

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN HISTOIRE

PAR  
FRANÇOIS GUÉRARD

LA SANTÉ PUBLIQUE DANS DEUX VILLES DU QUÉBEC DE 1887 À 1939  
TROIS-RIVIÈRES ET SHAWINIGAN

TOME I

JUILLET 1993

## REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes dont le soutien a été essentiel à la préparation de cette thèse méritent mes plus vifs remerciements. Je suis heureux de souligner ici à quel point les rencontres avec mon comité de direction de thèse à la fin de chaque étape m'ont insufflé une énergie nouvelle pour les étapes suivantes. Les suggestions qu'ont faites Paul-André Linteau et Camille Limoges ont ainsi considérablement enrichi ma démarche, et l'intérêt qu'ils ont constamment manifesté pour mes travaux a constitué un précieux encouragement. Je suis également très reconnaissant à mes amis Claude Bellavance et France Normand qui depuis la maîtrise ont agréablement accompagné mon cheminement d'historien, pour l'aide permanente et polyvalente que j'en ai reçue, notamment pour leurs riches commentaires de lectures. Je tiens de plus à remercier les membres du Centre d'études québécoises de Trois-Rivières, et particulièrement son directeur Normand Séguin, pour m'avoir fourni un contexte intellectuel stimulant et les moyens matériels de poursuivre ma recherche, en me confiant la tâche d'assister les chercheurs du Centre sur le plan informatique.

Ma gratitude va aussi à tous ceux qui m'ont fait confiance en me donnant accès à leurs fonds d'archives, entre autres la direction et les comités médicaux de l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières et de l'Hôpital Cooke, de même que les communautés religieuses des Soeurs Filles de Jésus et des Soeurs Grises de la Croix d'Ottawa. De plus, l'accueil compétent et empressé que m'a réservé le personnel des différents fonds d'archives privés et publics mentionnés à la fin de la thèse mérite d'être souligné.

Enfin, j'exprime ma profonde reconnaissance à celles qui, ma fille Geneviève notamment, ayant habité sous les mêmes toits à différents moments de la confection de cette thèse, ont su subir mes cogitations avant tant de gentillesse.

## RÉSUMÉ

L'état sanitaire de la population du Québec s'améliora considérablement entre le début de la décennie 1890 et la fin des années 1930, ce dont témoigne une baisse accentuée des taux de mortalité. Le système de santé publique subit également des transformations radicales. Ce demi-siècle vit en effet la mise en place, par l'Etat et par des organismes privés, d'un réseau de plus en plus dense de services hospitaliers et d'hygiène publique concentrés dans les villes. Ces transformations s'inscrivirent dans le sillage de mouvements de réforme internationaux dont se firent les promoteurs au Québec des hommes politiques et des hygiénistes employés par l'Etat. Elles sont appréhendées ici par le biais d'une double étude de cas, touchant des villes aux caractéristiques de développement nettement distinctes: Trois-Rivières, centre régional ancien de taille moyenne, et Shawinigan, ville de ressources plus petite née au début du XXe siècle.

Dans un champ d'études encore superficiellement exploré au Québec, nous avons voulu, tout en reconstituant l'évolution du système de santé publique, mettre au jour les rapports des différents groupes sociaux à la modernisation des services sanitaires, ce qui devait permettre d'identifier les principaux enjeux et mécanismes des réformes. Il s'agissait en particulier d'intégrer diverses perspectives d'analyse, ce à quoi nous menaient les recherches les plus marquantes des deux dernières décennies en histoire de la médecine et de la santé. Pour ce faire, il est apparu nécessaire, plutôt que de mener une étude à l'échelle de la province, de réduire l'envergure du terrain d'enquête en campant le point d'observation en milieu local. C'est dans ce laboratoire, en quelque sorte, et à l'aide d'une documentation variée provenant de plusieurs fonds d'archives privés et publics, qu'ont pu être mis en évidence des phénomènes à ce jour insoupçonnés parce qu'imperceptibles à un palier d'analyse provincial. Ainsi avons-nous cherché, par delà les discours les plus largement diffusés, à préciser les conceptions et les pratiques réelles en matière de santé. Comment furent accueillis dans les deux villes les projets de réformes, quels intervenants cherchèrent à les promouvoir, à les infléchir ou à les faire avorter? Par quels canaux défendirent-ils leurs intérêts et leurs perceptions des questions sociales et sanitaires? Comment expliquer les résistances aux changements proposés? Autant de questions qui ont guidé notre démarche.

Deux grandes périodes dans la mise en place des services de santé publique à Trois-Rivières et à Shawinigan avant la décennie 1940 peuvent être dégagées. La première, allant de 1887 à 1918, fut marquée surtout par un assainissement du milieu de vie du citoyen visant à limiter la propagation des maladies contagieuses. Les projets d'assainissement, définis par un organisme provincial formé principalement de membres de l'élite médicale québécoise, ne rencontrèrent d'abord qu'une indifférence quasi généralisée dans les deux localités. Certaines revendications hygiénistes finirent toutefois par être prises en charge par des intervenants locaux influents, si bien que les années 1910 virent une brusque accélération des réformes. Expliquer les réticences initiales, puis le démarrage, nécessite que l'on précise en quoi les mesures proposées pouvaient heurter ou favoriser les intérêts de différents groupes sociaux.

Il apparaît d'abord que la création d'un Conseil d'hygiène provincial et la constitution d'un cadre législatif de plus en plus contraignant réduisaient l'autonomie municipale, et par conséquent le pouvoir de la petite bourgeoisie qui avait investi les conseils de ville. Les menées de l'organisme central alimentèrent nombre de conflits locaux qu'elles avaient suscités ou auxquels elles se greffèrent. Ainsi, elles confortèrent la position de ceux qui désiraient confier la gestion des affaires courantes à des experts plutôt qu'aux élus municipaux. Des propositions hygiénistes furent également utilisées par des commerçants et entrepreneurs qui voyaient là un moyen de s'assurer une plus grande part du marché urbain de l'alimentation, et ce au détriment de petits producteurs agricoles dont la clientèle de travailleurs craignit une hausse des prix à la consommation. Soulignons que les principaux alliés du Conseil d'hygiène différèrent sensiblement dans les deux villes. A Shawinigan, une grande entreprise relayait parfois les efforts du Conseil, se substituant même à la municipalité pour l'exécution de certaines obligations. A Trois-Rivières, les projets de réformes furent happés dans la ronde des rivalités partisans opposant politiciens libéraux et conservateurs/traditionalistes, ces derniers s'avérant paradoxalement les plus novateurs en matière de gestion sanitaire.

La fin du monopole du clergé sur les services hospitaliers régionaux due à la création dans les deux villes de petits établissements laïques fut également à l'origine de tensions. Mal acceptés du clergé, ces établissements bénéficièrent par contre du soutien des grandes entreprises. Dans le grand hôpital général trifluvien, propriété d'une communauté religieuse, l'existence d'établissements concurrents conféra un poids nouveau aux demandes de modernisation des équipements et de diversification des services exprimées par les médecins desservants. Il est vrai qu'en dépit de l'influence du clergé catholique dans la société québécoise, les deux grands hôpitaux généraux dirigés par des communautés religieuses voyaient leur échapper une partie de la clientèle payante, ce qui diminuait leurs revenus.

L'entre-deux-guerres constitue la deuxième grande période de l'organisation des services hospitaliers et d'hygiène publique dans les deux villes. Ce fut durant cette période que l'Etat amorça en matière de santé publique un réalignement qui allait conférer au système socio-sanitaire québécois certains de ses traits essentiels, en reléguant progressivement au second plan les mesures de prévention primaire pour mettre l'accent sur les soins aux malades. Les mesures environnementales furent ainsi supplantées par des mesures ciblées sur des groupes à faible revenu —éducation populaire, dépistage, traitement notamment— et recourant systématiquement aux médecins et aux infirmières. En s'engageant dans cette voie, l'Etat québécois donna une forte impulsion au phénomène de médicalisation de la société. Il promut d'ailleurs une hausse de la fréquentation des services hospitaliers en finançant partiellement l'hospitalisation des indigents et en stimulant l'extension du réseau hospitalier. Dans le même mouvement, l'Etat québécois étendit son champ d'intervention et se fit l'agent d'une normalisation accrue des services sanitaires. Il se substitua graduellement aux municipalités dans l'organisation des activités d'hygiène publique, processus de centralisation dont l'aboutissement fut l'établissement des unités sanitaires. De plus, il se dota de moyens d'exercer des pressions sur les autorités des hôpitaux, moyens dont il usa surtout durant la grande crise. Enfin, les années 1930 virent également les gouvernements fédéral et provincial instaurer des mesures plus autoritaires visant à

contrecarrer la dégradation des conditions de vie. La disponibilité de soins médicaux aux démunis n'en fut pas moins temporairement menacée à Trois-Rivières et à Shawinigan lorsque les médecins, dont les revenus s'affaissaient, décidèrent de cesser, en guise de pression sur les pouvoirs publics, de dispenser gratuitement leurs soins aux patients bénéficiaires de l'aide publique. Auparavant, les réticences qu'avaient exprimées de nombreux médecins à l'encontre de certaines interventions de l'État dans le domaine sanitaire, notamment les programmes de médecine préventive, étaient demeurées assez discrètes.

Il s'est avéré difficile d'évaluer les effets des réformes sur l'état de santé des Trifluviens et des Shawiniganais. Certes, le traitement de l'eau d'alimentation a entraîné une baisse immédiate des taux de mortalité. De plus, le fait que l'effondrement du niveau de vie durant la crise ne se soit pas traduit par une élévation sensible de la mortalité nous incite à penser que l'ensemble des mesures socio-sanitaires en place exerçait désormais une influence régulatrice sur l'état sanitaire des populations des deux villes. Mais les nombreux problèmes de disponibilité et de fiabilité des données démographiques nous ont contraint à la prudence. Lors de la critique de sources, nous avons même été amené à remettre en question la validité des comparaisons faites entre la mortalité au Québec et en d'autres lieux: son système particulier de cueillette des informations induisait à notre avis des biais importants susceptibles d'élever indûment les taux de mortalité infantile, et par conséquent de mortalité générale, ce qui aurait contribué à donner une image exagérément sombre de l'état sanitaire de la population du Québec.

Dans l'ensemble, au terme de cette analyse, se dégage une perception profondément remaniée de l'évolution du domaine sanitaire au Québec. Ainsi, l'interprétation selon laquelle le pouvoir y aurait été monopolisé par le clergé et une petite bourgeoisie traditionaliste, paraît désormais insoutenable. D'une part, la petite bourgeoisie était divisée entre fractions plus ou moins progressistes, ce qui tranche avec l'image monolithique qu'en a longtemps présentée l'historiographie québécoise. D'autre part, et cela a été largement sous-estimé à ce jour, d'autres intervenants ont influé sur les réformes. La grande entreprise, en particulier, est apparue comme un acteur de premier plan, notamment en soutenant la formation d'un réseau de petits hôpitaux privés indépendants du clergé, ce qui constitue un autre élément quelque peu ignoré dans notre historiographie. Le gouvernement, dans l'application qu'il fit de la Loi de l'Assistance publique, pourtant perçue à ce jour essentiellement comme un instrument privilégié du maintien d'un système d'assistance dominé par le clergé, imposa à celui-ci quelques contraintes, soutint en Mauricie une certaine laïcisation de la propriété et de la direction des hôpitaux, de même que le développement et la modernisation des infrastructures hospitalières. Enfin, d'autres groupes, les commerçants locaux par exemple, les producteurs agricoles ou les travailleurs urbains ont joué un rôle dans la mise en place des réformes, que ce soit à titre de promoteurs ou d'opposants, ou simplement par leurs résistances à des mesures particulières. C'est de la sorte à une relecture de la santé publique au Québec de la dernière décennie du XIX<sup>e</sup> siècle à 1939, que nous invitons le lecteur.

# TABLE DES MATIÈRES

## TOME I

<b>Remerciements</b> .....	<b>i</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>ii</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>v</b>
<b>Glossaire des abréviations</b> .....	<b>x</b>
<b>Table des figures</b> .....	<b>xi</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Partie I: Cadre d'analyse</b> .....	<b>8</b>
Chapitre 1: Les réformes de la santé publique de 1890 à 1939 .....	9
1.1 La santé publique comme champ de recherche .....	9
1.2 L'histoire de la santé publique.....	12
1.2.1 Un domaine de recherche peu exploré au Québec .....	12
1.2.2 La santé publique aux XIXe et XXe siècles dans les pays industrialisés .....	22
1.3 La modernisation de la santé publique au Québec .....	33
1.3.1 Les rapports au changement en matière de santé publique dans la société québécoise.....	33
1.3.2 Les mécanismes des réformes et les principales tendances .....	37
1.4 Stratégies de recherche.....	42
1.4.1 Une double étude de cas.....	42
1.4.2 Trois-Rivières et Shawinigan, des villes sensiblement différentes .....	45
<b>Partie II: Mise en place de services sanitaires collectifs publics et privés de 1887 à 1918</b> .....	<b>51</b>
Introduction.....	52
Chapitre 2: Le partage des pouvoirs entre le Conseil d'hygiène et les municipalités .....	54
2.1 Centralisation des pouvoirs dans un organisme doté de ressources limitées .....	54

2.1.1	Définition d'un cadre législatif contraignant par une élite médicale.....	55
2.1.2	Difficulté de mettre sur pied des moyens de surveillance et d'intervention efficaces.....	58
	Des ressources humaines clairsemées pour l'intervention directe auprès des municipalités .....	59
	La mesure scientifique des situations sanitaires locales et les réticences du clergé et des médecins .....	62
2.1.3	Les ressources financières de l'organisme central et l'autonomie municipale .....	67
2.2	Réticence des dirigeants municipaux à mettre sur pied des organisations sanitaires dynamiques .....	74
Chapitre 3:	Les résistances locales au programme provincial de prévention des maladies contagieuses.....	90
3.1	La correction de l'eau: principale victoire des hygiénistes .....	91
	3.1.1 Résistances initiales des autorités municipales .....	92
	3.1.2 Recherche d'approvisionnements sûrs et peu coûteux par les municipalités .....	101
3.2	La nécessité de nettoyer le milieu urbain: formation d'un consensus .....	114
	3.2.1 La disposition des déchets: une préoccupation grandissante .....	114
	3.2.2 Marginalisation des fosses d'aisance .....	123
3.3	Les aliments: aménagement de filières d'approvisionnement à risques variables .....	129
	3.3.1 Redéfinition des circuits commerciaux des viandes .....	130
	3.3.2 Surveillance de la qualité du lait: le laisser-aller.....	140
3.4	Le contrôle de la contagion directe, un échec .....	147
	3.4.1 Déclaration, isolement et désinfection: la routine absente .....	148
	Refus des médecins de se soumettre à la déclaration obligatoire .....	149
	Application minimale des mesures d'isolement et de désinfection .....	157
	3.4.2 Mesures d'exception en temps d'épidémies .....	166
	La lutte contre les épidémies de variole .....	166
	Mobilisation générale contre la grippe en 1918 .....	172
	Conclusion .....	179
Chapitre 4:	Les services hospitaliers: fin du monopole régional du clergé et décentralisation .....	182
4.1	L'hospice: stabilité des services d'aide aux plus démunis .....	183

4.2 Les soins médicaux en institution: émergence d'une pluralité des pouvoirs .....	190
Chapitre 5: Les effets des services de santé publique sur l'état sanitaire des populations .....	206
5.1 Baisse de la mortalité et convergence de l'état sanitaire des deux populations .....	207
5.2 Recul des maladies entérogènes et hygiène publique .....	214
5.3 Recul des maladies contagieuses aérogènes indépendant des mesures d'hygiène publique.....	224
5.4 Stabilité des maladies non infectieuses .....	228
Conclusion .....	234

## TOME II

<b>Partie III: L'État et le processus de médicalisation de 1918 à 1939 .....</b>	<b>236</b>
Introduction.....	237
Chapitre 6: Centralisation et normalisation en matière d'hygiène publique .....	239
6.1 Réorientation des priorités provinciales .....	239
6.1.1 Promotion de programmes indépendants des municipalités par un organisme central remanié.....	240
6.1.2 Des moyens d'intervention décuplés .....	242
6.1.3 Hygiénisme et nationalisme .....	245
6.2 Renforcement de mesures environnementales dans les municipalités .....	254
6.2.1 Une gestion déléguée à du personnel plus qualifié .....	254
6.2.2 Offensive pour la qualité du lait .....	261
6.2.3 Éphémère surveillance de la salubrité des logements .....	274
6.2.4 Immunité de la grande entreprise .....	281
6.3 Essor de la médecine préventive et de l'éducation populaire .....	294
6.3.1 La «New Public Health» .....	295
6.3.2 L'inspection médicale des écoliers .....	299
6.3.3 Les maladies vénériennes: collaboration des hygiénistes et du clergé .....	304
6.3.4 Tuberculose et mortalité infantile, des programmes multipartites .....	313
6.4 Les unités sanitaires .....	336
Chapitre 7: Renouvellement des politiques d'assistance et institutionnalisation des soins médicaux .....	346

7.1 L'Assistance publique et la modernisation des services hospitaliers .....	347
7.1.1 Controverse quant au rôle de l'État .....	348
7.1.2 Extension du réseau hospitalier et normalisation des services .....	352
La construction d'hôpitaux .....	352
Standardisation des services médico-hospitaliers .....	367
7.1.3 Les contraintes imposées aux établissements .....	370
Pouvoirs du SAP et moyens de pression à sa disposition .....	371
Limites du pouvoir du SAP: le cas de la crèche de l'Hôpital Saint-Joseph .....	375
7.1.4 Hausse de la fréquentation .....	381
7.2 L'aide sociale hors institution durant la crise .....	389
7.2.1 Des mesures plus vigoureuses de la part des gouvernements .....	390
7.2.2 La part des organismes privés de charité .....	392
7.3 Des médecins revendicateurs .....	396
Chapitre 8: Un état sanitaire affranchi de la conjoncture économique? .....	405
8.1 Amélioration de l'état de santé des populations .....	406
8.1.1 L'évolution de la mortalité générale .....	406
8.1.2 La mortalité infantile: principal facteur de changement .....	410
8.2 Maladies et interventions sanitaires à Trois-Rivières .....	415
8.2.1 Les causes de décès .....	415
La baisse de la mortalité infantile liée aux maladies infectieuses .....	416
Relative stabilité des causes de décès dans les autres groupes d'âges .....	420
8.2.2 La morbidité: dentition, syphilis et tuberculose .....	426
Conclusion .....	431
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>434</b>
<b>Sources et bibliographie .....</b>	<b>463</b>
Sources .....	463
Archives municipales .....	463
Hôtel de ville de Trois-Rivières. ....	463
Hôtel de ville de Shawinigan (et bibliothèque municipale).....	464
Archives gouvernementales .....	464

Archives Nationales du Québec, à Québec .....	464
Archives Nationales du Canada .....	466
Palais de justice de Shawinigan .....	466
Archives des hôpitaux .....	466
Hôpital Cooke de Trois-Rivières .....	466
Archives de la Congrégation des Filles de Jésus, maison-mère de Trois-Rivières. (Hôpital Cooke) .....	468
Soeurs de la Charité d'Ottawa, Maison-mère, Ottawa. (Hôpital Sainte-Thérèse de Shawinigan) .....	468
Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières .....	468
Autres archives .....	469
Archives du Séminaire de Trois-Rivières. ....	469
Centre d'archives d'Hydro-Québec à Montréal .....	469
Archives religieuses .....	469
Publications .....	469
Journaux .....	469
Revue .....	470
Publications du gouvernement fédéral .....	470
Publications du gouvernement du Québec .....	471
Livres et brochures .....	474
Études .....	478
Démographie, santé et histoire de la médecine .....	478
Hors Québec .....	478
Au Québec .....	485
Ouvrages de référence anciens et récents .....	493
Trois-Rivières et Shawinigan .....	498
Histoire urbaine et ouvrages généraux sur le Québec .....	500
<b>Annexe. Les statistiques de mortalité .....</b>	<b>502</b>
Les données de population servant au calcul des taux .....	502
Les sources d'information sur les populations .....	502
Amalgame de données de mortalité provenant de Trois- Rivières et de sa banlieue avant 1926 .....	505
La mortalité infantile .....	507
Le sous-enregistrement des naissances chez les protestants .....	507
La mortinatalité .....	510
Les naissances et décès de la banlieue de Trois-Rivières .....	513
Registres d'état civil et transports des décédés.....	514
Les causes de décès .....	517
Les sources .....	518
La certification des décès .....	520
La classification des maladies .....	523

## GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS

AHC	Archives de l'Hôpital Cooke.
AHQM	Archives d'Hydro-Québec à Montréal.
AMTR	Archives municipales de Trois-Rivières.
ANQQCCH	Archives nationales du Québec à Québec, correspondance du Conseil d'hygiène de la province de Québec.
ANQQCHSJ	Archives nationales du Québec à Québec, correspondance de l'Hôpital Saint-Joseph.
ANQQCHC	Archives nationales du Québec à Québec, correspondance de l'Hôpital Cooke.
ANQQCHST	Archives nationales du Québec à Québec, correspondance de l'Hôpital Sainte-Thérèse de Shawinigan.
ANQQCIR	Archives nationales du Québec à Québec, circulaires du Conseil d'hygiène de la province de Québec.
ANQQCUS	Archives nationales du Québec à Québec, correspondance des unités sanitaires.
ANQQRICH	Archives nationales du Québec à Québec, rapports d'inspection du Conseil d'hygiène de la province de Québec.
ANQTR	Archives nationales du Québec à Trois-Rivières.
ASGCO	Archives des Soeurs grises de la croix à Ottawa.
ASTR	Archives du Séminaire de Trois-Rivières.
BFS	Bureau de la statistique fédéral
CHC	Corporation de l'Hôpital Cooke.
CHPQ	Conseil d'hygiène de la province de Québec.
CPTR	Commissions permanentes de Trois-Rivières.
CSP	Chroniques des soeurs de la Providence de Trois-Rivières.
DS	Département de la santé
HSJBM	Hôpital Saint-Joseph, procès-verbaux des délibérations du bureau médical.
PCTR	Procédés du conseil de ville de Trois-Rivières.
PVCH	Procès-verbaux des délibérations du Conseil d'hygiène de la province de Québec.
PVCAHC	Procès-verbaux des délibérations du conseil d'administration de l'Hôpital Cooke.
PVCVSH	Procès-verbaux des délibérations du conseil de ville de Shawinigan.
PVCVTR	Procès-verbaux des délibérations du conseil de ville de Trois-Rivières.
RACH	Rapports annuels du Conseil d'hygiène de la province de Québec.
RAHC	Rapports annuels de l'Hôpital Cooke.
RAMSTR	Rapports annuels du médecin officier de santé de Trois-Rivières
RAMS	Rapports annuels du Ministère de la santé.
RASAP	Rapports annuels du Service de l'assistance publique.
RASPH	Rapports annuels du Service provincial d'hygiène.
RBFS	Bureau de la statistique fédéral, rapports annuels de statistiques vitales.
RC	Recensements du Canada.
RDTR	Registre des décès de Trois-Rivières, 1924-1937.
SAP	Service de l'assistance publique.
SDQ	Statuts de la province de Québec.
SPH	Service provincial d'hygiène.
SWA	Shawinigan welfare association.
SWP	Shawinigan Water & Power.

## TABLE DES FIGURES

### Partie I: Les réformes de la santé publique de 1890 à 1939

Figure 1-1	Populations de Trois-Rivières et de Shawinigan, 1851-1941 .....	48
------------	---	----

### Partie II: Mise en place de services sanitaires collectifs publics et privés de 1887 à 1918

Figure 2-1	Dépenses du gouvernement provincial pour l'hygiène publique de 1887 à 1922 .....	68
Figure 3-1	Image tirée de <i>Principes d'hygiène</i> , Service provincial d'hygiène, reproduction autorisée par le bureau international de santé de la Fondation Rockefeller et par le Comité national de défense contre la tuberculose de France, 1923 .....	119
Figure 3-2	Maisons placardées et désinfections à Trois-Rivières de 1915 à 1921 .....	165
Figure 4-1	Malades à domicile et visites par les soeurs de l'hospice Saint-Joseph de Trois-Rivières de 1891 à 1921 .....	187
Figure 4-2	Repas donnés aux pauvres par les Soeurs de la Providence et ratio repas/population à Trois-Rivières de 1891 à 1921 .....	189
Figure 5-1	Taux bruts de mortalité générale à Trois-Rivières et à Shawinigan de 1888 à 1921, et droites de régression .....	208
Figure 5-2	Pyramide des âges à Trois-Rivières et à Shawinigan en 1921 .....	210
Figure 5-3	Taux de mortalité infantile à Trois-Rivières et à Shawinigan de 1895 à 1921 et droites de régression .....	210
Figure 5-4	Répartition des décès par groupes d'âges à Trois-Rivières et à Shawinigan de 1895 à 1921 .....	211
Figure 5-5	Taux de mortalité par groupes d'âges à Trois-Rivières et à Shawinigan, cumul des années 1919 à 1921 .....	212
Figure 5-6	Taux de mortalité par causes de décès infectieuses ou autres à Trois-Rivières et à Shawinigan de 1895 à 1921 .....	214
Figure 5-7	Taux de mortalité par maladies entérogènes à Trois-Rivières et à Shawinigan de 1895 à 1925 .....	215

Figure 5-8	Proportion des décès de maladies entérogènes survenus avant cinq ans à Trois-Rivières et à Shawinigan, 1895 à 1925 .....	220
Figure 5-9	Taux de mortalité par maladies infectieuses aérogènes à Trois-Rivières et à Shawinigan de 1895 à 1925 .....	225
Figure 5-10	Répartition des causes de décès non infectieuses cumulées à Trois-Rivières pour 1895-1899, 1905-1909 et 1915-1919 et à Shawinigan pour 1917 .....	230
<b>Partie III: L'état et le processus de médicalisation de 1918 à 1939</b>		
Figure 6-1	Dépenses du gouvernement du Québec en dollars courants pour l'hygiène publique de 1918 à 1939 .....	243
Figure 6-2	Le bon et le mauvais producteur de lait. Image tirée de la revue de Shawinigan Falls, 30-9-1921, p. 2.....	267
Figure 6-3	Page couverture de la brochure <i>Ce flot d'accidents ira-t-il jusqu'à vous?</i> publiée par Metropolitan Life Insurance Company, Bureau chef canadien, Ottawa, vers 1930 .....	285
Figure 6-4	Image tirée de <i>Principes d'hygiène</i> , Service provincial d'hygiène, reproduction autorisée par le bureau international de santé de la Fondation Rockefeller et par le Comité national de défense contre la tuberculose de France, 1923 .....	293
Figure 6-5	Publicité du Service provincial d'hygiène tirée de l'Écho du Saint-Maurice, 12-2-1925, p. 5. ....	325
Figure 6-6	Publicité du Service provincial d'hygiène tirée de l'Écho du Saint-Maurice, 19-3-1925, p. 2 .....	327
Figure 6-7	Nombre d'unités sanitaires et de comtés desservis au Québec de 1926 à 1945 .....	337
Figure 7-1	Répartition des montants distribués par le gouvernement provincial pour l'assistance publique de 1922 à 1938, en dollars courants et en % .....	354
Figure 7-2	Montants en millions de \$ courants des annuités versées et des emprunts garantis par le Service de l'assistance publique, 1925-1939 .....	358
Figure 7-3	Enfants trouvés admis à la crèche de Trois-Rivières, 1918 à 1940.....	376
Figure 7-4	Admissions et jours d'hospitalisation à l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières de 1918 à 1941.....	381

Figure 7-5	Visites de malades à domicile par les soeurs «visitatrices» de l'Hôpital Saint-Joseph et repas servis aux pauvres de 1918 à 1941 .....	394
Figure 8-1	Taux de natalité à Trois-Rivières et à Shawinigan de 1919 à 1940 .....	407
Figure 8-2	Taux de mortalité brute et standardisée selon une natalité-témoin de 40‰ habitants, Trois-Rivières et Shawinigan, 1918-1940.....	408
Figure 8-3	Taux de mortalité des plus d'un an, Trois-Rivières et Shawinigan de 1919 à 1939 .....	411
Figure 8-4	Taux de mortalité infantile, Trois-Rivières et Shawinigan de 1918 à 1940 .....	411
Figure 8-5	Nombre de décès d'enfants de moins d'un an à Trois-Rivières, en institution, hors institution et à la crèche de 1926 à 1940 .....	413
Figure 8-6	Taux de mortalité infantile par maladies infectieuses et autres à Trois-Rivières, 1919 à 1936 .....	417
Figure 8-7	Répartition des décès infantiles trifluviens par causes infectieuses selon le type d'infection, 1919 à 1936 .....	417
Figure 8-8	Taux de mortalité infantile trifluvienne hors de la crèche par différents types de causes de décès, et droites de régression, 1924-1936.....	419
Figure 8-9	Taux de mortalité par tumeurs à Trois-Rivières et à Shawinigan de 1895 à 1939 avec droites de régression .....	421
Figure 8-10	Pourcentages de décès de causes non infectieuses en haut d'un an pour cinq classes de causes de décès selon trois groupes d'âges, 1919 à 1937 .....	422

#### **Annexe. Les statistiques de mortalité**

Figure Annexe 1	Décès de domiciliés et de non domiciliés survenus dans et hors des institutions à Trois-Rivières et à Shawinigan de 1926 à 1939 .....	515
--------------------	---	-----

## INTRODUCTION

---

Le champ de la santé au Québec connaît des transformations radicales entre le début de la décennie 1890 et la fin des années 1930. En un demi-siècle, la mortalité générale diminue de moitié, chutant de plus de 20 décès sur mille habitants à environ 10. Chez les enfants de moins d'un an, la baisse s'avère encore plus remarquable. En fait, si l'on s'en tient à la mortalité comme indice de l'état sanitaire de la population, les gains les plus substantiels au Québec précèdent la Seconde Guerre mondiale<sup>1</sup>. Cette évolution favorable s'explique en partie par un remaniement complet du système de santé publique, remaniement que nous avons étudié et dont nous avons dégagé le matériau de la présente thèse.

Le projet d'étudier les réformes de la santé publique a pris forme à la suite d'une recherche documentaire sur un sanatorium pour tuberculeux<sup>2</sup>, au cours de laquelle avait été mise au jour une documentation d'une richesse insoupçonnée encore largement inexploitée. À la lumière des premières informations recueillies, puis de recherches plus approfondies, il est apparu que les transformations survenues au Québec dans le domaine sanitaire durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle étaient demeurées peu ou mal connues des historiens. Une première appréhension du sujet laissait entrevoir l'importance des enjeux des réformes pour différents groupes sociaux, et la complexité

---

<sup>1</sup> Pour les données de mortalité sur l'ensemble de la province, consulter par exemple: Jacques Henripin et Yves Perron. «La transition démographique de la province de Québec», dans Hubert Charbonneau, éd., *La population du Québec: études rétrospectives*, Boréal Express, 1973.

<sup>2</sup> Cette recherche a été effectuée sous la direction de René Hardy pour le compte du cancérologue Jean Beaudoin, dont le père a été longtemps directeur du sanatorium Cooke de Trois-Rivières.

des rapports qu'engendrait leur mise en oeuvre. Étudier l'histoire de la santé publique, c'était aussi, tout en cherchant à préciser la nature de ces rapports, s'interroger sur l'évolution de la société québécoise de l'époque.

La santé publique, au sens large utilisé ici<sup>3</sup>, englobe l'hygiène publique, l'organisation des services médico-hospitaliers et une partie de l'assistance sociale, trois secteurs d'intervention où les transformations furent majeures au Québec durant cette période. Dans celui de l'hygiène publique, le laisser-aller quasi-généralisé de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle fait place à une prise en charge de plus en plus large par le gouvernement provincial. Tout un ensemble de mesures d'assainissement du milieu de vie sont graduellement instaurées, auxquelles s'ajouteront, après la Première Guerre mondiale, des campagnes de médecine préventive et d'éducation populaire. Des organismes publics et privés sont créés, ou d'anciens sollicités, pour encadrer et mettre en oeuvre ces réformes qui, à plus d'un titre, vont affecter la vie des Québécois.

Les services médico-hospitaliers connaissent eux aussi des bouleversements durant ce demi-siècle. Le nombre d'hôpitaux et de lits s'accroît rapidement, non seulement dans les deux grandes villes de la province, mais également dans des centres régionaux ou des petites villes en pleine croissance à la faveur de l'urbanisation. Le réseau hospitalier du Québec se diversifie aussi, en particulier par l'ajout d'établissements spécialisés, tels des sanatoria antituberculeux. Le rôle même des hôpitaux évolue: naguère destinés essentiellement à l'hébergement des démunis et à des soins

---

<sup>3</sup> Une définition plus complète de la santé publique est donnée dans la première partie de la thèse.

relativement simples dispensés sur une base caritative, ils visent une clientèle élargie et deviennent le lieu privilégié d'exercice d'un savoir médical en progression constante. Ils doivent par conséquent se doter d'équipements qui gagnent sans cesse en sophistication et en coûts, et avoir recours à un personnel plus qualifié.

Enfin, le système de santé publique est renforcé par des changements dans le secteur de l'assistance sociale qui contribuent vraisemblablement à améliorer l'état sanitaire d'une partie de la population du Québec. En particulier, se surimposant aux institutions caritatives privées déjà en place, l'Etat augmente sa participation à différentes mesures permettant d'assurer aux plus démunis l'accès à certains services sanitaires ou autres, et l'obtention d'un minimum de biens. Cette aide atteint des proportions inédites durant les années 1930, alors que le niveau de vie d'une bonne partie de la population s'abaisse subitement.

C'est en milieu urbain que les transformations du système de santé publique ont, dans un premier temps, pris place. Elles seront appréhendées ici par le biais d'une double étude de cas, touchant des villes aux caractéristiques de développement nettement distinctes: Trois-Rivières, centre régional ancien de taille moyenne à l'échelle du réseau urbain québécois, et Shawinigan, ville de ressources plus petite née au début du XX<sup>e</sup> siècle. Dans ces deux agglomérations, l'évolution de l'hygiène publique, du réseau d'hôpitaux et en partie de l'assistance sociale sera examinée de près, de même que l'activité de divers intervenants locaux dans les dossiers sanitaires: organismes municipaux ou privés, compagnies, groupes, individus... Comme il est apparu que bon nombre de mesures nouvelles sont pilotées ou imposées par le gouvernement du Québec, les principaux organismes provinciaux chargés de veiller au bien-être et à la

santé des Québécois seront également scrutés. Enfin, pour une meilleure compréhension des réformateurs, des réformes et de leurs effets, nous étudierons l'évolution de l'état sanitaire des populations des deux villes.

