thérapeutique, proportion accrue de patients payants qui génèrent des revenus essentiels à l'expansion du dispositif hospitalier et émergence de la recherche médicale.

Les établissements pour malades mentaux suivent ce mouvement de médicalisation, quoique de façon plus timide chez les francophones que chez les anglophones. L'asile devient hôpital. À la fonction d'enfermement qui était demeurée prédominante, se substitue progressivement un régime de soins médicaux susceptible de permettre un retour du patient à la vie en société. Le chapitre d'André Paradis prend fin avec cet important constat. Les années 1910 et suivantes verront l'usage plus fréquent de médications fondées sur une pharmacopée élargie, l'établissement de liens plus étroits avec les facultés de médecine et l'adoption de nouvelles thérapies. Vers 1927, l'ouverture de l'hôpital-prison de Bordeaux permet de solutionner un problème longtemps soulevé par les médecins, celui du mélange des aliénés criminels aux autres patients.

Malgré la densité de son contenu, cet ouvrage laisse en plan bien des aspects du rapport de l'institution médicale et des médecins à la société. Par exemple, le malade ne s'y exprime pas directement ; sa présence tout au plus nous est suggérée par la médiation du prestataire de soins. Quelle part d'influence attribuer à la population elle-même, par ses propres revendications, dans la transformation des services sanitaires ? Le citoyen est peut-être moins passif qu'on le présume généralement. Sa résistance à certaines mesures nous le fait croire. Par ailleurs, en recourant de plus en plus aux services organisés de soins, dans quelle mesure la population a-t-elle été entraînée précocement dans une logique de surmédicalisation ? On peut s'interroger également sur la relation de travail qui s'établit au quotidien entre le médecin et les autres intervenants de la santé. Enfin, plusieurs autres thèmes n'ont été qu'effleurés et demeurent autant de pistes de recherche à poursuivre : les inégalités sociales devant la maladie et les soins, les perceptions de la maladie, les solidarités

et les valeurs qui s'expriment à travers elle, l'environnement et la santé, les conditions de la pratique médicale en milieu rural, la médecine populaire et les pratiques parallèles, toujours présentes malgré les succès d'une médecine officielle triomphante.

L'état encore embryonnaire de la recherche ne nous permettait guère de nous aventurer, sur les mêmes bases, dans l'histoire riche et mouvementée du dernier demi-siècle qui a vu s'élaborer l'actuel système de santé. Aussi, cette exploration de l'institution médicale appelle forcément une suite.

La période de 1945 à 1960 est cruciale. Les grands appareils sanitaires, le dispositif hospitalier surtout, connaissent une expansion remarquable et la consommation de services fait un bond important. Les dépenses publiques pour la santé gonflent rapidement. Le milieu hospitalier se transforme : resserrement des normes administratives, technicité des services et spécialisation médicale plus poussées, réaménagement des rapports entre la direction des établissements et leurs employés, laïcisation massive du personnel. De multiples pressions s'exercent aussi qui appellent d'autres changements. Ainsi, les hôpitaux essuient des déficits croissants et une partie de la population ne peut payer les frais d'hospitalisation. Plusieurs réclament l'établissement d'un système d'assurance-hospitalisation, réforme que le gouvernement provincial tarde à entreprendre.

S'agissant des hôpitaux pour malades mentaux, ils bénéficient largement des subventions fédérales et provinciales pour la construction et plusieurs nouveaux établissements ouvrent leurs portes. Toutefois, des insuffisances déjà dénoncées au XIX^{e} siècle subsistent dans plusieurs établissements : surpopulation, nombre de praticiens dérisoire eu égard à la population de patients, rareté du personnel spécialisé, amalgame de clientèles distinctes, gigantisme accentué dans certains cas. En 1961, les lits dits psychiatriques représentent près de 40 % des lits d'hôpitaux au Québec, résultat d'une institutionnalisation massive de l'aliénation et de la déficience mentales. Mais il s'agit là du faîte du long processus amorcé avec la création du premier asile en 1845 : par la suite, les hôpitaux pour malades et déficients mentaux se délestent d'une bonne partie de leurs patients. Ce phénomène, entré dans une nouvelle phase ces dernières années, affecte maintenant bien d'autres types de services et de soins : en vue de rabaisser ses dépenses pour la santé et les services sociaux, l'État a entrepris de réduire la taille du dispositif hospitalier québécois.

Une tâche importante attend les chercheurs qu'intéresse au premier chef l'institution médicale. Bien mettre en perspective les bouleversements des dernières décennies exigerait de mieux cerner les problèmes apparus ou aggravés durant l'après-guerre, les tensions que suscitent les mouvements de réforme et les restructurations et, plus globalement la redéfinition de la dynamique des acteurs sociaux dans le champ de la santé : l'État, les appareils sanitaires, le monde médical et paramédical, les usagers du système et la population.

Notes infrapaginales

Présentation

Chapitre I : Les soins de santé au Canada aux XVII^e et XVIII^e siècles

*. Le lecteur trouvera dans la thèse de Rénald Lessard (1994) une présentation des sources ayant servi de base à cette étude ainsi que des références détaillées sur les différents points abordés.

1. Propos relevés par Marie-Aimée Cliche (1988 : 53) dans les sermons du père de La Colombière conservés dans les Archives du Monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec.

2. Sur l'évolution du concept de maladie en Occident et sur la difficulté à le définir en peu de mots, voir Hudson (1993) ; Grmek (1997).

3. *Gazette littéraire, pour la Ville et District de Montréal,* 5 mai 1779. Voir aussi Ruddel, 1988 : 29, 213-219 ; Hare, Lafrance et Ruddel, 1987 : 81-83.

4. Certificat médical de Marguerite Dizy, 11 avril 1730, ANQ-Q, P1000,D1314 ; Rapport de Madeleine Rapin, 17 septembre 1715, ANQ-M, T1,S1/88, *Documents de la Juridiction royale de Montréal ;* Interrogatoire de Marguerite Gignard, femme de Pierre Dauzat, 26 février 1717, ANQ-M, T1,S1/91, *Documents de la Juridiction royale de Montréal.*

5. Archives des Ursulines de Québec, 1/E9, 1, Vieux récit, 1702, p. 117 ; *Les Récollets au ministre,* 1731, Archives nationales (France), Fonds des Colonies, sous-série C11A, vol. 54, f. 266v.-267r.

6. Helvétius (1739 : 1-3). Le rapport dressé par le chirurgien de Boucherville Marien Tailhandier, dit Labaume, illustre bien les démarches et les gestes exécutés par un chirurgien de cette époque : « Jay Marien Tailhandier La Beaume Chirurgien demurant au Bourg de Boucherville Soubsigné Sertifie a tous quil appartiendra que Jay Eté appelé Le dixneufvieme Jour du present moy davril pour aller an bas de La Seigneurie de St michel parroisse de renne Ches La Veuve burel ou Estant arivé Environs trois heures appres midy Jay trouvé francois Coulons Jissant au Lit Luy ayant touché Le poux que Jay trouvé plus Ellevé Et Emeu quil ne Les dans Une bonne Santé dun homme de Cest age Luy ayant demandé Ce que Setoit que son mal Et Les douleurs quil Souffrit Il ma dit quil avoit bien mal au Cotté gauche Et quil ne Ce pouvoit pas Servir de son bra droit Et quil Luy fesoit bien du mal, Lay visité Et trouvé Le dit bra Enveloppé de Linges Couver de Cataplasme faits avec de Lurine et du Sen (sang ?) Et appres que Len a Eut Lavé & Essuyé Le bra Lay trouvé Un peut enflé ou Il paroissoit deux Contusion Et Sur Le au de Lepaulle Une petitte Escoriaon qui ont besouent de quelque fomentation que Je Lauray Enseigné & quils peuves faire Eux mesme Et Luy ay tiré du Sangs a Cause de La Douleur de Cotté dont Il Se plignoit Les dites Contusions peuvent avoirs Esté faites avec batons ou autres Instrumt. Contondant mais Le tout Sans fieuvre ny peril de La Vie, Ce que Je Sertifie Estre Vray En foy de quoy Jay donné Le prent raport pour Servir a qui Il apartiendra fait Ce 25^e avril 1725 TAILHANDIER La Beaume ». Rapport de Marien Tailhandier, dit Labaume, 25 avril 1725, ANQ-M, T1,S1/109, *Documents de la Juridiction royale de Montréal.*

7. L'indication empirique est généralement associée au charlatanisme. Selon un auteur du XVIII^e siècle, elle relève plus du « souvenir des expériences passées » que du raisonnement. Utilisée par les médecins des siècles précédents, cette façon de procéder serait délaissée par la médecine officielle des XVII^e et XVIII^e siècles en raison, prétend un praticien de l'époque, « que les maladies ne se ressemblent jamais ». L'indication empiricorationnelle repose à la fois sur des observations empiriques qui permettent d'associer un traitement spécifique à une maladie donnée et sur une explication plus ou moins élaborée concernant la manière d'agir du médicament. D., 1753 : 5-15 ; Jadelot, 1784 : 170 ; Nysten, [1806]1814 : 329.

8. Sur l'histoire des médicaments et sur la pharmacopée officielle de l'époque, voir en particulier : Dousset, 1985 : 1-211 ; Romieux, 1986 ; Estes, 1980 : 289-383.

9. *La Gazette de Québec,* 14 janvier 1773.

10. Les produits énumérés sont disponibles au Canada et ils ont été retracés dans les inventaires après décès de chirurgiens, les comptes médicaux et les factures de médicaments importés de France par l'Hôtel-Dieu de Québec. Il est à noter que les médicaments mentionnés ne forment qu'une petite partie des centaines de produits utilisés au Canada et ne sont énumérés qu'à titre d'exemples.

11. ANQ-Q, P91/1, Jean-François Gaultier, *Histoire des Plantes du Canada, passim.*

12. Le protoxyde d'azote n'est découvert qu'en 1772, l'éther sulfurique en 1792 et la morphine en 1806. Toutefois, on connaisssait les narcotiques, les soporifiques, l'alcool ou le froid, mais leur usage était loin d'être régulier. Si certains praticiens croient qu'il est de leur devoir de combattre la douleur, d'autres, par contre, prétendent qu'elle est nécessaire et qu'elle participe au processus même de la guérison. Peter, 1993 : 7-66 ; Loudon, 1985 : 10-17 ; Demesy-Maurent, 1988 : 43-70.

13. Gélis, 1988, 113-194. À La Rochelle, entre 1760 et 1789, des efforts sont faits pour promouvoir l'enseignement de l'obstétrique et des cours publics d'accouchement sont, notamment, offerts entre 1773 et 1776. Even, 1986 : 423-424 ; *La Gazette de Québec,* 30 décembre 1784 ; *La Gazette de Montréal,* 27 septembre 1787.

14. *La Gazette de Québec,* 15 septembre 1768, 3 novembre 1768, 13 avril 1769, 11 mai 1769, 12 octobre 1769, 16 novembre 1769, 12 avril 1770, 6 décembre 1781, 25 décembre 1783 ; Tunis, 1984 : 174-176 ; Darmon, 1986 : 119-120 ; Reflections by Mr. James Fisher, 19 décembre 1786, ANC, RG 14, A 1 ; Registres du Parlement, Québec et Bas-Canada. *Registres divers du Conseil législatif,* 1760-1867.

15. D'Allaire, 1971 : O'Reilly, 1882 ; *Memoire Concernant Le retablissement De Lhotel dieu de Quebec,* c. 1755, Archives du monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec, Mémoires : Projets d'agrandissement et de rétablissement avant et après l'incendie de 1755, 1730-1758, T. 2, C. 96, n^o 4.