Une analyse aussi minutieuse des transformations de la santé publique vise essentiellement à dévoiler, par delà les discours, les conceptions et les pratiques réelles en matière sanitaire. Comment les projets de réformes sont-ils accueillis? Qui les promeut ou s'y oppose, et ce par quels moyens et avec quel succès? Les changements proposés paraissent-ils favoriser, ou au contraire menacer les intérêts de certains groupes? Quelles sont les prises de position des différents groupes sociaux face aux réformes —adhésions immédiates à celles-ci, sympathies ou indifférences, réticences, oppositions— et comment peuvent-elles être expliquées?

Observer ainsi l'éventail des réactions suscitées par le changement en matière sanitaire dans deux villes du Québec renvoie d'abord à une question controversée, largement débattue déjà dans d'autres champs de recherche, celle de l'ouverture de la société québécoise au changement. C'est en effet tout le problème du rapport des groupes sociaux à la modernisation des services de santé publique qui se trouve ici posé. Une grande diversité de positions face aux réformes sera mise en évidence: petite-bourgeoisie divisée en fractions plus ou moins progressistes, clergé collaborant à l'introduction de certaines nouveautés mais inquiet face à d'autres, direction des grandes entreprises en général favorable, travailleurs parfois réticents devant des mesures contraignantes ou risquant de hausser le coût de produits essentiels. À travers l'enchevêtrement des alliances, des conflits portant tout aussi bien sur le contrôle de la gestion des affaires sanitaires que sur des mesures particulières, nous chercherons à

dégager les motivations des principales attitudes touchant la modernisation des services.

L'examen des prises de position face aux réformes pose également le problème de l'introduction de nouvelles pratiques sanitaires. Comment s'expliquent les succès des réformateurs, leurs déboires? Selon quels mécanismes les réformes, souvent d'abord promues par des groupes restreints à l'audience limitée, sont-elles finalement mises en oeuvre? Dans cette perspective, nous entendons mettre en relief trois grands processus qui nous apparaissent fondamentaux dans la mise en place des réformes étudiées ici, à savoir: une tendance à la centralisation du pouvoir décisionnel allant de pair avec une normalisation des services de santé publique, et la médicalisation progressive de la société.

Une grande variété de sources ont été consultées afin de préciser à la fois l'évolution de l'état de santé des populations des deux villes et la mise en place des services de santé publique. Les dossiers relatifs à l'hygiène publique reposent en bonne partie sur une documentation produite par des organismes du gouvernement provincial. On y trouve notamment plusieurs publications, tels les *Statuts de la Province de Québec*, l'*État des comptes publics de la Province de Québec*, les rapports annuels du Conseil d'hygiène et de ses successeurs, ou le *Bulletin Sanitaire* qu'il distribue assez largement, des brochures, etc. Les rapports annuels ont été particulièrement utiles, permettant de suivre l'activité des différentes divisions de l'organisme central d'hygiène publique. D'autres séries documentaires émanant de celui-ci ont livré des informations précieuses sur les services sanitaires des deux municipalités, en particulier les rapports d'inspection et la correspondance avec des intervenants locaux (inspecteurs régionaux,

Conseils de ville, officiers de santé municipaux, directeurs des unités sanitaires, direction de grandes entreprises, médecins, évêque ...). Les archives municipales ont été tout autant mises à profit, surtout pour Trois-Rivières où elles sont d'une très grande richesse: règlements adoptés, procès-verbaux des délibérations du Conseil de ville et de certains organismes privés, pièces diverses reçues par le Conseil ou ses comités telles des lettres, requêtes, rapports, plaintes, etc. Enfin de nombreux articles de journaux surtout régionaux ont été consultés.

C'est un tout autre ensemble de sources qui ont été utilisées pour l'étude de l'organisation des services médico-hospitaliers et de l'assistance socio-sanitaire. Ici encore, des publications gouvernementales ont aidé à appréhender l'activité des organismes provinciaux concernés, tout en livrant des informations sur les établissements trifluviens et shawiniganais. Les *Statuts de la province de Québec* et les *États des comptes publics* déjà mentionnés, les rapports annuels du Service de l'assistance publique, les statistiques des institutions d'assistance et la correspondance avec la direction des hôpitaux ont abondamment servi. Selon l'état des archives des établissements et les conditions d'accessibilité, nous avons pu puiser dans des documents plus ou moins variés: rapports annuels, chroniques des communautés de soeurs, rapports des délibérations des conseils de direction et dans un cas du bureau médical, correspondance, relevé d'articles de journaux, etc. L'assistance aux chômeurs durant la crise a été examinée surtout à l'aide des archives municipales.

Enfin, l'étude de l'état de santé des populations a reposé essentiellement sur les données publiées par la division de la statistique de l'organisme provincial d'hygiène et par le Bureau fédéral de la statistique, de même que sur un registre de mortalité

découvert dans les archives municipales de Trois-Rivières pour les années 1924-1937. Pour une courte période à Shawinigan au début du siècle, les registres d'état civil ont également été dépouillés. D'autres données ont été recueillies dans les rapports annuels d'officiers de santé municipaux et la documentation provenant d'organismes privés.

Nous avons choisi de présenter l'évolution des services de santé publique en deux grandes périodes que couvrent respectivement les parties II et III de la thèse: une première allant de la création du Conseil d'hygiène en 1887 jusqu'à 1918, et une seconde, constituée de l'entre-deux-guerres. Les années suivant la fin de la Première Guerre mondiale constituent en effet un tournant dans l'évolution des services sanitaires au Québec, à la fois en termes d'orientation et d'intensité des interventions: à l'indifférence initiale des autorités locales et à la lenteur conséquente des réformes dans les deux villes avant les années 1910, succède alors une série de modifications rapides. Précédant l'examen de ces deux grandes phases, les objectifs de l'étude et la démarche seront exposés dans la première partie.

## **PARTIE I**

### **CADRE D'ANALYSE**

## Chapitre 1

### Les réformes de la santé publique de 1890 à 1939

Les limites du champ d'études que constitue la santé publique peuvent différer grandement selon les pays, selon les époques et selon les chercheurs. Aussi, d'entrée de jeu, importe-t-il de délimiter le territoire que nous entendons couvrir dans cette thèse. À la suite de quoi les enjeux de la recherche pourront être circonscrits: état des connaissances au Québec concernant le champ d'études ainsi défini et apport à l'historiographie québécoise, situation vis-à-vis des grands courants de recherche en histoire de la médecine, définition des principales hypothèses de travail. Enfin, nous présenterons la démarche adoptée, celle d'une double étude de cas.

#### 1.1 La santé publique comme champ de recherche

L'expression *santé publique* a recouvert plus d'une signification<sup>4</sup>. A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, elle avait un sens restreint, recouvrant essentiellement l'ensemble des mesures préventives, souvent de nature environnementale, prises par des organismes publics ou privés pour protéger une population contre les maladies contagieuses, ainsi que l'état

---

<sup>4</sup> Pour s'en convaincre, il suffit de consulter la série de rapports de l'Organisation mondiale de la santé discutant du concept de santé publique: C.-E.-A. Winslow, *Le coût de la maladie et le prix de la santé*, Genève, OMS, 1952 (série de monographies, no 7); OMS, Série de rapports techniques, no. 55, 1952 (premier rapport du comité d'experts de l'administration de la santé publique); OMS, Série de rapports techniques, no. 140, 1957. *Conférence sur la formation en santé publique des praticiens de médecine générale: rapport*; OMS, Série de rapports techniques, no. 533, 1973. *Formation supérieure en santé publique*, rapport d'un comité OMS d'experts: J. Hogarth. *Vocabulaire de la santé publique*, OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1977.

sanitaire de cette population. Puis le territoire de la santé publique va graduellement s'étendre à d'autres types de maladies et d'interventions, notamment les soins médicaux individuels aux membres de certains groupes de la population. Si bien qu'il en viendra dans plusieurs pays, particulièrement ceux où le système socio-sanitaire est entièrement pris en charge par l'Etat, à recouvrir l'ensemble des activités visant la protection et la promotion de la santé d'une collectivité, et l'état sanitaire de cette collectivité. Ce sens large pourrait également correspondre à la *santé communautaire* ou *des collectivités*, notion fréquemment utilisée depuis les années 1970. Mais la santé communautaire comporte le plus souvent un objectif de prise en mains par la population de la définition de ses besoins et de l'organisation des services, dimension qui est tout à fait absente durant la période abordée dans la présente étude<sup>5</sup>.

La définition de la santé publique retenue ici comporte, outre un double objectif de protection et de promotion de la santé, deux constituants fondamentaux. L'un se rapporte à la perspective des interventions, l'autre aux moyens mis en oeuvre: la santé publique aborde les problèmes sanitaires sous l'angle des besoins d'une population ou de groupes plutôt que de l'individu, et cela à travers une action organisée, concertée<sup>6</sup>. Cette action peut être celle de l'Etat, d'organismes privés ou d'individus, de l'un et des

---

<sup>5</sup> Le sens attribué à la santé communautaire évolue également selon les auteurs. Voir par exemple: Henri Paret, *Introduction à la santé communautaire*, Toulouse, Privat, 1988; Murray Grant, *Handbook of Community Health*, Philadelphie, Lea & Febiger, 1981; C. E. Turner, *Personal and Community Health*, The C. V. Mosby Company, 1967; Jacques Monnier *et al*, *Santé publique. Santé de la communauté*, Villeurbanne, France, Simep, 1980.

<sup>6</sup> Concernant le concept de santé publique, voir notamment: «The Distinction Between Public Health and Community/Social/Preventive Medicine», éditorial du *Journal of Public Health Policy*, 1985, 6, 435-439; Julio Frenck, «Modernisation médicale au Mexique: paradigmes, État et marchés du travail», dans Pierre Duplessis *et al*, éd., *Santé publique et pays industrialisés*, Les publications du Québec, 1989, 345-368; E. D. Kilbourne et W. G. Smillie, éd., *Human Ecology and Public Health*, Londres, The MacMillan Company, 1969.

autres. Pareille distinction s'impose dans la mesure où, bien souvent, l'on tend à confondre services de santé publique et services publics de santé. Ainsi, dans les pays, comme les Etats-Unis, où de larges pans du système socio-sanitaire ne sont pas pris en charge par l'Etat, le concept de *public health* couvre généralement un territoire nettement moins étendu.

Comme la santé publique, la *médecine préventive* a vu l'étendue de son territoire varier au fil des décennies. Plus ou moins limitée, pour plusieurs<sup>7</sup>, aux actes médicaux visant à empêcher l'apparition de la maladie, elle en est venue à recouvrir également divers moyens d'action susceptibles d'améliorer la santé individuelle et générale, y compris ceux visant à assainir l'environnement et ne reposant pas sur l'intervention du médecin<sup>8</sup>. Nous l'utiliserons ici dans son sens le plus restreint, c'est-à-dire pour qualifier des actes médicaux préventifs: immunisation, dépistage, traitement préventif en particulier. Dans cette optique, les mesures d'assainissement de l'environnement<sup>9</sup> appartiennent plutôt à ce que nous désignerons comme l'*hygiène du milieu*<sup>10</sup>. Quant à l'*hygiène publique*, elle est ici composée des activités de médecine préventive et d'hygiène du milieu entreprises à l'intérieur des limites de la santé publique telles que définies précédemment. L'hygiène publique, l'organisation des services médico-hospitaliers, différentes mesures sociales ayant des répercussions sur la santé, et enfin

---

<sup>7</sup> C'est par exemple le cas pour G. Blancher, dans son *Abrégé de médecine préventive et d'hygiène*. Paris, Masson, 1972, et pour H. San Martin, dans *Santé publique et médecine préventive*, Paris, Masson, 1983.

<sup>8</sup> Pour certains, elle comprendrait même la santé publique: voir par exemple H. R. Leavell et E. G. Clark, «What is Preventive Medicine?», dans H. R. Leavell et E. G. Clark, éd., *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiological Approach*, Huntington, N.Y., R. E. Krieger, 1979, 7-13.

<sup>9</sup> Les mesures d'assainissement sont parfois discutées dans des manuels de médecine préventive.

<sup>10</sup> On trouvera une description du champ d'intervention de l'hygiène du milieu dans: Organisation mondiale de la santé, *Planification, organisation et administration des programmes nationaux d'hygiène du milieu. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS*, série de rapports techniques no 439, Genève, OMS, 1970.

l'état sanitaire de la population forment les grandes composantes du champ d'études que constitue à nos yeux la santé publique.

## 1.2 L'histoire de la santé publique

Le champ d'études de la santé publique demeure peu développé au Québec pour la période allant des dernières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle à la Seconde Guerre mondiale, comme le montrera une revue de l'historiographie relative à l'état de santé des Québécois et aux services socio-sanitaires mis à leur disposition. C'est, de fait, plutôt dans le prolongement de divers travaux de recherche en histoire de la médecine effectués hors Québec que nous entendons aborder l'étude de la santé publique.

### *1.2.1 Un domaine de recherche peu exploré au Québec*

Avant le début des années 1980, les ouvrages d'envergure qui touchaient la santé publique au Québec pour la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle ne le faisaient que marginalement. Ils étaient en effet consacrés prioritairement à d'autres sujets d'étude et n'abordaient les questions de santé que dans la mesure où le traitement du sujet central le nécessitait. Aussi ne s'étonnera-t-on pas que leurs auteurs n'aient en général pas situé leur démarche par rapport aux acquis spécifiques de l'histoire de la médecine. Depuis le début des années 1980 cependant, l'intérêt pour celle-ci grandit au sein de la communauté scientifique, comme en témoignent des publications plus fréquentes.

L'état de santé des Québécois, pour la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, demeure assez mal connu<sup>11</sup>. La plupart des recherches ont porté soit sur la province entière sans distinguer les régions ou les milieux rural et urbain, soit sur la métropole, laissant dans l'ombre le reste de la province<sup>12</sup>. L'étude la plus marquante est celle que Terry Copp<sup>13</sup> a consacrée aux conditions de vie des travailleurs montréalais de 1897 à 1929, étude comprenant un chapitre sur les conditions de santé. Copp entend démontrer que les travailleurs de Montréal ne bénéficièrent pas des progrès et de la prospérité généralement associés à la «belle époque» et aux «années folles». La majorité de la population de cette ville aurait vécu dans la pauvreté, se serait entassée dans des pièces exigües souvent insalubres —des travaux récents montrent toutefois que l'on a exagéré le degré d'entassement des familles dans les logements<sup>14</sup>—, etc. La meilleure illustration des conditions déplorables dans lesquelles évoluait la classe ouvrière

---

<sup>11</sup> Pour une période antérieure, de 1821 à 1871, J.-C. Robert a estimé que les principaux traits de la mortalité montréalaise du dernier tiers du siècle étaient déjà en place avant l'industrialisation, que les taux de mortalité générale et infantile sont restés relativement stables durant sa période d'étude et que les clivages ethniques s'avéraient les plus marqués. Voir «The City of Wealth and Death: Urban Mortality in Montreal, 1821-1871», dans W. Mitchinson et J. D. McGinnis, *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto, McClelland and Stewart, 1988, 18-38.

<sup>12</sup> Quelques démographes ont abordé l'évolution de la mortalité au Québec pour la période concernée. Voir Robert Bourbeau et Jacques Légaré, *Evolution de la mortalité au Canada et au Québec 1831-1931. Essai de mesure par génération*, Presses de l'Université de Montréal, 1982; Hubert Charbonneau, éd., *La population du Québec: études rétrospectives*, Boréal Express, 1973. Certains organismes du gouvernement du Québec ont également publié des textes contenant des données sur la mortalité: Bureau de la statistique du Québec, *Démographie québécoise: passé, présent, perspectives*, 1985; Fabien Roy, *Des victoires sur la mort*, Direction générale des Publications gouvernementales du ministère des Communications, collection La santé des Québécois, 1983. Les démographes québécois se sont rarement attaqués à l'évolution de la mortalité urbaine, ou rurale, spécifiquement. Or, une part importante des débats en histoire de la médecine pour la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle en ce qui a trait aux conditions de santé concernent les nouveaux problèmes urbains. Pour Montréal, Jacques Henripin a tout de même consacré quelques lignes à la mortalité infantile de 1926 à 1958. Il constate une baisse accentuée et constante des taux, qui permet à cette ville de rejoindre, en fin de période, la moyenne nationale. Jacques Henripin, «L'inégalité sociale devant la mort: la morti-natalité et la mortalité infantile à Montréal», *Recherches sociographiques*, II, 1, janv.-mars 1961, 3-33.

<sup>13</sup> Terry Copp, *Classe ouvrière et pauvreté, les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*, Montréal, Boréal Express, 1978.

montréalaise réside peut-être dans les taux de mortalité extrêmement élevés des quartiers pauvres, qui, d'après l'auteur, plaçaient Montréal parmi les villes les plus malsaines du monde industrialisé<sup>15</sup>. T. Copp constate toutefois une amélioration des taux de mortalité infantile à partir de 1914 —amélioration qui débute plutôt vers 1911 en fait, après qu'on ait débuté la chloration de l'eau— de même que générale durant les années 1930<sup>16</sup>. D'après lui, il existait à Montréal une «crise de la santé» de loin antérieure à la crise économique, empirée sous certains aspects par celle-ci mais rendue moins accablante par des améliorations substantielles des mesures de prévention.

T. Copp soulève une question qui ne manquera pas de revenir à peu près systématiquement dans les autres recherches concernant la santé au Québec: celle des différences ethniques. Pour sa part, il estime que si les Canadiens français meurent plus jeunes et proportionnellement plus nombreux que les Canadiens anglais, cela est dû au fait qu'ils sont en général ouvriers et qu'ils habitent conséquemment dans les quartiers pauvres et les moins adéquatement desservis. Des travaux récents, portant toutefois sur la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>17</sup>, tendraient à indiquer que les différences de conditions de santé entre les groupes ethniques ne seraient pas seulement

---

<sup>14</sup> Voir Gilles Lauzon, «Cohabitation et déménagements en milieu ouvrier montréalais. Essai de réinterprétation à partir du cas du village Saint-Augustin (1871-1881)», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 46, 1, été 1992, 115-142.

<sup>15</sup> Martin Tétreault a apporté des précisions supplémentaires sur les causes de mortalité à Montréal de 1880 à 1914. Il attribue la baisse notable des taux de mortalité par maladies contagieuses durant cette période à une amélioration des conditions sanitaires. Martin Tétreault, «Les maladies de la misère—aspects de la santé publique à Montréal—1880-1914—», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 36, 4, mars 1983, 507-526; Martin Tétreault, *L'état de santé des Montréalais 1880-1914*, Regroupement des chercheurs-chercheuses en histoire des travailleurs et travailleuses du Québec, collection Études et documents, 1991.

<sup>16</sup> Terry Copp, «The Health of the People: Montreal in the Depression Years», dans *Norman Bethune, son époque et son message*, L'association canadienne d'hygiène publique, 1982, 129-137.

<sup>17</sup> J.-C. Robert, *loc. cit.* Des recherches de Sherry Olson, Pat Thornton et Q. Thuy Thach abondent dans le même sens: «Dimensions sociales de la mortalité infantile à Montréal au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle», *Annales de démographie historique*, 1988, 299-325.

l'expression d'une répartition inégale de ces groupes selon les classes sociales: les cohortes d'individus de même classe sociale mais d'appartenances ethniques distinctes affichent des statistiques vitales nettement différenciées. Aussi paraît-il souhaitable d'accorder aux différences de comportement liées à des traits culturels spécifiques une place parmi les facteurs ayant infléchi les conditions de santé des populations au Québec. Il convient cependant d'user de ce facteur avec discernement: la dénonciation d'une attitude soi-disant rétrograde des francophones québécois face aux innovations médicales a parfois tenu lieu d'explication à leur mauvais état de santé. Par exemple, les résistances face à la mise en place d'un programme de vaccination contre la variole à Montréal au XIX<sup>e</sup> siècle ont été souvent évoquées pour stigmatiser l'ignorance des masses populaires canadiennes-françaises, ainsi que celle d'une partie du corps médical francophone. Pareille résistance n'est pourtant pas propre aux Canadiens français et au Québec, et elle s'explique par bien d'autres facteurs<sup>18</sup>.

Au Québec comme ailleurs, les recherches qui touchent quelque peu en profondeur l'état de santé des populations ont été rarement menées de front avec celles traitant de l'évolution des services sanitaires. Les historiens et sociologues étudient la santé publique en abordant en général superficiellement les aspects que les démographes ou épidémiologues sont mieux préparés à analyser, et ces derniers ne s'aventurent

---

<sup>18</sup> Selon Michael Farley, Peter Keating et Othmar Keel, elle constituerait en fait une facette de la résistance à la médicalisation de la société, et elle se trouverait ici accentuée du fait que les mesures de vaccination obligatoire furent aux yeux de plusieurs appliquées de force par une autorité étrangère. Voir «La vaccination à Montréal dans la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle: pratiques, obstacles et résistances», dans Marcel Fournier, Yves Gingras et Othmar Keel, *Sciences et médecine au Québec, perspectives sociohistoriques*, Institut québécois de recherche sur la culture, 1987. Michael Bliss a publié un compte rendu assez détaillé des événements entourant l'épidémie de variole en 1885 à Montréal, où il est beaucoup question de la difficulté à faire admettre à une partie de la population francophone la nécessité d'une vaccination générale. Voir Michael Bliss, *Plague. A story of smallpox in Montreal*, Toronto, Harper Collins, 1991.

qu'exceptionnellement à traiter des services. Trop peu de travaux en fait suivent l'évolution d'une cause de décès ou d'un groupe de causes de décès tout en cherchant à en préciser les facteurs déterminants, comme le fait Danielle Gauvreau pour la mortalité maternelle au Québec et plus particulièrement au Saguenay avant 1960<sup>19</sup>. L'intérêt de sa démarche réside en bonne partie dans la jonction opérée entre des perspectives empruntées tout aussi bien à l'histoire des femmes et de la médecine qu'à la démographie. Son analyse montre que le risque de décéder en couches au Québec suit dans l'ensemble une progression comparable à celle observée dans les autres pays industrialisés: mêmes niveaux et baisse brusque à partir de la fin des années 1930. L'auteure attribue cette baisse à une conjonction de facteurs favorables: découvertes médicales récentes, amélioration des conditions de vie, baisse de la fécondité, et peut-être aussi, quoique cela soit moins clair, transfert du domicile à l'hôpital de l'acte d'accoucher. Notons que le développement avant les années 1940 de l'habitude de faire appel au médecin lors de l'accouchement ne se traduit par contre pas par une amélioration du risque de décéder en couches.

La mise en place des services de santé a, plus que les conditions de santé, suscité l'intérêt des chercheurs. La plupart, il est vrai, se sont limités à raconter d'un ton très élogieux l'oeuvre accomplie par d'éminents personnages ou institutions. Ainsi en est-il des nombreuses monographies d'établissements de soins hospitaliers, livres ou brochures anniversaires vantant invariablement le dévouement des dirigeants et du

---

<sup>19</sup> Voir Danielle Gauvreau, «Donner la vie et en mourir: la mortalité des femmes en couches au Québec avant 1960», dans D. D. Cordell, D. Gauvreau, C. Le Bourdais éd., *Population, reproduction et sociétés. Perspectives et enjeux de démographie sociale*, à paraître. Un ouvrage aussi traite des accidents de la route: Robert Bourbeau, *Les accidents de la route au Québec 1926-1978. Étude démographique et épidémiologique*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, collection «Démographie canadienne», 1983.

personnel. Il s'agit là du genre le plus abondant, conforme à l'histoire traditionnelle de la médecine dans bien d'autres pays, dont il partage les qualités mais aussi les insuffisances. En fait, l'histoire des services de santé au Québec demeure —comme celle des conditions de santé— en bonne partie à découvrir.

Qu'on pense par exemple aux mesures d'hygiène publique en milieu urbain québécois au XX<sup>e</sup> siècle<sup>20</sup>. Terry Copp, il est vrai, a publié un article où il dénonce l'incurie du Bureau de santé de Montréal jusqu'à 1929 et traite d'une réorganisation dudit Bureau menant à l'intensification de certaines mesures préventives durant les années 1930 (gouttes de lait, pasteurisation, cliniques pour nourrissons, etc)<sup>21</sup>. Un court texte descriptif donne un aperçu de l'évolution des services municipaux de santé à Québec jusque 1929, et une étude touche les mesures du début du siècle visant à faire face à une menace particulière, la tuberculose<sup>22</sup>. Deux livres traitant de maladies particulières à l'échelle du Canada, la tuberculose et les maladies vénériennes, contiennent quelques informations sur la province de Québec, cependant qu'un mémoire de maîtrise a trait à l'épidémie de grippe espagnole en 1918 à Sherbrooke<sup>23</sup>. Un article aussi montre

---

<sup>20</sup> Pour le XIX<sup>e</sup> siècle, un article intéressant sur les commencements de la santé publique à Montréal de 1865 à 1885 met en lumière l'entrée sur la scène civique de l'expertise médicale, et son inscription dans une continuité institutionnelle. Voir Michael Farley, Othmar Keel et Camille Limoges, «Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique», *HSTC Bulletin: Journal of the History of Canadian Science, Technology and Medicine*, 1982, nos 20 et 21, 24-46 et 85-109. Des comptes rendus de l'évolution des activités des gouvernements provinciaux et national touchant la santé publique ont été publiés dans R.D. Defries, éd., *The Development of Public Health in Canada*, Canadian Public Health Association, University of Toronto Press, 1940; R.D. Defries, éd., *The Federal and Provincial Health Services in Canada*, Canadian Public Health Association, University of Toronto Press, 1959.

<sup>21</sup> Terry Copp, *loc. cit.*

<sup>22</sup> Réjean Lemoine, «La santé publique: de l'inertie municipale à l'offensive hygiéniste» dans *La ville de Québec. Histoire municipale IV, de la Confédération à la crise*, Québec, La société historique de Québec, 1983, 153-180; Claudine Pierre-Deschênes, *La tuberculose au début du XX<sup>e</sup> siècle: problème social et réponse réformiste*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1980.

<sup>23</sup> G. J. Wherrett, *The Miracle of the Empty Beds. A History of Tuberculosis in Canada*, Univ. of Toronto Press, 1977; Jay Cassel, *The Secret Plague. Venereal Disease in Canada 1838-1939*, Univ. of Toronto

comment la profession médicale au Québec a utilisé le discours hygiéniste au cours des années 1870-1918 comme outil de promotion sociale. Un texte enfin traite des unités sanitaires de comtés de 1926 à 1975<sup>24</sup>. Mais aucun travail majeur ne s'est attaché à mettre en lumière l'organisation des services de santé publique, aussi bien en ce qui concerne l'assainissement de l'environnement que la médecine préventive et les institutions hospitalières. Malgré l'état lacunaire des recherches, une synthèse existe qui couvre la période 1886-1986<sup>25</sup>. D'après les auteurs, «l'histoire de la santé et de l'assistance au Québec, c'est la description de la montée du rôle de l'Etat et de ses formes institutionnelles»<sup>26</sup>. Aussi s'attachent-ils particulièrement à l'action du Conseil d'hygiène créé en 1887<sup>27</sup>. Dans l'ensemble, ils estiment que les interventions de l'Etat

---

Press, 1987; Denise Rioux, *La grippe espagnole à Sherbrooke en 1918*, mémoire de maîtrise (histoire), Université de Sherbrooke, 1985.

<sup>24</sup> Claudine Pierre-Deschênes, «Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, 3, 1981, 355-375; B. Gaumer, G. Desrosiers et O. Keel, *Vers un système de santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comtés: 1926-1975*, Montréal, Univ. de Montréal, Département de médecine sociale et préventive, 1991.

<sup>25</sup> Hervé Anctil et Marc-A. Bluteau, «La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986», *Santé Société*, no. spécial, Gouvernement du Québec, 1986. On peut se demander dans quelle mesure cette entreprise de synthèse commanditée par le gouvernement provincial n'était pas prématurée. Ainsi, en l'absence d'études de cas, les auteurs ont dû utiliser systématiquement la ville de Québec, dont l'exemplarité paraît douteuse, pour illustrer les transformations survenues au palier municipal. Pour les hôpitaux également les études critiques sont rares, si bien que l'évolution de ces institutions pendant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle est à peine discutée. Enfin, une série d'erreurs laissent songeur: par exemple une soi-disant campagne de vaccination contre la tuberculose au début du siècle bien avant qu'un vaccin n'existe (bien que Robert Koch ait cru quelque temps par erreur à l'action immunitaire de la tuberculine, elle fut plutôt utilisée pour déceler la présence des anticorps spécifiques à la tuberculose); la non-crédation d'un Service d'assistance publique provincial en 1922, dont la tâche prévue aurait été confiée au service provincial d'hygiène nouvellement créé (le Service de l'Assistance publique publia des rapports annuels que nous avons consultés, et les rapports annuels des comptes publics de la province identifient parmi les postes de dépenses un «bureau de l'assistance»). Mentionnons qu'il existe également un rapport d'enquête: J.-Y. Rivard *et al.*, «L'évolution des services de santé et des modes de distribution de soins au Québec», Québec, *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, annexe 2, 1970.

<sup>26</sup> *Ibid.*, p.3

<sup>27</sup> Cette date marquerait au Québec le début du mouvement hygiéniste. En fait, il y avait avant 1887 des groupes de personnes sensibilisées aux problèmes d'hygiène et qui s'efforçaient de promouvoir leurs idées, ce dont témoigne l'article déjà cité de Michael Farley, Othmar Keel et Camille Limoges.

sont demeurées tout de même plutôt timides durant la période qui nous intéresse. Ajoutons qu'une chronologie des principaux événements relatifs à l'histoire de la médecine au Québec a été publiée récemment<sup>28</sup>.

Sur les politiques de santé au Québec, la moisson serait aussi fort maigre si, traitant des politiques sociales dans une perspective marxiste, Yves Vaillancourt ne s'y était intéressé<sup>29</sup>. Celui-ci cherche à expliquer l'évolution des politiques sociales au Québec<sup>30</sup> en les situant dans le cadre de la lutte des classes. Les politiques sociales élaborées entre 1900 et 1960 auraient servi autant, sinon plus, les intérêts des capitalistes que ceux des travailleurs. Les luttes de ces derniers en vue d'obtenir des gouvernements l'instauration de mesures sociales auraient été moins vives qu'ailleurs au Canada en raison du rôle particulier d'intermédiaire joué ici par la petite bourgeoisie cléricale et intellectuelle.

Depuis quelques années enfin, la recherche universitaire en histoire de la médecine au Québec a privilégié l'étude des professions de la santé. Ici encore, la littérature est

---

<sup>28</sup> André Paradis et Denis Goulet, *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*, Montréal, vlb, 1992.

<sup>29</sup> Michel Pelletier et Yves Vaillancourt, *Les politiques sociales et les travailleurs*, cahier I *Les années 1900 à 1929*, Montréal, s.e., 1974; Yves Vaillancourt, cahier II, *Les années 1930*, Montréal, l'auteur, 1975; Yves Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960*, Les Presses de l'Université de Montréal, 1988. Dans ce dernier livre, Y. Vaillancourt précise sa conception de l'Etat, vu à la fois comme une condensation des rapports de forces entre les classes sociales, et comme jouant un rôle médiateur par une action régulatrice ayant «un impact spécifique sur la configuration des conflits de classe.» Concernant la Loi des accidents du travail, consulter aussi Alain Pontaut, *Santé et sécurité. Un bilan du régime québécois de santé et sécurité du travail, 1885-1985*, Montréal, Boréal Express, 1985.

<sup>30</sup> Certes fructueuse, la démarche nous paraît cependant ici incomplète, en ce sens qu'elle ne tient pas suffisamment compte des divisions internes aux trois grands groupes de la bourgeoisie, de la petite bourgeoisie et des travailleurs. Par exemple, il eût fallu accorder une place plus grande aux éléments novateurs de la petite bourgeoisie que sont les nouveaux experts (ingénieurs, médecins...). souvent plus proches de l'Etat ou de la grande entreprise que du clergé.

traversée par la question des différences ethniques<sup>31</sup>. Des recherches récentes portent sur l'organisation de la profession d'infirmière<sup>32</sup>. De plus, un livre sur l'histoire de la profession médicale au Québec est paru<sup>33</sup>. Son auteur, Jacques Bernier, cherche à montrer comment les médecins ont réussi au Québec à obtenir leur autonomie professionnelle et à s'assurer d'un contrôle dans le domaine médical, durant une période d'émergence allant de 1788 à 1909. L'évolution du statut juridique du médecin est fort bien documentée. On peut regretter toutefois que la question des rapports entre le praticien et l'hôpital, pourtant capitale ici dans la mesure où l'on traite de la conquête par la profession d'une position hégémonique dans la sphère médicale, soit quasiment absente<sup>34</sup>.

<sup>31</sup> Comment, par exemple, expliquer que les médecins canadiens-français semblent moins prompts que leurs confrères anglophones à faire leurs connaissances nouvelles et à adopter les techniques médicales de pointe? Deux textes d'un recueil récent abordent cette question. Yves Gingras constate des différences d'attitude quant à la réception des rayons X dans les facultés de médecine des universités Laval et McGill, ce qu'il explique par les trajectoires académiques distinctes des membres du corps professoral. George Weisz, par contre, explique en bonne partie les caractéristiques pédagogiques propres à chaque établissement par une adaptation aux besoins spécifiques de leurs clientèles respectives. Voir dans Marcel Fournier, Yves Gingras et Othmar Keel, *op. cit.*, Yves Gingras, «La réception des rayons X au Québec: radiographie des pratiques scientifiques», 69-96; George Weisz, «Origines géographiques et lieux de pratique des diplômés en médecine au Québec de 1834 à 1939», 129-170.

<sup>32</sup> Voir Yolande Cohen et Michèle Gélinas, «Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal: du service privé au service civique», *Histoire sociale*, XXII, 44, novembre 1989, 219-246; Yolande Cohen et Michèle Dagenais, «Le métier d'infirmière: savoirs féminins et reconnaissance professionnelle», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41, 2, automne 1987, 155-177; Johanne Daigle, *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, 1990; A. Petitat, *Les infirmières. De la vocation à la profession*, Montréal, Boréal, 1989. D'autres professions ont également retenu l'attention: voir par exemple Lucie Piché et Nadia Fahmy-Eid, «À la recherche d'un statut professionnel dans le champ paramédical. Le cas de la diététique, de la physiothérapie et de la technologie médicale (1940-1973)», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 45, 3, hiver 1992, 375-401.