16. Sous l'influence du premier chirurgien du roi qui régente les différentes communautés, le pouvoir royal édicte des règles relatives à la formation et à l'examen des chirurgiens et des sages-femmes, à l'admission des nouveaux maîtres, au fonctionnement des communautés, aux prérogatives du premier chirurgien du roi et de ses lieutenants et aux droits et devoirs de chacun des membres du corps médical. Les statuts royaux des chirurgiens de Versailles sont promulgués le 28 février 1719, soit 20 ans après ceux de Paris. Par l'édit royal de septembre 1723, le roi confirme ces statuts et ordonne qu'ils soient observés par toutes les autres communautés qui en manquent, et ce, jusqu'à ce qu'elles en reçoivent de particuliers. Considérant que « la

différence des lieux dans les provinces exigeoit une différence dans les règlemens de Chirurgie », le roi édicte sept ans plus tard des statuts contenant 88 articles pour toutes les communautés du royaume qui n'en avaient pas de dûment homologués. Les statuts et règlements pour les chirurgiens de province du 24 février 1730, enregistrés le 13 août 1731, qui visent à rejoindre tous les chirurgiens de province établis ou non en corps de communauté, « sans exception d'aucune province ny colonies », demeurent pendant les décennies qui suivent le code de lois fondamental des chirurgiens provinciaux français. Dans les faits, cet effort de standardisation des règles d'admission à la profession et du fonctionnement des communautés se heurte à des difficultés de diffusion et d'application.

17. À l'époque de Madry, de Demosny et de Baudouin, le lieutenant du premier chirurgien du roi était également chirurgien du roi ou chirurgien major et, avant 1697, la présence d'un médecin du roi se limite à Robert Giffard avant 1668 et à Jean de Bonamour entre 1669 et 1672. En fait, le retour de Michel Sarrazin dans la colonie en 1697 avec le titre de médecin et, à partir de 1700, de médecin des hôpitaux diminue le rayonnement du lieutenant du premier chirurgien du roi et des chirurgiens du roi. De même, le lieutenant du premier chirurgien du roi et le chirurgien du roi ou le chirurgien major à Québec sont dorénavant des personnes distinctes. Enfin, la réglementation du XVIIIe siècle va accorder une prépondérance sans cesse croissante aux chirurgiens et aux médecins dotés d'une commission du roi. Le prestige accolé à la fonction de lieutenant du premier chirurgien du roi et l'efficacité de son action s'en ressentent donc.

18. Lettre de Michel Bertier au ministre, 18 octobre 1736, Archives nationales (France), Fonds des Colonies, sous-série C11A, vol. 66, f. 135r.

19. Demesy-Maurent, 1988 : 51. L'Augustin Jean Rozet, apothicaire-chirurgien de Montmorillon au Poitou, visite des patients dans un rayon qui dépasse très rarement une vingtaine de kilomètres (Herault, 1993 : 72-77).

20. Ordonnance de Raudot concernant l'exercice de la chirurgie au Canada, 1er juillet 1710, ANQ-Q, E1,S1, Ordonnances des intendants, Cahier nº 4, f. 68r.-68v. ; Ordonnance du gouverneur de La Jonquière et de l'intendant Bigot concernant l'exercice de la chirurgie au Canada, 12 juin 1750, ANQ-Q, E1,S1, Ordonnances des intendants, Cahier nº 38, f. 35r.-35v.

21. Acte ou ordonnance qui défend à qui que ce soit de pratiquer la médecine et la chirurgie dans la Province de Québec, ou la profession d'accoucheur dans les villes de Québec ou Montréal, sans permission, 30 avril 1788, dans « Ordonnances édictées pour la province de Québec par le gouverneur et le conseil de celle-ci, de 1768 à 1791 », dans Arthur Doughty, *Rapport concernant les travaux des Archives publiques pour les années 1914 et 1915,* Ottawa, J. de L. Taché, 1917, p. 224-225. Publiée aussi dans *La Gazette de Québec,* nº 1187, 15 mai 1788.

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 XIXe 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 13e 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 (nº 23), s. p., et *Rapport des inspecteurs d'asiles et de prisons de la province de Québec (RIAPPQ),* 13e rapport, 1882, p, 40.

13. *Journaux de la session,* 1869 (nº 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 (nº 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 - nº 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 (nº 22), p. 36-37 et *Documents de la session,* 1876 (nº 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 consi-

dérables 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'Etat et réparties sur toute la population […] Cet évènement 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 avions 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 (nº 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 Governement 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 his now placed, and would seriously injure their united interests.* » *Sessional Papers,* 1871, (nº 17) p. 13.

20. *RIAPPQ,* Rapport particulier de Walton Smith, 1884, p. 115.

21. *RIAPPQ,* 13e 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 - nº 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 (nº 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 (nº 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 (nº 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, nº 436, p. 2.

35. Déposition du docteur A. Vallée, surintendant du Bureau médical, Commission royale d'enquête sur les asiles d'aliénés, 1887, C - nº 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, nº 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 neurologiste 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 (nº 23). L'idée fut reprise à la fin du XIXe siècle par le surintendant du Verdun Protestant Hospital, T. J. W. Burgess.

Chapitre III : La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945

1. L'intérêt des historiens pour la formation des grands appareils sanitaires au Québec ne s'est manifesté qu'assez récemment, depuis une vingtaine d'années. Les travaux plus anciens, pour la plupart l'œuvre de médecins, suivaient une approche dite « interne » de l'histoire de la médecine en présentant les grandes figures et les institutions sans les inscrire dans le contexte plus large de la société québécoise. De nombreux textes tiennent maintenant compte de facteurs « externes » aussi bien sociaux qu'économiques ou politiques. Comme ailleurs, l'histoire de la médecine et de la santé au Québec évolue maintenant en bonne partie de concert avec l'histoire sociale.

2. Concernant le choléra et les mesures de quarantaine, voir Bilson, 1980 ; 1983 ; Dechêne et Robert, 1979.

3 . Voir à ce sujet Bliss, 1993 ; Farley, Keating et Keel, 1987. Ces derniers ont interprété l'opposition d'une partie de la population aux mesures antivarioliques comme une facette de la résistance à la médicalisation de la société.

4 . Une étude initialement publiée en 1982 livre une intéressante analyse de l'inscription graduelle de l'expertise médicale dans l'administration municipale montréalaise : Farley, Keel et Limoges, 1995. Sur l'administration de l'hygiène publique à Montréal, voir aussi Gaumer, Desrosiers, Keel et Déziel, 1994.

5. Concernant le CHPQ et les organismes qui lui ont succédé, les informations proviennent d'une très large variété de sources et d'études. Mentionnons les rapports annuels de ces organismes et la partie conservée aux Archives nationales du Québec de la documentation qu'ils ont produite. Voir Guérard, 1993 ; 1996 b ; Goulet, 1996 ; Anctil et Bluteau, 1986.

6. La question de la piètre condition sanitaire du Québec francophone demeure encore aujourd'hui assez épineuse. Certains y ont vu le résultat d'une infériorité économique des Canadiens français. D'autres ont évoqué des traits culturels. On a aussi dénoncé un retard du Québec dans l'adoption de mesures d'hygiène d'envergure, retard attribué par plusieurs à la domination parmi les groupes dirigeants d'une idéologie traditionaliste peu propice aux innovations et à l'intervention de l'État. Aucune des explications avancées à ce jour ne paraît à elle seule convaincante. Certes, au Québec comme partout ailleurs, l'état de santé des groupes les moins aisés a été, et demeure, inférieur à celui des autres groupes. Mais certaines minorités non francophones, bien que partageant des conditions de vie proches de celles des Canadiens français, connaissaient au XIX^e^ siècle une mortalité moins sévère que ces derniers. En ce qui a trait au rôle de frein attribué à la pensée traditionaliste, il a été démontré qu'elle pouvait se marier avec des politiques d'hygiène publique énergiques. Ajoutons qu'aucune comparaison rigoureuse ne permet, à ce jour, de conclure à un retard significatif du Québec dans l'adoption de mesures d'hygiène. La problématique même du retard a d'ailleurs été remise en cause par certains chercheurs (voir à ce sujet Fournier, Gingras et Keel, 1987). En somme, la question n'est pas, loin s'en faut, réglée, et il faudra de toute évidence recourir à des explications multifactorielles pour approcher la complexité du problème.

7. Ce n'est qu'avec la fin de la Seconde Guerre mondiale que le discours hygiéniste au Québec se met à insister non plus sur des valeurs collectives et la responsabilité sociale de l'individu, mais, dans un renversement de perspective, sur le bien-être personnel : le bonheur et la joie de vivre par la santé deviennent le leitmotiv de la santé publique. Pareille évolution s'harmonisait avec une transformation des mentalités, alors que la reconversion de l'économie au temps de paix appelait à une consommation accrue de biens et de services présentée comme la voie à suivre pour l'obtention d'un mieux-être personnel.

8. Le texte le plus significatif sur l'usage de l'hygiène comme outil de promotion sociale et professionnelle par les médecins demeure sans doute celui de Pierre-Deschênes, 1981.

9. Diverses études permettent de s'en convaincre. Voir notamment : Copp, 1978 ; Tétreault, 1991 ; Robert, 1988.

10. Une étude consacrée à l'histoire de la lutte antivénérienne au Canada donne nombre d'informations sur ce programme : Cassel, 1987.

11. Il n'existe encore aucune étude d'ensemble des transformations du dispositif hospitalier. De nombreux auteurs ont dressé des historiques d'hôpitaux, pour la plupart dans une perspective descriptive et panégyrique. Les travaux récents menés sur une base scientifique font exception à cette règle. Les monographies traditionnelles, en laissant dans l'ombre les conflits survenus entre les intervenants dans l'organisation des services, suggéraient du milieu hospitalier une image consensuelle, harmonieuse, qui n'a pas résisté à l'analyse.

12. Sauf lorsque c'est précisé, les données fournies excluent les hôpitaux pour malades mentaux.

13. Les données sur les nombres de lits et d'hôpitaux sont à utiliser avec circonspection. Il s'agit là d'ordres de grandeur seulement. Le recensement de 1931, par exemple, retient trois établissements (278 lits) qui, dans les autres sources, sont plutôt considérés comme des hospices. Par contre, plus d'une quinzaine d'hôpitaux et de maternités (au-delà de 560 lits) ne sont pas relevés.

14. Les données sur lesquelles repose la figure 11 doivent être utilisées avec prudence. Les tendances qu'elles dessinent sont toutefois significatives.

15. La Loi de l'assistance publique a fait l'objet de nombreuses études et donné lieu à des interprétations très divergentes. À l'époque de son adoption, une partie des élites francophones l'ont considérée comme une grave ingérence de l'État dans un secteur d'activité qui devait demeurer sous le contrôle d'agents privés. Plus tard, elles allaient plutôt voir dans la Loi de l'assistance publique un utile rempart contre les projets d'assurances sociales et de santé étatiques. Elles la présentèrent comme une façon originale du Québec de s'occuper des indigents tout en respectant ses valeurs et ses coutumes. À l'opposé, certains intellectuels des années 1950 et suivantes en vinrent à dénoncer cette loi. À leurs yeux, elle était le fruit de l'alliance entre une classe politique traditionaliste et le clergé ; elle avait consolidé la domination de celui-ci sur l'organisation des services sociaux et de santé, et de ce fait, elle avait constitué un frein à la modernisation. Depuis peu, des interprétations plus nuancées sont apparues. Ainsi, on s'est aperçu que cette aide permit à l'État de stimuler le développement du dispositif hospitalier et d'exercer des pressions sur la direction des établissements en vue d'en obtenir la modernisation des services.

16. Notons que pour cette période récente il n'existe pas encore d'étude sur le développement hospitalier au Québec.

17. Toute une série de manuels d'éthique médicale destinés aux médecins et aux infirmières, dont un code de morale pour les hôpitaux utilisé durant les années 1940 et 1950, furent publiés au Québec à partir des années 1920 par des membres du clergé ou en collaboration avec certains d'entre eux.