<sup>33</sup> Jacques Bernier, *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1988. L'auteur utilise comme «microcosme» le cas de la région de Québec, et tire ses informations de la documentation législative et parlementaire, des revues médicales et de certains grands journaux. Il a également publié différents articles sur l'histoire de la profession médicale au Québec durant le XIX<sup>e</sup> siècle. Sur l'histoire de la médecine au Québec, mentionnons l'étude pionnière de Maude E. Abbott, «Medicine and Surgery in the Province of Quebec», d'abord publiée dans William Wood, éd., *The Storied Province of Quebec. Past and Present*, 1931, II, chap. VII, 1066-1150.

<sup>34</sup> Voir à ce sujet notamment l'analyse de Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, New York, Basic Books, 1982. On

Les ouvrages permettant d'alimenter la réflexion sur l'hôpital québécois et sur la place des médecins dans l'hôpital, demeurent, il est vrai, par trop rares. Plusieurs monographies d'hôpital existent, certes, mais elles livrent presque toutes une image consensuelle du milieu hospitalier, et négligent d'inscrire l'institution dans le cadre plus large de la socio-économie québécoise, ou même dans celui du réseau hospitalier régional ou provincial. Des contributions récentes ont cherché à combler en partie certaines de ces lacunes, mais ne parviennent pas vraiment à notre avis à prendre en compte les facteurs externes au monde hospitalier, aussi bien politiques qu'économiques ou sociaux, qui déterminent en partie son évolution<sup>35</sup>. A cet égard, l'on verra que diverses recherches américaines des années 1980 sont de nature à inspirer notre démarche.

D'autres avenues ont été empruntées au cours des dernières années en histoire de la médecine au Québec (évolution du discours médical ou paramédical<sup>36</sup>, de la psychiatrie<sup>37</sup>, de la pratique médicale et de son enseignement<sup>38</sup>...), dont nous ne

---

s'étonne que Jacques Bernier se soit abstenu d'explorer les archives des établissements hospitaliers, ce qui l'aurait probablement amené à nuancer son propos concernant le pouvoir acquis par les médecins dans le secteur de la santé durant cette période. Peut-être eût-il découvert que les communautés propriétaires et gérantes de ces établissements exerçaient un certain contrôle sur la pratique médicale en institution, et que ce contrôle —menacé et déclinant certes— allait se prolonger bien au-delà de la période étudiée, durant ce qu'il a désigné comme «la belle époque» de la profession au Québec (1910 à 1960).

<sup>35</sup> R. Kenneally, *The Montreal Maternity Hospital, 1843-1926: Evolution of a Hospital*, mémoire de maîtrise (histoire), Université McGill, 1983; N. Perron, *Un siècle de vie hospitalière au Québec*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1984.

<sup>36</sup> Voir entre autres Andrée Lévesque, «Mères ou malades: les Québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 38, 1, été 1984, 23-37; Denis Goulet, *Le commerce des maladies, la publicité des remèdes au début du siècle*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1987.

<sup>37</sup> Peter Keating, *La science du mal. L'institution de la psychiatrie au Québec : 1800-1914*, Montréal, Boréal, 1993.

<sup>38</sup> Luc Chartrand, Raymond Duchesne et Yves Gingras, *Histoire des sciences au Québec*, Montréal, Boréal, 1987; André Paradis, «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,

rendrons pas compte: s'y engager nous éloignerait par trop de nos préoccupations. Il importe d'ailleurs de souligner que cette recherche ne touchera pas la branche de la santé publique que représentent les services relatifs à la santé mentale. L'évolution des institutions asilaires au Québec suit un cheminement nettement distinct de celui des autres institutions hospitalières, et est généralement traitée à part.

En somme, si la recherche en histoire de la médecine au Québec connaît un certain renouveau depuis le début des années 1980, les acquis paraissent encore aujourd'hui, à plus d'un titre, ténus. De vastes champs d'investigation demeurent relativement inexplorés pour la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle ou superficiellement abordés. De plus, la recherche concernant le Québec n'a que depuis peu participé au bouillonnement d'idées neuves qui ont envahi l'histoire de la médecine et de la santé durant les années 1970, ce dont il sera maintenant question.

### 1.2.2 *La santé publique aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles dans les pays industrialisés*

Si l'histoire de la médecine et de la santé est actuellement en voie d'émergence au Québec, elle s'est par contre considérablement développée dans divers pays. Tout un corpus de travaux de recherche touchant la santé publique aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles

---

1989, 63-91; G. Desrosiers, B. Gaumer et O. Keel, «L'évolution des structures de l'enseignement universitaire spécialisé de santé publique au Québec: 1899-1970», *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 6, 1, été 1989, 3-26; Denis Goulet, *Des miasmes aux germes. L'impact de la bactériologie sur la pratique médicale au Québec (1870-1930)*, thèse de doctorat (histoire), Université de Montréal, 1992; Denis Goulet et Othmar Keel, «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, 1993, 417-442; Denis Goulet, *Histoire de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1843-1993*. Montréal, vlb, 1992.

dans les pays industrialisés a ainsi été constitué, que nous présenterons maintenant brièvement avant de définir plus précisément les objectifs et la méthodologie de notre étude. Ceci paraît d'autant plus essentiel qu'à partir de la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, le Québec, à l'instar des Etats-Unis ou de la Grande-Bretagne, s'industrialisait et s'urbanisait, de sorte que les mêmes problèmes sanitaires allaient y prendre de l'ampleur, et que plusieurs mesures conçues ailleurs y seraient adoptées et adaptées. L'évolution de l'état sanitaire des populations, celle des systèmes de santé publique seront présentées brièvement, de même que les principales explications qui ont été données des transformations survenues.

Très tôt, la ville industrielle fut reconnue comme un milieu particulièrement malsain. Dès la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle en fait, des enquêtes menées par les chefs de file hygiénistes de l'époque établirent des corrélations très nettes entre les taux de mortalité urbains élevés et les conditions de vie pitoyables de larges proportions de citoyens. Pareils constats ont été depuis corroborés par de nombreuses recherches. L'industrialisation et l'urbanisation ont dans un premier temps amplifié certains problèmes ayant des incidences néfastes sur l'état de santé des populations: pauvreté et promiscuité subies par une majorité de familles de travailleurs, insuffisance des infrastructures urbaines visant à assurer l'approvisionnement en eau, le drainage, la disposition des déchets, etc.

Dans l'ensemble des pays qui connurent l'industrialisation, on n'en observe pas moins aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles une amélioration de l'état de santé des populations. C'est durant cette période que prit essentiellement place un long processus qui a été désigné sous le nom de «transition démographique». Celle-ci est caractérisée par une baisse

des taux de mortalité suscitant une accélération initiale de la croissance démographique, et par une baisse ultérieure des taux de natalité freinant cette croissance. On attribue principalement l'affaissement des taux de mortalité au déclin des maladies contagieuses. Les taux de mortalité en bas âge surtout s'abaissèrent, et le vieillissement subséquent des populations se traduit par une hausse de l'incidence des maladies chroniques et dégénératives.

Comment les chercheurs ont-ils interprété cette amélioration de l'état sanitaire des populations? Jusqu'aux années 1960, la recherche en histoire de la médecine avait été surtout le fait de praticiens férus du passé de leur profession. Ils avaient privilégié, dans leurs schémas explicatifs, des facteurs de changement que nous qualifierons d'internes, à savoir les progrès de la science et de l'intervention médicales. D'excellents travaux<sup>39</sup>, certes, ont vu le jour; mais cette production a été surtout consacrée aux grandes découvertes et aux personnalités du monde médical, aux institutions hospitalières et d'enseignement de la médecine, aux épidémies les plus meurtrières, sans que, le plus souvent, soit pris en compte le contexte économique, politique et social dans lequel elles s'inscrivent.

C'est précisément par une série de réinterprétations mettant l'accent sur des facteurs d'explication externes à la médecine même, que le champ de l'histoire de la médecine a été renouvelé au cours des deux dernières décennies. On s'est par exemple demandé si

---

<sup>39</sup> Voir notamment Richard Harrison Shryock. *The Development of Modern Medicine. An Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved*. Wisconsin, University of Wisconsin Press, 1947. Mentionnons toutefois que monsieur Shryock n'était pas médecin.

l'amélioration de l'état de santé des populations n'était pas le résultat d'une hausse du niveau de vie bien plus que de l'intervention des médecins. Thomas McKeown<sup>40</sup> par exemple pense que les principaux responsables du déclin de la mortalité ont été, à la fois par ordre d'importance et par ordre chronologique, une amélioration de la nutrition et l'assainissement du milieu de vie, puis des facteurs comportementaux, et en troisième lieu seulement des facteurs médicaux<sup>41</sup>. Les thèses de T. McKeown n'ont pas manqué de susciter d'âpres critiques. On a pu ainsi souligner que la médecine soulage bien des maux qui ne mènent pas au décès, et que, par conséquent, une analyse basée essentiellement sur la mortalité minimise son rôle. De plus, l'assainissement de l'environnement urbain auquel T. McKeown attribue un grand mérite et dont le principal crédit va aux ingénieurs des travaux publics, n'en était pas moins en partie guidé par les théories médicales de l'époque<sup>42</sup>.

Diverses études ont montré que les transformations de l'hygiène publique ont joué un rôle de premier plan dans l'amélioration des conditions de santé<sup>43</sup>. L'on s'accorde généralement sur une périodisation en deux grandes phases, à la charnière desquelles débute notre recherche<sup>44</sup>. Durant la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, des réformes

---

<sup>40</sup> Thomas McKeown, *The Role of Medicine, Dream, Mirage, or Nemesis?*, New Jersey, Princeton University Press, 1979.

<sup>41</sup> D'autres auteurs ont remis en cause l'efficacité de la médecine moderne hautement technique. Voir par exemple J. Rogers Hollingsworth, *A Political Economy of Medicine: Great Britain and the United States*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1986.

<sup>42</sup> Ceci est valable aussi bien pour le XIX<sup>e</sup> que le XX<sup>e</sup> siècles. Certes erronée, la théorie des miasmes, dominante durant les deux premiers tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, inspira néanmoins des mesures qui, affectant l'environnement globalement, eurent des effets bénéfiques. Elle postulait que les épidémies étaient causées par un mauvais état de l'atmosphère lié à la décomposition de matières végétales et animales.

<sup>43</sup> Voir par exemple J. W. Leavitt, *The Healthiest City. Milwaukee and the Politics of Health Reform*, Princeton University Press, 1982.

<sup>44</sup> Sur l'histoire de l'hygiène publique, un ouvrage qui n'est plus jeune demeure capital: George Rosen, *A History of Public Health*, New York, MD Publications, 1958.

sanitaires furent instaurées qui reposaient essentiellement sur des mesures à caractère environnemental, en particulier un assainissement des approvisionnements en eau, le drainage et l'enlèvement des déchets. Puis, peu à peu à partir des années 1890, et de façon plus marquée après la Première Guerre mondiale, fut graduellement mise en place une médecine préventive<sup>45</sup> fondée sur les découvertes de la bactériologie et privilégiant des moyens d'action spécifiques comme l'immunisation, le dépistage et l'isolement. Les mesures sanitaires au spectre large de la période antérieure, un peu «aveugles» pourrait-on dire, ne disparurent pas pour autant. Au contraire, devenues plus efficaces grâce à une meilleure compréhension des mécanismes de transmission des maladies contagieuses, elles furent généralisées. Les nouvelles connaissances, attirant l'attention sur les vecteurs humains de la contagion, allaient également contribuer à modifier les rapports de l'Etat avec l'individu<sup>46</sup>, et favoriser la mise en oeuvre de programmes d'identification et de contrôle des maladies par des moyens médicaux. Pour différents chercheurs, pareille orientation de l'hygiène publique constituait un rétrécissement des objectifs antérieurs, par l'abandon des projets de réformes sociales<sup>47</sup>. Comme on le verra plus tard, ce point de vue nous apparaît discutable.

Mais si les transformations de l'hygiène publique peuvent être décrites du point de vue de l'évolution de la science médicale, elles ne peuvent être comprises que dans un cadre plus large, où seraient prises en compte les dimensions politique, économique et

---

<sup>45</sup> Pour les Etats-Unis, on peut consulter entre autres George Rosen, *Preventive Medicine in the United States 1900-1975, Trends and Interpretations*, New York, Prodist, 1977.

<sup>46</sup> Voir B. G. Rosenkrantz, *op. cit.*

<sup>47</sup> B. G. Rosenkrantz est de cette opinion (*op. cit.*), de même que Paul Starr dans *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. New York, Basic Books, 1982.

sociale. C'est ce que tente J. W. Leavitt dans son étude de l'action sanitaire municipale dans une ville des États-Unis<sup>48</sup>. Parmi les six catégories de facteurs qu'elle considère avoir joué un rôle dans la mise en place des services sanitaires municipaux, à savoir la nature du problème sanitaire, l'état des connaissances médicales, les intérêts économiques, les pressions politiques, les actions individuelles et la diversité sociale et culturelle, deux lui apparaissent généralement plus déterminants: le politique et l'économique. Mais elle constate aussi que selon les problèmes sanitaires combattus, l'importance relative de ces différents facteurs varie. Soulignons que l'étude de cas a permis ici de faire ressortir des phénomènes qui seraient demeurés insaisissables à une échelle d'analyse plus vaste, en particulier de mieux comprendre les résistances aux réformes: désavantages pour les petits producteurs de produits alimentaires, atteintes à la liberté des individus...

Un même souci d'élargir le cadre d'analyse marque les recherches concernant les services médico-hospitaliers, lequel souci s'est notamment manifesté par un renouvellement du genre des monographies d'hôpitaux. Dans les monographies traditionnelles, les hôpitaux étaient considérés comme des entités isolées obéissant dans leur développement essentiellement aux impératifs d'une science médicale en progression rapide. Or, leur évolution, a-t-on souligné, reflète tout autant des changements survenus dans la société<sup>49</sup>. Pour C. Rosenberg, l'hôpital, malgré ses

---

<sup>48</sup> J. W. Leavitt, *op. cit.*

<sup>49</sup> Quelques ouvrages majeurs sont apparus durant les années 1980 concernant l'évolution des hôpitaux américains: David Rosner, *A Once Charitable Enterprise. Hospitals and Health Care in Brooklyn and New York, 1885-1915*, Cambridge Univ. Press, 1982; Morris J. Vogel, *The Invention of the Modern Hospital*, Univ. of Chicago Press, 1980; Charles E. Rosenberg, *The Care of Strangers. The Rise of America's Hospital System*, New York, Basic Books, 1987; Rosemary Stevens, *In Sickness and in Wealth. American Hospitals in the Twentieth Century*, Basic Books, 1989.

caractéristiques propres, constitue un microcosme où sont reproduits les rapports sociaux et les valeurs du monde qui l'entoure. Il estime que la structuration de l'hôpital moderne entre 1870 et 1920 aux Etats-Unis résulte d'interactions complexes entre plusieurs facteurs: politique, économie, réalités démographiques notamment. Il n'en accorde pas moins une importance particulière au rôle des médecins, à leurs besoins et aspirations.

Qu'il fût privé ou public, l'hôpital avait été auparavant sous la responsabilité de notables locaux et accueillait des malades sans ressources. Avec le progrès des techniques médicales et l'usage d'équipements de plus en plus sophistiqués, l'hôpital, redéfini comme institution médicale scientifique, devint le lieu de traitement des cas aigus principalement. Une clientèle de plus en plus diversifiée se pressa à ses portes. L'espace hospitalier, antérieurement relativement homogène, fut découpé en aires aux fonctions précises (laboratoires, blocs opératoires, chambres privées...). Les tâches se spécialisèrent également (soins dispensés par les infirmières, recours à des techniciens et à des administrateurs professionnels, etc). Par ailleurs, la direction des établissements se montrant jalouse de son autonomie, les efforts de coordination et de planification du développement des réseaux hospitaliers eurent relativement peu d'effets, aux Etats-Unis particulièrement. En fait, l'organisation des services offerts à la population différait parfois sensiblement d'une ville à l'autre<sup>50</sup>, aussi bien qu'entre pays.

---

<sup>50</sup> Voir à ce sujet J. V. Pickstone, *Medicine and Industrial Society. A History of Hospital Development in Manchester and its Region, 1752-1946*, Manchester University Press, 1985.

La formation de systèmes de santé publique sensiblement distincts d'un pays à l'autre ne peut elle aussi s'expliquer qu'en recourant à des facteurs extérieurs à la médecine même, et ce à travers une démarche comparative. Quelques auteurs ont ainsi exploré les différences entre les systèmes de santé de l'Angleterre et des États-Unis, le premier étant caractérisé par une intervention bien plus variée et profonde de l'État que le second, et comportant des mesures d'aide sociale à la fois de plus grande envergure et mieux intégrées dans une politique socio-sanitaire globale. Si certains expliquent les contrastes entre ces deux systèmes par les spécificités de la culture politique de chaque pays<sup>51</sup>, d'autres y voient plutôt les effets des différences de pouvoir entre les groupes-clés qui les ont façonnés: faiblesse du mouvement ouvrier aux États-Unis, conférant moins de poids aux partisans de réformes socio-sanitaires<sup>52</sup>; corps médical plus unifié et moins stratifié, ce qui facilite les actions communes et aide de la sorte à l'instauration du type de développement privilégié par les médecins<sup>53</sup>.

La profession médicale elle-même n'a pas échappé aux remises en question. Ainsi, plusieurs auteurs ont cherché à expliquer les gains en prestige et en autorité des médecins à partir du dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, notamment aux États-Unis où ils ont atteint une situation sociale particulièrement avantageuse. L'expertise médicale s'imposa rapidement aussi bien pour l'application des nouvelles mesures d'hygiène publique que pour l'usage de méthodes thérapeutiques échappant désormais à la

---

<sup>51</sup> Daniel M. Fox, *Health Policies Health Politics. The British and American Experience 1911-1965*, Princeton Univ. Press, 1986.

<sup>52</sup> Jeanne L. Brand, *Doctors and the State: the British Medical Profession and Government Action in Public Health, 1870-1912*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1965.

<sup>53</sup> J. Rogers Hollingsworth, *op. cit.*

compréhension des non-initiés. Le pouvoir de ceux qui –notables locaux<sup>54</sup>, communautés religieuses– avaient auparavant la haute main sur le champ de la santé s'en trouva menacé. L'autorité du médecin s'affermir, en particulier à l'intérieur de l'hôpital, sanctuaire des prouesses scientifiques et techniques dont il détenait les clefs.

On a longtemps considéré que la montée du pouvoir des praticiens était une conséquence en quelque sorte naturelle et inévitable des gains en efficacité de la médecine thérapeutique<sup>55</sup>, ce qui a été contesté depuis. Paul Starr, dans une étude très influente, explique cette montée aux Etats-Unis par l'acquisition d'une autorité culturelle<sup>56</sup> fondée sur la reconnaissance de la légitimité de l'expert médical et sur le rapport de dépendance entretenu avec le client. Les médecins auraient été en mesure de commuer cette autorité en pouvoir économique et en influence politique. Ils auraient ainsi pu guider la structuration des soins et défendre leur autonomie contre diverses organisations (hôpitaux, syndicats, entreprises, compagnies d'assurances, Etat). D'autres auteurs sont plutôt d'avis que l'ascension sociale des médecins n'a pu se produire qu'en raison d'une conformité ou complémentarité de leurs intérêts avec ceux de la classe dominante<sup>57</sup>. Ainsi E. R. Brown, dans une étude controversée, a-t-il fait ressortir l'influence des grandes entreprises sur l'évolution de la médecine aux Etats-Unis, à travers l'action d'organismes philanthropiques<sup>58</sup>. Diverses études enfin ont

---

<sup>54</sup> Voir John V. Pickstone, *op. cit.*

<sup>55</sup> Voir par exemple R. H. Shryock, *op. cit.*

<sup>56</sup> L'auteur définit celle-ci comme la capacité de faire accepter comme vraies des définitions particulières de la réalité et des jugements de valeur. Paul Starr, *op. cit.*

<sup>57</sup> Voir: Vicente Navarro, «Medical History as Justification Rather than Explanation: a Critique of Starr's The Social Transformation of American Medicine», *International Journal of Health Services*, 14, 4, 1984, 511-528.

<sup>58</sup> E. R. Brown, *Rockefeller Medicine Men. Medicine & Capitalism in America*. University of California Press, Berkeley, 1979.

dénoncé la puissance d'un lobbying professionnel contraire à l'intérêt public, et l'exercice d'un contrôle social dépassant largement le rôle de thérapeute. Le processus de médicalisation de la société<sup>59</sup>, le caractère normatif du discours médical définissant des comportements idéaux (ceux de la femme notamment<sup>60</sup>) ou la marginalité (aliénation mentale par exemple), ont aussi été questionnés.

D'autres groupes professionnels que celui des médecins bénéficièrent des transformations des services de santé. Celui des ingénieurs, par exemple, dont le prestige grandit. La conception des équipements sanitaires et des hôpitaux, la définition d'une réglementation plus précise reposèrent de plus en plus sur la maîtrise de connaissances techniques spécifiques. De manière générale, l'ascension sociale des experts s'appuya sur les mouvements de réforme urbaine dont l'influence se fit sentir à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et durant les premières décennies du XX<sup>e</sup>. Nés en réponse aux bouleversements occasionnés par le double processus de l'urbanisation et de l'industrialisation, ces mouvements, parfois contradictoires, soutinrent l'adoption de mesures dont la mise en oeuvre nécessitait le recours à un personnel spécialisé. Ainsi, le principal courant réformiste américain visait une restructuration de l'administration municipale, qui confierait la gestion des affaires courantes à des personnes qualifiées non impliquées dans les luttes politiques locales<sup>61</sup>. Le choix de nouvelles formules de

---

<sup>59</sup> Voir par exemple Irving Kenneth Zola, «Medicine as an Institution of Social Control» dans John Ehrenreich, *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, New York, Monthly Review Press, 1978, 80-100; également l'ouvrage iconoclaste de Ivan Illich, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Seuil, 1975.

<sup>60</sup> De nombreux travaux en histoire des femmes traitent de ces questions. Voir par exemple Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Des experts et des femmes*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 1982 (traduction d'un ouvrage américain paru en 1978); ou un ouvrage plus récent de J. W. Leavitt, *Childbearing in America 1750 to 1950*, New York et Oxford, Oxford University Press, 1986.

<sup>61</sup> Voir Raymond A. Mohl, *The New City, Urban America in the Industrial Age, 1880-1920*, Illinois, Harlan Davidson, 1985.

gouvernement, la formation de départements (de santé entre autres) dotés d'un personnel permanent participaient, en quelque sorte, à une même rationalité: restreindre la marge d'action des élus locaux au bénéfice d'une fonction publique dirigée par des experts. Les réformistes étaient-ils guidés, comme certains l'ont affirmé, par un idéal humanitaire visant la création d'une société rationnelle et juste<sup>62</sup>? Plusieurs auteurs<sup>63</sup> ont souligné que pareille interprétation manque de recul par rapport au discours même des réformistes. En effet, elle ne tient pas compte des avantages qu'en tiraient non seulement les groupes sociaux nouvellement investis du pouvoir de l'expert, mais aussi les classes dominantes auxquelles ils se trouvaient objectivement associés<sup>64</sup>.

On le voit, les principaux déterminants du changement en matière sanitaire ne se laissent pas aisément appréhender. Au fil des années, un certain consensus s'est tout de même dégagé en faveur d'approches globalisantes prenant en compte une large diversité de facteurs. L'auteure d'une revue récente de l'historiographie anglaise et américaine affirme ainsi que c'est dans cette voie qu'ont été réalisés les travaux les plus novateurs des dernières années et que les travaux à venir sont le plus susceptibles d'enrichir nos connaissances<sup>65</sup>. En effet, l'on a constaté que si l'état d'avancement de la science fixe certaines balises, la définition des conceptions et des pratiques, de même

---

<sup>62</sup> Voir Paul Rutherford, «Tomorrow's Metropolis: the Urban Reform Movement in Canada, 1880-1920», dans Gilbert A. Stelter & Alan F. J. Artibise, éd., *The Canadian City: Essays in Social and Urban History*, Ottawa, Carleton University Press, 1984, 435-455.

<sup>63</sup> John C. Weaver, «Tomorrow's Metropolis Revisited: a Critical Assessment of Urban Reform in Canada, 1890-1920», dans Gilbert A. Stelter & Alan F. J. Artibise, éd., *The Canadian City: Essays in Social and Urban History*, Ottawa, Carleton University Press, 1984, 456-477.

<sup>64</sup> L'étude de Paul-André Linteau sur la ville de Maisonneuve montre entre autres comment un groupe de promoteurs ont misé sur une politique de grandeur inspirée du City Beautiful Movement américain. Voir P.-A. Linteau, *Maisonneuve ou comment des promoteurs fabriquent une ville*, Montréal, Boréal Express, 1981.

<sup>65</sup> Voir J. W. Leavitt, «Medicine in context: a Review Essay on the History of Medicine», *The American Historical Review*, 95. déc. 1990, 1471-1484.

que leur cristallisation dans des formes institutionnelles relèvent au moins tout autant de facteurs sociaux, économiques et politiques. Nous inscrivant dans la mouvance de l'histoire sociale, plus précisément en cherchant à situer notre démarche dans les courants de recherche qu'elle a inspirés en histoire de la médecine à travers le monde, nous avons opté pour une démarche tentant d'intégrer ces dimensions d'analyse.

### **1.3 La modernisation de la santé publique au Québec**

Élargir le cadre interprétatif bien au delà des simples transformations de la médecine amène à prendre en compte les résultats de recherches effectuées dans d'autres champs d'intérêt. Ainsi, l'évolution de la santé publique au Québec gagne à être examinée à la lumière des débats entourant la question controversée de la modernisation de la société québécoise durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. De plus, la mise en oeuvre des réformes sanitaires repose en partie sur des mécanismes imbriqués aux structures politiques de l'époque au Québec, est soumise à des impératifs économiques, et dépend étroitement des rapports établis entre divers groupes sociaux.

#### *1.3.1 Les rapports au changement en matière de santé publique dans la société québécoise*

Jusqu'à récemment, le Québec francophone de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle a bien souvent été présenté comme refermé sur lui-même, réfractaire au changement, accroché à ses traditions, toutes caractéristiques dont seraient responsables le clergé catholique et une petite bourgeoisie nationaliste traditionaliste. Cette représentation du rapport de la société québécoise francophone à la modernité a cependant été contestée par divers

chercheurs: le mythe d'un monolithisme idéologique à saveur traditionaliste au Canada français a été brisé, et le supposé conservatisme généralisé des Canadiens français en matière économique n'a pas résisté à l'analyse<sup>66</sup>.

La plupart des travaux remettant en cause l'image d'un Québec francophone uniformément conservateur et traditionaliste ont touché un secteur d'activité où les principaux leviers de commande échappaient aux francophones, celui de l'économie. En déplaçant la réflexion relative à ces questions dans le domaine sanitaire, nous positionnons au contraire le débat dans ce qui est généralement considéré comme l'un des châteaux-forts de la petite-bourgeoisie de langue française: le maintien de son contrôle sur les services socio-sanitaires représente aux yeux de plusieurs l'un des piliers de sa stratégie globale d'encadrement de la population. Or, et ce sera là l'un des éléments de notre démonstration, ce supposé fief d'un groupe traditionaliste fut en fait le théâtre d'une succession de transformations majeures entre 1887 et 1939. Cet apparent paradoxe invite, tout au moins, à s'interroger sur les positions adoptées par les membres de différents groupes sociaux face aux réformes, interrogation qui constituera le fil directeur de notre démarche.

Fixons d'abord quelques balises: l'ouverture face aux courants internationaux de réformes, le rôle grandissant de l'Etat québécois en matière sanitaire. Selon une idée reçue, le Québec de l'époque est peu réceptif aux idées de changements provenant de l'extérieur, tend à se replier sur lui-même. Or, nous estimons que dans le domaine de

---

<sup>66</sup> Fernande Roy a rédigé une analyse convaincante de ces questions dans *Progrès, harmonie, liberté. Le libéralisme des milieux d'affaires francophones à Montréal au tournant du siècle*, Montréal, Boréal, 1988.

la santé publique, et contrairement à un poncif trop facilement admis, le Québec ne s'est pas tenu à l'écart des mouvements de réforme. Récemment encore, abusés par des sources secondes (elles-mêmes basées sur d'autres sources secondes le plus souvent) flétrissant cet autre «retard» du Québec, des auteurs non historiens spécialistes de la santé publique ont reconduit ce point de vue stéréotypé<sup>67</sup>. Bien que nous n'adoptions pas une démarche comparative entre le système sanitaire québécois et ceux d'autres provinces ou pays, nous entendons faire ressortir le point suivant: les grands courants de réforme internationaux en matière de santé publique de la dernière décennie du XIX<sup>e</sup> siècle à la fin des années 1930 ont pénétré au Québec et y ont généré des remous importants. Certes, il y eut des résistances, une certaine indifférence ou inertie dans bien des cas et même des oppositions vigoureuses que nous comptons mettre en lumière. Mais la recherche des «retards» du Québec en matière sanitaire comme en d'autres champs de l'histoire n'aurait-elle pas occulté, écarté comme non significatifs les éléments qui s'intégraient mal à ce cadre interprétatif et menaçaient de l'infirmier? Des études à l'extérieur du Québec ne montrent-elles pas que les résistances aux réformes n'étaient pas, loin s'en faut, l'exclusivité de cette province<sup>68</sup>? Enfin, ne tend-on pas à comparer le cas québécois aux quelques endroits dans le monde industrialisé

---

<sup>67</sup> Pierre Duplessis *et al.*, éd., *Santé publique et pays industrialisés*, Les publications du Québec, 1989, 245-246. La courte partie concernant l'histoire du système de santé québécois accumule les erreurs dans les faits et les dates: «Jusqu'au début des années 1930, il n'y avait pas de système de santé publique organisé de façon cohérente et permanente», p. 245; création du Service provincial d'hygiène présentée comme un produit de la Loi de l'assistance publique de 1921, développement de services de santé municipaux dans les municipalités assez riches *après* la création des unités sanitaires en 1926... C'est un point de vue assez généralisé que le Québec a tardé à se mettre à l'heure de l'hygiène publique moderne. T. Copp par exemple (*op. cit.*) est assez sévère à cet égard pour Montréal et pour le gouvernement de la province.

<sup>68</sup> Des résistances contre les mesures antivarioliques dans bien d'autres pays ont par exemple été constatées par Pierre Darmon, dans *La longue traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive*, Paris, Librairie académique Perrin, 1986. D'autres oppositions ont été étudiées dans une ville des États-Unis: J. W. Leavitt, *The Healthiest City. Milwaukee and the Politics of Health Reform*, Princeton University Press, 1982.

qui étaient à l'avant-garde dans les mouvements de réformes, et qui par conséquent ont fait l'objet de recherches publiées<sup>69</sup>

Une autre idée largement répandue a trait à l'inertie des gouvernements québécois dans le domaine socio-sanitaire durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle: ce n'est que dans une moindre mesure et plus tard qu'ailleurs qu'ils se seraient attaqués aux problèmes menaçant la santé de la population, préférant laisser le secteur privé les solutionner<sup>70</sup>. Or, un regard même sommaire dans les archives de l'époque permet de constater que de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à la Deuxième Guerre mondiale, le gouvernement de la province s'érigea en principal agent de changement dans le secteur de l'hygiène publique. De plus, nous entendons montrer que le rôle de l'Etat québécois dans la modernisation et l'extension du système médico-hospitalier durant l'entre-deux-guerres a été quelque peu sous-estimé.

---

<sup>69</sup> Les recherches les mieux connues sur l'hygiène publique aux Etats-Unis par exemple concernent un État et une ville à l'avant-garde en ce domaine. Voir: J. W. Leavitt, *op. cit.*; B. G. Rosenkrantz, *Public Health and the State: Changing Views in Massachusetts 1842-1936*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1972.

<sup>70</sup> Voir par exemple Marc Renaud, *The Political Economy of the Quebec State Interventions in Health: Reform or Revolution?*, thèse de doctorat, University of Wisconsin, 1976; Frederic Lesemann, *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 1981. Cette idée d'un retard du Québec dans la lutte sanitaire est présente également dans un rapport d'enquête publié en 1939 par le gouvernement du Canada et rédigé par A. E. Grauer: *Hygiène publique. Étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, Ottawa, 1939. De prime abord, l'affirmation semble bien étayée, puisque reposant sur des comparaisons entre provinces. Mais dès lors que l'on cherche à vérifier les données utilisées, des irrégularités apparaissent. Ainsi, dans cette enquête, les montants des dépenses du Québec pour les sanatoria sont-ils largement inférieurs à ceux que nous avons recueillis dans les sources: en 1935 et 1936, par exemple, le texte de A. E. Grauer donne 395 et 462 milliers de dollars respectivement pour ces deux années, alors que les rapports du Service de l'assistance publique établissent à 924 et 895 les dépenses effectuées par ce service pour les sanatoria antituberculeux en 1935-1936 et 1936-1937. Et Grauer de classer le Québec bon dernier en terme de dollars dépensés par tête à ce chapitre (voir p. 21-22 et 26-27). Lorsque l'auteur compare les décès par diphtérie survenus dans différentes villes du Canada, il est curieux qu'il choisisse 1927 comme année-témoin pour montrer les progrès accomplis. En effet cette année fut celle d'une terrible épidémie à Montréal, à la suite de laquelle une surveillance de la pasteurisation au Québec fut établie à l'échelle provinciale. Mais ce qui ressort du tableau c'est le nombre de décès incomparablement plus élevé à Montréal que partout ailleurs (p. 72)

L'opinion souvent émise à l'effet que la santé au Québec était essentiellement affaire privée repose à notre avis sur la tendance contemporaine, qui s'est accentuée nettement après la Seconde Guerre mondiale, à reléguer au second plan les mesures d'hygiène publique. Ceci est parfaitement compréhensible compte tenu des succès de la médecine curative et de la place qu'elle a prise dans nos vies. Mais les services médico-hospitaliers du début du siècle ne jouissaient pas d'une position prédominante dans le système de santé. En fait, durant la période qui nous occupe, les mesures d'hygiène du milieu et de médecine préventive, qui relevaient alors essentiellement du gouvernement québécois et des municipalités, ont joué un rôle primordial. L'Etat québécois, par une série d'interventions d'abord timides puis de plus en plus contraignantes visant une normalisation des services offerts, a été en bonne partie responsable, selon nous, du relèvement de l'état de santé de la population de la province entre 1890 et 1945.