18. En 1961, pas moins de 33 communautés religieuses étaient propriétaires de 105 hôpitaux de toutes catégories qui comptaient alors près de 59 % des lits au Québec (Conférence catholique canadienne, Département d'action sociale, *Les hôpitaux dans la province de Québec*, Ottawa, 1961).

19. S'il fallait, aux hôpitaux, ajouter les hospices, les orphelinats et les écoles, la carte de la page suivante serait littéralement criblée de points. Les hôpitaux des principales communautés ne constituaient qu'une partie de leurs avoirs.

20. (Québec) Gouvernement du Québec, *Enquête sur les services de santé,* 1948. Après la Seconde Guerre mondiale, les autorités sanitaires manifestèrent un intérêt plus senti pour la question de la répartition des services hospitaliers sur le territoire québécois, sans doute influencées par les mesures de contrôle des ressources médicales et paramédicales instaurées par le gouvernement fédéral durant le conflit.

21. Voir à ce sujet la planche consacrée aux hôpitaux de Montréal.

22. En 1927 par exemple, le Collège soumit en vain un projet de réglementation au gouvernement. Voir notamment : Procès-verbaux des assemblées générales des Gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens, P.Q., 1932, p. 68-69 ; *idem*, 1927, p.17.

23. Depuis la décennie 1980-1990, plusieurs études sur l'histoire de la profession infirmière ont été publiées. Elles s'attachent pour la plupart à en retracer le processus de professionnalisation.

24. Voir à ce sujet le rapport *La formation infirmière au Canada* de Helen K. Mussallem, 1966, partie du rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

25. Dans le graphique, le nombre de lits réservés à la tuberculose est nettement sous-évalué, particulièrement chez les francophones, dans la mesure où des hôpitaux non spécialisés dans le traitement de la tuberculose comportaient de tels lits.

Chapitre IV : La structuration de la pratique médicale, 1800-1940

1. *Statuts de la Province du Canada,* 1847, chapitre 26.

2. Sur les difficultés de l'EMCM à assurer sa viabilité sans une affiliation universitaire stable, voir Goulet, 1993.

3. « Acte pour régler et faciliter l'étude de l'anatomie », *Statuts de la Province du Canada*, 1843, chapitre 5. La loi de 1859 intitulée « Acte concernant la pratique de la médecine et de la chirurgie, et l'étude de l'anatomie » contraint les surintendants de ces établissements à déclarer chaque décès et à tenir un registre des personnes décédées et oblige les médecins qui veulent profiter des dispositions de la loi à déposer préalablement une somme d'argent pour garantir l'inhumation décente des cadavres disséqués et pour obtenir le droit d'ouvrir une chambre de dissection, *Statuts refondus du Canada*, 1859, chapitre 76.

4. Les démonstrations pathologiques sont faites « […] *as far as possible, in the same way as that of Professor Virchow, at the Berlin Pathological Institute* », Cushing, 1925 : 74.

5. En 1892, Osler expliquera en détail sa philosophie médicale dans un ouvrage devenu célèbre intitulé *The principles and practice of medicine : designed for the use of practitioners and students of medicine.*

6. *Annuaire de l'École de médecine et de chirurgie,* 1878-1879, p. 12.

7. *Idem.,* p. 8.

8. *Idem.,* p. 6.

9. *Idem.,* p. 7.

10. *Ibid.*

11. La percussion est proposée pour la première fois par le docteur viennois L. Auenbrugger lors de la publication de son traité *Inventum novum ex percussione thoracis humani*, paru à Vienne en 1761. L'ouvrage sera peu lu jusqu'à ce que Corvisart en fasse la traduction et la promotion en 1808.

12. Il semble bien que le stéthoscope est introduit au Canada par le docteur P. Beaubien, de retour de Paris en 1825 (Goulet et Paradis, 1992 : 450).

13. Le laryngoscope, inventé par le médecin tchèque J. N. Czermak en 1857, est présenté pour la première fois dans une revue médicale québécoise en 1864 (Goulet et Paradis, 1992 : 453).

14. Le *Canada Medical Journal and Monthly Record* en fait mention dans une édition de 1866. Le docteur Brosseau en présentera les avantages lors d'une conférence donnée à la Société médicale de Montréal en 1873. Voir Goulet et Paradis, 1992 : 454 et 456.

15. Le *Canada Lancet* en fait mention dans un numéro de l'année 1863, (Goulet et Paradis*, 1992 :* 452).

16. *Annuaire de l'École de médecine et de chirurgie,* 1875-1876, p. 12.

17. Sur l'impact de cette loi sur l'enseignement médical, voir Bernier, *1988 :* 65-78.

18. « Acte reconnaissant le diplôme de bachelier ès arts comme suffisant pour l'admission à l'étude des professions légale, médicale et notariale », *Statuts de la Province de Québec,* 1890, chapitre 45.

19. *Annuaire de l'Université Laval à Montréal,* 1910, p. 358.

20. Mentionnons à titre d'exemple, les engouements pour les antiseptiques, la radiologie, l'électrothérapie.

21. « *Flexner's approach to medical education emphasized research and academic education rather than professional training. He relegated to a secondary consideration the need for medical schools to provide the nation with an adequate number of physicians and scarceley mentioned the problems confronting low income medical students* », Rothstein, 1987 : 147.

22. Pour une histoire détaillée du Collège des médecins du Québec, voir Goulet, 1997.

23. Les notaires avaient en effet obtenu la reconnaissance juridique d'une Chambre des notaires.

24. La cléricature consiste en un stage d'apprentissage de la pratique médicale auprès d'un médecin licencié.

25. Après avoir obtenu le pouvoir de fixer « un tarif d'honoraires pour les villes et les campagnes ; ce tarif [ayant] force de loi devant les tribunaux », la nouvelle administration, dirigée par le docteur Jean-Philippe Rottot, ancien directeur de l'Union médicale du Canada, adopte dès septembre 1877 une échelle de prix pour les différents actes médicaux posés par ses membres, *L'Union médicale du Canada,* 1877, p. 83.

26. *L'Union médicale du Canada,* 1877, p. 83.

27. Ceci se reflète dès l'assemblée triennale de 1877, tenue à Trois-Rivières alors que le nombre de médecins présents se chiffre à 119 contre seulement 23 lors de l'assemblée de 1874. Les votes par procuration étant permis, on enregistre plus de 500 bulletins contre 50 en 1874. Trois ans plus tard, 140 médecins assisteront à l'assemblée triennale.

28. *Procès-verbaux du CMCPQ,* 14 juillet 1880.

29. *Ibid.*

30. Le docteur E.-P. Lachapelle, à titre de président du Collège de 1898 à 1907, aura été un acteur de premier plan dans ce processus de transformation et de structuration des activités internes et externes du Collège.

31. *Statuts de la Province du Canada,* 1879, chapitre 37.

32. « Acte pour amender et refondre de nouveau les actes relativement à la profession médicale et la chirurgie dans la province de Québec », *Statuts de la Province de Québec,* 1879, chapitre 37.

33. *Procès-verbaux du Bureau provincial de médecine du CMCPQ,* 1911, p. 13.

34. Mentionnons à titre d'exemple qu'en 1916, le docteur Polydore Dansereau, à la suite d'une poursuite intentée par le Conseil de discipline, est déclaré coupable « d'avoir, le 12 mai 1915, administré le chloroforme à un nommé Philibert Bienvenu, dans le but de permettre à un rebouteur du nom de Dragon de panser le patient et de réduire une luxation ou fracture de la jambe droite ». Il est suspendu pour un mois et condamné à payer au CMCPQ les frais de poursuite encourus.

35. En vertu de leur septième rang de garçon dans la famille, on croyait que ces guérisseurs de prière possédaient le pouvoir de guérir les maladies.

36. Procès-verbaux du Bureau provincial de médecine du CMCPQ, 1935-1938, p. 80.

37. *Procès-verbaux du CMCPQ,* 3 juillet 1908, p. 14.

38. *Procès-verbaux du Bureau provincial de médecine du CMCPQ,* 1911, p. 44.

39. *Idem.,* p. 44-45.

40. *Procès-verbaux du Bureau provincial de médecine du CMCPQ,* 1913, p. 25.

41. *Idem.,* p. 35.

42. *Idem.,* 1914, p. 49.

43. *Idem.,* 1929, p. 58-59.

44. *Idem.,* p. 13-14.

45. *Idem.,* p. 13.

46. « *The original development of specialities in the general hospital was as out patient departments. These were established at Boston City Hospital, for example, in dermatology (1868), otology (1869), gynecology (1873), neurology (1877), and laryngology (1877). At Massachusetts General, laryngology and neurology were established as outpatient departments in 1872, ophtalmology in 1873, and otology in 1884* », Vogel, 1980 : 88 ; voir aussi : Rosenberg, 1974.

47. *Rapport annuel de l'Hôpital Notre-Dame,* 1948, p. 49.

48. « L'Hôpital [Notre-Dame] est devenu une oeuvre nationale et on ne concevrait pas aujourd'hui la population canadienne-française sans lui », *L'Union médicale du Canada,* 1918, p. 461.

49. En 1948 en Ontario, près de 90 % des naissances et 40 % des décès ont lieu à l'hôpital. Au Québec, 41,3 % des décès ont eu lieu à l'hôpital en 1951, un taux voisin de celui de l'Ontario. Ce taux montera jusqu'à 55,5 % en 1961, (*Annuaire du Québec,* 1966-1967, p. 336-337). Par contre, en 1948, le taux d'accouchements à l'hôpital n'est que de 41 %. Cependant, en une dizaine d'années seulement, la progression a été considérable, car cette proportion n'était que de 10,5 % en 1935 (*Enquête sur les services de santé,* 1948, Québec, Ministère de la Santé, tome 2). En une vingtaine d'années, l'accouchement à l'hôpital se généralise au Québec.

50. Rappelons que les indigents qui bénéficiaient de soins gratuits dans les dispensaires et les hôpitaux n'avaient aucun droit de regard sur le médecin traitant et étaient tenus de se prêter aux leçons cliniques.

51. À l'Hôtel-Dieu de Québec, ils seraient bien inférieurs à ceux-ci, se situant entre 4,8 % en 1909 et 3,5 % en 1929 (Rousseau, *1989 :* 73).

52. L'Institut Bruchési (1911), l'Institut du radium de Montréal (192?), le dispensaire de la Ligue antituberculeuse de Québec (1922), l'Hôpital Laval de Québec (1923), le Centre anticancéreux de l'Université Laval (1930), etc.

53. *Rapport annuel de l'Hôpital Notrre-Dame,* 1909, p. 104.

54. Au début des années 1930, le département d'obstétrique de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke connaît de sérieux problèmes de fréquentation.

55. *Procès-verbaux de l'exécutif de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal,* 12 novembre 1937, p. 450. L'Université McGill avait inauguré un tel institut en 1924. L'Université Laval s'était aussi dotée d'un institut d'anatomie pathologique en 1928 (Boissonnault, 1953 : 367).

56. Entre 1922 et 1937, seulement une douzaine de francophones obtiennent des bourses du CNRC. De fait, peu de Canadiens français avant la Seconde Guerre mondiale obtiendront une telle bourse (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987 : 247). En 1930, « une seule bourse sur soixante-cinq avait été attribuée à un Canadien français », *Université de Montréal, Annuaire général, 1942-1943,* p. 67.

57. « À la demande du National Research Council et avec l'aide d'un généreux octroi accordé à notre université par cette commission, la Faculté de Médecine organise un département de recherches sur la tuberculose », *Annuaire de la Faculté de médecine de l 'Université de Montréal,* 1926-1927, p. 97.

58. Celui-ci était responsable des essais du vaccin sur les nouveaux-nés à l'Assistance maternelle alors qu'un chercheur délégué de l'Institut Pasteur s'occupait de sa préparation.