### *1.3.2 Les mécanismes des réformes et les principales tendances*

Les études qui ont pris en compte le contexte social, économique et politique des réformes sanitaires survenues durant les dernières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle et les premières du siècle suivant, ont révélé la complexité des liens existant entre la conception de nouveaux modèles d'intervention sanitaire et leur mise en oeuvre. Nous chercherons à approfondir cette question en portant notre regard sur la façon dont les réformes, en dépit des résistances au changement, sont menées à bien. Il s'agira plus particulièrement de mettre au jour les mécanismes qui, de l'action des premiers partisans à l'institutionnalisation des réformes, assurent l'adoption des mesures recommandées ou y mettent un frein. Quelques grandes tendances ressortiront de cet examen.

A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la science montre de nouvelles voies à suivre pour réduire les problèmes sanitaires des populations. Les groupes d'experts dépositaires de ce savoir sont appelés à jouer un rôle de premier plan dans les réformes qu'ils proposent. Encore doivent-ils obtenir l'appui des grands décideurs politiques et économiques pour voir leurs conceptions traduites en programmes sanitaires d'envergure. Ils vont donc chercher à convaincre les uns et les autres que de pareilles réformes seraient avantageuses pour l'ensemble de la société ou tout au moins pour certains groupes. Ils le feront non seulement par un discours d'ordre sanitaire, mais aussi en ajustant leur argumentation aux préoccupations des principaux décideurs: stimulation de la production économique, augmentation de la force des nations, etc. D'abord plus ou moins écoutés, ils vont se gagner des adhérents dans différents milieux, obtenir des appuis parfois puissants.

Comment se forment ces appuis, ces prises en charge sans lesquelles les projets des réformateurs demeureraient lettre morte? Nous tenterons de les appréhender comme autant d'appropriations des réformes par divers intervenants, qu'il s'agisse d'individus, de groupes ou d'organisations. Ces appropriations peuvent être globales ou partielles, en ce sens qu'elles peuvent porter sur l'ensemble d'une réforme ou sur certains points précis seulement, à l'exclusion d'autres points. Tel groupe, favorable à un train de mesures destinées à combattre un problème sanitaire particulier, s'opposera par contre à d'autres mesures. Aussi importe-t-il, pour chaque changement important proposé à l'organisation du système de santé publique, d'identifier chacun des acteurs qui interviennent en tant que promoteurs ou opposants, et, surtout, de dégager les motivations de leurs gestes: intérêts économiques lésés, menacés ou au contraire avantagés, facteurs politiques, idéologiques. Les résistances qui se firent jour

résultaient-elles d'une attitude foncièrement conservatrice, de la défense d'intérêts compromis? C'est par l'examen des modalités selon lesquelles les idées des réformateurs furent relayées par des intermédiaires ou contrées dans différents milieux sociaux, et ce jusqu'au niveau local, que nous comptons faire ressortir les véritables enjeux des réformes.

Il apparaîtra qu'au Québec, si des intervenants (direction de grandes entreprises, fraction de groupes socio-professionnels comme celui des médecins) dont les intérêts paraissaient clairement favorisés par la plupart des réformes s'en firent des promoteurs relativement stables, d'autres (clergé, milieux d'affaires locaux, autre fraction du groupe des médecins par exemple) adoptèrent, au gré des mesures proposées, des positions parfois ambiguës, variables. Il faut donc se garder de concevoir les résistances au changement en matière de santé publique comme une réponse cohérente et monolithique de groupes particuliers à une modernité conquérante, mais y voir plutôt autant de réponses à des changements particuliers les affectant. C'est dans cette perspective que seront examinées les réticences et oppositions de ceux qui, proches ou éloignés des lieux de pouvoir, contribuèrent à implanter, infléchir ou retarder les réformes.

Cette fragmentation des réformes, pour les besoins de l'analyse, en de nombreuses mesures inégalement accueillies par les différents groupes sociaux, ne doit toutefois pas cacher les tendances qui s'expriment tout au long du demi-siècle à l'étude. Ainsi, le développement de la santé publique à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle nous apparaît marqué par un double processus de centralisation et de normalisation. Ce double processus sera particulièrement sensible dans l'arène politique, et ce en toile de fond à

des phénomènes apparemment superficiels: devenues enjeux électoraux, les réformes seront soumises à des rivalités partisans, certains s'attribueront le mérite de nouveautés reconnues bénéfiques pour la santé de la population, d'autres capitaliseront sur le mécontentement populaire face à des mesures mal acceptées, coûteuses, à l'efficacité contestée, etc. C'est en fait toute la répartition des pouvoirs et des responsabilités entre différents niveaux de gouvernement, et entre le secteur public et le secteur privé, qui est en jeu. À partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, dans différents pays, l'on tend à centraliser le pouvoir décisionnel en matière sanitaire, ce à quoi tenteront de s'opposer les autorités locales<sup>71</sup>. Les élites traditionnelles virent en effet s'amenuiser leur contrôle sur les institutions municipales et hospitalières, et l'autonomie de celles-ci par rapport aux gouvernements centraux fut à bien des endroits menacée<sup>72</sup>. Dans quelle mesure s'affirmera cette tendance au Québec, dans une société où les traditionalistes conservent une large audience, et où les réticences sont très fortes envers les interventions de l'État?

Associé à cette baisse d'autonomie des autorités locales, un processus de normalisation caractérise à notre avis l'évolution de la santé publique dans les villes occidentales à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Les groupes d'experts impliqués dans le domaine de la santé (médecins, chimistes, ingénieurs) adoptèrent alors un discours imprégné du besoin fondamental de régulation et de normalisation, le tout formant une stratégie

---

<sup>71</sup> Pour l'Angleterre, où ce processus a été particulièrement marqué, voir l'étude de J. V. Pickstone, *op. cit.*

<sup>72</sup> Pour le Canada, voir John A. Taylor, «Urban Autonomy in Canada: its Evolution and Decline», dans Gilbert A. Stelter & Alan F. J. Artibise, éd., *Power and Place - Canadian Urban Development in the North American Context*. Vancouver, Univ. of British Columbia Press, 1986, 269-291. Pour l'Angleterre, J.V. Pickstone, *op. cit.*

efficace qui allait rendre indispensable la présence ponctuelle puis permanente de l'expert. Le discours de ces réformateurs, de plus en plus statistique, devint aussi de ce fait de plus en plus comparatif. Les villes affichant les pires performances allaient être pointées du doigt, invitées à rentrer dans le rang, et ce en suivant des méthodes ayant fait leurs preuves ailleurs, des méthodes «scientifiques», par conséquent valables en tous lieux. Les points forts de ce discours, notamment le besoin d'appliquer partout les mêmes mesures éprouvées —fut-ce au prix d'une centralisation administrative— furent graduellement acceptés. Nous serons particulièrement attentif à l'usage fait au Québec de ces idées alors dominantes concernant la modernisation des services de santé publique.

Enfin, ce double processus de normalisation et de centralisation était lié à l'une des idées fondamentales des réformateurs, à savoir que seuls la maîtrise de connaissances spécialisées, et par conséquent le recours aux spécialistes, permettraient de juguler les problèmes sanitaires de l'heure. Des campagnes d'éducation populaire aidèrent à faire pénétrer cette conviction dans des couches de la société antérieurement peu touchées par les enseignements des spécialistes. De plus, les populations furent mises en contact de plus en plus fréquemment avec les professionnels de la santé, notamment à la suite de mesures assurant un plus large accès à des services sanitaires en voie de développement rapide. Nous suggérons ici qu'une accélération du processus de médicalisation de la société québécoise eut lieu durant la période allant de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à la Seconde Guerre mondiale, et que l'État y prit une part active.

## 1.4 Stratégies de recherche

Tels sont donc les trois grands objectifs de cette thèse: étoffer les connaissances sur l'évolution de la santé publique au Québec; appréhender les rapports de différents groupes sociaux à la modernisation de celle-ci; fournir des éléments de réflexion sur la question de l'introduction des réformes sanitaires. La démarche adoptée en vue d'atteindre ces objectifs sera maintenant présentée. Elle a été conçue de manière à permettre l'intégration à l'analyse de tous les paliers d'intervention dans le domaine de la santé publique, des gouvernements aux petits organismes locaux privés ou publics; l'examen de l'interaction des groupes et des individus qui interviennent pour ou contre les réformes; une confrontation des idées et des avis d'intentions des réformateurs (et de leurs alliés) avec les actions effectivement entreprises et les réactions suscitées.

### 1.4.1 *Une double étude de cas*

Une étude à l'échelle provinciale eût risqué de privilégier la voix des intervenants les plus visibles en laissant dans l'ombre celles d'autres intervenants agissant au niveau local. Or, rien n'indique à priori qu'il y ait concordance entre les intentions et les décisions des premiers, et celles des seconds. En fait, un coup d'oeil même superficiel sur la documentation relative aux services sanitaires urbains montre que tout au contraire des dissensions majeures s'affirmèrent, par exemple entre les paliers de gouvernement provincial et municipal. Toute redéfinition de la répartition des pouvoirs allant dans le sens d'une centralisation était ainsi susceptible de provoquer l'opposition de ceux qui avaient investi les conseils municipaux. Analyser pareilles controverses du seul point de vue de l'action des grands décideurs politiques et économiques, à travers

le filtre de la documentation qu'ils produisirent, aurait risqué d'introduire des distorsions de taille.

Les mêmes dangers guettent qui tenterait d'appréhender, d'une plate-forme uniquement provinciale, les prises de position des différents groupes sociaux face aux réformes, ce qui est pourtant essentiel pour en vraiment saisir les enjeux. Or, il est fort possible et même probable que bien des débats, des réticences ou des oppositions perceptibles pour l'historien dans les localités, n'aient pas laissé de traces, sinon trompeuses, dans les archives décrivant l'action des gouvernements ou des acteurs les plus visibles à cette échelle d'analyse. Il faut donc, sous peine de se laisser abuser par le discours de quelques-uns, enraciner l'étude en terrain local, quitte à couvrir un territoire moins vaste.

Enfin, un autre point a milité en faveur d'études localisées: ce qui nous est apparu comme la nécessité, pour une meilleure compréhension des réformes, de mener une étude parallèle de l'évolution de l'état de santé des populations concernées. Les réformes visent explicitement à contrer certains problèmes de santé jugés majeurs dans la population, leur instauration repose sur la croyance des réformateurs et de ceux qu'ils ont convaincu qu'elles constituent une solution à ces problèmes, et leurs succès ou échecs sont évalués à partir des changements survenus à l'état de santé de la population. Toute la légitimation d'une réforme sanitaire, de sa prise en charge par ceux qui ont les connaissances voulues pour la mener à bien, dans bien des cas de l'usage à cette fin des ressources de la collectivité, est fonction de l'évolution de cette variable: la santé de la population. Comment comprendre un tant soit peu les réformes sans, comme nous nous le proposons, l'examiner de près? Des études de l'état de

santé des populations à l'échelle de pays, d'États ou de provinces, ont l'avantage du poids statistique<sup>73</sup>. Mais le plus souvent elles gommant les effets des différences entre milieux de vie (urbain-rural par exemple), ou, ce qui nous importe ici, entre des lieux inégalement dotés en services sanitaires. Ces effets sont plus susceptibles de se révéler dans des études couvrant des territoires relativement restreints.

Compte tenu de nos objectifs, l'étude de cas s'impose donc. Comme les mouvements de réforme s'affirmèrent d'abord et avec le plus de force dans les villes, elle portera sur des services sanitaires urbains. Mais le choix d'une ville se heurte au problème de la représentativité. Pour pallier en partie ce problème, nous avons décidé de procéder à une double étude de cas où les deux villes sélectionnées différaient sensiblement quant à leurs caractéristiques de développement: bases économiques, traits démographiques, situation dans le réseau urbain. Ceci en posant l'hypothèse que les problèmes sanitaires, de même que les services de santé publique, tendent à évoluer différemment en des milieux urbains nettement distincts.

L'organisation de l'économie locale et sa place dans l'économie régionale, voire nationale, ont des incidences sur les structures socio-professionnelles, les traits démographiques, les conditions de vie, etc, et par conséquent sur l'état de santé des populations. La taille même d'une agglomération, sa densité, jouent sur l'intensité des problèmes de santé auxquels doivent faire face les autorités, et peuvent imposer des

---

<sup>73</sup> Nous pensons ici par exemple à la magistrale étude de Jacques Vallin et France Meslé sur *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*. Institut national d'études démographiques et Presses universitaires de France. Travaux et documents, cahier no 115, 1988.

rythmes différents quant à l'implantation des services. Ainsi, au Québec comme ailleurs, c'est dans les grands centres —confrontés les premiers aux difficultés entraînées par la croissance urbaine— que les premières séries de mesures d'hygiène publique permanentes ont été adoptées. Aussi ne faut-il pas s'étonner que les chercheurs se soient en général intéressés à la mise en place de telles mesures dans les grandes villes, et aient laissé de côté les agglomérations moins considérables. L'évolution des services sanitaires de Montréal et de Québec, surtout de la métropole en fait, et dans une moindre mesure l'état de santé de leurs populations, nous sont par conséquent déjà sommairement connus grâce à quelques travaux. A l'inverse, ils nous échappent à peu près totalement ailleurs dans la province. C'est en tenant compte de ces considérations qu'ont été choisis Trois-Rivières, centre régional ancien de dimension moyenne à l'échelle québécoise, et Shawinigan, petite ville de ressources nouvelle.

#### 1.4.2 *Trois-Rivières et Shawinigan, des villes sensiblement différentes*

Les deux villes dont les services sanitaires sont étudiés ont donc été retenues, notamment, pour leurs caractéristiques de développement nettement distinctes<sup>74</sup>.

---

<sup>74</sup> Sur l'histoire de Trois-Rivières et de Shawinigan, de nombreux ouvrages peuvent être consultés, dont ceux mentionnées ci-dessous: R. Hardy et N. Séguin, *Forêt et société en Mauricie*, Montréal, Boréal Express et Musée national de l'homme, 1984; A. Gamelin, J. Roy, R. Hardy, N. Séguin et R. Toupin, *Trois-Rivières illustrée*, Trois-Rivières, La corporation des fêtes du 350e anniversaire, 1984; N. Brouillette, «Le rôle de la Shawinigan Water and Power Co. dans la structuration de l'espace urbain shawiniganais, 1898-1921», *Cahiers de géographie du Québec*, 34, 92, sept. 1990, 197-208; P. Lanthier et N. Brouillette, «Shawinigan Falls de 1898 à 1930: l'émergence d'une ville industrielle au sein du monde rural», *Revue d'histoire urbaine*, XIX, 1, juin 1990, 42-55; P. Lanthier et N. Brouillette, «De la campagne à la ville: formation de la petite bourgeoisie à Shawinigan de 1898 à 1930», dans G. Bouchard et J. Goy, *Famille, économie et société rurale en contexte d'urbanisation (17e-20e siècles)*, Chicoutimi et Paris, Centre interuniversitaire SOREP et École

Trois-Rivières et Shawinigan appartiennent cependant à une même région, la Mauricie, sont distantes de près de 30 kilomètres à vol d'oiseau, et jouxtent toutes deux la Saint-Maurice. Bourgade datant des premiers temps de la colonie, Trois-Rivières a pris un caractère urbain au XIX<sup>e</sup> siècle, particulièrement durant les années 1850 à 1875, alors que sa population croissait à la faveur de l'expansion de l'exploitation des matières ligneuses. La situation avantageuse de la ville à l'embouchure de la Saint-Maurice, ses installations portuaires en faisaient alors la plaque tournante du réseau régional de transports. Sa dépendance envers l'industrie du bois sera l'une des causes d'un arrêt de croissance de 1875 jusque 1895 environ, période de ralentissement marqué des activités forestières en Mauricie. La relance de l'industrialisation à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle sera suivie d'une croissance ininterrompue de la population jusqu'au début de la crise des années 1930. La population de la ville passe ainsi de 10 000 habitants environ en 1901 à plus de 35 000 trente ans plus tard.

Le développement du secteur tertiaire contribue aussi à la croissance de Trois-Rivières. Durant toute cette période, la ville est le centre régional de la Mauricie, et abrite tout un ensemble de services publics et privés auxquels peut recourir la population régionale. Ainsi, à la fin des années 1930, elle est un centre administratif religieux avec son évêché. Elle compte quelques communautés religieuses propriétaires ou gérantes du principal hôpital général de la Mauricie, d'un sanatorium pour tuberculeux, d'un hospice, d'une crèche, d'orphelinats, d'un collège classique et d'établissements divers

---

des hautes études en sciences sociales, 1990. Concernant Shawinigan, voir aussi: C. Bellavance, R. Hardy, N. Séguin et P. Lanthier, *Shawinigan, genèse d'une croissance industrielle au début du XIX<sup>e</sup> siècle*, Trois-Rivières, 1985; Fabien Larochelle, *Shawinigan depuis 75 ans*, Shawinigan, Hôtel de ville, 1976.

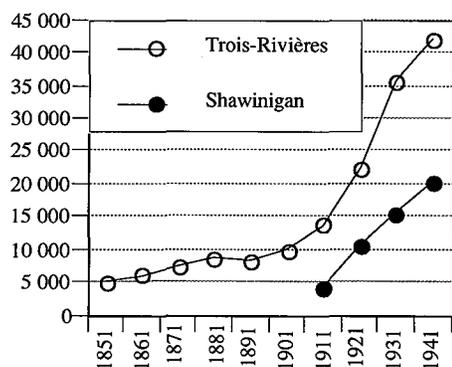
d'enseignement et d'ordre caritatif. Les gouvernements fédéral et provincial y logent également certains de leurs bureaux (postes, douanes, travaux publics), et la ville est le principal centre judiciaire de la région avec son palais de justice et sa prison. S'ajoutent des succursales de banques, de compagnies d'assurances, et tout un ensemble de services privés (boutiques, cinéma, etc) qui contribuent à assurer à Trois-Rivières un statut de centre régional.

A plus d'un point de vue, Shawinigan se distingue de Trois-Rivières. Elle est créée au début du siècle sous l'impulsion d'une compagnie d'électricité, Shawinigan Water and Power (SWP). Celle-ci, désireuse d'attirer des entreprises hautes consommatrices d'énergie à proximité du site de ses premières installations hydroélectriques, met en place une stratégie de développement initial de la ville, reposant sur la promotion d'une ville «moderne». Avant même que le site ne soit déboisé, on confectionne un plan général du territoire urbain prévu sur les propriétés de la compagnie, lequel définit le réseau de rues, localise une église et un grand hôtel au sommet d'une colline, un petit secteur réservé aux cadres des compagnies sur une autre colline à l'écart, un parc, l'hôtel de ville, un bureau de poste, de vastes espaces industriels à la périphérie de même qu'une ceinture de transports ferroviaires.

Bien que la compagnie fixe différentes conditions à l'achat des terrains, qui équivalent à un zonage de la construction domiciliaire et des activités commerciales, le contrôle du développement urbain sera très rapidement cédé à la municipalité. La ville nouvelle s'étend d'ailleurs dès les premières années au delà des limites des propriétés de SWP, dans un secteur qui prend le nom de village Saint-Onge et qui connaîtra une croissance rapide durant le premier conflit mondial lorsque des établissements industriels se

fixeront à proximité. Il n'en reste pas moins que SWP, de même que les principales entreprises industrielles établies à Shawinigan et oeuvrant dans les secteurs de l'industrie chimique, des pâtes et papiers et de l'électro-métallurgie, conserveront durant le premier tiers du siècle un rôle parfois de premier plan dans les affaires publiques, que n'ont pas les grandes entreprises de Trois-Rivières. En somme, Shawinigan a connu un développement tout à fait distinct de celui de Trois-Rivières, ville ancienne forgée en l'absence de planification au gré de multiples événements s'échelonnant des débuts de la colonie française jusqu'au XX<sup>e</sup> siècle.

**FIGURE 1-1**  
**POPULATIONS DE TROIS-RIVIÈRES ET DE SHAWINIGAN, 1851-1941**



Source: recensements du Canada, années concernées

	Trois-Rivières	Shawinigan
1 851	4 936	
1 861	6 058	
1 871	7 570	
1 881	8 670	
1 891	8 334	
1 901	9 981	2 768*
1 911	13 691	4 265
1 921	22 267	10 625
1 931	35 450	15 345
1 941	42 007	20 325

\*La donnée de population en 1901 à Shawinigan paraît suspecte et n'a pas été représentée dans le graphique.

Sur le plan de la démographie également les deux villes diffèrent sensiblement durant les premières décennies du siècle, malgré certaines similarités. En termes de populations d'abord (figure 1-1), la taille de Trois-Rivières est d'environ le triple de celle de Shawinigan en 1911, le double en 1921, 1931 et 1941. Leurs structures des âges diffèrent également durant les toutes premières décennies du siècle. Ainsi, en 1921, Shawinigan, ville nouvelle, compte proportionnellement moins de vieillards et

plus de personnes en âge de procréer. Aussi les groupes les plus jeunes y sont-ils nettement surreprésentés par rapport à Trois-Rivières<sup>75</sup>. Or, les besoins en services sanitaires de populations inégalement réparties par groupes d'âges ne sont pas les mêmes, la nature des problèmes sanitaires évoluant avec les différents stades de la vie. Graduellement toutefois, la composition de la population de Shawinigan se rapprochera de celle de Trois-Rivières à cet égard.

La composition ethnique des deux villes s'avère par contre assez semblable. L'on sait qu'une série d'études récentes ont démontré l'importance, pour certains la prédominance, des clivages ethniques dans les villes industrielles du XIX<sup>e</sup> siècle en Amérique du nord. Or les indicateurs de santé s'avèrent fort sensibles à ces clivages, qui deviendraient cependant moins marquants au XX<sup>e</sup> siècle. En étudiant Trois-Rivières et Shawinigan, nous avons choisi de ne pas faire du phénomène de la ségrégation ethnique ou de la question des différences culturelles entre Canadiens français et Canadiens anglais un élément central à notre démarche. Dans ces deux villes en effet, les minorités ethniques sont proportionnellement peu importantes, les Canadiens français comptant pour plus de 90% de la population durant toute la période.

\* \* \* \* \*

Trois-Rivières, centre régional ancien de dimensions moyennes à l'échelle du réseau urbain québécois, et Shawinigan, petite ville de ressources créée au début du siècle par

---

<sup>75</sup> Des précisions sur la structure des âges des deux villes seront données dans la seconde partie de la thèse.

la grande entreprise, telles sont les deux localités où nous entreprendrons maintenant d'analyser l'évolution des services de santé publique.

**PARTIE II**

**MISE EN PLACE DE  
SERVICES SANITAIRES COLLECTIFS  
PUBLICS ET PRIVÉS  
DE 1887 à 1918**

## Introduction

La période allant de 1887 à 1918 vit au Québec la mise sur pied de services d'hygiène publique et une réorganisation des services hospitaliers, dont nous nous proposons de dégager les principaux mécanismes et facteurs de changement. Les deux chapitres initiaux sont consacrés à l'évolution de l'hygiène publique à Trois-Rivières et à Shawinigan, le premier touchant l'organisation des services, le second plus particulièrement la prévention des maladies contagieuses. Une modification du partage des pouvoirs entre les paliers de gouvernement provincial et municipal sera d'abord mise en évidence, modification à la faveur de laquelle un groupe restreint d'experts investirent un nouveau lieu de commande, le Conseil d'hygiène (CHPQ), et se firent les définisseurs d'un ambitieux programme provincial devant être appliqué dans toutes les municipalités. Les résistances des élites locales, dont l'autonomie se trouvait de ce fait limitée, seront examinées de près. Elles étaient en effet susceptibles tout au moins de différer l'ajustement aux normes provinciales d'hygiène publique. L'examen, dans le second chapitre, du processus d'implantation des mesures préventives préconisées par le CHPQ vise à mettre en lumière de telles résistances, mais aussi la prise en charge par des intervenants locaux de la promotion de certains éléments du programme hygiéniste. Il s'agira alors de rechercher en quoi ces mesures pouvaient heurter ou favoriser les intérêts de différents groupes sociaux, parfois en entraînant une redéfinition de leurs sphères d'activité dans le secteur socio-sanitaire. Après une période initiale d'indifférence assez généralisée envers les réformes, ce secteur allait en effet devenir vers la fin de la décennie 1900 le théâtre d'affrontements impliquant, dans un jeu complexe et mouvant d'alliances, des intervenants aussi divers que la direction

de grandes entreprises, les milieux d'affaires locaux, le clergé, des groupes socio-professionnels comme ceux des médecins, des ingénieurs, des commerçants, des cultivateurs et des travailleurs.

Les transformations des services hospitaliers également, objet d'étude du troisième chapitre, donnèrent lieu à des affrontements. Nous entendons montrer que le clergé vit son monopole en ce domaine contesté par quelques médecins bénéficiant de l'appui de grandes entreprises, ce qui tranche avec l'image consensuelle que les monographies traditionnelles d'hôpitaux ont donnée du milieu hospitalier québécois. Il apparaîtra ainsi que les tensions entre le clergé et les médecins, perceptibles dans la réorganisation des services de l'hospice/hôpital régional trifluvien s'intensifièrent à la suite de l'apparition de petits hôpitaux, indépendants du clergé et soutenus par de grandes entreprises, à Shawinigan et à Trois-Rivières au début des années 1910.

Dans l'ensemble des débats entourant l'implantation et l'organisation des services, les initiateurs des réformes mirent de l'avant une double légitimité: avec les connaissances et les outils de la science moderne, ils oeuvraient au nom de la santé des collectivités. Toute amélioration de l'état de santé des populations était donc de nature à renforcer le prestige et l'autorité des réformateurs. Mais les réformes eurent-elles les effets escomptés? Dans quelle mesure expliquent-elles les baisses rapides des taux de mortalité observées dans les deux villes? Ces baisses furent-elles également tributaires d'autres changements dans la société, dont auraient par conséquent bénéficié les promoteurs des idées modernes en matière de santé publique? En vue de répondre à ces questions, nous tenterons dans le dernier chapitre de corréler l'évolution des grands traits de la mortalité avec celle des services collectifs de santé.

## Chapitre 2

### **Le partage des pouvoirs entre le Conseil d'hygiène et les municipalités**

Examinons d'abord la mise en place des organes responsables de la santé des collectivités, tant au niveau provincial que municipal: introduction d'une nouvelle structure, le Conseil d'hygiène de la province (CHPQ), centralisant des responsabilités et des pouvoirs antérieurement dispersés dans l'ensemble des municipalités, et création de Bureaux de santé locaux devant en principe mettre à exécution les mesures préconisées par cet organisme. Il s'agira de faire ressortir les enjeux de cette nouvelle répartition des pouvoirs, en particulier pour les élites locales et pour le groupe restreint d'experts, en général médecins, qui dirigèrent le CHPQ.

#### **2.1 Centralisation des pouvoirs dans un organisme doté de ressources limitées**

Les Bureaux de santé municipaux à Trois-Rivières et à Shawinigan évoluèrent à l'intérieur d'un cadre législatif provincial qui fixait les attributions respectives de l'organisme central d'hygiène et des municipalités. Aussi importe-t-il de délinéer l'évolution des lois sanitaires, et de décrire les principaux outils dont disposait l'organisme central afin d'en surveiller l'application par les municipalités. L'organisme central reçut-il des ressources humaines et matérielles permettant d'exercer une surveillance serrée? Dut-il au contraire concéder une ample latitude aux responsables

municipaux, peut-être réticents devant l'imposition de lois et de règlements d'hygiène provinciaux dont ils devaient assurer la mise à exécution?

### 2.1.1 *Définition d'un cadre législatif contraignant par une élite médicale*

Le code municipal de 1871 avait attribué aux municipalités la responsabilité de voir à la santé de leurs commettants, mais n'y avait attaché aucune obligation: elles étaient autorisées, sans plus, à adopter des règlements et à les faire respecter. Les Conseils municipaux étaient donc dotés d'une autonomie très étendue en matière d'hygiène. Pareille latitude eût pu mener à une grande disparité, mais les réglementations demeurèrent en général semblablement fort peu élaborées. Le CHPQ visa, tout en conservant aux municipalités le rôle confié par le code municipal, à imposer un niveau minimal d'exigences (puis à le relever) qu'elles pourraient certes dépasser, mais au-dessous duquel elles enfreindraient la loi et encourraient des pénalités.

La législature provinciale fit un premier pas en 1886 en autorisant la nomination par le lieutenant-gouverneur en conseil de sept personnes devant former une commission provinciale d'hygiène chargée de «s'occuper de tout ce qui intéresse la santé publique»<sup>1</sup>. Créée en 1887, la commission, dont le premier président fut E.-P.

---

<sup>1</sup> La création de cette commission d'hygiène s'inscrivait dans la foulée des mesures prises en vue de juguler l'épidémie de variole de 1885, alors qu'un Bureau central de santé avait été organisé temporairement pour la province. Concernant l'évolution de la législation, voir notamment: SDQ, 49-50 Vict., chap. 38, *Acte pour établir une commission provinciale d'hygiène et pour d'autres fins concernant la santé publique*, sanctionné le 21-6-1886; SDQ, 51-52 Vict., chap. 47, *Acte concernant la santé publique* sanctionné le 12-7-1888; règlements du CHPQ publiés dans le *Journal d'hygiène populaire*, vol. V, no. 11, 1889, aux pages 206s; ANQQCIR, circulaire sans date accompagnant les règlements de 1889; SDQ, 54 Vict., chap. 27, *Acte amendant la loi concernant la santé publique* sanctionné le 30-12-1890; règlements du CHPQ publiés dans la

Lachapelle —alors également président du Collège des médecins et chirurgiens de la province—, était un organisme d'étude essentiellement limité à un rôle consultatif. Dès 1888, une nouvelle loi concernant la santé publique remplaça la commission par un Conseil doté de pouvoirs élargis. Celui-ci se voyait confier le mandat d'établir des règlements «propres à prévenir, autant que possible, ou à mitiger les maladies épidémiques, endémiques et contagieuses», ce qu'il fit en 1889 par une première série de règlements destinés aux Bureaux locaux d'hygiène. La formation de tels Bureaux devint obligatoire dans toutes les municipalités. Le CHPQ devait s'enquérir des mesures prises par ceux-ci et, dans les cas d'urgence, pouvait exiger qu'ils exercent les pouvoirs qui leur étaient conférés. En cas de refus, il pouvait, avec l'autorisation du ministre dont il dépendait, mettre ces pouvoirs en vigueur aux dépens de la municipalité. Se trouvaient ainsi définis par le tandem loi-1888/règlements-1889 un premier bloc d'obligations auxquelles étaient soumises les municipalités, et les premiers outils juridiques —en partie inopérants<sup>2</sup>— à la disposition du CHPQ.

Aux yeux des hygiénistes québécois, il devint rapidement nécessaire d'éclaircir et de préciser les obligations des municipalités, ce qui fut fait par une loi sanctionnée à la fin de 1890, et par l'importante refonte des règlements du CHPQ en 1891. On indiqua cette fois clairement que les municipalités étaient tenues d'exécuter et de faire exécuter les règlements du CHPQ sous peine d'amendes, les Bureaux d'hygiène devenant

---

*Gazette officielle de Québec* du 13-6-1891; SDQ, 57 Vict., chap. 31, *Loi amendant la loi concernant le Conseil d'hygiène de la province de Québec*, sanctionnée le 8-1-1894; SDQ, 1 Ed. VII, chap. 49, *Loi amendant et refondant la loi concernant l'hygiène publique*, sanctionnée le 26-3-1901; s'agissant des premiers textes de loi et règlements adoptés, un intéressant résumé peut être trouvé dans RACH 1895, p. 13s.

<sup>2</sup> Les municipalités étaient tenues de créer des Bureaux locaux, et ceux-ci de mettre les règlements en application. Mais la responsabilité des municipalités quant à l'activité des Bureaux, et par conséquent quant à l'application des règlements, n'était pas clairement définie.

aviseurs des Conseils municipaux et devant agir sous leur autorité. Ceci avait l'avantage de rendre «les Conseils municipaux responsables des agissements et non-agissements de leurs Bureaux d'hygiène»<sup>3</sup>.

La Loi d'hygiène fut entièrement refondue en 1901 alors qu'une épidémie de variole se répandait dans la province. Durant les dernières années du XIX<sup>e</sup> siècle, les autorités du CHPQ avaient consulté à cet effet les lois sanitaires de nombreux pays<sup>4</sup>. De nouvelles sections furent ajoutées à la loi qui apportaient nombre de précisions aux obligations faites aux municipalités. Ces dernières furent tenues de nommer un officier chargé d'exécuter les décisions de l'autorité sanitaire locale. Il y eut également extension des domaines où pouvait réglementer le CHPQ. Mais l'organisation de la gestion de la santé publique au Québec demeura fondamentalement la même, selon un partage des tâches ainsi établi dans le rapport annuel du CHPQ de 1896:

Notre Conseil doit laisser aux municipalités le soin de surveiller et de poursuivre les individus, pendant qu'il surveille les 882 municipalités qui sont sous sa juridiction, ce qui est déjà beaucoup.<sup>5</sup>

La centralisation des pouvoirs en matière d'hygiène publique dans un organisme provincial mettait aussi entre les mains d'une élite médicale québécoise un intéressant

---

<sup>3</sup> RACH 1895, p. 22. A certains égards, l'amendement de 1890 et les règlements de 1891 marquaient cependant un léger recul du CHPQ. Ainsi, la nomination d'un officier de santé n'était plus obligatoire, sinon sur avis du CHPQ en cas de menace d'épidémie. Disparaissait aussi l'autorisation donnée au CHPQ d'exécuter aux frais des municipalités certains de leurs pouvoirs dans des cas d'urgence. Le CHPQ récupéra cependant cette autorisation par un amendement datant de 1894, lequel ajoutait également à son pouvoir de réglementation, notamment en ce qui a trait à la salubrité des établissements industriels.

<sup>4</sup> RACH 1898-1899, p. 5.

<sup>5</sup> RACH 1895-1896, p. 8.

outil de réformes. En effet, durant toute son existence, le CHPQ, initiateur de transformations profondes à l'échelle provinciale, fut composé principalement de médecins parmi les plus influents. On a pu écrire<sup>6</sup> que ces réformes, outre le louable objectif d'amélioration de la santé de la population québécoise, visaient à consolider l'essor de la profession. Cela est sans doute exact, mais, comme il sera démontré plus loin, doit être nuancé, dans la mesure où certaines des mesures préconisées par le CHPQ se heurtèrent à une opposition farouche d'une majorité de médecins sentant leurs intérêts menacés. Compréhensions différentes des intérêts de la profession médicale? Glissements ou compromis des membres du CHPQ dûs à leur double appartenance à la profession médicale et à l'appareil d'Etat, ce dernier ayant sa logique propre?