59. *Université de Montréal, Annuaire général, 1942-1943,* p. 70.

60. *L'Action universitaire,* 01/09/1942.

61. « Pratiquer des accouchements obstétriques, prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, soit en administrant des médicaments, soit en faisant usage de procédés mécaniques, physiques ou chimiques, ou de radiothérapie, ou de rayons X, constituent l'exercice de la médecine. »

Annexe III : Horaire d'une journée d'été à l'asile de Beauport en 1876*

* D'après les règlements officiels de la maison — *Documents de la Session*, nº 26, 1874-1875, p. 25 et suivantes.

Annexe V: La transformation de la pratique médicale par la bactériologie : essai de périodisation, 1870-1940

1. C.-E. Rosenberg souligne à propos du développement de la science médicale que « *No single aspect of this new knowledge was more important in reshaping the hospital than the germ theory and antiseptic surgery* », 1987 : 144.

2. Depuis déjà le XVIIIe siècle en Europe, certains médecins, par exemple John Hunter, invoquaient les « virus » pour expliquer des maladies spécifiques comme la morve, la rage, la pourriture d'hôpital, la rougeole, la scarlatine, la syphilis ou la gale. Le virus recouvrait « les poisons morbides qui communiquent facilement, par simple contact, certaines maladies contagieuses » (Lécuyer, 1986 : 95).

3. Plusieurs médecins, tels que Carl Braun, considéraient la fièvre puerpérale comme une maladie zymotique causée par des germes véhiculés par l'air. En 1864, Joseph Skoda, Karl Rokitansky et Jean Oppolzer attribuent les épidémies de fièvre puerpérale aux miasmes. Cependant, Carl Mayrhofer, s'appuyant sur les travaux de Jacob Henle et de Louis Pasteur, décrit en 1865 des organismes variés présents dans les sécrétions utérines et les dénomme selon l'usage de l'époque, des vibrions. Il en isole quelques-uns et, après expérimentation chez des lapins, il conclut que la fièvre puerpérale est une maladie contagieuse causée par certains vibrions. Codell Carter, 1985 : 36-39.

Annexe VI : Principales associations médicales québécoises fondées au XIXe siècle*

* Les tirets suivant les dates de fondation indiquent que ces associations poursuivent leurs activités au-delà de 1900.

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 XVIIIe 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 XVIIIe 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. Veneral 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 XVIIIe 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 complette suivant le système des modernes (1757), 2e 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 XXe 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 XIXe siècle au milieu du XXe 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 XVIIIe siècle », dans *Médecine et assistance en Alsace, XVIe-XXe 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 18e 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 XVIIIe 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 XVIIe et XVIIIe 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 19e 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 : XIXe-XXe 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* (EHESS), 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 XVIIIe 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 prérévolutionnaire », *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* (EHESS/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 XIXe 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 XXXIIe 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, nos 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,* 2e série, IV, 2, p. 141-169.

HARE, John, Marc Lafrance et David-Thiery Ruddel (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 XVIIIe 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 médicamens 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 : XIXe-XXe 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 XVIIe 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 17e et 18e siècles,* Paris, Temps actuels (coll. « La passion de l'histoire »), 206 p.

LEBRUN, François (1975), *Les hommes et la mort en Anjou aux XVIIe et XVIIIe 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 pastorienne,* 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 complette 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 XIXe siècle,* Paris, Aubier-Montaigne (coll. historique), 386 p.

LESSARD, Rénald (1996), « Aux XVIIe et XVIIIe siècles. L'exportation de plantes médicinales canadiennes en Europe », *Cap-aux-Diamants,* nº 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 17e et 18e 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 17e et 18e 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 XVIIe et XVIIIe 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,* 3e 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 XIXe 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 », no 15) 345 p.

PARADIS, André, *et al.* (dir.) (1975), *Bibliographie sur la préhistoire de la psychiatrie au Québec et en Ontario : le XIXe siècle,* UQAM et UQTR (coll. Cahiers « Recherches et Théories », no 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 XIXe 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^e 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^o 53.

QUETEL, Claude, et Pierre Morel (1979), *Les fous et leurs médecins : de la Renaissance au XX^e siècle,* Paris, Hachette, 302 p.

Règles et Constitutions des Religieuses de l'ordre de Sainct Augustin dites les Filles de la Misericorde, establies 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 Medecine 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 Massachussets, 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[e] siècle », *Revue d'histoire de l'Amérique française,* 31, 1 (juin), p. 29-47.

RUDDEL, David-Thiery (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[e] 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.

TÉTREAULT, Martin (1991), *L'état de santé des Montréalais, 1880-1914,* Montréal, Regroupement des chercheurs-chercheures 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[e] 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[e] 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.

Annexes

Annexe I : Les maladies fréquentes au Canada aux XVII^e et XVIII^e siècles

1. Problèmes de nosologie, de nosographie et d'étiologie

L'étude des maladies aux XVII^e et XVIII^e siècles se heurte souvent à un vocabulaire archaïque et imprécis. Certains vocables alors en usage peuvent recouper des réalités aujourd'hui fort différentes. La nosologie, c'est-à-dire l'identification et la classification des maladies, est peu développée à cette époque et elle se fonde essentiellement sur des critères qui relèvent plutôt des symptômes et des éléments de la théorie humorale que des causes réelles des affections. Des maladies différentes qui présentent les mêmes symptômes dominants sont ainsi confondues ou regroupées.

Certaines maladies infectieuses qui prendront une grande ampleur au XIX^e siècle sont sans doute présentes au Canada dès les débuts, mais elles ne sont pas nettement identifiables. Tel serait le cas de la tuberculose, une maladie qui peut prendre plusieurs formes. La confusion nosologique qui entoure cette affection dans les textes anciens se traduit par l'emploi d'un vocabulaire imprécis et varié qui ne désigne pas à tout coup des cas de tuberculose : langueur, consomption, phtisie, scrofule ou écrouelles.

Définir les composantes de la morbidité canadienne des XVII^e et XVIII^e siècles en fonction d'une typologie actuelle est un défi majeur. Outre les problèmes énoncés précédemment, la dispersion et l'imprécision des sources ainsi que leur caractère souvent contradictoire compliquent singulièrement la tâche du chercheur. Il est plus facile de s'en tenir aux grandes épidémies ou aux maladies qui ont laissé le plus de traces dans les archives. Toutefois, une telle approche ne reflète guère la réalité vécue du praticien de l'époque, confronté à une grande variété des cas généralement non mortels. Nous préférons plutôt faire un survol des maux qui affectent les Canadiens en nous servant des grandes rubriques de la classification internationale des maladies telle qu'elle est utilisée actuellement par l'Organisation mondiale de la santé.

2. Les maladies infectieuses et parasitaires

Aujourd'hui, grâce aux progrès faits par la médecine depuis un siècle, les maladies infectieuses et parasitaires représentent au Québec moins de 2 % des causes de décès. Mais tel n'était pas le cas autrefois. « Quoyque la santé soit communement bonne dans cette Colonie, on y Est Exposé comme dans les Provinces de france a des maladies serieuses et populaires », notent en 1740 le gouverneur Beauharnois et l'intendant Hocquart. En effet, au Canada, les maladies infectieuses et parasitaires, lorsqu'elles prennent des proportions épidémiques, suscitent également beaucoup d'appréhension parmi les contemporains et provoquent souvent des crises de mortalité importantes.

Certaines maladies telles la lèpre ou la peste ne semblent pas avoir été connues au Canada. D'autres, comme la malaria (paludisme) ou le charbon (anthrax), semblent exceptionnelles. La petite vérole (variole), les fièvres malignes, la rougeole, la coqueluche, les maladies vénériennes, le « mal de Baie-Saint-Paul », les vers ainsi que certaines contagions non identifiées sont les principales maladies infectieuses et parasitaires relevées à travers les archives.

Avant 1800, la petite vérole ou variole, connue également sous le vocable de picote, est le fléau le plus redouté et le plus meurtrier au Canada : elle atteint des proportions épidémiques en 1702-1703, 1733, 1755, 1757, 1769-1770, 1783-1786 et peut-être en 1790-1792. Au cours des seules années 1702 et 1703, elle emporte environ 8 % de la population coloniale, soit de 1 000 à 1 200 personnes. Dans les colonies américaines, les années d'épidémies et les intervalles sont similaires et les effets tout aussi désastreux : 1702, 1730 et 1752.

Une multitude de maladies présentent la fièvre comme symptôme et il est souvent difficile de les identifier avec précision. Il semble que le typhus exanthématique soit la pathologie la plus meurtrière. Généralement reliée à l'arrivée de navires infectés et communiquée à l'homme par les poux, cette maladie, connue à l'époque sous les noms de fièvres malignes ou de fièvres putrides, fait des victimes dès le milieu du XVII^e siècle. Mais les ravages les plus importants surviennent en 1718, en 1734, et surtout durant les deux dernières décennies du Régime français.

Des maladies contagieuses, dont l'identification reste imprécise, frappent le pays en 1699, 1705, 1715, 1717, 1730-1731, 1748-1749 et peut-être en 1768. En 1699, l'intendant Champigny signale qu'« Une espèce de maladie contagieuse a pensé nous emporter Une partie de la Colonie, ny ayant presque point eu de maison qui n'en ait été ataquée; nous en avons eté quitte pour la mort d'Environ Cent personnes. » En 1705, l'annaliste des ursulines de Québec note la présence d'un grand nombre de malades dans la communauté. « Se sont des sueurs prodigieuses avec des fievres dont on ne voit presque la fin et qui Sont de grans coups tant por la quantite de drogues et remedes que pour la Noriture et La consommation du linge [...]. » En 1715, quelques vagues mentions dans les registres de l'état civil et un taux de mortalité élevé permettent de connaître l'existence d'une épidémie. En 1731, après un hiver « fort long », il « a regné quelques maladies populaires en cette ville (Québec), et meme dans tout Le Pays, qui n'ont cependant pas fait de grands ravages elles estoient accompagnées d'éruptions et de maux de costé. Il est mort à Quebec environ 60 a 80 personnes de cette maladie [...]. » En 1748 et 1749, le nombre de décès enregistrés dans la colonie atteint respectivement 2 404 et 2 485, comparativement à une moyenne annuelle de 1 506 pour les cinq années précédentes.

On trouve également dans la colonie des maladies parasitaires. En 1686, le gouverneur Denonville note que les « Vers sont le mal le plus ordinaire, on en voit beaucoup [...] qui en sont extrememement incommodez les gens d'age aussy bien les jeunes ». En 1749, le voyageur Pehr Kalm note qu'on l'a informé que beaucoup de personnes en souffrent au Canada.

3. Les tumeurs

Selon un traité de chirurgie du XVIII^e^ siècle, les tumeurs et les ulcères, qui incluent les chancres, constituent avec les plaies, les fractures et les luxations les maladies extérieures. Le mot tumeur a une connotation beaucoup plus restreinte à l'époque qu'actuellement. Les tumeurs malignes internes sont à peu près hors de la portée des praticiens de l'époque, sauf dans les cas de dissection ou d'autopsie. Le cancer, au sens actuel de ce terme, n'est pas alors une entité clairement définie. D'ailleurs, l'emploi de ce terme se limite essentiellement au cancer du sein. Un chancre, un ulcère ou une tumeur, tels que définis à l'époque, peuvent cacher un cancer, mais pas nécessairement. Au Canada, les mentions de chancre, en particulier à la bouche, sont fréquentes.

4. Les maladies endocriniennes, les troubles du métabolisme et du système immunitaire

Les maladies endocriniennes, les troubles du métabolisme et du système immunitaire sont généralement impossibles à identifier par les praticiens de l'époque. Il n'est pas question de goitre, de diabète ou de troubles du métabolisme. La goutte et le scorbut, maladies dont on ne connaît pas alors l'étiologie, sont les seules pathologies connues de ce groupe.

Le scorbut, causé par une carence en vitamine C, provoque des ravages célèbres parmi les premiers explorateurs et les navigateurs, mais on oublie généralement que des cas sont signalés tout au long de la période observée, en particulier durant les temps de guerre.

5. Les maladies du sang et des organes hématopoïétiques

Même si, aux XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, on discute *ad nauseam* de la qualité du sang, de son âcreté ou de sa couleur, et bien que la saignée fasse partie de l'arsenal thérapeutique traditionnel du corps médical, les maladies du sang ne sont guère connues. Il n'y a pratiquement que l'anémie et l'hémophilie qui soient mentionnées de façon sporadique dans les textes médicaux.

6. Les troubles mentaux

Les troubles mentaux ont toujours constitué un secteur particulier de la médecine. Définir la folie dépend autant du milieu socioculturel qui fixe la « norme » que du corps médical. Bien que plus d'une centaine de qualificatifs plus ou moins vagues soient alors employés pour décrire les malades mentaux, le concept de folie gravite autour de l'idée maîtresse d'un malfonctionnement de l'esprit qui se traduit par une confusion du discours et des gestes.

Pendant longtemps, les maladies mentales ont été associées à des causes surnaturelles, mais tel n'est plus automatiquement le cas en Nouvelle-France. Le recours au chirurgien est de plus en plus fréquent. Saignées et purgations sont administrées en même temps qu'une pharmacopée élaborée qui vise à stimuler ou à apaiser. Les rognons de castor et les sabots d'élan ou d'orignal ainsi que l'hellébore sont réputés pour traiter ce genre de maladie. L'isolement ou l'enfermement du malade devient dans les cas extrêmes un moyen de protéger l'aliéné et son entourage, mais, en règle générale, les familles prennent en charge leurs membres atteints.

7. Les maladies du système nerveux et des organes des sens

Bien qu'on parle à l'époque de maladie de nerf, les seules maladies que l'on puisse réellement rattacher au système nerveux se résument à la paralysie, les maux de tête et migraines et l'épilepsie. Les documents de l'époque signalent aussi des problèmes reliés aux organes des sens. Des cas de cataracte, de cécité ou de surdité sont notés.

8. Les maladies de l'appareil circulatoire

Aux XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, les maladies du système circulatoire sont peu connues. L'habitude de prendre le pouls existe bien à l'époque, mais elle ne sert qu'à estimer l'état général du patient. Les cas d'hydropisie, d'apoplexie, d'angine de poitrine, d'hémorragie, d'hémorroïdes et de rhumatisme articulaire ainsi que les accidents cérébraux-vasculaires et les problèmes de palpitations cardiaques sont presque les seules affections mentionnées à l'époque et que l'on pourrait relier aujourd'hui au système circulatoire.

9. Les maladies de l'appareil respiratoire

Les cas de maladies respiratoires abondent. Les écrits du médecin Jean-François Gaultier y font allusion régulièrement. Certaines maladies, comme l'influenza ou la grippe, prennent même périodiquement une ampleur épidémique. Le climat canadien avec ses variations contrastées explique sans doute en grande partie cette situation. Mais on retiendra aussi qu'il est plus facile d'associer physiologiquement les maladies de l'appareil respiratoire aux parties du corps concernées.

Des cas d'asthme, d'angine, de catarrhe, d'influenza, de grippe, de rhume ou d'emphysème sont signalés de même que des fluxions ou des maux de poitrine. Toutefois, la pleurésie et la pneumonie demeurent les affections pulmonaires les plus courantes. La présence de pleurésies est relevée dès 1687. En 1749, le voyageur Pehr Kalm note que les maladies auxquelles les Amérindiens et les Français sont les plus sujets sont les douleurs rhumatismales et, surtout pour les Français du Canada, la pleurésie. Des cas de fausses pleurésies sont également signalés. Les mentions de pneumonie, appelée aussi péripneumonie, apparaissent à partir du milieu du XVIII^e^ siècle.

10. Les maladies de l'appareil digestif

Les problèmes de l'appareil digestif mentionnés à l'époque sont multiples, allant des troubles dentaires aux coliques, aux obstructions intestinales, aux diarrhées, aux fistules et aux hernies en passant par les maux de l'estomac et les indigestions. Si l'on se fie aux propos du gouverneur Denonville en 1686, « les descentes de boyaux (hernies) sont fort frequentes parmy nos habitans […] ».

11. Les maladies des organes génito-urinaires

Les mentions de maladies des organes génito-urinaires sont rares et il faut souvent supposer leur existence par les conséquences que certaines peuvent engendrer. Ainsi, la présence de couples stériles peut en grande partie être imputable à des problèmes d'ordre physiologique. À Québec, 10 % des familles complètes entre 1621-1740 ne comptent aucun enfant. C'est dire l'importance du phénomène.

Des cas de mal de sein et de chancres au sein sont signalés à l'occasion de même que des problèmes de rétention urinaire et de calculs rénaux ou des voies urinaires.

12. Les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches

Les décès reliés à des complications de la grossesse, à l'accouchement et des suites de couches, sont régulièrement mentionnés dans les registres de l'état civil. Des études réalisées en Europe pour l'Ancien Régime démontrent que 1 % à 2,5 % des accouchements sont alors mortels pour la mère. Même si ces problèmes ne sont pas toujours funestes, ils peuvent altérer plus ou moins gravement la santé des femmes.

À Québec, entre 1621 à 1760, 1,2 % des accouchements se terminent par le décès de la mère. Dans les régions rurales, les données sont comparables avec des pourcentages variant de 1,1 % à 2,1 %. Pour l'ensemble de la Nouvelle-France, on évalue à 1,5 % la proportion des accouchements mortels.

13. Les maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

Les maladies externes constituent le champ d'exercice par excellence des chirurgiens. Outre les tumeurs, les ulcères et les chancres inclus dans la section consacrée aux tumeurs, les problèmes de peau et du tissu cellulaire sous-cutané comprennent à l'époque des affections courantes telles les furoncles, les panaris, les abcès et le charbon (anthrax).

14. Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

Bien que probablement très présents au sein de la population, les cas d'arthrite, de rhumatisme, de luxation, de torticolis ou de lumbago sont très rarement mentionnés dans les archives de l'époque. Seule une analyse d'ossements anciens pourrait préciser la nature et l'étendue des maux touchant le squelette.

15. Les anomalies congénitales

Quelques cas d'anomalies congénitales sont signalés à l'occasion dans les registres de l'état civil. Ainsi, en janvier 1716, est inhumé « le corps d'un enfant qui avait deux têtes dont les deux têtes avaient été ondoyées à la maison par la sage-femme ». En octobre 1788, décède, trois jours après sa naissance, Joseph Lévesque « presque monstre et portant le pignon en chair derrière la tête au sommet ».

16. Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale

En Nouvelle-France comme en Europe, la mortalité infantile reste élevée. En tenant compte du problème du sous-enregistrement des décès des jeunes enfants qui atteint à Québec un minimum de 25 % pour la période entre 1680 et 1760, on évalue qu'entre le quart et le tiers des enfants nés dans cette ville décèdent avant un an. Pour l'ensemble du Canada au XVIII^{e} siècle, les estimations sont du même ordre.

17. Les lésions traumatiques et les empoisonnements

Les services du corps médical sont également requis pour soigner des malades souffrant de lésions traumatiques ou d'empoisonnement.

À cause, notamment, de son climat, de l'importance des liaisons par voie d'eau, des difficultés inhérentes à la colonisation et des guerres nombreuses qui la secouent, la Nouvelle-France expose à toutes sortes d'accidents. Davantage même qu'en France si on en croit les contemporains. « Les accidents y sont plus frequents qu'ailleurs à cause de la dureté des Travaux et de la Rigueur de l'hyver », écrivent en 1740 le gouverneur et l'intendant.

À Lachine, par exemple, entre 1681 et 1706, une période difficile pour la paroisse, 15 % des décès sont imputables à des traumatismes (9 % se produisent lors d'affrontements avec les Iroquois). Les morts accidentelles frappent principalement les jeunes individus, près des deux tiers ayant entre 5 ans et 35 ans.

Une quinzaine de cas d'empoisonnement sont signalés dans les registres de l'état civil catholique. Ils concernent presque tous des enfants qui ont mangé des plantes vénéneuses, la carotte à Moreau principalement. Il est intéressant de noter que les registres catholiques ne portent mention d'aucun décès imputable à l'alcool alors que le pasteur anglican Montmollin signale trois cas. Dans les registres du pasteur, l'alcool figure parmi une centaine de causes de décès.

ANNEXE II : LES ASILES SAINT-JEAN-DE-DIEU ET DE BEAUPORT VERS 1890 : ÉTAT DES LIEUX

1. L'asile Saint-Jean-de-Dieu

Au moment de l'incendie de 1890, les édifices de Saint-Jean-de-Dieu avaient à peine plus de dix ans d'existence. C'était un complexe imposant, construit en briques, avec un toit en tôle galvanisée, qui abritait plus de 1 200 patients, répartis en deux secteurs, selon le sexe. Ce complexe de 1 500 000 pi^3 d'espace habité était sis sur 15 km^2 de terre agricole et comportait cinq corps de bâtiments tous reliés par des ailes, avec de nombreuses dépendances et des installations de ferme situées en retrait, derrière l'établissement.

À ce moment, on aurait pu difficilement deviner la présence de la médecine dans l'architecture asilaire. Il ne s'y trouvait en effet ni laboratoire, ni département de pathologie, ni salle d'opération, ni morgue, ni service médical à proprement parler. Par contre l'espace de logement était considérable. L'asile comportait en effet six planchers habitables. Les trois premiers, en partant du sous-sol, incluaient de nombreux dortoirs et réfectoires, mais aussi un nombre considérable de chambres dont la dimension tournait autour de 7 pi sur 10. Ces chambres facilitaient grandement le classement et la distribution du personnel et des patients, en particulier des patients privés. C'était une des caractéristiques avantageuses de l'établissement. S'y ajoutaient des « chambres de gardes », généralement attenantes aux dortoirs, ainsi que de nombreuses salles de bains et W.-C. (au rez-de-chaussée et à l'étage seulement). Les parloirs, la procure, la pharmacie ainsi que les deux infirmeries, avec leurs dortoirs, étaient situés au rez-de-chaussée. En principe, ces dortoirs étaient exclusivement réservés aux malades, mais on y trouvait souvent des patients âgés ou invalides. La chambre de la supérieure et celle du médecin se trouvaient également au rez-de-chaussée, de même qu'une salle communautaire, deux oratoires et trois ouvroirs où se rassemblaient le personnel et peut-être quelques pensionnaires plus actives, pour fabriquer et recycler la lingerie des patients. Au premier étage, se trouvaient les appartements du chapelain, l'infirmerie des sœurs, une chambre d'étrangers, une salle de chant et trois salles de couture. La chapelle était située au second étage, avec la sacristie, deux autres salles de couture, un bureau, une lingerie, trois réfectoires pour les sœurs et les tertiaires et un pour les gardiens. Contrairement à Beauport, toutes les cellules (approximativement de 5 pi sur 7) étaient regroupées au troisième étage et dans les mansardes, avec de nombreux dortoirs et un nombre considérable de baignoires, la plupart regroupées en longues rangées de cubicules de 5 pi sur 7. C'est sur ces deux étages que logeaient les patients gâteux, malcommodes, imprévisibles ou dangereux, qu'on enfermait en cellules la nuit vu le nombre restreint des surveillants. Les patients plus autonomes ou plus tranquilles logeaient aux étages inférieurs.