### *2.1.2 Difficulté de mettre sur pied des moyens de surveillance et d'intervention efficaces*

Ce fut donc sous la supervision du CHPQ que Trois-Rivières et Shawinigan eurent à appliquer la réglementation provinciale. Le CHPQ mit en place entre 1887 et 1918 différents outils de surveillance et d'intervention auprès des municipalités. Quatre services furent créés, visant à faire respecter les normes et procédures qu'il définissait: les services de l'inspection et du génie sanitaire, outils d'intervention directe auprès des municipalités, ainsi que les services de laboratoires et de statistique démographique, outils de contrôle scientifique des situations sanitaires locales. La formation de ce

---

<sup>6</sup> Voir à ce sujet Claudine Pierre-Deschênes. «Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, 3, déc. 1981, 365-375.

nouvel appareil étatique au sein duquel oeuvrèrent un groupe d'experts de différentes disciplines, sa lente croissance jusqu'à la fin de la Première Guerre mondiale, seront maintenant étudiées. L'on verra que les dirigeants du CHPQ cherchèrent à organiser ces services sur une base scientifique, notamment par l'usage de méthodes uniformes facilitant les comparaisons d'un lieu à l'autre. Dans certains cas cependant, ils ne purent surmonter l'hostilité du clergé et des médecins, qui voyaient l'intégrité de leurs sphères d'action respectives menacée.

*Des ressources humaines clairsemées pour l'intervention directe auprès des municipalités*

Le service de l'inspection connut des débuts modestes: un seul inspecteur fut chargé dans un premier temps de visiter les municipalités, le docteur Joseph-A. Beaudry, engagé en 1888, auquel fut adjoint un assistant à la fin de 1901 pour cinq ans<sup>7</sup>. Aux yeux des hygiénistes, c'était bien insuffisant:

L'inertie de nombre de nos municipalités, en matière d'hygiène, est déplorable: on n'y fait absolument rien pour empêcher la propagation des maladies contagieuses et pour supprimer les nuisances. Comme la province compte au delà de onze cents municipalités, la surveillance de ces onze cents municipalités devient impossible avec le seul inspecteur permanent que possède le conseil. Le rappel à l'ordre par des mises en demeure, au fur et à mesure que l'inertie d'une municipalité nous est signalée, est quantité négligeable en comparaison des infractions répétées des règlements qui échappent au contrôle.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> RACH 1901-1902, p.5.

<sup>8</sup> RACH 1908-1909, p. 52-53.

La mise sur pied du service de génie sanitaire en 1909 déchargea J.-A. Beaudry de certaines responsabilités. Ce service prenait en mains les inspections concernant les éclosions de fièvre typhoïde (récupérées par le service d'inspection régionale en 1913), l'eau d'alimentation et les égouts. Il devait approuver les projets de systèmes d'égouts et d'aqueducs, pour lesquels les municipalités devaient soumettre des plans et devis. Comme le service de l'inspection, il ne comprit d'abord qu'un seul employé actif: de 1909 à 1912, J. O'Meadows, ingénieur sanitaire, puis, à partir de 1912, T.-J. Lafrenière, que le CHPQ avait envoyé se spécialiser à Boston<sup>9</sup>.

La tâche de l'inspecteur général n'en demeurait pas moins hors de proportion avec l'activité que peut déployer un individu. En 1911 enfin, durant une recrudescence de la variole, le CHPQ obtint l'autorisation de mettre sur pied un service d'inspection régionale<sup>10</sup>. La province fut divisée en 10 districts sanitaires (nombre qui passera à 15 en 1920-1921) et un inspecteur nommé pour chacun d'eux. Le CHPQ ayant peine à trouver des inspecteurs compétents dotés d'une formation d'hygiénistes, des programmes d'hygiène publique furent organisés dans deux facultés de médecine québécoises<sup>11</sup>. Les premiers inspecteurs régionaux entrèrent en fonctions en 1913, dont le docteur Thomas Savary dans le district de Trois-Rivières, lequel district englobait les deux municipalités étudiées.

---

<sup>9</sup> Voir *Enquête sur les services de santé*, gouvernement du Québec, 1948, tome III, p. 195. Monsieur Lafrenière fut engagé dès 1910.

<sup>10</sup> Selon un programme déjà présenté dans RACH 1908-1909, p. 53. Un résumé des principales étapes de la mise en place du service peut être trouvé dans RACH 1913-1914, p. 35-36. À partir de 1914, les rapports annuels de chaque inspecteur de district sont transcrits dans le rapport annuel du CHPQ.

<sup>11</sup> G. Desrosiers, B. Gaumer et O. Keel. «L'évolution des structures de l'enseignement universitaire spécialisé de santé publique au Québec: 1899-1970». *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 6, 1, été 1989, 3-26.

Parmi leurs premières démarches, les inspecteurs régionaux évaluèrent l'efficacité des organisations sanitaires des localités placées sous leur surveillance (125 en moyenne), selon une grille fournie par le CHPQ. Il s'agissait en fait d'une fiche d'appréciation (un «classer») comportant 16 questions et des pointages maximums. Chaque organisation sanitaire se trouvait ainsi fichée, classée, et, selon l'inspecteur en chef du CHPQ, évaluée «d'après les mêmes bases pour chaque district, uniformité très importante à réaliser»<sup>12</sup>. La volonté d'amener toutes les municipalités à se conformer à une série de normes communes en matière d'organisation de l'hygiène publique ressort ici clairement. La constitution d'une fiche nécessitait une formalisation par la définition d'un nombre limité d'articles à évaluer selon une échelle simple, ceci afin de permettre une comparaison rapide entre les unités faisant l'objet de l'appréciation. L'on cherchait ainsi à identifier les écarts les plus marqués par rapport aux normes du CHPQ, et à guider les efforts visant à les réduire. Des organisations sanitaires ainsi fichées la première année, 74% furent jugées médiocres, insuffisantes ou quasi-inexistantes<sup>13</sup>.

Au travail d'inspection proprement dit, les inspecteurs joignirent la promotion de l'hygiène dans les municipalités par l'éducation sanitaire de différents publics à l'aide de conférences<sup>14</sup>, et la supervision de la mise en pratique des préceptes d'hygiène par les organisations sanitaires locales. D'après les instructions du chef du service, J.-A.

---

<sup>12</sup> RACH 1913-1914, p. 39. Comporte un exemplaire de la fiche. La fiche est expliquée dans RACH 1914-1915, p. 32-34, version anglaise.

<sup>13</sup> RACH 1913-1914, p. 33-34.

<sup>14</sup> J.-A. Beaudry circonscrit en 1917 le programme d'intervention des inspecteurs, en mettant l'accent sur l'éducation: «Sans éducation, il est inutile d'espérer aucun progrès notable. Si vous n'instruisez pas le peuple sur ses devoirs, c'est en vain que vous attendrez qu'il les remplisse: c'est même en vain que vous attendrez qu'il obéisse à la loi. Il ne remplira les devoirs que vous demandez de lui que le jour où il les comprendra et où il en saisira la raison d'être. En hygiène comme en toute chose, c'est par l'éducation que tout commence.» ANQQCCH. 10-9-1917.

Beaudry, une insistance particulière devait être mise sur l'éducation des officiers de santé de sorte qu'ils remplissent efficacement leurs fonctions. Ce mode direct de diffusion de l'information s'ajoutait aux publications du CHPQ (tracts, brochures, revues) et aux conventions annuelles des services sanitaires du Québec destinées aux officiers locaux<sup>15</sup>.

*La mesure scientifique des situations sanitaires locales et les réticences du clergé et des médecins*

Le CHPQ mit également un service de laboratoires à la disposition de ses inspecteurs et ingénieurs sanitaires, ainsi que des autorités municipales et des médecins. Un laboratoire de bactériologie entra en activité en 1894, et un de chimie en 1897<sup>16</sup>, comprenant alors chacun un seul employé qualifié<sup>17</sup>. Bien que les laboratoires, d'après leur premier directeur, devaient privilégier la recherche scientifique, cette fonction s'estompa graduellement devant l'analyse d'échantillons provenant d'un peu partout dans la province<sup>18</sup>. Avant les années 1920, il s'agit surtout d'échantillons d'eau, bien

---

<sup>15</sup> Mentionnons le *Journal d'hygiène populaire* de 1888 à 1895 (publié depuis 1884, devenu organe du CHPQ en 1888), des subventions à *L'Union médicale du Canada* pour l'insertion d'articles sur l'hygiène de 1896 à 1900, le *Bulletin sanitaire* depuis 1901 (distribué gratuitement aux municipalités, médecins et curés), les RACH depuis 1895. Les congrès sanitaires débutés en 1908 visaient à améliorer la compétence des officiers municipaux, notamment en leur faisant connaître ce qui se faisait ailleurs. RACH 1910-1911, p. 45-46.

<sup>16</sup> ANQQCIR, circulaire, octobre 1894; RACH 1896-1897 p. 40.

<sup>17</sup> C'étaient le bactériologiste Wyatt Johnston et le chimiste R.-F. Ruttan. Retenons, parmi les officiers des laboratoires des premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle: J.-A. Chopin, Arthur Bernier et Mac. H. McCrady.

<sup>18</sup> Il s'agit là d'un chapitre intéressant de la recherche scientifique au Québec, largement méconnu. Les rapports annuels du chef des laboratoires publiés dans ceux du CHPQ font état de travaux portant sur les procédés d'analyses bactériologiques et chimiques, les produits germicides et les méthodes de désinfection, la filtration de l'eau, etc. La technique de séro-diagnostic de la fièvre typhoïde mise à l'essai par Wyatt Johnston, très proche de la méthode du chercheur français Widal, mérite une mention spéciale: le CHPQ fut l'un des tout premiers organismes à généraliser l'usage de ce type de diagnostic pour la typhoïde. ANQQCIR, septembre 1896; RACH 1896-1897 p. 39 et 47-50.

que le CHPQ offrait aux médecins de la province un service de diagnostic de différentes maladies infectieuses. Les laboratoires, usant dans leurs analyses de procédés et de normes scientifiques irréfutables par les autorités locales, fournissaient au CHPQ d'excellents arguments en vue d'obtenir des améliorations, particulièrement aux équipements concernant l'eau des aqueducs.

Mais le principal «thermomètre» des situations sanitaires locales dont pouvait user le CHPQ était un ensemble de statistiques démographiques fiables, comparables à celles des autres provinces ou pays. Les taux de mortalité, en particulier, allaient devenir les outils à la fois du repérage des situations les plus malsaines et de l'appréciation des correctifs apportés. Ils serviraient aussi d'arguments imparables lorsque le CHPQ tenterait de convaincre les autorités municipales d'agir, ou recourrait à la contrainte. De plus, auprès du gouvernement de la province, la preuve chiffrée d'éventuels retards du Québec en matière de santé soutiendrait les demandes de subsides plus substantiels. Le CHPQ éprouva cependant de sérieuses difficultés à obtenir une loi sur la statistique satisfaisante, puis à l'appliquer, dû à la résistance de membres du clergé et de médecins, opposés à ses empiètements sur des territoires qui avaient jusqu'alors été leurs.

L'instauration d'un système de cueillette de statistiques «vital» pour l'ensemble du territoire québécois date de 1893<sup>19</sup>. Certes, le ministère fédéral de l'Agriculture avait recueilli et publié des données sur la mortalité dans les principales villes du Québec de

---

<sup>19</sup> RACH, 1895, p. 91.

1883 à 1891<sup>20</sup>. De plus, la loi de 1886 instituant une commission d'hygiène avait prévu que son secrétaire s'occupe des tâches liées à la statistique et prépare un rapport annuel à cet effet (ce qu'il fit en 1891<sup>21</sup>). Mais aucune disposition de la loi ne pourvoyait à un mode de cueillette des données. Clamant que «sans statistiques vitales, notre province est une anomalie au milieu des autres pays civilisés, et qu'incapable de se protéger efficacement contre les maladies contagieuses, elle devient un objet d'appréhension et de mépris pour les autres provinces et pour nos voisins des Etats-Unis»<sup>22</sup>, le CHPQ mit tout en oeuvre pour obtenir un ajout à la loi. Il fallut d'abord, le premier ministre l'ayant exigé, obtenir l'assentiment de l'épiscopat<sup>23</sup>: l'enregistrement des actes d'état civil au Québec était depuis longtemps confié au clergé. Après diverses tractations, la cueillette des données et leur transmission au CHPQ furent confiées en 1893 aux préposés à l'enregistrement (ministres du culte et secrétaires-trésoriers municipaux), et un compilateur de la statistique fut engagé<sup>24</sup>. Le CHPQ fournissait des formulaires de rapports annuels pour les naissances et les mariages, et des certificats individuels de décès à être expédiés mensuellement. Tout médecin ayant dispensé ses soins lors de la dernière maladie d'un décédé devait remplir un certificat. S'il était impossible d'obtenir celui-ci d'un médecin, il revenait au ministre du culte ou à «deux personnes dignes de foi» d'établir la cause du décès.

<sup>20</sup> Ces données, recueillies en vertu de l'Acte des Statistiques de 1879 et de règlements sanctionnés le 26 décembre 1882, étaient publiées en annexe au rapport annuel du Ministère de l'Agriculture.

<sup>21</sup> Les résultats de son enquête furent publiés en fascicule et dans le *Journal d'hygiène populaire*, VIII, 2 et 3.

<sup>22</sup> Le président du CHPQ donne l'historique de la présentation des projets de statistiques «vitales» au gouvernement dans le *Journal d'hygiène populaire*, VII, 3, juillet 1890, 65-67.

<sup>23</sup> Ainsi voit-on le secrétaire du CHPQ expédier le 9-1-1893 une circulaire aux évêques demandant leur approbation du projet (ANQQCCH). Il avait fait de même en 1889: ANQQCCH, lettres du 20-5-1889 et du 9-7-1889 du même à Monseigneur Laflèche.

<sup>24</sup> SDQ, 56 Victoria, chap. 29. *Loi concernant la compilation des statistiques relatives au mouvement de la population*, sanctionnée le 27 février 1893.

L'application de cette loi s'avéra peu commode, dû aux réticences des médecins et du clergé. Des ministres du culte négligèrent ou refusèrent d'expédier leurs rapports. Le compilateur eut beau les exhorter à la coopération et recourir à l'autorité des évêques<sup>25</sup>, le problème ne fut résorbé qu'en 1916 lorsque les données furent complétées avec l'aide des protonotaires<sup>26</sup> (signalons cependant que d'après les listes de fautifs publiées dans les rapports du CHPQ, le problème concernait surtout le milieu rural). Autre difficulté, durant une quinzaine d'années, les certificats de décès furent en général signés par les curés et pasteurs<sup>27</sup>. D'après ceux-ci, pressés de se montrer plus exigeants avant d'accorder la permission d'inhumer, plusieurs médecins négligeaient ou refusaient de rédiger les certificats<sup>28</sup>. L'obligation de certifier les décès était souvent perçue comme une ingérence de l'Etat dans la sphère d'action médicale, le secret professionnel se trouvant violé. Le CHPQ avait d'ailleurs buté sur cette objection lors de sa première tentative de faire accepter une loi sur la statistique, ce dont se plaignit le président du CHPQ dans une lettre adressée aux secrétaires des Bureaux d'hygiène des états américains<sup>29</sup>. Par ailleurs, des médecins répugnaient à certifier gratuitement les causes de décès de ceux qui mouraient sans assistance médicale. Enfin, des médecins

<sup>25</sup> Conformément à une résolution du 18 mai 1910, le CHPQ adressa une lettre aux évêques dont relevaient les ministres du culte qui négligeaient d'envoyer leurs rapports mensuels «...afin d'éviter, si possible, d'avoir recours à la pénalité prévue pour ces cas d'abstention». Le ton se durcit lorsque, par une résolution du 9 décembre 1910, on écrivit aux évêques afin de les aviser que certains ministres ne transmettaient toujours pas leurs rapports, et que le CHPQ allait devoir «appliquer la loi». PVCH 18-5-1910 et 9-12-1910, vol. II p. 122-123 et 126; RACH 1895-1896, p. 57; ANQQCCH, lettre du 20-5-1897 du compilateur aux évêques; RACH 1915-1916, p. 131; ANQQCIR, circulaires de décembre 1910 et de janvier 1911 du compilateur aux curés; ANQQCCH, lettre du 16-12-1910 du secrétaire du CHPQ aux évêques.

<sup>26</sup> Ceux-ci recevaient annuellement les doubles des registres de l'état civil.

<sup>27</sup> Dans RACH 1895-1896, ce problème était déjà mentionné. Une circulaire envoyée aux médecins de la province en 1903 déplora que 4 certificats sur 5 étaient signés par des hommes du culte. RACH 1902-1903, p. 68.

<sup>28</sup> PVCH, vol. I. 18-2-1904; ANQQCCH, lettre du 7-3-1904 du secrétaire du CHPQ aux évêques; RACH 1902-1903, p. 68.

<sup>29</sup> Lettre du 8-8-1888 de E. Pelletier aux secrétaires des Bureaux d'hygiène des états américains. ANQQCIR.

qui pour diverses raisons avaient négligé de déclarer aux autorités municipales une maladie à déclaration obligatoire préféraient sans doute, en cas de décès, ne pas signer de certificat plutôt que d'y inscrire une fausse cause<sup>30</sup>. Le législateur remédia à la situation en 1909 en transférant au système judiciaire la certification des décès pour la majorité des cas où il n'avait pas été possible d'obtenir un certificat du médecin: le cas échéant, il reviendrait au coroner ou à un juge de paix de signer le certificat<sup>31</sup>. Notons que sur ce point, comme sur d'autres dont il sera question plus loin, les médecins membres du CHPQ oeuvrèrent pour imposer certaines obligations à leurs collègues.

Le Québec se distinguait par son mode de cueillette des informations: dans la plupart des pays industrialisés et des provinces canadiennes, cette tâche revenait à des officiers laïcs rémunérés par le gouvernement. En 1919, le Québec se singularisa davantage. Les autres provinces adoptèrent, sur la suggestion du gouvernement fédéral, des procédures uniformes auxquelles il tarda à s'ajuster bien qu'une logique de standardisation prévalût à l'échelon international: le mot d'ordre était que les statistiques démographiques des pays (des provinces aussi, le gouvernement fédéral tentant de faire entrer le Québec dans le «territoire d'enregistrement national»<sup>32</sup>) devaient être comparables. Partageant ce point de vue, le CHPQ entreprit en 1920 des négociations difficiles avec le clergé québécois, désireux de continuer l'enregistrement

---

<sup>30</sup> Il est question des réticences des médecins concernant la gratuité du certificat ainsi que des fausses certifications dans *L'Union médicale du Canada*, 27, 1, 1898, 367-368. Pour le secret professionnel, voir *L'Union médicale du Canada*, 25, 1, 1896, 179-180. Sur la non-déclaration des maladies, voir la partie de ce texte consacrée à la prophylaxie des maladies transmissibles par voie directe de 1886 à 1918.

<sup>31</sup> Si le lieu de résidence au moment du décès était éloigné de plus de 5 milles du plus proche médecin, le ministre du culte ou deux personnes dites «dignes de foi» pouvaient encore signer le certificat. Une telle situation ne se présente évidemment pas en milieu urbain.

<sup>32</sup> Une lettre du 20-7-1920 fut ainsi envoyée au CHPQ, le priant de coopérer à la compilation de statistiques démographiques uniformes pour tout le Canada. PVCH, Vol. III, p. 101, 9-9-1920.

civil mais peu empressé de s'acquitter d'une tâche exclusivement civile au service du gouvernement<sup>33</sup>. Une entente intervint qui se concrétisa en 1924 dans un amendement à la Loi de l'hygiène publique<sup>34</sup> et dont l'application date de 1926. Le Québec entra dans le territoire d'enregistrement national, tout en maintenant deux systèmes parallèles de cueillette des données statistiques et d'enregistrement des actes d'état civil. Cette particularité du Québec est à mettre au compte d'un compromis entre un clergé qui, s'étant acquitté de l'enregistrement durant une très longue période, avait des droits acquis, et des hygiénistes déterminés à obtenir des statistiques conformes aux normes généralement reconnues.

### 2.1.3 *Les ressources financières de l'organisme central et l'autonomie municipale*

L'action des quatre services fut hypothéquée par la modicité des sommes allouées au CHPQ. La figure 2-1 montre que les dépenses affectées à l'hygiène ne prirent vraiment leur envol qu'après le premier conflit mondial<sup>35</sup>. Les gouvernements mêmes qui soumièrent à la législature des lois sévères ne promouvaient pas de hausses

---

<sup>33</sup> Cette dernière question prenait un aspect très concret, les collecteurs des données devant être rétribués à l'acte par le gouvernement. Mais, comme l'exprima monseigneur Cloutier (circulaire du 18-12-1925), «...nous ne sommes pas fonctionnaires de l'Etat. (...) Nous ne l'étions pas avec les registres: nous ne le serons pas davantage avec les statistiques démographiques.» Concernant les négociations, l'évêque s'adressa ainsi à ses curés par une circulaire du 18-12-1925: «...à quelle nécessité nous sommes acculés. Si nous ne le faisons pas, la tenue des registres de l'état civil serait probablement passée à des laïques, et vous savez que la laïcisation des registres conduit directement au mariage civil et à tous les désordres qui s'ensuivent.» Voir aussi PVCH, vol. III: p.101, 23-10-1920; p. 111, 20-11-1920, p. 116, 16-12-1920.

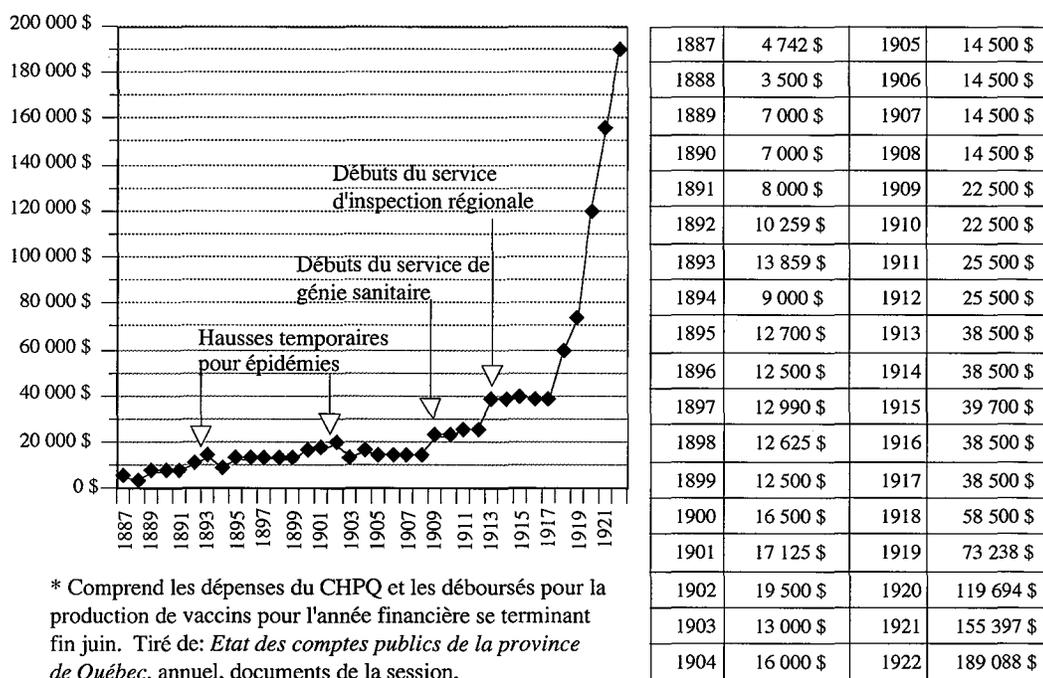
<sup>34</sup> SDQ, 14 Geo. V, chap. 20, *Loi modifiant la loi de l'hygiène publique de Québec*, sanctionnée le 15-3-1924.

<sup>35</sup> En fait, la hausse débuta dès 1918 en raison de l'épidémie de grippe. L'évolution des dépenses du CHPQ durant l'entre-deux-guerres sera discutée dans la prochaine partie de la thèse.

substantielles des dépenses, comme le suggère la présentation en chambre de la refonte de la Loi d'hygiène en 1901:

En somme, Messieurs, sous la haute surveillance du Conseil d'hygiène et sans qu'il en coûte plus cher à notre province, toute infection, toute contagion, tout microbe, tout bacille dangereux sera combattu; le bon état sanitaire des maisons, des boutiques, des aliments, des eaux sera assuré; si le choléra nous emporte ou si la variole nous prend... ou nous reprend, c'est que Dieu l'aura voulu.<sup>36</sup>

FIGURE 2-1  
DÉPENSES DU GOUVERNEMENT PROVINCIAL POUR L'HYGIÈNE PUBLIQUE  
DE 1887 À 1922\*



<sup>36</sup> Débats de l'assemblée législative, 28-2-1901, conclusion de la présentation du bill par l'honorable A. Turgeon. Souligné par nos soins.

Et de fait, l'adoption sans opposition de la refonte n'entraîna pas de hausse des dépenses les années suivantes. De 1895 à 1908, elles fluctuèrent entre 10 000 \$ et 20 000 \$, cap enfin franchi avec la création du service de génie sanitaire en 1909. Un nouveau plancher de 38 500 \$ fut atteint lorsque les inspecteurs régionaux entrèrent en poste en 1913. D'après le secrétaire du CHPQ en 1915, le Québec affichait un certain retard sur les autres provinces, puisqu'il n'accordait à ce moment que 1,74 \$ par 100 habitants, comparativement à 2,9 en Ontario, 4,4 en Sakatchewan, 5,3 en Alberta et 11,4 en Colombie Britannique<sup>37</sup>. A la fin de la guerre, survint une brusque accélération des déboursés qui quintuplèrent presque en cinq ans seulement. Aussi, le nombre de dollars affectés à l'hygiène par 100 habitants, de 1,27 qu'il était en 1911, atteignit-il 6,58 en 1921, cependant qu'en proportion du budget total du gouvernement il passait de 0,37 à 0,5 %.

La faiblesse des revenus du CHPQ a déjà été évoquée pour expliquer une soi-disant absence de dispositions juridiques contraignantes envers les municipalités, et son incapacité conséquente à forcer l'adoption de mesures préventives. Ainsi, s'agissant des réformes préconisées, Terry Copp a-t-il écrit:

Le Conseil (...) prépara des projets et fit amender les règlements de la Loi sur l'hygiène publique de façon à autoriser les municipalités à agir dans ces domaines.

Nous disons bien: autoriser. Le Conseil avait les pouvoirs voulus pour faire appliquer certaines de ses recommandations en cas d'urgence, mais il ne pouvait forcer les municipalités à adopter des mesures préventives, et pour une raison très simple. Le gouvernement provincial n'avait pas les moyens de financer

---

<sup>37</sup> RACH 1914-1915. p. 35-37.

les programmes municipaux d'hygiène. C'était aux municipalités à prendre l'argent nécessaire à même le fruit de leurs taxes.<sup>38</sup>

L'examen que nous avons fait de la législation québécoise en matière d'hygiène publique va à l'encontre de cette interprétation: les municipalités étaient bel et bien tenues —bien plus qu'autorisées— en tous temps, et pas seulement en cas d'urgence, de respecter et de faire respecter les règlements du CHPQ, et pouvaient être poursuivies ainsi que mises à l'amende advenant qu'elles négligeraient ou refuseraient de s'exécuter. Du reste, il serait absurde que le CHPQ ait préparé des règlements visant à autoriser les municipalités à agir, comme l'affirme T. Copp, dans un domaine où pourtant elles avaient toute liberté avant l'existence du CHPQ. Laissons à ce sujet la parole au secrétaire-directeur du CHPQ:

Comme, lors de la création du Conseil d'hygiène, les municipalités de la province n'avaient pas utilisé les pouvoirs que donnait amplement le Code municipal de faire des règlements sanitaires, le Conseil obtint facilement de la Législature le pouvoir d'y suppléer par des règlements provinciaux. Ces règlements provinciaux sont exécutoires par toutes les municipalités sans exception. Ils établissent un niveau que toute municipalité doit atteindre; mais, cependant, sans y limiter celles des municipalités qui désirent aller au delà des minima fixés par le Conseil...<sup>39</sup>

Mais si le CHPQ pouvait contraindre les municipalités à adopter les mesures préventives détaillées dans la réglementation, il est vrai que la faiblesse de ses revenus

---

<sup>38</sup> Terry Copp, *Classe ouvrière et pauvreté. Les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*, Boréal Express, 1978, p. 101.

<sup>39</sup> RACH 1915-1916, p. 6.

lui interdisait d'exercer auprès d'elles un suivi (il n'était pas besoin de «financer les programmes municipaux d'hygiène» pour en exiger le respect des lois) ou une promotion efficaces.

L'allocation par les gouvernements qui se succédèrent de 1887 à 1918 de ressources monétaires modestes au CHPQ, les débats concernant le rôle à donner à ce dernier, sont à replacer dans la problématique plus large du partage des pouvoirs entre les paliers de gouvernement provincial et municipal. La perspective d'un organisme central fort responsable de l'hygiène publique à l'échelle de la province ne pouvait qu'incommoder ceux dont les plate-formes de pouvoir étaient limitées à l'échelon régional, c'est-à-dire essentiellement les marchands, commerçants et entrepreneurs locaux ainsi que la plupart des membres des professions libérales, groupes dont provenaient majoritairement les élus municipaux<sup>40</sup>. En effet, l'autonomie municipale<sup>41</sup> se trouvait amoindrie du fait de l'attribution de pouvoirs et de ressources au CHPQ. Aussi fut-ce au nom de celle-ci qu'intervinrent en 1902 à l'Assemblée législative des députés de l'opposition conservatrice choqués de l'obligation faite aux municipalités de passer un règlement de vaccination obligatoire:

---

<sup>40</sup> Différentes études donnent des indications sur la composition des Conseils de ville au Québec. Voir notamment Guy Bourassa, «Les élites politiques de Montréal: de l'aristocratie à la démocratie», dans la *Revue canadienne d'économie et de science politique*, XXXI, 1, février 1965, 35-51; F. Guérard, *Les notables de Trois-Rivières au dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle*, mémoire de maîtrise (Études québécoises), Université du Québec à Trois-Rivières, 1984; R. Rudin, *The Development of Four Quebec towns, 1840-1914, a Study of Urban and Economic Growth in Quebec*, thèse de doctorat, Université York, 1977.

<sup>41</sup> Au sujet de la perte graduelle d'autonomie des municipalités au Canada au XX<sup>e</sup> siècle, voir J. A. Taylor, «Urban autonomy in Canada: its evolution and decline», dans Gilbert A. Stelter & Alan F.J. Artibise éd., *Power and Place - Canadian Urban Development in the North American Context*, Vancouver, Univ. of British Columbia Press, 1986, 269-291.

Le pouvoir que possède le Conseil d'hygiène de contraindre les municipalités doit être révoqué:

1o parce qu'il est outrageant pour l'autorité municipale et vos franchises locales;

2o parce qu'il est contraire au principe de décentralisation administrative suivi en ce pays;

3o parce qu'il vous livre sans recours à l'arbitraire d'un corps irresponsable et non contrôlé.<sup>42</sup>

D'autres intervenants avaient par contre avantage à voir limiter l'emprise des groupes sus-mentionnés sur l'administration locale de la santé publique, en particulier la bourgeoisie commerciale et industrielle ainsi que certains groupes d'experts. L'intensité des échanges inter-régionaux et internationaux auxquels la première participait exigeait que l'on se protégeât contre l'importation et la dissémination des maladies contagieuses les plus dangereuses, et que de la sorte les voisins canadiens et américains ne perçoivent pas le Québec comme une porte d'entrée ou un réservoir des dites maladies en territoire nord-américain<sup>43</sup>. En périodes d'épidémie, les quarantaines entravaient la liberté du commerce et les déplacements de personnes, et la productivité des entreprises se trouvait menacée. Aussi vit-on la Chambre de commerce de Montréal s'opposer en 1902 durant une épidémie de variole au retrait de l'obligation faite aux municipalités de promulguer un règlement de vaccination obligatoire<sup>44</sup>. Seul

---

<sup>42</sup> Débats de l'Assemblée législative, 4-3-1902, député J.-M. Tellier, qui deviendra chef de l'opposition de 1908 à 1915.

<sup>43</sup> Les Etats-Unis avaient ainsi envoyé en 1891 des inspecteurs vérifier si les précautions prises suffisaient à protéger le territoire américain de la variole présente au Québec. RACH 1895, p. 27.

<sup>44</sup> En 1902, pour contrer un projet de loi visant notamment à annuler l'ordre donné aux municipalités de rendre la vaccination obligatoire, le secrétaire provincial évoqua la réprobation des nations et les dangers courus par le commerce et l'industrie du tourisme: «On a les yeux sur nous et, si nous fléchissons, la province de Québec va être mise au ban des nations civilisées. La Chambre de Commerce de Montréal s'émue. Elle vient de passer une résolution pour condamner ce projet de loi et pour demander le maintien énergique de notre législation. Notre commerce est menacé. Nos places d'été, nos places fluviales comme nos places de montagnes sont menacées d'une ruine entière et complète.» Débats de l'Assemblée législative, 4-3-1902, l'honorable A. Turgeon.

un organisme central pouvait se porter garant que des normes minimales de protection étaient appliquées de façon satisfaisante sur l'ensemble du territoire provincial.

La nouvelle répartition des pouvoirs entre le CHPQ et les municipalités avantageait aussi des spécialistes de différentes disciplines, comme les ingénieurs, pour lesquels le développement de la fonction publique constituait un facteur de mobilité sociale ascendante. La définition par un organisme central dominé par d'autres «experts» de normes sanitaires pour le respect desquelles leurs connaissances devenaient indispensables contribuait à faire glisser des mains des élites politiques municipales traditionnelles entre les leurs l'administration des affaires courantes en matière de santé. Ceci est à inscrire dans le cadre des mouvements nord-américains de réforme municipale dont l'objectif était de confier la gestion à des experts de différentes disciplines bénéficiant d'une relative autonomie vis-à-vis des élus.

Le domaine de la santé fut l'un des tout premiers où s'exercèrent les velléités interventionnistes de l'Etat québécois auprès des municipalités. Mais entre les tenants d'une centralisation des pouvoirs et leurs adversaires, un compromis fut trouvé qu'illustrent les paroles d'Adélard Turgeon, l'un des principaux ténors du gouvernement libéral en 1901, lorsqu'il expliqua la refonte de la loi aux députés: «J'admets que certaines dispositions de la loi accordent une autorité très étendue, mais cependant il ne faut pas oublier que cette autorité peut être contrôlée par les conseils

municipaux»<sup>45</sup>. En somme, les promoteurs de l'hygiène publique moderne obtinrent des lois sévères, mais pas qu'elles soient appliquées dans toute leur rigueur.

## **2.2 Réticence des dirigeants municipaux à mettre sur pied des organisations sanitaires dynamiques**

Puisque l'application de la législation provinciale relevait directement des municipalités sous le contrôle lointain d'une autorité centrale dépourvue de ressources, l'attitude des autorités trifluviennes et shawiniganaises face aux données modernes de l'hygiène publique importe considérablement: leurs décisions fixaient ce qui, des mesures prescrites, atteindrait concrètement les populations des deux villes. L'analyse de l'évolution des corps sanitaires publics à Trois-Rivières de 1887 à 1918 et à Shawinigan à partir du début du siècle établira leur quasi-absence avant la décennie 1910 dans le premier cas, et 1920 dans le second: les deux villes tardèrent à embaucher du personnel aux fins d'hygiène publique. Nous tenterons de faire ressortir les tensions qui entourèrent la formation des Bureaux de santé, en particulier celles existant entre les élites politiques locales traditionnelles, dans un premier temps opposées aux changements et manifestement dominantes dans les débats, et une nouvelle génération de spécialistes dont les revendications gagnèrent en puissance, notamment mais non exclusivement à l'aide de l'organisme central d'hygiène.

---

<sup>45</sup> Débats de l'Assemblée législative, 28-2-1901, l'honorable A. Turgeon.

Au début de notre période d'étude, en 1887, l'administration de la santé publique à Trois-Rivières était confiée à des politiciens locaux, en l'occurrence à un comité de santé formé de membres du Conseil de ville. En vertu d'un règlement de la santé publique datant semble-t-il de 1856<sup>46</sup>, un Bureau de santé existait, composé aussi d'édiles municipaux. Le règlement pourvoyait à l'élimination de certaines nuisances et devait être appliqué par l'inspecteur de ville ou par les constables. Un poste de «médecin de santé», c'est-à-dire de médecin officier municipal de santé, fut bien créé en 1885 lors de l'invasion de la variole (poste créé l'année précédente à Québec)<sup>47</sup>, mais demeura longtemps bénévole et, par conséquent, ne comporta quasiment aucune charge sinon en période d'épidémie.

Dès le début des années 1890, le CHPQ, avec quelques appuis locaux, tenta d'obtenir du Conseil municipal l'organisation d'un Bureau de santé actif. Il y eut d'abord, faisant suite à une demande du médecin de santé E.-F. Panneton en 1891, la première visite de l'inspecteur du CHPQ et son rapport. Après avoir dénoncé quantité de manquements à l'hygiène, comme il le fit la même année pour Québec dans un autre rapport sévère<sup>48</sup>, l'inspecteur s'étonna de la forte mortalité trifluvienne:

A première vue, (...) la ville paraît aussi saine qu'elle est attrayante, et l'on ne se douterait jamais que le séjour dans ses

---

<sup>46</sup> Voir J.-G.-A. Frigon, *Règlements de la cité des Trois-Rivières*, Imprimerie du Constitutionnel, 1871. Aussi R.D. Defries, *The Federal and Provincial Health Services in Canada*, 1962, p. 66.

<sup>47</sup> Recommandation du 21-9-1885 à l'effet que J.-E. Badeaux soit nommé officier de santé sans salaire «à condition qu'il vaccine gratuitement les pauvres souffrant de la picotte, ainsi que les malades placés à l'hôpital des variolés.» ANQTR, registre des comités municipaux de Trois-Rivières. L'information concernant le médecin municipal de Québec provient de Réjean Lemoine, «La santé publique: de l'inertie municipale à l'offensive hygiéniste», La société historique de Québec, *La ville de Québec. Histoire municipale IV, de la Confédération à la crise*, Québec, 1983, p. 153.

<sup>48</sup> Voir Réjean Lemoine, *op. cit.*, 162-163.

murs fut aussi meurtrier. Mais si, faisant une visite plus minutieuse et plus intime, on pénètre plus avant dans le détail hygiénique de la ville, on finit bientôt par se rendre aisément compte de l'explication de ce phénomène étrange mais réel d'une ville possédant une situation quasi rurale et dont la mortalité est à peu près le double de ce qu'elle devrait être. C'est que l'hygiène a été négligée et toutes ces négligences, dont le détail est contenu en résumé dans le présent rapport, sont les véritables causes de cette mortalité exorbitante.<sup>49</sup>

L'inspecteur dénonça le manque de ressources du Bureau d'hygiène et s'en prit «à l'apathie et à la négligence de ceux qui ont la mission de protéger tous les intérêts de la population», c'est-à-dire aux élus municipaux. Le comité de santé reconnut l'exactitude de plusieurs faits allégués et émit des recommandations auxquelles il ne fut généralement pas donné suite, comme l'application du règlement municipal concernant la santé publique<sup>50</sup>. L'intervention du CHPQ, demandée par un médecin de santé soucieux de réorganiser le Bureau de santé et qui se serait vu attribuer des ressources supplémentaires si les recommandations de l'inspecteur avaient été suivies, se soldait par une fin de non-recevoir des autorités politiques locales.

Avant que ne s'éteigne la controverse entraînée par le rapport de l'inspecteur, la menace d'une épidémie de choléra suscita un redoublement de pressions en provenance du CHPQ et du Bureau local de santé<sup>51</sup>. Mais ce fut une appréciation de l'état sanitaire de la ville émise par le consul américain en poste à Trois-Rivières qui provoqua le plus de remous. Son rapport, publié aux Etats-Unis, n'eut pas l'heur de plaire aux Trifluviens:

<sup>49</sup> PCTR juillet 1892, rapport d'inspection des 21, 22 et 23 septembre 1891.

<sup>50</sup> Rapport du comité de santé du 15-8-1892, PVCVTR.

<sup>51</sup> Voir notamment PCTR octobre 1892, rapport du 17-9-1892 du Bureau local de santé; PCTR mai 1893, lettre du 10-5-1893 du secrétaire du CHPQ; PCTR mai 1893, rapport du 18-5-1893 du comité de santé.

Seven persons and a pig, which is made to feel at home, constitute the average family. (...) Soap as a detergent is practically unknown, and a thrifty housewife would as soon think of tearing the boards from her house for fuel as of bathing her offspring in winter.

(...) as a defense against both disease and cold the French Canadian pins his faith to a crustaceous integument. Indeed, I have sometimes thought that they, like Hindoo fakirs, believed in the holiness of dirt.

(...) the authorities of Three Rivers are only now beginning to move. It has seemed next to impossible for them to realize that if the city was to be protected from the plague it was they, and not the clergy, who were to be the means of saving it. The long habit of attributing pestilence to the divine wrath and looking to the church for deliverance appeared to hold them in its fatal spell. But the bishop, a really great man, who practically rules the community, intimated to them that eternal vigilance is the price of safety (...) and that in emergencies like the present action is prayer, and they have gone distrustfully to work.

(...) A board of health has been appointed, but like everything else in Three Rivers, it requires eternities of time and space to move in (...).

I am afraid, too, there is nothing in the inertia of Three Rivers to distinguish it in the province.<sup>52</sup>

La réaction ne se fit pas attendre et, après un contre-rapport de l'inspecteur du CHPQ faisant cette fois l'éloge de Trois-Rivières<sup>53</sup>, après les représentations des autorités provinciales et fédérales, les Etats-Unis mutèrent leur consul. Le souvenir de l'affront

<sup>52</sup> PCTR septembre 1892, transcription de la lettre du 17-9-1892 publiée dans *Abstract of sanitary reports*, organe officiel du Marine Hospital Service américain. Cette affaire est discutée plus en détail par l'historien Albert Tessier dans «La cité trifluvienne vue par M. Smith et Miss Fenton 1892-1894», *Cahiers des dix*, 18, 1953, 113-127.

<sup>53</sup> D'après lui, les habitudes d'hygiène des familles trifluyennes les moins aisées ne différaient pas de celles rencontrées «dans tous les pays chez les gens de cette condition.» Les autorités religieuses, affirma-t-il, avaient comme ailleurs prêté leur appui moral aux autorités civiles en exhortant la population à en respecter les décisions. Surtout, l'organisation sanitaire de la ville avait, depuis sa visite un an plus tôt, fait des progrès remarquables. A l'en croire, cette ville n'était inférieure à aucune autre qu'il eût visitée au Québec ou ailleurs en termes de salubrité et de propreté. PCTR octobre 1892, rapport de visite du 12-10-1892 de l'inspecteur.

fait à Trois-Rivières demeura cependant vivace et fut fréquemment évoqué les années suivantes par les Trifluviens désireux d'obtenir des réformes des services de santé.

Toute cette agitation ne donna lieu qu'à des transformations provisoires au Bureau de santé. Dès l'annonce de la menace de choléra par une lettre du CHPQ aux villes portuaires, le Conseil de ville avait élargi celui-ci en y incluant quelques-uns des Trifluviens les plus influents (H. M. Balcer, l'un des principaux manufacturiers locaux, N. Lajoie, parmi les marchands les plus prospères) ainsi qu'un pharmacien et six médecins, dont L.-P. Normand, médecin-chirurgien devant lequel s'ouvrait une brillante carrière. Le Bureau, au sein duquel la profession médicale était donc fortement représentée, recommanda nombre de mesures dont quelques-unes furent adoptées (deux inspecteurs sanitaires furent ainsi engagés quelques mois). Insatisfaits, les membres du Bureau démissionnèrent et adressèrent une plainte au CHPQ qui ne leur offrit qu'un appui mitigé, leur expliquant que les Bureaux de santé n'étaient qu'aviseurs des municipalités<sup>54</sup>.

Le rapport de forces entre les promoteurs locaux de l'hygiène publique moderne et leurs adversaires demeura largement en faveur de ces derniers jusqu'au début des années 1910. Aussi le Bureau de santé trifluvien demeura presque inactif malgré quelques escarmouches entre le CHPQ, où siégeait un médecin trifluvien, et les élus

---

<sup>54</sup> Sur cette affaire, voir: ANQQCCH, circulaire du 26-8-1892 du secrétaire du CH aux officiers de santé de Québec, de Montréal et de Trois-Rivières; PVCVTR 1-9-1892; PVCVTR 26-12-1892; PVCVTR 7-9-1892; PCTR septembre 1892, procédés du Bureau de santé du 2-9-1892; PCTR septembre 1892, lettre du Bureau du 13-9-1892; PCTR octobre 1892, procédés du Bureau du 14-10-1892; ANQQCCH, lettre du 1-12-1892 de J.-A. Beaudry du CHPQ au secrétaire du Bureau de santé; ANQQCCH, lettres du 10-1-1893 du même au même, du 10-2-1893 de Beaudry au greffier de la ville, du 23-3-1893 de Beaudry au secrétaire du Bureau de santé.

municipaux. Ainsi, en 1894 et 1896, A. Méthot, membre du CHPQ, avisa celui-ci de l'absence d'organisation sanitaire locale. La municipalité fut sommée de réorganiser son Bureau de santé<sup>55</sup>. Mais les appropriations municipales votées à chaque année pour la santé varièrent de \$50 à \$100 seulement avant le XX<sup>e</sup> siècle. Quant à la charge de médecin de santé, elle demeura sans salaire lorsqu'E.-F. Panneton fut remplacé en 1896 par J.-H. Leduc<sup>56</sup>. En 1900 toutefois, un premier poste régulier salarié concernant spécifiquement la protection de la santé des Trifluviens fut créé, celui d'inspecteur sanitaire des aliments. Mais aucune autre modification à l'organisation des services de santé ne fut faite les années suivantes, et en 1907 le Bureau d'hygiène local se plaignit à nouveau en vain que le règlement d'hygiène de la ville était bafoué. Avisé, le CHPQ enjoignit la municipalité de faire respecter les règlements provinciaux non mis à exécution parce que le Bureau d'hygiène n'en avait pas reçu les moyens<sup>57</sup>. Devant l'absence de réaction, le président du Bureau déposa une plainte auprès du médecin trifluvien Georges Bourgeois, membre du CHPQ<sup>58</sup>, et communiqua au Conseil de ville la lettre que reçut ce dernier du président du CHPQ:

Quant à l'inertie de votre corporation municipale, même en présence de notre mise en demeure, la loi met à notre disposition deux moyens d'intervention: a) poursuivre la municipalité pour n'avoir pas fait exécuter tel et tel de nos règlements et puis b) nous faire autoriser par deux juges de

---

<sup>55</sup> ANQQCCH, lettre du 24-3-1894 du secrétaire du CHPQ à A. Méthot; lettre du 27-3-1894 du même à la municipalité; PCTR avril 1894, lettre du 3-4-1894 du même au secrétaire-trésorier de la municipalité; ANQQCCH, lettre du 24-2-1896 du secrétaire du CHPQ à A. Méthot.

<sup>56</sup> PVCVTR 17-2-1896 et 25-7-1898.

<sup>57</sup> Voir PCTR février 1907, rapport du 25-2-1907 du Bureau local d'hygiène; PCTR avril 1907, rapport du 29-4-1907; PCTR juin 1907, lettre du 8-6-1907 du secrétaire du CHPQ à la corporation municipale.

<sup>58</sup> La commission d'A. Méthot avait pris fin en 1898. L'association des médecins du district des Trois-Rivières fit pression quelques années plus tard auprès du gouvernement pour obtenir la nomination d'un trifluvien. ASTR, fonds de l'association médicale du district, mention de lettre du 21-6-1906 adressée au député provincial.

paix, en vertu de l'article 22 de la loi d'hygiène, à procéder à leur exécution aux frais de la municipalité.

Si vous croyez qu'il y ait lieu de prendre ces mesures à la fois ou l'une d'elles, nous pourrions entreprendre la lutte sur le règlement 42, vu l'importance des essés de sûreté et la facilité de faire la preuve de l'infraction et, vous pourriez alors nous signaler quelques maisons de la ville où les essés de sûreté manquent. Nécessairement nous comptons que vous pourrez avoir des témoins sûrs pour établir l'infraction des règlements dans les maisons en question, car dans un cas comme le présent il ne faudrait pas essayer une défaite devant les tribunaux.<sup>59</sup>

La détermination du CHPQ, dont Georges Bourgeois était devenu en quelque sorte «l'antenne locale», inquiéta sans doute les conseillers municipaux. Mais la manoeuvre tourna court en raison de l'incendie qui ravagea le centre-ville de Trois-Rivières en 1908: pour quelque temps, la reconstruction accaparerait une large part de l'activité municipale, et une poursuite aurait paru déplacée.

Ce fut finalement durant les années 1910 qu'un Bureau d'hygiène actif fut mis sur pied, après quelques débats opposant les deux grands blocs politiques libéral et conservateur: certaines revendications hygiénistes en termes d'organisation sanitaire, auparavant demeurées presque sans écho parmi les élites politiques locales, avaient acquis un poids suffisant pour être intégrées dans un programme de parti. La réorganisation du Bureau devint en effet un enjeu électoral en 1911 lorsque L.-P. Normand, maire depuis 1908, revendiqua à nouveau ce poste en présentant un programme de réforme municipale qui s'inscrivait dans la mouvance des courants progressistes de l'époque en matière d'administration publique. Il réclamait que des

---

<sup>59</sup> PCTR septembre 1907, lettre du président du CHPQ à Georges Bourgeois.

experts choisis au mérite soient nommés pour diriger les départements et gérer les affaires courantes à l'abri des partisaneries politiques, c'est-à-dire dans une certaine autonomie vis-à-vis des élus municipaux. La personne même de L.-P. Normand illustre toute la complexité des alignements de forces à ce moment crucial: son appartenance à l'élite médicale québécoise (il était devenu président du Collège des médecins et chirurgiens en 1907) peut aider à expliquer sa prise de position ferme en faveur d'un mode d'administration reposant sur les compétences spécifiques d'experts; mais il était également le chef incontesté des conservateurs trifluviens et un allié du clergé, lequel est souvent considéré comme réticent face au vent des réformes dans le secteur socio-sanitaire. A cette occasion pourtant, le maire sortant bénéficia de l'appui dithyrambique du journal *Le Bien Public*, reconnu comme l'organe de l'évêché<sup>60</sup>.

La victoire des réformateurs-conservateurs fut suivie de l'engagement du médecin J.-M. Badeaux, premier chef du Bureau de santé à recevoir un salaire (\$1 200 par année pour quatre heures d'ouvrage quotidien comportant l'inspection médicale des enfants d'école<sup>61</sup>). Le nouvel officier suivit à Montréal des cours en hygiène publique et s'efforça d'appliquer les règlements provinciaux. Son action fut cependant hypothéquée par la destitution en 1912 de l'inspecteur sanitaire et du médecin-vétérinaire alors employés par le Bureau de santé, une partie des tâches du premier étant confiée aux constables, et celles du second à un inspecteur des aliments moins qualifié<sup>62</sup>. Durant le passage de L.-P. Normand à la mairie (1908-1913), les

---

<sup>60</sup> *Le Bien Public*, 15-6-1911, p.1; 12-5-1911, p. 1; 29-6-1911, p.1

<sup>61</sup> PVCVTR, 28-11-1911.

<sup>62</sup> PVCVTR 17-6-1912, 2-7-1912, 3-3-1913, 16-6-1913.

appropriations affectées à la santé entamèrent une progression plus rapide. Passées de 50 \$ en 1900 à 550 \$ l'année suivante en raison de l'engagement d'un inspecteur sanitaire, ayant grimpé à 2 000 \$ en 1902 pour l'achat d'une propriété devant servir d'hôpital d'isolement, elles n'avaient jamais dépassé 700 \$ entre 1903 et 1909. Or, le montant voté passa à 1 060 \$ pour 1910 (engagement d'un deuxième inspecteur sanitaire) et à 2 769 \$ pour 1913<sup>63</sup>.

L'intention exprimée par L.-P. Normand et son équipe de mettre l'administration des départements à l'abri des luttes politiques par l'engagement d'experts relativement autonomes vis-à-vis des élus municipaux était illusoire. L'engagement de J.-M. Badeaux dura ce que duraient les mandats de ces derniers: en 1913, année de l'élection d'un Conseil de ville libéral avec à sa tête J.-A. Tessier, J.-H. Leduc devint médecin de santé avec un salaire réduit à \$400. Il rédigea à partir de 1915 les premiers rapports annuels du Bureau de santé, dont l'extrême concision attirerait des critiques virulentes durant l'après-guerre. Le régime libéral de Tessier vit la stabilisation de la structure du Bureau de santé: un règlement adopté en 1913 définit les devoirs et attributions des «officiers» municipaux, dont le médecin de santé, l'inspecteur sanitaire, le médecin-vétérinaire et l'inspecteur des viandes<sup>64</sup>. Une hausse des dépenses annuelles s'ensuivit à laquelle succéda un plafonnement, celles-ci passant à plus de 4 000 \$ dès 1913, mais ne franchissant le cap des 5 000 \$ que deux fois avant 1922. L'organisation du Bureau apparut figée et inappropriée après la guerre. Des journaux locaux proches du clergé et

---

<sup>63</sup> Les dépenses concernant le dépotoir ayant été calculées à partir de 1908 avec celles du département de santé, elles ont ici été défalquées.

<sup>64</sup> Règlement chapitre 237 adopté le 16-10-1913.

des nationalistes se lancèrent dès 1918 dans une vigoureuse campagne visant à obtenir des transformations. Le peu d'activité du médecin de santé et sa compétence furent mis en cause, les dirigeants municipaux et l'ingénieur de la ville pris à partie<sup>65</sup>. Ceci s'inscrivait dans le cadre d'une dénonciation globale de l'affairisme de l'administration libérale, bientôt discréditée par une enquête, et mena au retour en force des conservateurs au Conseil de ville sous la direction de L.-P. Normand<sup>66</sup>.

Il est apparu que la mise en place d'une gestion spécifique de l'hygiène publique à Trois-Rivières ne date vraiment que de la décennie 1910. Trois-Rivières, septième plus grosse municipalité du Québec en 1911 avec ses 13 691 habitants, avait tardé à se doter d'un corps sanitaire public en mesure d'appliquer, ne fût-ce que minimalement, les normes d'hygiène fixées par le CHPQ. Si ce centre ancien de taille moyenne attendit les années 1910 pour ce faire, il paraît vraisemblable que Shawinigan, ville de petite taille (4 265 habitants en 1911), tarda plus encore: la création de postes rémunérés destinés à des spécialistes aux fins exclusives de protection sanitaire, et plus généralement la différenciation des tâches dans les administrations municipales, étaient facilitées par des assises financières larges. De fait, l'examen de l'administration publique de la santé à Shawinigan de 1900 à 1918 mettra en évidence la quasi-absence d'organisation sanitaire permanente, de même que de débats à ce sujet: aucun groupe organisé ne s'y fit le défenseur de réformes de la gestion sanitaire locale.

---

<sup>65</sup> Mentionnons en particulier toute une série d'articles concernant la santé publique dans le journal mensuel *L'Eveil* en 1918 et 1919. *Le Bien Public* participa également au débat.

<sup>66</sup> Concernant cette enquête, voir F. Roy, *Le crépuscule d'un rouge: J.-A. Tessier, maire de Trois-Rivières, et l'enquête de Désy de 1920*. Université du Québec à Trois-Rivières, mémoire de maîtrise (Études québécoises), 1988.

L'hygiène publique ne retint d'abord l'attention des élus municipaux shawiniganais qu'en période d'épidémies. Ainsi, pour diriger la lutte contre la variole, un comité spécial d'hygiène fut formé en 1901 et devint permanent en 1902, qui une fois le danger estompé semble n'avoir existé que sur papier<sup>67</sup>. A partir de 1905 cependant (environ huit mois après que le CHPQ se soit informé de l'organisation du Bureau d'hygiène), un comité effectivement permanent composé comme à Trois-Rivières de membres du Conseil de ville reçut parmi ses responsabilités de voir aux questions de santé: le comité de police et de santé, ayant sous ses ordres des constables<sup>68</sup>.

Aucun employé salarié régulier ne fut engagé spécifiquement pour protéger la santé des Shawiniganais avant 1913, lorsqu'un inspecteur sanitaire reçut la tâche de voir à la qualité des aliments mis en vente<sup>69</sup>. De même, il faut attendre 1916 avant qu'un médecin de santé régulier —mais non salarié— le docteur J.-A. Dufresne, soit désigné. Il devait visiter et traiter les cas de maladies contagieuses, et ce uniquement sur autorisation du président du comité de police et de santé ou du secrétaire-trésorier de la municipalité<sup>70</sup>. Un autre médecin de la ville, s'étant plaint en 1919 de négligence et d'abus de la part de J.-A. Dufresne dans l'application d'une quarantaine, fut nommé séance tenante second médecin municipal. Pressés par le CHPQ de régulariser la situation, divisés, les élus finirent par nommer un officier unique, le docteur Joseph

---

<sup>67</sup> Deux docteurs, Joseph Garceau et J.-H. Choquette, furent alors nommés médecins de la corporation durant un mois. PVCVSH 22-11-1901, 25-6-1902, 14-7-1902, 2-7-1902 et 8-8-1902.

<sup>68</sup> PVCVSH 10-4-1905, mention d'une lettre du 7-11-1904 du CHPQ, ainsi que d'un comité d'hygiène du Conseil de ville. PVCVSH 5-7-1905.

<sup>69</sup> PVCVSH 8-1-1913.

<sup>70</sup> En 1914, un comité avait été chargé de nommer un médecin de santé, mais aucune mention n'est faite de sa nomination. PVCVSH 2-3-1914, 19-1-1916 et 2-2-1916.

Garceau<sup>71</sup>. Celui-ci deviendrait en 1921 le premier médecin de santé shawiniganais à recevoir un salaire.

Jusqu'au début des années 1920, Shawinigan demeura donc dépourvue d'organisation municipale sanitaire active. Le CHPQ déplora en 1911 ce qu'il considérait comme l'inertie des dirigeants municipaux:

It is impossible for this office to do any satisfactory work with Shawinigan Falls unless we receive some co-operation from the municipal authorities and up to the present we have received not the slightest encouragement or co-operation...<sup>72</sup>

De même, une firme américaine chargée par une grande entreprise (Belgo Pulp and Paper) d'effectuer une étude sur le logement à Shawinigan porta en 1918 un jugement très sévère: «We understand that nominally there is a health department but it is practically absolutely inactive»<sup>73</sup>. Les élus municipaux n'avaient en général accordé qu'une attention marginale à la gestion sanitaire publique: les procès-verbaux de leurs délibérations ne mentionnent à peu près pas de débats quant à la nécessité d'organiser autrement le Bureau de santé, ce qui fut finalement fait en 1921 alors que la ville comptait 10 625 habitants.

---

<sup>71</sup> PVCVSH 18-6-1919, 16-7-1919, 14-4-1920, 12-5-1920. ANQQCCH, lettre du 21-8-1919 de l'inspecteur général du CHPQ à l'inspecteur régional.

<sup>72</sup> ANQQCCH, lettre du 17-8-11 de l'ingénieur sanitaire Jas O. Meadows au docteur C.E. Cross. Une doléance du même ordre peut être vue dans RACH, 1910-1911, p. 158.

<sup>73</sup> Rapport préliminaire d'enquête du Independence Bureau de Philadelphie et Chicago. *Shawinigan Falls housing survey for Shawinigan Falls (Quebec) Housing committee*, juillet 1918. AHQM, référence 2639, loc. 26-1-1-1.

Nous ne croyons pas qu'en ce qui concerne l'organisation de son Bureau de santé, Shawinigan se distinguait des autres localités québécoises de taille comparable. L'absence d'études interdit cependant de vérifier pareille assertion. Trois-Rivières, bien plus peuplée, mit sur pied son service de santé au début des années 1910. Elle se trouvait elle-même devancée par des villes comme Montréal et Québec<sup>74</sup>: en général, il semble que les Bureaux de santé furent d'autant mieux et rapidement organisés qu'une ville comptait plus d'habitants<sup>75</sup>. Ce rapport entre la taille des villes et la constitution de corps publics chargés de voir spécifiquement à la santé de la population doit être inscrit dans le cadre du processus plus général de segmentation de la fonction publique municipale en départements spécialisés: plus rapide et achevée dans les grandes villes, la différenciation progressive des tâches y était d'une part nécessaire en raison de l'échelle des problèmes à résoudre, d'autre part facilitée par des ressources supérieures. Trois-Rivières comptait 13 691 habitants en 1911 et Shawinigan 10 625 en 1921, lorsque des Bureaux de santé y furent vraiment organisés. Se pourrait-il qu'au-delà d'une masse critique de 10 000 habitants, les municipalités tendaient à établir un service public de santé actif? Si tel est le cas, le réseau urbain québécois se prêtait mal à une prise en charge rapide par les municipalités: hors Montréal et Québec,

---

<sup>74</sup> Les monographies décrivant l'évolution des services municipaux de santé sont rares, particulièrement hors des grands centres. Les indications contenues dans quelques textes permettent de se convaincre que Montréal et Québec précédaient le plus souvent Trois-Rivières. Voir par exemple Copp, Terry, *op. cit.*; Martin Tétreault, «Les maladies de la misère—aspects de la santé publique à Montréal 1880-1914», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 36, 4, mars 1983; Hervé Anctil et M.-A. Bluteau, *op. cit.*; Farley, M., Othmar Keel et Camille Limoges, «Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique», *HSTC Bulletin: Journal of the History of Canadian Science, Technology and Medicine*, 1982, nos 20 et 21, 24-46 et 85-109.

<sup>75</sup> Des exceptions notables existent cependant, comme Lachine, fréquemment citée en exemple aux corporations municipales des villes petites et moyennes.

les centres urbains de la province demeuraient au début du XXe siècle de taille modeste.

La crainte d'un alourdissement indu des dépenses contribua sans doute à freiner l'implantation d'organismes sanitaires disposant des ressources nécessaires à l'application de la réglementation provinciale. Mais elle ne suffit pas à expliquer la lenteur des deux municipalités à cet égard, un Bureau de santé ne constituant pas, de toute façon, l'une des dépenses majeures d'une municipalité. Dans les deux villes, la proportion des dépenses municipales affectées au Bureau de santé demeura minime, atteignant en 1919 environ 0,3% à Shawinigan et 0,9% à Trois-Rivières. Trois-Rivières déboursait ainsi pour son Bureau de santé 22 cents par habitant et Shawinigan 5 cents<sup>76</sup>. La décision longtemps différée d'accorder des ressources aux Bureaux de santé ne s'explique que dans la mesure où les Conseils de ville ne virent pas là une priorité, et où le CHPQ n'avait pas les moyens d'effectuer un suivi local de l'application de ses règlements. Bien d'autres facteurs que l'étroitesse des budgets municipaux doivent donc être évoqués, qui seront discutés à l'examen des principales mesures de prévention des maladies contagieuses confiées aux municipalités par le CHPQ.

\* \* \* \* \*

---

<sup>76</sup> À titre de comparaison, notons que le budget sanitaire à Montréal avait déjà atteint 41 cents par habitant en 1892, d'après Martin Tétréault, op. cit., p. 131.

La création d'un organisme central d'hygiène publique consacrait une nouvelle répartition des pouvoirs entre les paliers de gouvernement provincial et municipal dans le domaine sanitaire. Un groupe restreint de médecins surtout, mais d'autres spécialistes également, occupèrent ce nouveau lieu de pouvoir d'où ils purent lancer, quoique avec peu de ressources, un véritable programme d'intervention étatique légitimé par les avancées de la science. Ceci avantageait non seulement les experts de différentes disciplines dont les services devenaient indispensables au respect de normes d'hygiène gagnant constamment en complexité et en précision, mais aussi, de façon plus diffuse, la bourgeoisie commerciale et industrielle.

La centralisation représentait par contre une perte de pouvoir pour les municipalités, et de ce fait pour les groupes qui y étaient influents. Or, les élus municipaux furent dans un premier temps réticents à mettre sur pied des services sanitaires actifs, et à embaucher un personnel qualifié. A l'échelle de la province, le clergé également, et une partie des médecins, opposèrent une résistance aux réformes du CHPQ concernant la cueillette des statistiques démographiques. La profession médicale semble ici divisée entre une fraction supérieure promouvant un programme provincial et de nombreux médecins qui accueillent défavorablement certains éléments du dit programme. Il faut cependant se garder de réduire la dynamique des changements à un rapport de forces entre, d'une part, une élite traditionnelle ayant de solides assises dans les localités, et, d'autre part, la bourgeoisie alliée à une élite nouvelle qui perce notamment dans la fonction publique provinciale et municipale. Ainsi, à Trois-Rivières, le Parti conservateur, allié du clergé, fut au début des années 1910 à l'origine d'une réforme

municipale confiant à des spécialistes la gestion des affaires courantes<sup>77</sup>. Mais c'est en portant l'analyse à un niveau de détail plus précis, c'est-à-dire en s'attardant aux débats qui entourèrent l'implantation dans les municipalités des principales mesures du programme hygiéniste, qu'il deviendra possible de mieux cerner les prises de position des groupes en présence, et la complexité des enjeux dans le secteur de l'hygiène publique.

---

<sup>77</sup> Notons à ce propos que les alliances entre promoteurs de réformes municipales et promoteurs de réformes morales furent fréquentes aux Etats-Unis. A ce sujet, voir R. A. Mohl, *The New City. Urban America in the Industrial Age, 1860-1920*, Illinois. Harlan Davidson, 1985, p. 129.

## Chapitre 3

### **Les résistances locales au programme provincial de prévention des maladies contagieuses**

L'objectif prioritaire du CHPQ, dès sa création, fut de limiter la propagation des maladies transmissibles par contagion, dites «évitable». Les hygiénistes québécois dont le CHPQ était devenu la plate-forme, inscrivant leur démarche dans le sillon des grands courants de pensée internationaux en matière de santé publique, définirent un programme privilégiant un assainissement du milieu de vie par le contrôle spécifique des réservoirs et des véhicules potentiels de germes pathogènes. Il s'agissait là d'un programme de prévention *primaire*, c'est-à-dire destinée à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas en brisant la chaîne de transmission des germes. Les mesures visant à contrôler quatre maillons de cette chaîne, à savoir l'eau, les déchets, les aliments et les individus, seront étudiées ici.

Quel fut l'accueil réservé à pareil programme préventif? Son application nécessitait de la part des municipalités des dépenses supplémentaires et l'organisation de services nouveaux, et par conséquent une participation des autorités municipales, dont nous avons déjà vu qu'elles étaient réticentes devant la tendance à la centralisation des pouvoirs entre les mains du CHPQ. De plus, le programme hygiéniste entraînait pour la population une modification d'habitudes et de comportements bien ancrés, de même que, pour des groupes particuliers, des inconvénients parfois durement ressentis.

Aussi, malgré les bénéfices sanitaires escomptés par les hygiénistes, des résistances apparurent dans les deux municipalités<sup>78</sup>, résistances que nous tenterons d'expliquer. Il apparaîtra tout de même que certains points du programme préventif furent graduellement acceptés parmi plusieurs groupes, si bien que les intervenants locaux en faveur de réformes se firent de plus en plus nombreux au début des années 1910.

### 3.1 La correction de l'eau: principale victoire des hygiénistes

L'eau peut véhiculer divers micro-organismes dont l'ingestion risque d'entraîner des troubles affectant surtout les voies digestives. Or, les enfants trifluviens et shawiniganais périssaient nombreux des maladies dites diarrhéiques, surtout durant les mois d'été et d'automne alors que la température élevée des eaux était le plus propice à la prolifération des germes. La purification des eaux bues dans les deux municipalités importait donc considérablement. Or, entre 1897 et 1915, le CHPQ acquit graduellement le pouvoir de contraindre les municipalités à distribuer une eau répondant à des normes de qualité précises. C'est le processus d'ajustement à ces normes, acquis au prix d'incessants conflits ayant marqué l'histoire municipale de Trois-Rivières et de Shawinigan, qui sera analysé ici. Il faudra tenir compte de plusieurs facteurs qui faisaient de la quantité d'eau requise, de sa qualité souhaitée et des coûts encourus, des données inter-reliées bien changeantes: hausse de la consommation, progression de la

---

<sup>78</sup> Une étude dénonçant l'insalubrité de Philadelphie durant le dernier quart du XIX<sup>e</sup> siècle montre que l'indifférence ou les résistances face aux nouvelles mesures sanitaires n'était pas que le lot des petites villes ou de la société québécoise: Sam Alewitz, «*Filthy Dirty*» *A Social History of Unsanitary Philadelphia in the Late Nineteenth Century*, New York. Garland Publishing, 1989.

technologie du captage, de l'analyse et de l'épuration de l'eau, confiance d'abord faible mais grandissante de la population et des dirigeants municipaux dans les affirmations des hygiénistes, aléas de la conjoncture socio-économique.