En 1890, l'asile Saint-Jean-de-Dieu comptait en tout 167 chambres, 152 cellules, 104 dortoirs, 20 réfectoires, 14 salles de bains, 4 salles communes et à manger, 15 W.-C. et 35 baignoires, sans compter les nombreux corridors et toutes les autres pièces réservées au personnel, composé de 242 personnes. C'était donc un microcosme impressionnant qui, avec ses 1 500 habitants, équivalait à une véritable petite ville. Ce n'est pas sans raison que l'établissement allait revendiquer, quelques années plus tard, en 1898, le statut de paroisse indépendante. Mais cette concentration d'habitants posait aussi un énorme défi en termes d'infrastructures, qu'il s'agisse de l'alimentation en eau potable, des égouts, de l'éclairage, du chauffage, du ravitaillement en denrées alimentaires, de l'entretien et de l'animation des patients, des mesures de protection contre les incendies et de la prévention hygiénique. La demande en soins médicaux se faisait elle aussi de plus en plus urgente, en particulier dans le domaine de la chirurgie et de la dentisterie.

La situation de Saint-Jean-de-Dieu ressemblait à l'époque à celle de l'asile de Norrisburg qui comptait alors parmi les plus importants des États-Unis. Avec ses 1 700 patients et ses 16 énormes bâtiments de briques disposés en demi-cercle, cet asile, visité par la Commission royale de 1887-1888, allait inspirer à l'asile de Longue-Pointe sa nouvelle architecture. Aux antipodes du gigantisme, d'autres asiles tels le Butler Hospital, le Bloomingdale Asylum ou le Randall's Asylum, avaient plutôt choisi la voie de la sobriété. Leur clientèle, à dessein, n'excédait pas les 300 ou 400 patients.

2. L'asile de Beauport

En 1890, l'asile de Beauport était également un vaste espace d'internement comportant deux corps de bâtiments reliés par une aile centrale et bordés de parterres et de parcs d'une étendue considérable. L'asile était réparti sur cinq planchers, si on incluait le sous-sol et les mansardes.

Les patients, distribués en deux grands départements selon le sexe, étaient regroupés en sections numérotées (14 pour les femmes et 11 pour les hommes). Chez les femmes, le nombre de lits tournait autour d'une moyenne de 35 par section, comparativement à 50 chez les hommes. Chaque section avait sa salle de toilette incluant dans la majorité des cas des W.-C., des baignoires et des lavoirs. Il s'y trouvait généralement un réfectoire — parfois assez grand pour servir à deux ou trois sections —, une ou deux salles communes, entre un et cinq dortoirs d'une capacité de 4 à 17 lits, quelques chambres, surtout dans le département des femmes, et, dans 8 des 25 sections, des îlots de cellules de dimensions variables (8,5 pi sur 10,5 ; 7 pi^2 et 5,5 pi sur 7). S'ajoutaient au rez-de-chaussée et au premier étage, une salle de tricotage, une salle de couture, une salle de billard et un magasin. Entre les deux bâtiments de l'asile, au rez-de-chaussée de « l'aile centrale », logeait la surintendance de l'établissement. Elle avait, à sa portée, un salon, une bibliothèque, un bureau et une pharmacie. À proximité se trouvaient une cuisine, un lavoir et une salle à manger pour les serviteurs. Le portier y avait aussi son local. Le logement privé de l'intendant, qui comptait plusieurs pièces, était situé tout juste au-dessus, au premier étage, près de « l'aile des serviteurs », avec ses chambres, un garde-manger et un magasin. L'infirmerie des femmes se trouvait au second étage, non loin de la chapelle et des chambres réservées au chapelain et au médecin interne. Celle des hommes était située symétriquement de l'autre côté. La cuisine, pour l'ensemble des patients, était localisée au sous-sol, du côté de l'aile des hommes. Elle était attenante à deux très grands réfectoires d'une capacité respective de 182 et de 168 couverts. C'est également au sous-sol qu'étaient installés les « bains d'orage », les ateliers de peinture, de couture, de cordonnerie et la boulangerie, qui mobilisaient une trentaine de personnes, et les appartements du cuisinier. Au rez-de-chaussée, au-dessus de la cuisine, se trouvaient un parloir et le logement du sous-préfet.

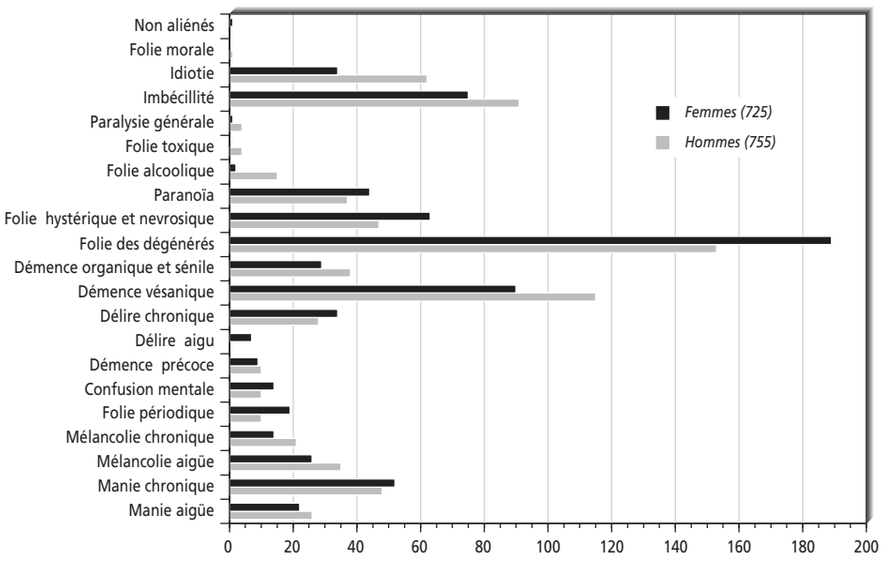
Globalement, l'asile de Beauport comptait 74 dortoirs, 22 salles de toilette, 34 chambres, 36 salles de séjour ou d'utilité générale, 147 cellules (79 du côté des femmes, 68 du côté des hommes) et deux cabanons rembourrés, très petits (5 pi sur 7) pour les patients suicidaires ou en état de surexcitation. Avec ses quelque 1 285 000 pi^3 d'espace habité et ses 900 patients, l'asile de Beauport se classait, lui aussi, parmi les asiles nord-américains qui avaient choisi la voie du gigantisme.

ANNEXE III : HORAIRE D'UNE JOURNÉE D'ÉTÉ À L'ASILE DE BEAUPORT EN 1876*

5 heures. La cloche sonne le réveil. Chaque patient valide quitte son lit. Les gardiens de salle distribuent les médicaments prescrits par le médecin et s'occupent des patients qui ont besoin de soins. Les gâteux sont lavés et changés. Les patients en santé aident les gardiens à nettoyer les lavabos, à faire les lits et à ouvrir les fenêtres. Les patients quittent le dortoir pour le réfectoire.

6 heures. Déjeuner. Les gardiens disposent sur la table les ustensiles et les assiettes contenues dans les armoires et retirent le thé, le café et les viandes d'une armoire montante. Une feuille de diète, dont le chef de cuisine a un double, s'applique aux patients. Dès la fin du déjeuner, les patients et les gardiens s'occupent de laver la vaisselle et de la remettre en place dans les armoires. Les restes sont renvoyés à la cuisine. Les gardiens prennent ensuite leur déjeuner alternativement, en se relayant dans les salles des patients.

ANNEXE IV : CLASSIFICATION DES PATIENTS TRAITÉS EN 1909 À L'ASILE DE BEAUPORT SELON LA FORME D'ALIÉNATION MENTALE DIAGNOSTIQUÉE



7 heures et demie. Récitation de la prière à la chapelle et assistance à la messe trois fois par semaine. Après la prière ou la messe, les patients retournent dans leur salle respective. Les chefs d'ateliers viennent réclamer dans chaque salle les patients qui peuvent se livrer aux travaux manuels.

8 heures et demie. Visite du médecin. Le gardien fait rapport au médecin de l'état de santé de ses patients depuis sa dernière visite. Le médecin examine chaque malade, fait ses recommandations et révise au besoin la feuille de diète. Après la visite du médecin, les visiteurs sont admis dans l'asile jusqu'à 11 heures.

11 heures. Les patients retournent dans leur salle de séjour pendant que les gardiens préparent la table pour le dîner.

11 heures et demie. Les patients prennent leur dîner en suivant les mêmes consignes que le matin.

13 heures. Les chefs d'ateliers viennent reprendre leurs patients. Les visiteurs sont de nouveau admis jusqu'à 16 heures. Organisation de promenades pour les patients qui veulent prendre l'air.

15 heures. Collation pour les patients de faible constitution : rôties, beurre et thé.

17 heures et demie. Souper.

18 heures et demie. Les gardiens préparent les lits pour le coucher.

19 heures. Prière en commun à la chapelle.

19 heures et demie à 21 heures. Récréation du soir.

21 heures. La cloche sonne le coucher. Chaque gardien compte ses malades et les aide à se coucher confortablement. Il voit à ce que les portes et les fenêtres soient bien fermées et les lumières éteintes.

ANNEXE V : LA TRANSFORMATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE PAR LA BACTÉRIOLOGIE : ESSAI DE PÉRIODISATION, 1870-1940

Les décennies 1880-1890 et 1890-1900 constituent une période de transition dans l'histoire de la pratique médicale au Canada. C'est durant ces deux décennies que s'effectue le passage d'une médecine prébactériologique vers une médecine pasteurienne, laquelle exige une solide connaissance de la bactériologie.

En chirurgie, particulièrement, les travaux de Pasteur sur les germes et la nouvelle méthodologie antiseptique introduite à leur suite par Lister devaient grandement accroître les possibilités d'intervention[1].

L'intégration de la bactériologie aux pratiques chirurgicale, clinique et prophylactique détermine trois grandes étapes dans l'histoire de la médecine au Québec. La première, qualifiée de prébactériologique, s'étend jusqu'à 1870 ; elle est dominée par les thèses contagionnistes et infectionnistes. La deuxième couvre les années 1870 à 1890. Elle est caractérisée par les premiers impacts de la théorie des germes et par un certain éclectisme étiologique : vogue des antiseptiques, implantation du listérisme et de la chirurgie antiseptique, engouement croissant des hygiénistes pour les travaux de Pasteur. La troisième étape comprise entre 1890 et 1940 est celle où se confirme la pleine reconnaissance de la bactériologie comme principe essentiel de la médecine, celle aussi où se mettent en place les structures initiales de ce domaine d'intervention.

1. La période prébactériologique, 1800-1870

Parmi les nombreuses théories prébactériologiques qui prévalaient au Québec tout au long du XIX^e^ siècle, il y en a deux qui serviront de cadre général aux interventions des médecins québécois : la théorie infectionniste et la théorie contagionniste. La première accordait une importance particulière au rôle joué par l'environnement immédiat dans la constitution épidémique. La saison, le climat, la modification des conditions atmosphériques, la corruption de l'air par des émanations putrides, la formation de miasmes par la putréfaction d'éléments végétaux et animaux formaient, jusqu'aux années 1870, le schéma étiologique général des infectionnistes. Plusieurs médecins canadiens tentent de dresser des topographies médicales en tenant compte des éléments géographiques ou géologiques pour préciser l'occurrence et les conditions d'apparition de certaines maladies épidémiques ou endémiques. Sont considérés aussi comme des hypothèses sérieuses, les conditions et les modes de vie, l'entassement dans les milieux urbains, la malpropreté et l'insalubrité. Au cours du siècle dernier, de telles considérations conduisent à la mise en place de mesures prophylactiques axées sur la désinfection et l'installation d'une ingénierie sanitaire : système d'adduction d'eau, ébouage et aqueduc.

Le rôle joué par les milieux miasmatiques dans la genèse des maladies épidémiques et endémiques était interprété de diverses façons. Certains faits semblaient corroborer la présence de miasmes ou d'agents morbifiques dans l'atmosphère, mais il était difficile d'en saisir l'origine, le rôle et les qualités sensibles. Du reste, la corruption de l'air, l'exhalaison des eaux stagnantes, les effluves putrides, les tempêtes et les variations climatiques donnaient lieu à bien des spéculations qui parfois débordaient largement le champ de l'observation ou de l'expérimentation.