### 3.1.1 Résistances initiales des autorités municipales

Comme bon nombre d'autres municipalités québécoises, Trois-Rivières et Shawinigan puisèrent d'abord l'eau destinée à leurs aqueducs dans une rivière<sup>79</sup>, la Saint-Maurice. Celle-ci servant aussi à évacuer des quantités croissantes de déchets humains, son eau devint de plus en plus polluée au début du XX<sup>e</sup> siècle. Le flottage du bois, l'évacuation des eaux usées de quelques localités (dont Shawinigan et Grand-Mère en pleine croissance) conféraient à l'eau une haute teneur en matières organiques végétales et animales, dont on sait que la présence facilite la conservation de différents agents infectieux. Cette eau fut introduite brute dans les aqueducs trifluvien et shawiniganais jusqu'au début des années 1910 environ, lorsque le CHPQ contraignit les deux municipalités à installer des appareils de correction<sup>80</sup>. Quelles réactions suscitérent les recommandations des tenants d'une purification de l'eau, l'ingérence de l'organisme central, l'implication croissante d'experts en faveur de mesures énergiques?

---

<sup>79</sup> Le peuplement du Québec s'étant effectué le long des cours d'eau, la majorité des agglomérations jouxtaient une rivière ou le fleuve St-Laurent. Voir RACH 1913-1914, p. 139, partie du rapport de l'ingénieur sanitaire intitulée «Observations sur les systèmes d'aqueducs et d'égouts dans la province».

<sup>80</sup> Notons qu'une grande ville comme Philadelphie ne fut dotée d'un système de filtration qu'en 1909. Voir Sam Alewitz, *op. cit.*, p. 131.

A quelques reprises entre 1887 et 1910, la qualité de l'eau bue par les Trifluviens fit l'objet de débats impliquant le CHPQ, au cours desquels celui-ci demeura d'abord relativement impuissant, ne pouvant exiger que des modifications soient effectuées à des installations anciennes à moins de les condamner comme nuisances publiques. Dès 1891, l'inspecteur du CHPQ constata que les Trifluviens buvaient une eau suspecte. Le liquide pompé dans l'aqueduc —lequel l'année suivante approvisionnait la majorité des Trifluviens, puisque c'était le cas de 1 675 des 1 800 logis— était puisé à même un réservoir situé à l'intérieur d'un quai s'avancant dans la rivière, réservoir auquel l'eau parvenait par une tranchée emplie de matériaux filtrants. L'inspecteur estima que cette installation ne donnait qu'une protection illusoire: «Loin d'assainir l'eau, (...) tout ce que l'on a fait, avec la meilleure intention du monde du reste, ne fait que contribuer à la souiller davantage»<sup>81</sup>. Il recommanda de prolonger le tuyau de succion jusqu'au milieu de la rivière. Mais le Conseil de ville contesta les conclusions de l'expert gouvernemental, suivant en cela l'avis de son comité de santé, formé, rappelons-le, d'élus municipaux: l'eau était pure et limpide, ce dont «la simple vue [pouvait] se rendre facilement compte», et le mode de captage suggéré aurait été nuisible<sup>82</sup>. Les élus municipaux mettaient ainsi directement en doute la compétence de l'inspecteur, et ce sur la base de conceptions scientifiques périmées: l'on savait déjà que la couleur de l'eau, sa limpidité, ne garantissent en rien l'absence de germes infectieux. Un autre son de cloche provint cependant des milieux d'affaires locaux: craignant les mesures d'isolement nécessaires si le choléra présent en Europe venait à

---

<sup>81</sup> ANQQRICH, rapport de la visite effectuée les 20-21-22 sept. 1891. PCTR octobre 1892. rapport du 17-10-1892 de l'inspecteur du CHPQ.

<sup>82</sup> Rapport du comité de santé du 15-8-1892, PVCVTR.

se manifester, la Chambre de Commerce demanda au Conseil de ville de faire supprimer les décharges d'égout près de la prise d'eau<sup>83</sup>.

Bien que le CHPQ ait avisé en 1895 la municipalité de plaintes réitérées de citoyens concernant la qualité de l'eau, il faut attendre 1898 et une épidémie d'une maladie «à forme diarrhéique» pour que le Conseil de ville ré-examine la question. Plutôt que de s'adresser au CHPQ pour en obtenir les services d'experts, il mandata un professeur de sciences du Séminaire des Trois-Rivières, le révérend J.-A. Moreau, pour analyser l'eau<sup>84</sup>. Celui-ci suggéra qu'une prise d'eau sans filtre soit installée plus haut sur la Saint-Maurice. Bien que l'inspecteur du CHPQ ait approuvé cette solution, le Conseil de ville choisit de prolonger le tuyau aspirant au large du quai de l'aqueduc, ce qui revenait à adopter ses recommandations de 1892. Mais le tuyau, mal posé par l'entrepreneur, fut abandonné dès 1899 et la ville reprit son ancien approvisionnement<sup>85</sup>.

Le début du XX<sup>e</sup> siècle allait marquer un tournant, en ce que désormais l'évaluation de la qualité de l'eau trifluvienne serait faite selon des critères scientifiques à l'aide d'analyses en laboratoire. Le CHPQ ayant rendu ces tests gratuits en 1900, il devenait

---

<sup>83</sup> PVCVTR. 15-8-1892 et PCTR, août 1892, requête du 30-8-1892.

<sup>84</sup> ANQQCCH. volume 14, page 164, lettre du 24-08-1895 du secrétaire du CHPQ au secrétaire-trésorier de la municipalité; PCTR, rapport de visite du 28-5-1898 de l'inspecteur du CHPQ; PCTR, avril 1898, rapport d'analyse du révérend J.-A. Moreau. D'après les archives du Séminaire, le révérend n'a quasiment pas quitté l'institution de l'âge de six ans à sa mort, ce qui exclut toute formation spécialisée. Il s'agirait d'un autodidacte très doué, professeur de disciplines scientifiques à plus d'une génération d'élèves du Séminaire, parmi lesquels une portion importante de l'élite trifluvienne du début du XX<sup>e</sup> siècle.

<sup>85</sup> PVCVTR. 8-8-1898, 31-10-1898; aux AMTR, de nombreux documents de 1899 à 1901 concernent le litige survenu entre le contracteur et la ville.

plus facile de convaincre les autorités municipales d'y recourir<sup>86</sup>. C'est ce que réussit en 1901 l'Association médicale du district des Trois-Rivières (récemment mise sur pied), préoccupée par les taux élevés de la mortalité: un examen bactériologique et chimique de l'eau fut fait par les analystes du CHPQ. Devant la présence du colibacille, ils conclurent en 1902 qu'il y avait lieu, «tout au moins, de considérer l'eau comme médiocre et suspecte»<sup>87</sup>. Ce constat inquiétant demeura toutefois sans suites significatives, si ce n'est un nettoyage du réservoir de l'aqueduc, où s'étaient accumulés des débris végétaux.

L'inquiétude manifestée par les médecins locaux gagna cependant une partie plus large de l'opinion trifluvienne et, quelques années plus tard, la question de l'eau avait acquis un poids politique nouveau. En 1905, le Conseil de ville demanda au CHPQ que l'inspecteur général J.-A. Beaudry participe en tant qu'expert aux travaux d'un comité spécial, formé en 1906 de trois médecins et du comité de santé. Le comité devait étudier les moyens d'améliorer l'approvisionnement en eau, nécessité admise «non seulement par les autorités qui [étaient] à la tête de l'administration, mais encore, par un très grand nombre de citoyens» d'après J.-A. Beaudry<sup>88</sup>. Au terme d'une série

---

<sup>86</sup> Il ressort des RACH qu'avant 1900, les laboratoires reçurent fort peu de demandes d'analyse. Il s'agissait surtout de tests chimiques (principalement évaluation de l'impureté de l'eau due à la présence de matières organiques animales ou végétales), les tests bactériologiques (évaluation de la teneur en bactéries) étant plus onéreux. Ces derniers nécessitaient en effet des précautions particulières lors du prélèvement des échantillons, et le déplacement d'un employé des laboratoires. L'usage de nouvelles techniques facilita ces opérations au début du siècle, et sans doute aussi la décision du CHPQ de rendre les tests gratuits.

<sup>87</sup> AMTR, rapport d'analyse des laboratoires du CHPQ du 27-8-1902; AST, procès-verbaux des assemblées de l'Association médicale du district des Trois-Rivières; AMTR, différents documents dont lettres de l'Association médicale et rapport d'analyse du 7-10-01 des laboratoires du CHPQ. Le colibacille est une bactérie très prolifique que l'on trouve notamment dans l'intestin humain et dont la présence révèle une pollution d'origine fécale.

<sup>88</sup> PCTR, novembre 1907, rapport de l'inspecteur du CHPQ, p. 8. Voir aussi PCTR du 18-12-1905, lettre du 4-12-1905 du secrétaire du CHPQ; PVCVTR, réunion du 5-2-1906.

d'inspections et d'analyses, le CHPQ condamna en 1907 l'eau de l'aqueduc comme «polluée, insalubre et dangereuse pour la santé publique», ce qui en faisait une nuisance aux termes de la loi. Il avisa la corporation de changer la prise d'eau et, au cas où elle ne pourrait trouver ailleurs que dans la Saint-Maurice un approvisionnement adéquat, de filtrer cette eau à la satisfaction du CHPQ. Une Commission de l'eau fut formée en 1908, comprenant notamment le médecin-maire conservateur L.-P. Normand et le docteur Georges Bourgeois, membre du CHPQ, ainsi que le médecin de santé. Comme l'avait déjà suggéré le CHPQ, la commission mandata une firme spécialisée renommée (celle de R.S. Lea, consultante du CHPQ). La Commission recommanda que des filtres soient installés et quatre filtres mécaniques à pression furent mis en opération en 1910<sup>89</sup>. Le travail conjugué du CHPQ et d'intervenants locaux surtout médecins avait mené à une première correction de l'eau trifluvienne.

Si l'installation des filtres à Trois-Rivières avait suivi une injonction du CHPQ, la menace seule d'une telle injonction déboucha sur le même résultat à Shawinigan, quoique selon des modalités bien différentes: une grande entreprise, la compagnie d'électricité SWP, intervint à plus d'une reprise, devenant l'alliée du CHPQ. Il semble bien que comme à Trois-Rivières, l'eau bue dans la ville naissante demeura dangereuse

---

<sup>89</sup> RACH, 1907-1908, p. 5; ANQQCCH, volume 46 page 198, lettre du 7-5-1908 du secrétaire du CHPQ; volume 47 page 293, lettre du 16-9-1908 du même; PVCVTR, 9-8-09, rapport de la Commission de l'eau et PVCVTR, 20-9-1909. A l'époque, deux principaux types de dispositifs filtrants étaient disponibles: les filtres à sable «lents» fonctionnant sans coagulant, et les filtres à sable «rapides» avec coagulant. Les premiers, de conception plus ancienne, convenaient peu au rude climat québécois, puisque nécessitant l'usage de vastes lits de filtration sujets à des dégâts causés par le gel. En général, les municipalités québécoises désireuses de filtrer leur eau se dotèrent plutôt de filtres à sable «mécaniques» ou «rapides». Dans ce procédé d'origine américaine, une substance chimique provoquant l'agglutination des particules présentes dans l'eau était mélangée à celle-ci. Puis la filtration proprement dite s'effectuait à travers un lit de sable, soit par gravitation, soit sous pression avec des pompes.

durant la première décennie du siècle. Avant même la première incorporation de Shawinigan Falls, l'inspecteur du CHPQ, venu enquêter en 1900 en raison d'une épidémie de typhoïde<sup>90</sup>, brossa une description inquiétante de cette eau. Elle provenait soit de puits privés profonds de trois ou quatre pieds, souvent situés à proximité de fosses d'aisance ou d'étables, soit de deux puits publics<sup>91</sup>. La jugeant très souillée, l'inspecteur recommanda que les puits soient remplacés par un aqueduc ou des puits artésiens, tout en reconnaissant qu'en l'absence de corporation municipale il n'existait aucun corps public susceptible de mener à bien pareils travaux.

Ce ne fut pas pour des raisons de santé publique, mais afin de pouvoir combattre les incendies, que le premier Conseil municipal décida de munir la localité d'un approvisionnement d'eau différent<sup>92</sup>. La compagnie d'électricité fondatrice de la ville montra à cette occasion un certain intérêt pour la question de l'approvisionnement d'eau, en créant une filiale, *St Maurice Water Supply Co.* (SMWS), qui fit une demande de franchise de 25 ans. Après quelques tergiversations (franchise accordée puis retirée), le Conseil de ville décida de prendre en charge la construction<sup>93</sup>. SMWS

---

<sup>90</sup> Il s'agissait essentiellement de travailleurs employés aux premiers grands aménagements industriels de Shawinigan. ANQQRICH, rapport de l'inspecteur du CHPQ de la province suite à visite du 20-9-1900.

<sup>91</sup> L'usage de puits de surface représentait un danger pour la santé publique, les eaux ainsi captées étant sujettes à des contaminations de sources diverses, notamment celles dues à la proximité de fosses d'aisance ou de puisards. Les eaux de pluie, avant de s'infiltrer, lessivaient des sols urbains dont l'insalubrité était notoire à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle: tas de fumier, carcasses d'animaux laissées à l'abandon, déchets de toutes sortes jonchaient les rues et les cours.

<sup>92</sup> La sécurité était menacée dans la mesure où l'on ne pouvait obtenir dans l'ensemble de la ville la pression d'eau élevée indispensable à l'extinction des incendies. Les autorités municipales souhaitaient bien sûr éviter les conflagrations. Leur zèle en ce sens allait être soutenu par l'action des compagnies d'assurance qui, regroupées en une association pan-canadienne, la *Canadian Fire Underwriter's Association*, soumièrent dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle les systèmes de distribution d'eau à des inspections régulières, au terme desquelles elles attribuaient à chaque municipalité une cote déterminant l'échelle de tarification.

<sup>93</sup> Les négociations achoppèrent sur les tarifs demandés par SMWS, qui proposa alors de construire l'aqueduc pour le vendre à la municipalité, ce qui fut accepté temporairement par le Conseil de ville. PVCVSH, 5-7-

avait tout de même installé un réseau temporaire de distribution qui desservit une partie des habitants avant que le nouvel aqueduc ne soit complété en 1903<sup>94</sup>.

Les élus municipaux soumirent au CHPQ leur projet d'approvisionnement, comme les y obligeait la Loi d'hygiène de 1901 (reprenant un règlement de 1894) dans le cas des installations nouvelles d'aqueduc et d'égouts. L'inspecteur du CHPQ recommanda l'approbation de la prise d'eau dans la Saint-Maurice, mais émit une réserve<sup>95</sup>: la municipalité devrait se prémunir contre les risques de contamination liés à l'établissement prochain d'une «fabrique» et d'habitations en amont. Convaincu de la pureté de l'eau —d'après lui, les émissions polluantes de Grand-Mère arrivaient suffisamment diluées à Shawinigan—, il n'exigea pas d'analyse en laboratoire, ce à quoi l'autorisait pourtant la Loi d'hygiène depuis 1901. En fait, le CHPQ ne fit aucune analyse de l'eau de l'aqueduc avant 1909 ou 1911<sup>96</sup>. On se rappellera pourtant que durant la décennie 1900, l'eau de l'aqueduc trifluvien fut plusieurs fois soumise à de tels tests après que les autorités municipales en aient fait la demande. Comme toute évaluation sérieuse nécessitait l'analyse d'échantillons pris à plus d'un endroit et à divers moments de l'année, et que les employés du CHPQ ne pouvaient faire le va-et-vient entre le laboratoire et la localité, la volonté d'intervenants locaux d'obtenir une telle évaluation s'avérait indispensable. À en juger par l'absence de demandes d'analyses, il semble que les élus municipaux shawiniganais, une fois satisfait le

---

1901, règlement no. 6; PVCVSH, 5-8-1901, lettre de St Maurice Water Supply Co; PVCVSH, 7-9-1901, règlement no. 10.

<sup>94</sup> PVCVSH, 3-12-1902.

<sup>95</sup> ANQQRICH, rapport de l'inspecteur du CHPQ après une visite du 7-11-1902.

<sup>96</sup> Celle de 1909 concerne un échantillon provenant probablement d'une autre source. ANQQCCH, lettre du 29-3-1909 du secrétaire du CHPQ à J.-E. Thibodeau.

besoin d'une eau abondante, s'inquiétèrent peu de ses qualités hygiéniques, ce qui est du reste fort compréhensible: l'inspecteur du CHPQ avait en 1902 qualifié l'eau de salubre.

Le CHPQ se montra beaucoup plus exigeant —ce qui était facilité par la création récente du service de génie sanitaire— lorsqu'à l'hiver 1910-1911 la typhoïde fit des ravages à Shawinigan. Il bénéficia à cette occasion, sinon de la collaboration des autorités municipales, du moins de celle de SWP. Début avril, l'ingénieur sanitaire J. A. Meadows obtint du Conseil de ville l'installation immédiate d'un système de chloration en vue de briser la marche de la maladie<sup>97</sup>. Après Montréal l'année précédente, Shawinigan devenait l'une des premières municipalités québécoises à faire de la sorte. La chloration ne constituait cependant pas, de l'avis de J. A. Meadows, un traitement suffisant. Se démarquant du rapport d'inspection précédent, il estima qu'en période d'étiage les rejets d'égouts de Grand-Mère atteignaient Shawinigan «aucunement modifié(s) et à l'état virulent». Subséquemment, il fit part à des dirigeants municipaux et à des gérants d'établissements industriels que l'eau de la rivière devrait être épurée par des filtres mécaniques à gravitation.

---

<sup>97</sup> Le système coûtait environ 100 \$ (PVCVSH, 3-4-1911). Ces appareils n'étaient disponibles que depuis peu. Ils désinfectaient l'eau par l'introduction de chlore ou de l'un de ses composés (hypochlorite de chaux souvent). Au Québec, les premiers furent imposés le plus souvent comme mesures d'urgence par le CHPQ afin de juguler une épidémie de typhoïde. Le CHPQ considérait la chloration comme une mesure temporaire ou complémentaire, mais plusieurs municipalités, ainsi équipées, tardèrent par la suite à construire les usines de filtration qu'il exigeait (RACH 1914-1915, p. 132). Sur l'implantation des appareils de chloration aux États-Unis, voir American Public Works Association, *History of Public Works in the United States 1776-1976*, p. 238. Pour le Canada: Letty Anderson, «L'approvisionnement en eau», dans Norman R. Ball, éd., *Bâtir un pays. Histoire des travaux publics au Canada*, Boréal, 1988.

Les autorités municipales firent preuve d'une certaine indifférence à l'égard des recommandations du CHPQ. Ainsi, malgré des avis répétés, elles ne respectèrent pas leur engagement d'expédier des échantillons hebdomadaires de l'eau chlorée, si bien que le CHPQ ne put en surveiller la qualité, et la fièvre typhoïde réapparut au mois d'août. A défaut de leur concours, le CHPQ conclut un arrangement avec SWP qui s'engagea à faire parvenir les échantillons par les soins du docteur C. E. Cross, médecin du Shawinigan Falls General Hospital (propriété de SWP). Aux yeux du CHPQ, cette intervention de la compagnie d'électricité dans les affaires publiques s'imposait d'autant plus que la municipalité avait négligé l'opération du système de chloration en n'y introduisant pas la substance désinfectante «pendant un temps assez considérable»<sup>98</sup>.

Le CHPQ somma la municipalité de s'engager à installer un appareil de filtration et menaça de condamner l'approvisionnement en eau afin de la forcer à obtempérer, comme il l'avait fait à Trois-Rivières. Le Conseil de ville, vu l'étroitesse des revenus municipaux, répugnait à un tel déboursé. Aussi souscrivit-il à une initiative de trois des dirigeants de SWP, J.E. Aldred, Julian C. Smith et Howard Murray, offrant de construire un système de filtration par gravitation selon des plans de la firme Norwood Engineering Co du Massachussets. La corporation municipale s'engagea à louer l'établissement (après approbation du CHPQ) au taux annuel de 6% du coût de construction, lequel ne devait pas excéder \$30 000. Elle en aurait le contrôle, paierait

---

<sup>98</sup> RACH, 1912, p.166.

les frais de fonctionnement et d'entretien, et pourrait l'acheter quand bon lui semblerait au dit coût de construction<sup>99</sup>.

Par ses interventions, la compagnie fondatrice de la ville manifesta un certain souci pour la santé des Shawiniganais, que nous attribuons en partie au désir d'éviter les effets négatifs des épidémies sur les opérations des entreprises grandes consommatrices d'électricité que SWP avait attirées à Shawinigan<sup>100</sup>; à la conviction que les chefs d'industrie avaient un rôle à jouer dans la formation d'une société harmonieuse où les travailleurs, jouissant de bonnes conditions de vie, ne songeraient pas à se rebeller<sup>101</sup>; au fait que le principal manque à gagner de la municipalité provenait des exemptions de taxes consenties aux grandes entreprises<sup>102</sup>, et que c'était là excellente promotion pour SWP que cette façon philanthropique de payer ses taxes.

### 3.1.2 Recherche d'approvisionnements sûrs et peu coûteux par les municipalités

La nécessité étant acquise pour les Conseils de ville de distribuer une eau répondant aux normes provinciales, ils allaient désormais chercher à minimiser les coûts en recourant

<sup>99</sup> ANQQRICH, rapport du 31-8-1911 de l'ingénieur sanitaire du CHPQ; ANQQCCH, lettre du 26-11-17 de l'ingénieur sanitaire du CHPQ à Ouimet & Lesage ingénieurs conseils de Montréal; PVCVSH, réunions des 23-10-1911, 27-11-1911, 18-12-1911, 15-1-1912 et 29-1-1912.

<sup>100</sup> Les ventes d'électricité à des entreprises industrielles représentaient une part importante du marché de SWP. Voir à ce sujet: Claude Bellavance, *Shawinigan Water and Power. Formation et déclin d'un groupe industriel au Québec 1898-1963*, thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 1991.

<sup>101</sup> Cet aspect des projets du grand patronat en Mauricie a été analysé par Claude Bellavance dans *Le patronat de la grande entreprise en Mauricie 1900-1950*, mémoire de maîtrise (Études québécoises), Université du Québec à Trois-Rivières, 1983.

<sup>102</sup> P. Lanthier et N. Brouillette. «Shawinigan Falls de 1898 à 1930», *Revue d'histoire urbaine*, XIX, 1, juin 1990, 42-55.

à des modes de captage et de traitement peu onéreux. Au début des années 1910, tout paraissait en place pour que les populations trifluvienne et shawiniganaise bénéficient enfin d'une eau salubre puisque filtrée. A l'un et l'autre endroit pourtant, durant les années suivantes, on abandonna les filtres en remplaçant l'eau de rivière par des eaux souterraines non polluées, à l'exemple de villes américaines et européennes. Des problèmes techniques allaient cependant surgir qui forcèrent Trois-Rivières et Shawinigan à recourir de nouveau à l'eau de rivière, et par conséquent à traiter le liquide distribué comme l'exigea le CHPQ, le tout déclenchant de vives controverses auxquelles nous prêterons attention.

A Trois-Rivières, les filtres furent abandonnés deux ans après leur installation: le modèle choisi, peu coûteux, ne convenait pas aux eaux de la rivière chargées de pulpe de bois, les filtres s'encrassaient, la pression baissait ainsi que le degré de filtration... Des filtres mécaniques fonctionnant par gravité après décantation, comme ceux installés à Shawinigan, auraient été préférables<sup>103</sup>. Une suggestion du révérend J.-A. Moreau (déjà mentionné) faite en 1911 à B. Bourgeois, nouvel ingénieur de la ville engagé après la réforme municipale des conservateurs, entraîna le quasi-abandon de la rivière comme source d'approvisionnement. Il s'agissait de puiser à peu de frais dans le sous-sol trifluvien une eau ne nécessitant aucun traitement<sup>104</sup>, à l'aide d'une série de puits

---

<sup>103</sup> CPTR, décembre 1918, rapport d'inspection de l'ingénieur sanitaire du CHPQ, 21-12-1918.

<sup>104</sup> D'après *Le Bien Public*, 10-10-1922, «Eau souterraine et eau de surface», un rapport du 18-11-1908 de R.-S. Lea recommandait déjà que des recherches soient faites pour utiliser les eaux souterraines. *Le Nouveau Trois-Rivières* du 16-1-1914 attribue à L.-P. Normand la responsabilité de la dépense des filtres, la suggestion de Lea à l'effet que des investigations soient faites en vue de capter l'eau du sous-sol n'ayant pas été suivie.

tubulaires. Les travaux furent terminés en 1912<sup>105</sup>. Les élus municipaux n'avaient cependant pas soumis le projet à l'approbation du CHPQ comme l'exigeait la loi, ce qui témoignait encore une fois de leur réticence à se soumettre à l'autorité de l'organisme central, et l'approbation dut être donnée après l'aménagement.

Durant quelques années, les Trifluviens purent enfin croire disposer d'une eau acceptable. L'établissement par les laboratoires du CHPQ d'un service de tests quotidiens en 1918, rendu possible par un perfectionnement des méthodes d'analyse<sup>106</sup>, dissipa cependant cette impression. A l'automne 1918, les résultats d'analyse devinrent médiocres et une épidémie de fièvre typhoïde se déclara. Georges Bourgeois, médecin trifluvien membre du CHPQ, réclama une inspection et dénonça l'incurie de l'administration municipale à ce sujet. Bien qu'il fût en froid avec le clergé trifluvien, il reçut l'appui de la presse cléricale locale, opposée au Conseil de ville d'allégeance libérale. L'inspecteur crut d'abord que l'eau des puits était devenue impropre à la consommation et recommanda l'usage d'un «chlorinateur» comme

---

<sup>105</sup> Les puits tubulaires, dits «instantanés», étaient constitués d'un tube articulé en fer dont on enfonçait dans le sol l'extrémité effilée en pointe et percée de trous. Ils furent échelonnés le long de la Saint-Maurice, et leur nombre augmenta au cours des années. Voir ANQQCCH, volume 61, page 314, lettre de l'ingénieur sanitaire du 6-6-12; PVCVTR, 17/06/12, rapport de l'ingénieur B. Bourgeois. Une série de documents dans les AMTR concernent les rapports de J.-A. Moreau avec le Conseil de ville, notamment après qu'il ait dû insister pour recevoir un salaire. Il avait entre autres été dépêché à Lowell au Massachussets pour y recueillir des informations sur la série de puits qui y étaient en opération.

<sup>106</sup> La mise sur pied d'un tel service était jusqu'alors demeurée difficile en raison des distances séparant les laboratoires du CHPQ des différents centres urbains. Elle devint praticable grâce à des «nécessaires» à échantillonnage conçus pour faciliter le prélèvement, abaisser les coûts du transport et raccourcir les délais précédant l'analyse. Les nouveaux tubes d'échantillonnage contenaient des matières permettant le démarrage immédiat de la multiplication des bactéries présentes dans l'eau. Le service s'adressait aux municipalités sises hors de l'agglomération montréalaise, les usines de filtration de Montreal Water and Power Co. et de la ville de Montréal disposant de leurs propres laboratoires. Voir RACH 1918-1919, p. 104, *Rapport de l'ingénieur sanitaire*. Aussi M.H McCrady, «Long Distance Bacteriological Control of Water Purification Plants», dans *Compte rendu de la huitième convention annuelle des services sanitaires de la province de Québec*, tenu les 10 et 11 septembre 1919.

mesure d'urgence aussitôt adoptée. Mais les responsables municipaux l'avaient dupé: à l'encontre de leurs affirmations, l'eau contaminée de la rivière était fréquemment admise dans le système de distribution, en vue d'obtenir la pression nécessaire dès que l'alarme pour le feu était sonnée et en période d'étiage lorsque le niveau d'eau dans les puits descendait trop bas<sup>107</sup>. En fait, l'ingénieur de la ville Z. Lambert admit que depuis l'automne 1914 l'eau de la rivière avait été mélangée régulièrement à celle des puits dans une proportion grandissante: leur débit ne suffisait pas à rencontrer la croissance de la consommation journalière, passée de 1 296 000 gallons en 1912 à 2 400 000 en 1918<sup>108</sup>. Les dirigeants de la ville et l'ingénieur, connaissant les dangers de l'eau de la Saint-Maurice<sup>109</sup>, s'étaient engagés en 1913 à avertir la population lorsqu'elle devrait être utilisée, précaution totalement négligée par la suite<sup>110</sup>. La presse cléricale se lança dans une campagne énergique visant notamment le remplacement de l'ingénieur de la ville et de l'officier de santé. Quant au CHPQ, convaincu de la mauvaise volonté des responsables locaux —n'avait-on pas été jusqu'à lui envoyer des échantillons non représentatifs de l'eau de l'aqueduc— il avisa en mars

<sup>107</sup> De nombreux documents dans les AMTR en 1918 et 1919 concernent cette affaire. L'eau captée provenait d'une nappe alluvionnaire, constituée par les infiltrations d'eau dans les alluvions déposés au fond de la vallée creusée par la rivière et circulant lentement vers l'aval. Le niveau d'eau près de la rivière était en partie soumis au régime de celle-ci.

<sup>108</sup> *Le Bien Public*, 9-1-1919, «La question de l'eau», lettre du surintendant Lambert.

<sup>109</sup> Outre la condamnation de l'eau de la rivière par le CHPQ, d'autres événements étaient venus confirmer ces dangers. En 1912, son introduction dans les conduites pendant quelques jours avait entraîné l'écllosion de cas de fièvres intestinales, et le médecin de santé avait prié le Conseil de ville de voir à ce qu'elle ne soit plus utilisée. Ceci était survenu après que SWP ait dû interrompre ses livraisons d'électricité suite à un accident: les pompes de la nouvelle prise d'eau étaient mues par l'électricité et celles de l'ancienne par la vapeur. En 1913 aussi, des cas de fièvre typhoïde apparurent après que l'eau de la rivière ait été utilisée lors d'un incendie au palais de justice. Voir PVCVTR, 4-11-12 et 18-8-13, rapports de l'officier de santé de la cité J.-M. Badeaux.

<sup>110</sup> Un journaliste proche du clergé aura à ce sujet les commentaires suivants: «Nous avons fortement désapprouvé par le passé cette méthode du Conseil du temps qui nous gorgeait d'eau du St-Maurice sans même nous en parler. L'effronterie de l'ancienne administration allait jusqu'à soutenir qu'elle servait à la confiante population l'eau inoffensive des pointes alors que cette eau provenait de la rivière contaminée». *Le Bien Public*, 12-12-1922, article de Joseph Barnard.

1919 la municipalité de se procurer un appareil automatique de chloration pour l'eau de la rivière<sup>111</sup>, et la notifia en mai d'avoir à se pourvoir d'un volume d'eau suffisant pour satisfaire à tous ses besoins, l'emploi de l'eau de la rivière après traitement au chlore n'étant toléré que temporairement.

Si le CHPQ pouvait se montrer aussi exigeant, c'était en vertu de pouvoirs acquis en 1915, lorsque la législature provinciale avait rendu la Loi d'hygiène plus coercitive afin de contrer une velléité d'intervention du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé. Un projet de loi attribuant à celui-ci la responsabilité du contrôle sanitaire des cours d'eau navigables ayant été déposé à la session de 1912-1913, une conférence avait réuni les gouvernements fédéral et provinciaux<sup>112</sup>. Les délégués québécois en étaient sortis convaincus que si les provinces complétaient leur législation et l'appliquaient sérieusement, elles pourraient «victorieusement résister à toutes tentatives qui [pourraient] surgir, de nouveau, pour amener une substitution du pouvoir fédéral à l'action des pouvoirs provinciaux»<sup>113</sup>. A partir de 1915, le CHPQ —de même que celui de l'Ontario— put enjoindre une municipalité 1-de prendre les moyens nécessaires pour faire disparaître les causes de pollution ou de souillure des eaux d'alimentation, 2-de changer une source d'approvisionnement ou d'installer des appareils suffisants pour

---

<sup>111</sup> Celui installé en 1918 avait été prêté par le CHPQ. CPTR, mars et mai 1919, lettres du secrétaire du CHPQ du 13 mars et du 5 mai.

<sup>112</sup> A la suite d'une épidémie de fièvre typhoïde survenue à Ottawa, siège des délibérations des députés, la Chambre des Communes fut saisie d'un projet de loi qui aurait entre autres interdit aux municipalités de déverser leurs égouts dans les cours d'eau se jetant dans des eaux navigables. Un comité fut chargé d'enquêter sur la prévention de la pollution de ces eaux. Voir le Journal des débats de la Chambre des communes. *Discussion d'une résolution relative à la pollution des eaux navigables*, 17-3-1914.

<sup>113</sup> RACH 1913-1914, p. 33.

la purification de l'eau, 3-de modifier des appareils de purification de l'eau ou de matières d'égouts.

Tenu d'exécuter l'injonction, le Conseil de ville de Trois-Rivières se trouvait aux prises avec des problèmes manifestement inextricables sans la maîtrise technique et les connaissances de spécialistes, aussi rompit-il définitivement avec l'habitude de quérir l'avis de conseillers locaux ou ingénieurs sans formation spécialisée. Outre le rendement des puits tubulaires (qui en sus de la santé publique avait des effets négatifs sur les tarifs d'assurance contre le feu<sup>114</sup>), une autre difficulté était d'ailleurs devenue critique: ferrugineuse, l'eau des puits favorisait la croissance d'une algue (crénothrix) sécrétant une substance qui obstruait les conduites et teintait fréquemment l'eau de rouge. Désormais, comme il l'avait fait déjà en 1908, le Conseil de ville chercha conseil auprès de firmes d'ingénieurs et d'entrepreneurs spécialisées dans les travaux d'aqueduc, parfois prestigieuses: The McDougall Caledonian Iron Works Co Ltd en 1912, BF Smith & Co. de Boston en 1914 et 1916, R.S. et W.S Lea de Montréal de 1914 à 1921, Layne & Bowler de Memphis de 1917 à 1920 environ, l'ingénieur hydrologue Arthur Surveyer de Montréal en 1920-1921 et les années suivantes<sup>115</sup>.

La multiplication des rapports d'experts contribua à alimenter une série de débats dont l'issue demeura incertaine jusqu'en 1924. En 1920, neuf mois après la notification du

---

<sup>114</sup> La *Canadian Fire Underwriter's Association* attribua une mauvaise cote à Trois-Rivières en raison du problème de rendement. PCTR, août 1920, rapport de Surveyer et Lafrenière.

<sup>115</sup> PVCVTR, 7-10-12, rapport du 3-10-1912 de The McDougall Caledonian Iron Works Co Ltd; CPTR du 3-7-1914, rapport du 23-6-1914 de BF Smith & Co; PCTR, août 1920, rapport de Surveyer et Lafrenière (ingénieur sanitaire du CHPQ); PVCVTR, 19-9-21.