Malgré l'importance apparente des représentations aéristes et environnementales dans l'étiologie des maladies à forte incidence épidémique comme le choléra, le typhus ou la fièvre typhoïde, la notion de contagion avait largement droit de cité. En effet, au début du XIX^e^ siècle, le concept même de contagion était souvent employé dans un sens restrictif et renvoyait aux seules maladies qui peuvent être inoculables par un « contage », c'est-à-dire par le pus ou la formation d'un « virus[2] crouté ». Parmi les maladies qui faisaient l'unanimité quant à leur origine contagieuse se retrouvent la variole, la rage, la syphilis ou la lèpre. Quant à la fièvre typhoïde, au choléra ou au typhus, l'inoculabilité d'un « virus » paraissait discutable.

D'un point de vue prophylactique, les contagionnistes, tout en acceptant le rôle de certains facteurs environnementaux, privilégiaient surtout la vaccination, la mise en place d'une police sanitaire et l'imposition de mesures de quarantaine et d'isolement. Ils recommandaient aussi la déclaration obligatoire par les médecins de tous les cas d'infection, obligation qui suscitait une opposition très vive des médecins. Les thèses contagionnistes, quoiqu'en partie occultées par la popularité des thèses infectionnistes, demeurent présentes tout au long des deux premiers tiers du XIX^e^ siècle. À partir des années 1860, de nombreux médecins développent des conceptions étiologiques intermédiaires faisant référence à l'une ou l'autre thèse en présence et à leurs divers concepts respectifs : miasmes, contages, « virus », sol ou climat. L'intervention ponctuelle des autorités politiques dans le champ de la santé publique reflète aussi le flottement qui existe au niveau étiologique. On peut se demander si l'absence d'une théorie étiologique unifiée et cohérente n'inclinait pas au scepticisme et ne légitimait pas en quelque sorte le laxisme dont faisaient preuve les pouvoirs publics face aux programmes de quarantaine ou d'assainissement de l'environnement .

Les positions de l'élite médicale québécoise au tournant des années 1870 conservent leur part d'ambiguïté. Certains, tout en acceptant la contagiosité de la syphilis ou de la variole, la rejetaient dans le cas du choléra, des fièvres puerpérales ou des infections postopératoires. Aussi, dans un contexte épistémologique où le partage conceptuel entre vecteurs et agents causatifs est loin d'être bien établi, les perturbations atmosphériques, les effluves putrides, les miasmes, les contages, les virus, les animalcules pouvaient être perçus comme autant de causes effectives, prédisposantes ou circonstancielles du choléra, de la variole, de la syphilis ou de la tuberculose.

À partir des années 1870, en raison des échos que suscitent les travaux de Pasteur sur la fermentation et les processus de putréfaction, les représentations miasmatiques ou aéristes sont de moins en moins invoquées comme cause première des maladies infectieuses et sont reléguées au rôle de cause seconde ou de simples vecteurs. Cette modification a pour corollaire une importance croissante des représentations contagionnistes où sont évoqués les animalcules, les poisons, les virus ou les contages comme cause de la maladie. Par exemple, on reconnaissait que les conditions atmosphériques et environnementales avaient la propriété d'activer le « virus » spécifique de certaines maladies contagieuses comme la rougeole. S'agissant des mesures prophylactiques, c'est le modèle infectionniste adopté par la Grande-Bretagne (le bureau de santé de Londres) qui domine au Québec jusqu'au dernier tiers du XIX^e^ siècle et qui prône l'assainissement du milieu par divers moyens.

2. Les premiers effets de la théorie des germes (1868-1890)

Les années 1870 et 1890 sont donc caractérisées par un déplacement important de la représentation étiologique vers les postulats bactériologiques. L'évolution de la théorie des germes dans le dernier tiers du XIX^e^ siècle modifie lentement l'étiologie des maladies infectieuses. À partir des années 1870, elle s'oriente vers le monde des « infiniment petits » aux dénominations variées : microphytes, microzoaires, germes miasmatiques, ferments, spores morbides. Les médecins seront de plus en plus nombreux à reconnaître la possibilité d'une certaine spécificité étiologique reliée à des microbes pathogènes, à admettre la transmission contagieuse d'individu à individu et le rôle important joué par les vecteurs de transmission (literie, meubles, vêtements, etc.).

2.1 L'introduction des antiseptiques dans la pratique chirurgicale (1868-1877)

Au moment où les premiers échos de la théorie des germes suscitent des débats chez les médecins préoccupés de santé publique, les chirurgiens sont aussi interpellés par les travaux de Pasteur qui avaient démontré le lien entre le processus de fermentation et celui de putréfaction. Le chirurgien britannique Joseph Lister, prenant appui sur les travaux de Pasteur, établit progressivement un protocole antiseptique que l'on dénomme « listérisme », lequel s'impose comme l'un des grands rituels de la chirurgie. Les chirurgiens anglophones du Montreal General Hospital, qui entretenaient des rapports étroits avec la Grande-Bretagne, introduisent dès 1867 certains procédés antiseptiques, lesquels se généralisent tout au long de la décennie 1870-1880. Mais il ne s'agit pourtant pas d'une adoption rapide et précise du système listérien.

En effet, on ne doit pas confondre l'introduction de certaines mesures antiseptiques avec l'adoption d'une véritable chirurgie antiseptique liée aux postulats de Pasteur et formalisée par Lister. Il s'agit en effet de deux moments, épistémologique et historique, différents. L'adoption et la reproduction du rituel listérien avaient pour prémisse une reconnaissance de la théorie des germes et une acceptation des thèses bactériologiques défendues par Pasteur et Koch. Or, une telle reconnaissance n'est acquise qu'à la fin de la décennie 1880-1890. Et peu de chirurgiens ont encore réellement adopté dans ses détails le rituel listérien au Canada (Goulet, 1992). L'implantation de l'antisepsie au Québec se fait en deux étapes : entre 1868 et 1877, on introduit des antiseptiques en chirurgie ; entre 1877 et 1890, émerge une chirurgie antiseptique rigoureuse, largement inspirée de Lister, fondée sur les thèses bactériologiques.

Tout au long du XIX^e^ siècle, la suppuration des plaies est interprétée de différentes façons. Le pus « louable » était considéré comme un processus positif et réparateur de la plaie alors que le pus sanieux annonçait une complication grave pouvant entraîner le décès du patient. Les chirurgiens, au Québec comme ailleurs, étaient divisés sur le rôle de l'air et de ses composantes, notamment l'oxygène, dans les phénomènes de suppuration ou de réparation des plaies. Certains, suivant une conception ancienne, y voyaient la cause directe de l'infection alors que d'autres, partisans de l'hétérogénèse des tissus, rejetaient tout effet négatif de l'air, à moins que cet élément ne soit contaminé par un poison animal, résultat de la décomposition des tissus. Le rôle de l'air dans les phénomènes infectieux postopératoires a fait l'objet à l'époque d'une très longue controverse qui s'étendit jusqu'aux années 1890, controverse dont l'enjeu était l'aspect vectoriel ou causatif de l'élément aérien.

On s'interrogeait aussi sur les processus de l'inflammation, sur l'idiosyncrasie physiologique du patient et sur la génération spontanée d'animalcules naissant à l'intérieur des tissus (hétérogénèse). Certains chirurgiens et obstétriciens, partisans d'un néo-humoralisme causal, identifiaient la suppuration à la présence dans le sang de certaines particules élémentaires. Dès la décennie 1860-1870, ils reconnaissaient l'origine infectieuse de la suppuration des plaies et admettaient que la fièvre puerpérale puisse être causée par des matières organiques véhiculées par les mains et les instruments du chirurgien.

Mais la majorité des chirurgiens refusaient d'admettre qu'il s'agissait de la seule source d'infection et préféraient l'idée selon laquelle la maladie était transmise par des particules véhiculées par voie aérienne[3]. À partir de la décennie 1870-1880, l'introduction d'une nouvelle méthodologie antiseptique fondée sur la théorie des germes a en quelque sorte complexifié les procédés de prévention des infections postopératoires. Aux procédés déjà connus s'ajoutent le rituel listérien et ses nombreuses variantes. Mais l'usage des antiseptiques, l'acide carbolique notamment, ne suit pas précisément les prescriptions listériennes durant la décennie 1870-1880. Plusieurs praticiens adoptent des mesures préventives pragmatiques comme l'aspersion de chloride de lime sur leurs vêtements et le lavage des mains dans une solution semblable ; ce qui atteste leur reconnaissance d'une part de responsabilité dans la transmission de certaines infections. De telles discussions sur l'origine de la suppuration des plaies se prolongent jusqu'à la décennie 1890-1900. Là où il était admis que des éléments aériens ou des animalcules transportés par les mains du chirurgien causaient l'infection, on veillait à adopter des procédés prophylactiques tels que la ventilation des lieux d'intervention médicale ou l'observation d'une propreté rigoureuse.

En général, le traitement des plaies demeurait largement tributaire des théories traditionnelles de l'inflammation et d'un aérisme d'ailleurs pas toujours détaché d'une représentation miasmatique ou d'une biogénèse causée par génération spontanée. Même s'ils reconnaissaient l'efficacité des nouvelles méthodes antiseptiques dans le traitement des plaies infectées, la plupart des chirurgiens ne se préoccupaient guère du cadre théorique pasteurien qu'ils jugeaient mal assuré. En conséquence, les procédés antiseptiques variaient selon les utilisateurs, les types et les conditions d'opération. Si quelques praticiens reproduisaient certains éléments de la méthode listérienne, la plupart utilisaient des procédés antiseptiques, à l'instar des Lemaire, Calvert ou Demeaux, pour diminuer la suppuration des plaies infectées. En ce sens, de telles pratiques ne doivent pas et ne peuvent pas, à notre avis, être confondues avec le rituel listérien introduit en 1877 au Montreal General Hospital par le docteur Roddick à la suite d'un séjour auprès de Lister à Édimbourg.

2.2 De l'usage des antiseptiques à la chirurgie antiseptique (1877-1890)

L'introduction au Canada du protocole de Lister par le docteur Roddick amorce une seconde transition fondamentale à la fois dans la reconnaissance des causes de la suppuration et dans la prévention des infections chirurgicales. Dorénavant, les pratiques antiseptiques seront envisagées à partir d'une théorie rationnelle postulant l'existence de micro-organismes pathogènes. De palliatives qu'elles étaient largement, elles deviendront préventives et s'incorporeront bientôt dans une méthodologie antiseptique fortement standardisée.

Il est vrai que les principes antiseptiques généraux de Lister ont gagné la faveur de nombreux chirurgiens tout au long de la décennie 1880-1890. Mais force est d'admettre que bien peu en respectaient rigoureusement la méthodologie. Il y a plusieurs raisons à cela. Les positions affichées par le corps médical hospitalier entre les années 1880 et 1890 sont assez complexes et diversifiées. Alors que certains chirurgiens suivent rigoureusement la méthodologie listérienne, d'autres, tout en demeurant partisans d'une chirurgie antiseptique, s'en écartent et privilégient une approche méthodologique largement prophylactique. Si les différences méthodologiques des chirurgiens paraissent plutôt anodines — désinfection des instruments, des mains et de la plaie, drainage et pansement antiseptique chez l'un, propreté de la salle opératoire, des mains et des instruments et utilisation partielle des antiseptiques chez l'autre — un univers les sépare : celui de la théorie des germes. Car, ce qui importe en terme d'efficacité chirurgicale, c'est moins l'adhésion ou le rejet du rituel listérien que l'acceptation et la compréhension de ses fondements rationnels. La cohérence des pratiques antiseptiques tient avant tout aux conceptions étiologiques et thérapeutiques du chirurgien.

Plusieurs facteurs sans doute expliquent l'application par le chirurgien du listérisme : la qualité de sa formation, sa curiosité scientifique et son adaptabilité à une technique compliquée et en développement rapide, dont les fondements théoriques étaient encore mal acceptés. Aussi, les quelques adeptes du listérisme au Québec durant la période 1877-1890 ne doivent pas faire illusion. Nombreux étaient ceux qui, rejetant ses fondements rationnels, jugeaient le rituel listérien fastidieux, complexe et remettaient en cause sa nécessité surtout pour les interventions chirurgicales pratiquées en dehors des milieux urbains. La conjugaison de pratiques traditionnelles et de procédés antiseptiques prépasteuriens n'est pas rare durant la décennie 1880-1890. À l'Hôtel-Dieu de Montréal, jusqu'aux années 1894-1895, certains chirurgiens, s'étant lavé soigneusement les mains à l'aide d'acide phénique ou carbolique, ne craignaient pas, avant de manier le bistouri, de toucher certains objets non aseptisés. La confiance exagérée que prêtaient certains praticiens aux antiseptiques les incitait à négliger des mesures prophylactiques pourtant essentielles. Jusqu'au tournant de la décennie 1890-1900, la plupart des médecins ou chirurgiens ne répondent que partiellement à ses prescriptions.

La reconnaissance des fondements théoriques de la technique listérienne constituait un des éléments essentiels à son acceptation intégrale. Or, peu de chirurgiens avaient reçu une formation même élémentaire en bactériologie. Les premiers cours de bactériologie ne sont mis en place dans les facultés de médecine québécoise que durant la décennie 1890-1900. À partir de ce moment, les pratiques chirurgicales s'orientent de plus en plus vers des procédés préventifs plus rigoureux qui préfigurent les procédés d'asepsie bien connus aujourd'hui.

3. Vers une reconnaissance de la bactériologie médicale (1890-1930)

Le transfert vers le Québec du savoir bactériologique entre 1890 et 1920 emprunte deux circuits bien distincts. Le premier relie la France au Canada francophone; il donne lieu à une introduction relativement rapide de certaines pratiques aseptiques (stérilisation physique des instruments et des pansements, port des gants, table opératoire en verre, désinfection du champ opératoire, etc.). De même, sont introduites aussi au Québec des techniques bactériologiques de laboratoire appliquées à la médecine, par le truchement de jeunes médecins canadiens-français inscrits nombreux, entre 1894 et 1910, aux cours de « microbie technique » de l'institut Pasteur de Paris. Le second circuit relie l'Allemagne et l'Autriche au Canada anglophone, il favorise surtout l'introduction des techniques de laboratoire en pathologie et en bactériologie et l'introduction de procédures aseptiques.

Depuis le tournant des années 1890, l'idée se répandait qu'il faut éviter la contamination des plaies en luttant non contre la présence nocive des germes aériens, mais plutôt contre une contamination par contacts directs des instruments, des mains et de tout objet susceptible d'infecter la plaie. Au Canada comme ailleurs, il y eut une période de transition (1890-1910) où les procédés d'asepsie physique prennent peu à peu le relais des procédés d'antisepsie et d'asepsie chimique. Notons à ce propos que l'usage de l'autoclave introduit vers 1894, se généralise à partir des années 1900. Grâce à la formation théorique et pratique en étiologie infectieuse qu'ont reçue de jeunes chirurgiens et grâce aussi à la reproduction de ce savoir dans des cours de bactériologie et de clinique d'asepsie au sein des facultés de médecine canadiennes, l'éclectisme des années précédentes laisse place désormais à des protocoles de prévention uniformes et rigoureux.

Avec la « révolution pasteurienne » qui s'implante au Québec à partir des années 1890, une conception plus cohérente des maladies infectieuses fondée sur une nouvelle méthodologie scientifique réunifiait des connaissances hétéroclites et en apparence antagonistes. La contagion était désormais entendue comme une intrusion d'êtres vivants microscopiques capables de se multiplier chez l'hôte et de se propager par des vecteurs aériens, hydriques, animaux, etc. On savait aussi identifier les micro-organismes responsables de maladies spécifiques, préciser leur mode de transmission et isoler certains vecteurs de propagation des maladies infectieuses. Les phénomènes mystérieux de l'infection et de la contagion étaient en partie élucidés. L'émergence des laboratoires de bactériologie renouvela les procédés diagnostiques alors que se développèrent des méthodes plus efficaces de désinfection. Les hygiénistes, désormais dotés des outils de la science de laboratoire, obtinrent une légitimité accrue et amorcèrent une croisade sanitaire, en faisant de la peur du microbe un outil de la prévention. Ainsi prend forme une campagne massive qui allait se prolonger jusqu'à la fin des années 1930.

En tant que nouveau champ de savoir et nouvelle pratique de laboratoire, la bactériologie médicale obtient enfin, entre les années 1910 et 1940, la reconnaissance institutionnelle. Deux événements sanctionnent cette reconnaissance : la création, au sein des facultés de médecine, des premières chaires autonomes de bactériologie et la mise sur pied en 1938 d'un institut de microbiologie doté d'une fonction de production de vaccins et de sérums.

ANNEXE VI : PRINCIPALES ASSOCIATIONS MÉDICALES QUÉBÉCOISES FONDÉES AU XIX^{e} SIÈCLE*

1818-1819	Société médicale de Québec.
1826-1832 ?	*Idem.*
1844-1847 ?	*Idem.*
1865-1871	*Idem.*
1897-	*Idem.*
1843-1852	Montreal Medico-Chirurgical Society.
1857-1881	L'Institut médical de Montréal.
1865-	Medico-Chirurgical Society of Montreal.
1867-	L'Association médicale canadienne.
1871-1887	Société médicale de Montréal.
1897-	*Idem.*
1877-	McGill Medical Society.
1880-	Cercle médical de Québec.
1888-1892	Société de médecine pratique de Montréal.
1891-	British Medical Association (section de Montréal).
1896-	British Medical Association (section de Québec).
1898-	Société médico-psychologique de Québec.

ANNEXE V II: LES REVUES MÉDICALES QUÉBÉCOISES, 1826-1936



Liste des figures

CHAPITRE II : L'ASILE, DE 1845 À 1920

Figure 1 : Les asiles du Québec, entre 1845 et 1920 41

Figure 2 : Les décès à l'asile de Beauport, 1845-1886 (en pourcentage de la population hospitalisée) 49

Figure 3 : Les décès à l'asile Saint-Jean-de-Dieu, 1873-1886 (en pourcentage de la population hospitalisée) 50

Figure 4 : Le financement public des asiles d'aliénés, 1871-1912 (en dollars courants) 50

Figure 5 : Le financement public des asiles d'aliénés, 1870-1912, par hôpital (en dollars courants) 51

Figure 6 : Le financement public des asiles d'aliénés, par patient, 1871-1912 (en dollars courants) 52

Figure 7 : Estimé de la population des patients entretenus par l'État dans les asiles d'aliénés, 1850-1912 57

Figure 8 : La proportion de la clientèle privée dans les asiles en 1901 59

CHAPITRE III : LA FORMATION DES GRANDS APPAREILS SANITAIRES 1800-1945

Figure 1 : Le ministère de la Santé en 1948 76

Figure 2 : La mortalité infantile au Québec et en Ontario, 1921-1981 78

Figure 3 : Écart entre les taux de mortalité infantile des villes de 5 000 habitants et plus, et du reste du Québec, 1916-1941 82

Figure 4 : Dépenses du gouvernement provincial pour l'hygiène publique, 1887-1939 84

Figure 5 : Nombre d'analyses effectuées dans les laboratoires de l'organisme central d'hygiène, 1923-1945 86

Figure 6 : Le service de santé de Montréal, organisation en 1948 89

Figure 7 : Nombre de visites de l'inspecteur du Conseil d'hygiène durant les dix premières années d'inspection, par localité 90

Figure 8 : Distance parcourue par les employés des unités sanitaires en 1945 (kilomètres) 91

Figure 9 : Malades reçus aux hôtels-Dieu de Montréal et de Québec, 1800-1823 92

Figure 10 : Enfants trouvés à la charge de l'Hôtel-Dieu de Québec et de l'Hôpital Général de Montréal, 1800-1823 92

Figure 11 : Les sources de revenus des hôpitaux, des maternités et des crèches de 1916 à 1939 (en pourcentage) 94

Figure 12 : Dépenses du gouvernement provincial pour les institutions de bienfaisance (sauf hôpitaux pour malades et déficients mentaux), 1868-1924 95

Figure 13 : Gardes-malades laïques et religieuses des hôpitaux publics et des maternités, 1916 et 1926 95

Figure 14 : Tarifs journaliers accordés aux institutions d'assistance publique selon le type de services en 1927 (dollars) 96

Figure 15 : Dépenses de l'assistance publique pour l'hébergement et les soins donnés aux indigents, 1922-1939 96

Figure 16 : Hôpitaux de toutes catégories et lits tenus par des communautés religieuses catholiques au Canada, 1945 98

Figure 17 : Hôpitaux tenus au Québec par les Sœurs de la charité de la Providence de Montréal et les Sœurs de la Charité de Québec en 1939 98

Figure 18 : La répartition des services organisés dans les hôpitaux publics en 1939, île de Montréal, Québec, autres régions (indice de représentation) 99

Figure 19 : Aires de recrutement de la clientèle extérieure des hôpitaux de Montréal et de Québec, 1948 100

Figure 20 : Subventions du service de l'assistance publique à l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières pour l'hébergement et les soins fournis aux indigents, 1924-1936 101

Figure 21 : Hôpitaux selon leur vocation, 1939 101

Figure 22 : Proportion d'hôpitaux approuvés par l'American College of Surgeons, 1931 et 1939 102

Figure 23 : Nombre d'élèves dans les écoles d'infirmières anglophones et francophones en 1931 104

Figure 24 : Écoles d'infirmières affiliées aux universités Laval et de Montréal en 1939 105

CHAPITRE IV : LA STRUCTURATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE 1800-1940

Figure 1 : Nombre d'étudiants diplômés de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal et de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, 1843-1902 119

Figure 2 : Diplômés en médecine par 1 000 habitants au Québec, 1860-1940 120

Figure 3 : Diplômes en médecine décernés annuellement au Québec, 1845-1935 121

Figure 4 : Répartition des diplômés inscrits au Collège des médecins et chirurgiens en 1911 124

Figure 5 : Origine universitaire des diplômés pratiquant au Québec, 1890-1929 125

Figure 6 : Nombre de médecins inscrits au Collège des médecins et chirurgiens , 1847-1907 126

Figure 7 : Pourcentage de l'effectif médical à Montréal et à Québec, 1851-1941 126

Figure 8 : Nombre d'habitants par médecin dans les principales villes du Québec en 1911 127

ANNEXES

Classification des patients traités en 1909 à l'asile de Beauport selon la forme d'aliénation mentale diagnostiquée 182

Les revues médicales québécoises, 1826-1936 187

Liste des tableaux

CHAPITRE I : LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA AUX XVII^e ET XVIII^e SIÈCLES

Tableau 1 : Origine des chirurgiens suivant leur période d'arrivée, 1600-1789 22

Tableau 2 : Répartition du corps médical au sein de la colonie, 1653-1788 23

Tableau 3 : Les principaux lieux de la pratique chirurgienne en milieu rural, XVII^e et XVIII^e siècles 23

CHAPITRE III : LA FORMATION DES GRANDS APPAREILS SANITAIRES 1800-1945

Tableau 1 : Rôle des intervenants dans le développement du dispositif hospitalier et l'évolution interne des hôpitaux au Québec, XIX^e siècle jusqu'à 1945 106

Composé en minion
et achevé d'imprimer en septembre 1998
sur les presses de l'imprimerie La Renaissance
à Sainte-Foy