CHPQ, le Conseil de ville nomma une commission spéciale devant l'aviser sur l'établissement d'une prise d'eau<sup>116</sup>. Certains intervenants, dont le journal *Le Bien Public* (près du clergé et des conservateurs), quelques ingénieurs trifluviens et l'association des médecins des Trois-Rivières, prônèrent l'extension du système de puits tubulaires ou un autre mode de captage des eaux souterraines, procédés les moins chers. D'autres, en particulier l'ingénieur sanitaire du CHPQ et l'hydrologue Arthur Surveyer, membres de la commission spéciale, se prononcèrent pour la construction d'une usine de filtration rapide par gravité devant corriger les eaux de la rivière. Se rangeant à l'avis de la commission, le Conseil de ville libéral opta en 1920 pour l'usine de filtration. Mais, après que les médecins de la ville eussent publié un mémoire estimant prématurées les conclusions de la commission et requérant des recherches plus approfondies, les électeurs municipaux rejetèrent le règlement d'emprunt devant couvrir les frais de la construction<sup>117</sup>. Dès lors les débats s'enlisèrent. Ce temps d'arrêt ne fut cependant pas propre à Trois-Rivières: le coût élevé des matériaux de construction et de la main d'oeuvre à la fin de la guerre freinèrent la mise en place des infrastructures sanitaires au Québec<sup>118</sup>. Il n'en restait pas moins que l'eau de l'aqueduc, chlorée depuis 1918, était devenue bien plus sécuritaire.

L'expérience trifluvienne des puits tubulaires s'était donc avérée décevante au fil des années. Elle paraissait toutefois fort prometteuse au moment où Shawinigan commença à filtrer son eau en 1912. L'usine de filtration, propriété d'une filiale de SWP,

---

<sup>116</sup> PVCVTR, 6-4-1920.

<sup>117</sup> PVCVTR, 20-9-1920, règlement chapitre 394; *Le Bien Public*, 14-10-1920.

<sup>118</sup> Les rapports annuels du CHPQ sont formels sur ce point.

fonctionnait bien, mais la Première Guerre mondiale entraîna une hausse des prix des produits chimiques utilisés<sup>119</sup>, rendant coûteux pour la municipalité le traitement exigé par le CHPQ. Aussi l'idée germa de capter une eau pure par une série de puits tubulaires échelonnés le long de la Saint-Maurice comme à Trois-Rivières. Malgré des tests favorables, le CHPQ était réticent: il craignait un appauvrissement des puits et s'interrogeait sur les intentions du Conseil municipal vis-à-vis de l'usine de filtration<sup>120</sup>. L'ingénieur sanitaire du CHPQ avisa donc SWP, son alliée les années précédentes pour la question de l'eau, des démarches en cours, et demanda si elle avait une entente avec la ville interdisant à celle-ci de délaisser l'usine de filtration. En fait, le Conseil de ville avait déjà décidé d'acheter les filtres et l'installation changea de mains en 1915. Finalement, le CHPQ approuva en 1916 la nouvelle prise d'eau pourvu que l'usine de filtration soit maintenue prête à entrer en service si le débit des puits devenait insuffisant<sup>121</sup>. Durant les années suivantes, Shawinigan connut comme Trois-Rivières une série de difficultés liées en général au rendement des puits, et le CHPQ intervint à plusieurs reprises<sup>122</sup>, notamment en recommandant que l'eau soit désinfectée au chlore, ce qui fut fait en 1918, et en exigeant l'usage de l'usine de filtration en 1919.

---

<sup>119</sup> Trois substances étaient mélangées à l'eau: du sulfate d'alumine comme agent coagulant, du carbonate de soude afin d'augmenter l'alcalinité de l'eau de la Saint-Maurice de sorte que la coagulation soit facilitée, de l'hypochlorite de chaux pour la désinfection. Voir ANQQRICH, rapport du 18-1-1916 de l'ingénieur sanitaire du CHPQ. D'après un article publié dans *The Canadian Engineer*, le prix du sulfate d'alumine passa de 20 \$ la tonne à 120 \$ en 1915 et celui de l'hypochlorite de chaux fut multiplié par dix. Article «The filtration plant and distribution system, Shawinigan Falls, Que.», 7-11-1933, p. 11-20.

<sup>120</sup> Peut-être savait-il que le maire du moment, J.-E. Thibaudeau, avait plus d'une fois déjà eu maille à partir avec SWP.

<sup>121</sup> ANQQCCH, lettre du 15-9-1915 de T.-J. Lafrenière, ingénieur sanitaire du CHPQ à Julian C. Smith, membre du bureau de direction de SWP; PVCVSH, 22-3-1915, règlement 121; PVCVSH, 27-9-1915; ANQQRICH, rapport du 18-1-1916 de l'ingénieur sanitaire du CHPQ.

<sup>122</sup> ANQQCCH, lettre du 16-8-1916 du secrétaire du CHPQ à Julian C. Smith; ANQQCCH, lettre du 17-9-1917 de l'ingénieur sanitaire du CHPQ; ANQQRICH, rapport du 18-6-19 de l'ingénieur sanitaire et lettre du secrétaire du CHPQ du 20-6-1919; ANQQCCH, lettre du 15-1-1920 de l'ingénieur sanitaire du CHPQ à B.S. Atkins, nouvel ingénieur de la cité de Shawinigan.

A l'exception de quelques contaminations ponctuelles, il semble que l'eau desservie à Shawinigan à partir de 1917 environ puisse être considérée comme saine. Mais la population ne s'abreuvait pas exclusivement à cette source: des aqueducs et puits privés existaient. Ainsi, certaines entreprises possédaient leurs propres systèmes à des fins surtout industrielles. En 1914, d'après deux médecins, SWP et Northern Aluminum puisaient leur eau potable dans la Saint-Maurice en aval des rejets d'égouts de la ville, sans filtration. Ironiquement, cette information, qui n'a pu être confirmée<sup>123</sup>, provient d'un rapport d'enquête effectuée après que le vice-président de SWP, J. C. Smith, ait avisé le CHPQ de la présence de la typhoïde à Shawinigan, ce qui mécontenta les médecins, coupables de n'avoir pas déclaré leurs cas comme la loi l'exigeait<sup>124</sup>. Quoi qu'il en soit, avant les années 1920, les grandes entreprises installèrent des appareils de correction pour leur eau potable<sup>125</sup>. Il est vrai qu'un amendement à la Loi d'hygiène avait autorisé en 1919 le CHPQ à exiger dans le cas des aqueducs non municipaux les mêmes améliorations que pour les aqueducs municipaux, mais il ne semble pas que les compagnies aient agi sous la contrainte, la correspondance du CHPQ avec celles-ci ne contenant que des conseils sur l'opération des appareils<sup>126</sup>.

<sup>123</sup> L'on sait cependant qu'en 1911, l'eau potable des compagnies provenait de puits, et qu'elles s'étaient engagées à suivre certaines recommandations de l'inspecteur du CHPQ à ce sujet. ANQQRICH, rapport du 15-4-1911 de l'ingénieur sanitaire du CHPQ.

<sup>124</sup> Le secrétaire du CHPQ envoya à monsieur Smith une copie du rapport qui montrait que l'épidémie avait en fait sévi à la municipalité de la Baie, sans même toucher mot de la question de l'eau potable de SWP. L'avis au CHPQ avait été suivi d'une enquête au cours de laquelle tous les médecins de la ville avaient été interrogés. ANQQCCH, lettre du 17-7-1914; aussi ANQQRICH, rapport du 13-7-1914 de l'inspecteur du CHPQ: lettre du 7-7-1914 de l'ingénieur sanitaire du CHPQ à J.C. Smith.

<sup>125</sup> En 1919, un appareil de stérilisation existait chez Northern Aluminum Co. En 1921, Belgo Pulp and Paper insista pour que ses employés boivent l'eau filtrée distribuée dans l'usine par des fontaines, et non l'eau destinée aux opérations industrielles. Voir *Revue de Shawinigan Falls*, 15-3-1921, p 16-17.

<sup>126</sup> RACH 1918-19 p. 6.

La principale menace à la santé des Shawiniganais liée à l'eau de consommation provint plutôt du fait que, contrairement à Trois-Rivières où le réseau de conduites suivait assez fidèlement les nouveaux développements, une partie de la population demeura plusieurs années privée d'aqueduc, les élus municipaux tardant à faire exécuter les travaux<sup>127</sup>. Durant la guerre, de nombreuses constructions furent érigées pour des ouvriers dans un secteur faisant partie du quartier numéro trois (village Saint-Onge)<sup>128</sup>. Dès 1916, les propriétaires et locataires du secteur en question réclamèrent l'aqueduc et les égouts. Ne voyant rien venir, ils s'adressèrent en 1917 au CHPQ, lequel communiqua avec l'ingénieur de la ville et, au printemps de 1918, le Conseil de ville soumit à l'approbation du lieutenant-gouverneur des règlements d'emprunts pour les travaux prévus. Ces derniers ne débutant toujours pas, le CHPQ dépêcha son inspecteur régional qui découvrit une situation alarmante:

Les familles de ce quartier, maintenant au nombre d'environ 140, vont chercher l'eau dans des puits creusés sur leurs emplacements, à environ six pieds de profondeur dans un terrain qui, quoique sablonneux, devient tous les jours de plus en plus souillé.

Les eaux ménagères sont jetées soit dans des puisards, soit sur le sol, soit dans la rue, soit encore sur le tas de fumier. Les latrines sont de simples trous creusés dans le sol et les familles qui n'en ont pas, déposent les matières usées sur le tas de fumier. La plupart des puits sont à proximité des tas de fumiers ou des puisards à eaux sales.<sup>129</sup>

---

<sup>127</sup> PVCVSH, 5-4-1916; ANQQCCH, lettre du 13-8-1917 de l'inspecteur général du CHPQ à l'inspecteur régional, lui demandant d'enquêter; ANQQCCH, lettre du 11-10-1917 de l'ingénieur sanitaire du CHPQ à C.R. Lindsay; PVCVSH, réunion du 13-5-1918.

<sup>128</sup> Sur la ségrégation spatiale à Shawinigan, voir Claude Bellavance et François Guérard, «Ségrégation résidentielle et morphologie urbaine, le cas de Shawinigan, 1925-1947», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 46, 4, printemps 1993, 577-605.

<sup>129</sup> ANQQRICH, lettre du 19-9-1918 du secrétaire du CHPQ et rapport de l'inspecteur régional.

Le CHPQ enjoignit la municipalité de faire installer sans plus tarder l'aqueduc et les égouts dans ce secteur, mais l'approbation du lieutenant-gouverneur pour les règlements d'emprunt arriva trop tard pour commencer les travaux avant l'hiver. Au printemps 1919, le CHPQ approuva les plans d'un réseau d'égouts mais réserva sa décision quant à l'émissaire devant aboutir dans la rivière Shawinigan en amont de la prise d'eau de la municipalité de la Baie. Il parvint en décembre 1920 à provoquer une entente selon laquelle Shawinigan fournirait l'eau à La Baie, évitant à la première de traiter ses égouts et à la seconde son eau<sup>130</sup>.

La population de la zone récemment construite ne fut enfin desservie par l'aqueduc que grâce à une collaboration ayant pris une forme inusitée entre les autorités municipales et le CHPQ. L'installation d'égouts débuta à l'été 1919<sup>131</sup>, mais la soumission la plus basse dépassant le montant voté par règlement, le Conseil municipal pria le CHPQ d'émettre une ordonnance enjoignant la corporation de continuer les travaux (environ 200 habitations maintenant n'étaient pas desservies)<sup>132</sup>. En vertu de la Loi d'hygiène depuis 1915, une telle ordonnance autorisait la municipalité à emprunter sans soumettre le règlement d'emprunt au vote des électeurs-proprétaires, ce qui lui permit d'achever les travaux: l'ordonnance fut émise en août, puis, à la demande encore de la municipalité, modifiée afin d'y ajouter l'obligation de pourvoir à un service d'eau<sup>133</sup>.

---

<sup>130</sup> ANQQCCH, lettre du 24-4-1919 du secrétaire du CHPQ à la corporation municipale; ANQQRICH, lettre du 16-12-1920 du secrétaire du CHPQ, et rapport du 15-12-1920 de l'ingénieur sanitaire T.-J. Lafrenière. Celui-ci avait grandement contribué au succès des négociations entre les deux municipalités, notamment en faisant remarquer au maire de Shawinigan que si la typhoïde se déclarait à La Baie, Shawinigan ne serait pas à l'abri.

<sup>131</sup> PVCVSH, attribution du contrat le 11-6-1919.

<sup>132</sup> PVCVSH, 30-7-1919. Aussi ANQQRICH, rapport d'inspection du 2-8-1919 de l'inspecteur régional.

<sup>133</sup> ANQQRICH, procès-verbaux du 19-8 et du 8-11-1919 des réunions du Comité exécutif du CHPQ.

Dans l'une et l'autre municipalités, il faut donc attendre la fin des années 1910 avant que l'eau d'alimentation puisse être considérée comme saine de façon relativement permanente pour la population dans son ensemble. Avant le début de cette décennie, Shawiniganais et Trifluviens consommaient une eau non surveillée et non traitée. En 1920, ils buvaient de l'eau traitée et analysée quotidiennement. Les rapports annuels du CHPQ montrent que la décennie 1910 constitua en fait une période charnière en ce qui a trait à l'épuration de l'eau au Québec: si, au début de 1910, cinq municipalités seulement soumettaient leur eau à un traitement quelconque, ce nombre était passé à 43 en 1917<sup>134</sup>.

Nous avons vu à Trois-Rivières et à Shawinigan que le CHPQ, d'abord relativement impuissant, en vint à forcer les municipalités à délivrer une eau répondant à des normes de qualité uniformes<sup>135</sup>. Il avait fallu pour cela, d'une part, faire adopter par la législature, morceau par morceau pendant trente ans, une série de clauses de plus en plus précises et contraignantes, et d'autre part, mettre en place des procédures de contrôle reposant sur l'expertise d'un personnel qualifié. Le parallélisme observé entre les deux municipalités quant à l'évolution du traitement de l'eau fut en partie l'effet de l'application commune par l'organisme central d'exigences gagnant constamment en précision et de moyens de plus en plus élaborés.

---

<sup>134</sup> RACH 1916-1917, p. 110-112.

<sup>135</sup> Ces critères étaient ceux recommandés par l'American Public Health Association, dont on utilisait également les méthodes d'analyse. Voir par exemple RACH 1910-1911, p. 81.

Mais si l'évolution d'ensemble du traitement de l'eau a été relativement similaire dans les deux municipalités, les intervenants locaux qui tentèrent d'influencer les Conseils de ville, points de convergence des pressions favorables ou non aux mesures préconisées par le CHPQ, difféèrent profondément. Une brochette bien plus large de groupes ou d'individus participèrent aux démêlés à Trois-Rivières: chambre de commerce, association des médecins, prêtre professeur de sciences, journaux locaux dont un très impliqué et proche du clergé, un médecin trifluvien membre du CHPQ. De plus, à la fin de la décennie 1910 à Trois-Rivières, la question de l'eau émergea comme enjeu de débats entre les politiciens locaux d'obédiences libérale et conservatrice, ces derniers se faisant d'abord les champions d'une purification de l'eau, puis soutenant les modes d'approvisionnement sûrs les moins coûteux. A Shawinigan, tout se passait bien plus simplement, dans une relation essentiellement triangulaire entre le CHPQ, le Conseil de ville et SWP, celle-ci devenant l'alliée de l'organisme central et se substituant même au Conseil de ville à certains moments. Il est vrai que Trois-Rivières, centre régional ancien et plus gros, cumulait les organismes susceptibles de participer aux débats et absents de Shawinigan (association de médecins, chambre de commerce); dans la ville industrielle naissante par contre, les grandes entreprises participaient à la vie publique bien plus intensément.

On le verra, les mesures de prévention primaire concernant l'eau à Trois-Rivières et à Shawinigan furent celles où s'exerça avec le plus de force l'autorité du CHPQ, et où les résistances locales furent les moins tenaces quant à la nécessité même d'apporter des changements. L'idée qu'une eau souillée comportait des dangers pour la santé devint généralement acceptée, et ce peut-être d'autant plus aisément qu'elle avait été répandue avant même que l'étiologie n'ait substitué les microbes aux miasmes, assurant de ce fait

une continuité apparente à la pratique hygiéniste malgré la rupture de ses fondements scientifiques. Mais les mesures préventives de correction de l'eau étaient aussi celles où les dépenses s'avéraient les plus élevées, et où la perte d'autonomie des municipalités pouvait par conséquent être le plus durement ressentie. Aussi plusieurs oppositions au CHPQ furent orientées non pas contre le besoin de modifier la qualité de l'eau, mais contre les solutions recommandées, préférant les modes de captage ou de traitement les moins dispendieux: eau souterraine, chloration plutôt que filtration.

### **3.2 La nécessité de nettoyer le milieu urbain: formation d'un consensus**

Comme l'épuration de l'eau, l'évacuation des déchets avait été réclamée par les hygiénistes bien avant que la bactériologie ait rendu caduque la théorie des miasmes qui voyait dans les émanations nauséabondes des matières organiques en voie de décomposition les causes de maladies diverses. Elle demeura dans leur programme d'intervention, dû à la reconnaissance du rôle d'intermédiaires des déchets dans la transmission de maladies, notamment par voie manuportée ou par vecteurs. Sitôt créé, le CHPQ chercha à obtenir des municipalités qu'elles prennent en charge un nettoyage minimal de l'environnement immédiat dans lequel évoluaient leurs populations en expulsant hors du périmètre habité les matières de rebut solides et liquides. Voyons comment ses recommandations furent accueillies à Trois-Rivières et à Shawinigan.

### 3.2.1 *La disposition des déchets: une préoccupation grandissante*

Les témoignages dénonçant l'insalubrité des villes à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle abondent, et à cela Trois-Rivières ne fait pas exception. S'agissant des déchets, l'inspecteur du CHPQ écrivit en 1892:

Il n'y a pas d'enlèvement régulier des ordures et déchets aux frais de la ville; tout est laissé à l'initiative privée, et chacun agit, à ce sujet, comme bon lui semble, si ce n'est toutefois qu'on est tenu, par règlement municipal, à l'obligation de nettoyer sa cour au moins une fois par année. Les uns jettent leurs ordures ménagères sur le tas de fumier, lorsqu'il y en a, les autres assez rares, dans une boîte destinée à cet usage, d'autres enfin les jettent dans les fosses d'aisance fixes.

Au printemps, et quelquefois dans le cours de l'année, il est d'usage cependant de faire transporter les ordures ménagères, les déchets et les fumiers à un dépotoir public, terrain plat, élevé et isolé situé sur la hauteur de la colline en arrière de la ville, près de l'hippodrome. Malgré qu'il soit connu que c'est là où sont habituellement transportées (sic) les immondices de toute espèce, tout le monde ne se donne pas la peine d'y transporter ses ordures. Un certain nombre le font volontiers, mais la pratique ne paraît pas être générale ni obligatoire. Et même parmi ceux qui vont au dépotoir public, il en est qui ne s'y rendent pas tout à fait et qui déversent en route, dans la montée de la colline, le contenu de leurs tombereaux.<sup>136</sup>

L'absence de cueillette municipale à Trois-Rivières n'avait rien d'exceptionnel: les villes de la province ayant instauré un enlèvement des vidanges systématique demeureraient rares dix ans plus tard<sup>137</sup>. Mais si elle n'était pas tenue d'organiser une cueillette publique des déchets, la municipalité avait bel et bien des obligations concernant la propreté du milieu urbain, définies dans les lois et règlements préparés

<sup>136</sup> PCTR juillet 1892, rapport d'inspection sanitaire générale des 21, 22 et 23 septembre 1891.

<sup>137</sup> RACH 1901-1902, p. 39.

par le CHPQ. En 1890, celui-ci avait assis durablement sa législation relative à l'assainissement du milieu de vie en recourant au concept vague de *nuisance*, désignant globalement ce qui est nuisible pour la santé<sup>138</sup>. Serait considéré de la sorte tout ce qui aurait été déclaré tel par le CHPQ, le Conseil municipal ou son Bureau d'hygiène. Les règlements de 1891 précisèrent ce qui, d'après le CHPQ, pouvait donner lieu à des nuisances. Ainsi, toute «accumulation de matières animales ou végétales de rebut ou en décomposition» fut proscrite<sup>139</sup>. Les municipalités, tenues de vérifier les plaintes, devaient faire disparaître les dites nuisances. Elles disposaient toutefois d'une latitude à peu près totale en ce qui a trait aux modalités d'application, latitude que réduisit un peu la refonte de la loi de 1901. Les procédures à suivre en cas de plainte furent alors précisées, et les municipalités obligées de faire visiter «de temps à autre» les immeubles pour repérer les accumulations de déchets ou causes d'insalubrité, ainsi que de faire procéder à l'assainissement<sup>140</sup>.

Dans un premier temps, avant 1910, le Conseil de ville de Trois-Rivières ne prit pas les moyens de surveiller la propreté des cours et des habitations<sup>141</sup>, ce qui témoigne à la

---

<sup>138</sup> D'après l'inspecteur du CHPQ en 1895, ce terme imprécis recouvrait, sous un nombre infini de formes réduisibles à trois types principaux (pollution de l'eau d'alimentation, contamination de l'air et souillure du sol), «tout ce qui, de sa nature, peut nuire à la santé.» RACH 1894-1895, p. 87.

<sup>139</sup> Ces matières devaient être enlevées au moins une fois par semaine du 15 avril au 15 octobre, et avant le premier mai à la fin de chaque hiver. Il en allait de même pour les fumiers au moins trois fois par année en mai, juillet et septembre. Défense aussi de jeter dans les cours d'eau des matières de vidanges, détritus, immondes ou cadavres d'animaux, ces derniers devant être brûlés ou enterrés. Voir à ce sujet un extrait des règlements du CHPQ publié dans le *Journal d'hygiène populaire* et résumant les principales dispositions concernant les nuisances, vol. 8, juillet 1891, p. 85.

<sup>140</sup> En cas de non-respect d'un avis par un contrevenant (passible d'une amende n'excédant pas \$100 par jour d'inexécution) elle pourrait exécuter les travaux aux frais de celui-ci.

<sup>141</sup> Tout au plus indiqua-t-on aux constables de veiller à la propreté des cours et des habitations, et engagea-t-on un inspecteur temporaire en 1892 (PVCVTR 7-11-1892). Ajoutons qu'à chaque année au printemps, avis était donné à la population par le crieur public d'avoir à nettoyer les cours. Voir par exemple le rapport du médecin de santé du 27-6-1912 dans PVCVTR 2-7-1912.

fois du peu d'empressement des élus municipaux à se plier à l'autorité de l'organisme central, et d'une relative indifférence devant la présence de déchets divers dans l'environnement urbain. L'inspecteur du CHPQ avait recommandé dans son rapport de 1892 un enlèvement municipal des déchets ou, à défaut, une surveillance de l'enlèvement fait par les particuliers. Le comité nommé pour étudier le rapport ayant préféré la seconde suggestion (vu l'état précaire des finances municipales écrivit-il), un inspecteur fut engagé, mais ne demeura au service de la corporation que quelques mois. En 1907, le Bureau local d'hygiène émit des recommandations à peu près semblables à celles de l'inspecteur d'hygiène quinze ans plus tôt, et le CHPQ intima à la municipalité de faire respecter les règlements provinciaux concernant notamment les ordures et le nettoyage. Mais il fallut attendre 1910, sous l'administration de politiciens conservateurs dirigés par le médecin L.-P. Normand, pour qu'un inspecteur soit engagé dont les fonctions comprenaient l'inspection des habitations et de leurs alentours. Celui-ci déclara avoir effectué 1 910 inspections de cours en 1915, 3 521 en 1916, puis 4 200 et 4 616 inspections de cours et de lots vacants en 1917 et 1918. Les plaintes affluant en nombre croissant, elles en vinrent à occuper une part importante de son travail<sup>142</sup>. Ces plaintes dénotaient une sensibilité grandissante d'une partie de la population au spectacle et à l'odeur des accumulations de déchets.

Ce fut également à partir du début des années 1910 que la cueillette et le traitement des ordures devinrent l'objet de débats auxquels participèrent divers intervenants locaux.

---

<sup>142</sup> PVCVTR, 15-8-1892, rapport du comité de santé. ANQQCCH, vol. 7, page 361, lettre du 12-05-1893 du secrétaire du CHPQ aux conseillers municipaux; PCTR février 1907, rapport du 25-2-1907 du Bureau local d'hygiène; PCTR juin 1907, lettre du 8-6-1907 du secrétaire du CHPQ à la corporation municipale; rapports annuels du médecin de santé pour 1915 à 1918.

Trois projets furent envisagés: la construction d'un incinérateur public à l'exemple de Westmount, l'enlèvement général par la municipalité et l'enlèvement «volontaire» pour ceux prêts à payer un abonnement. Intervinrent en faveur de l'un ou l'autre des projets: le CHPQ, la chambre de commerce qui considérait la propreté de la ville comme un atout pour attirer des investisseurs, l'association des médecins, l'ingénieur de la ville, le médecin officier de santé et le comité de santé ainsi que des particuliers, et enfin des entrepreneurs offrant soit de prendre en charge la cueillette (demandes de franchises), soit de construire l'incinérateur. Aucun projet n'aboutit avant 1922, sinon peut-être pour un été ou deux une cueillette volontaire durant le mandat à la mairie du médecin L.-P. Normand. Un même argument fut invoqué à chaque fois pour surseoir aux propositions: le manque d'argent<sup>143</sup>.

La nécessité d'une cueillette générale des ordures tendait cependant à s'imposer à une portion croissante de la population, si bien qu'à la fin de la guerre des voix s'élevèrent de toutes parts pour réclamer une action immédiate du Conseil municipal d'allégeance libérale. Le journal *L'Eveil*, organe d'orientation clérico-nationaliste publiant entre autres des articles provenant du cercle local de l'Association catholique de la jeunesse canadienne-française, outré que l'enlèvement des déchets soit «encore laissé à la bonne ou à la mauvaise volonté des citoyens», fit campagne. Il dépeignit notamment le rôle vecteur de la mouche dans le transport de certains germes entre d'une part les matières organiques en décomposition, le fumier ou les fosses d'aisance, et d'autre part les

---

<sup>143</sup> Concernant ces projets: PVCVTR 21-3-1902, résolution de la Chambre de Commerce; lettre du 23-6-1914 de la Chambre de Commerce en faveur d'un incinérateur; ANQQCCH 29-10-1910; PVCVTR 5-2-1912, 21-2-1916, 1-5-1916, rapport de l'ingénieur de la cité du 21-2-1916; PCTR septembre 1910, rapport du 5-9-1910 du comité de santé; PVCVTR 18-4-1911; *Le Bien Public* 15-6-1911 p. 1; ASTR, procès-verbal de réunion du 5-5-1911 de l'association médicale du district des Trois-Rivières.

# LES MOUCHES GUERRE AUX MOUCHES

LES MOUCHES pondent dans le fumier, les matières fécales, les détritrus de cuisine, les ordures, les gadoues et les substances animales ou végétales en voie de décomposition.

Les Mouches sèment la Mort



**La mouche vous apporte:**  
la Fièvre typhoïde, la Diarrhée infantile,  
la Dysenterie, la Tuberculose,  
la Diphtérie, la Fièvre scarlatine,  
la Rougeole, l'Érysipèle.

Très souvent ce sont les MOUCHES qui apportent aux bébés les maladies dont ils meurent.



**à la campagne**

Les Mouches vont du fumier, des ordures et des cabinets chez vous, où elles déposent sur vos aliments, sur les lèvres du bébé, des germes de maladies.

Plus il y aura de distance entre votre maison et les amas de déchets putrescibles, moins vous aurez de maladies et de décès chez vous.

Déposez les détritrus dans des poubelles bien fermées et placez des moustiquaires aux portes et aux fenêtres de vos maisons.

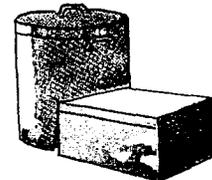


Image tirée de *Principes d'hygiène*, Service provincial d'hygiène, reproduction autorisée par le bureau international de santé de la Fondation Rockefeller et par le Comité national de défense contre la tuberculose de France, 1923

Figure 3-1

aliments. La figure 3-1 illustre parfaitement les descriptions terrifiantes proposées au lecteur trifluvien et qui étaient de nature à attiser sa crainte des accumulations de déchets organiques<sup>144</sup>.

D'autres intervenants, certains puissants, insistèrent auprès du Conseil de ville, parmi lesquels l'officier de santé, la chambre de commerce et C.R. Whitehead, patron d'une importante manufacture de textiles et l'un des citoyens les plus en vue. Ce dernier demanda en 1919 qu'une cueillette soit établie au moins pour ceux qui accepteraient de déboursier, vu la précarité des finances municipales<sup>145</sup>. Signalons que l'enlèvement volontaire, s'il facilitait aux plus aisés l'évacuation de leurs ordures —devenues plus volumineuses, l'usage croissant de cuisinières électriques ou à essence réduisant la quantité de matières brûlées—<sup>146</sup>, laissait irrésolu le problème pour l'ensemble de la ville. En fait, l'absence même de cueillette systématique favorisait un clivage sur le plan de l'hygiène entre les riches et les pauvres, comme l'exprima un journaliste:

Ceux qui ont cheval et voiture peuvent se débarasser des déchets en les charroyant sur le coteau, mais avec les taxes que nous avons à payer, tout le monde n'a pas ces moyens et

---

<sup>144</sup> *L'Éveil*, 1-7-1918. Ce type de contamination peut se produire pour des maladies aussi graves que la typhoïde et les paratyphoïdes, les dysenteries bacillaires et amibiennes, le choléra, la poliomyélite, l'hépatite à virus. L'image provient du document suivant: *Principes d'hygiène*, Service provincial d'hygiène, 1922, reproduction autorisée par le Bureau international de santé de la Fondation Rockefeller et par le Comité national de défense contre la tuberculose à Paris.

<sup>145</sup> «Je suis certain qu'un grand nombre des résidents de la ville seraient prêts à payer pour faire vider leurs chaudières de vidanges une ou deux fois par semaine» écrivit-il, plutôt que d'avoir à quêter les services des charretiers. Lettre du 4-8 de C.R. Whitehead, CPTR 15-9-1919. Aussi, PCTR, rapports annuels du médecin de santé pour 1918, 1919 et 1920; requête de la Chambre de commerce du 3-4-1920, PVCVTR 26-4-1920.

<sup>146</sup> C'est ce que signala un journaliste dans *Le Bien Public*, 27-4-1922, article «Un service de vidanges». D'après l'ingénieur de la ville en 1919, la proportion de déchets à évacuer par habitant était moindre à Trois-Rivières qu'à Montréal, précisément parce que plusieurs brûlaient leurs déchets, ce qui ne pouvait être fait à Montréal avec des poêles à gaz. Rapport du 19-5-1919, dans CPTR du 15-9-1919.

comme les vidanges ne s'enlèvent pas toutes seules, elles restent dans les cours, aux alentours des maisons et les enfants se traînent dans ces immondices, jouent avec ces déchets malpropres et puants.....comme d'autres, les enfants riches, s'amuse avec des jouets dispendieux, sur de vertes pelouses.<sup>147</sup>

Toutes les pressions en faveur d'un enlèvement général des rebuts se heurtèrent toutefois à la paralysie du Conseil de ville liée à une enquête sur l'administration libérale des affaires municipales, si bien qu'elles n'aboutirent qu'en 1922 après le retour au pouvoir des conservateurs et de L.-P. Normand. Il n'en reste pas moins que les quantités d'ordures amoncelées ici et là autour des habitations avaient sans doute décrû auparavant, particulièrement après 1910, dû à deux facteurs: l'action de l'inspecteur sanitaire et surtout une intolérance grandissante de plusieurs envers la présence de détritrus dans l'environnement urbain, intolérance dont témoignent les plaintes nombreuses acheminées à cet inspecteur et l'incessante succession de requêtes et de projets visant l'instauration d'une cueillette des déchets.

Il est à présumer que la montée d'une telle intolérance se fit sentir à Shawinigan également, bien que nos sources soient peu loquaces à ce sujet. Des indices laissent croire que dans cette ville, planifiée au début du siècle par SWP qui la présentait comme un modèle de modernisme, les responsables municipaux prirent plus rapidement qu'à Trois-Rivières les moyens de respecter les règlements du CHPQ ayant trait aux accumulations de déchets. Certes, ce ramassage fut d'abord effectué presque sans contrôle de la municipalité, celle-ci se limitant à notifier une fois l'an les propriétaires

---

<sup>147</sup> *L'Eveil*, 1-5-1918.

d'avoir à nettoyer leurs cours<sup>148</sup>. Mais dès 1907, le Conseil de ville organisa une cueillette municipale: un règlement des nuisances obligea les citoyens à mettre les ordures dans des réceptacles qu'ils devaient déposer au moment précisé par le chef de police dans la ruelle ou la rue<sup>149</sup>. Par contre, aucun inspecteur ne reçut la tâche spécifique de veiller à la propreté des cours ou terrains vacants ou de répondre aux plaintes, cette responsabilité échoyant au chef de police. Il semble que le système de cueillette, quoique probablement irrégulier, donna satisfaction: les procès-verbaux des délibérations du Conseil de ville ne portent pas mention —à Trois-Rivières les requêtes concernant l'enlèvement des vidanges y abondent— de projets visant à le modifier. Pareil système convenait peut-être dans une ville de moins de 5 000 habitants en 1911, mais la population doubla en moins de dix ans. Le service fut-il débordé, l'intolérance d'une partie des Shawiniganais envers des immondices présents dans le paysage urbain grandit-elle, ou faut-il y voir les vertus d'un mode d'administration des affaires courantes différent, toujours est-il qu'après l'adoption de la gérance municipale, un service de cueillette régulier fut instauré en 1922, la même année qu'à Trois-Rivières.

Dans l'ensemble, pour les deux villes, les années 1910 apparaissent comme une période de transition en ce qui concerne l'évacuation des ordures ménagères, au terme de laquelle des systèmes de cueillette régulière furent organisés. De la responsabilité individuelle au début du siècle à la responsabilité collective, le passage s'effectua, facilité (à Trois-Rivières tout au moins) par une évolution de la perception qu'avait des

---

<sup>148</sup> PVCVSH 14-7-1902; PVCVSH 21-6-1901. En 1906, le comité de police et de santé fut autorisé à vérifier les endroits où il pourrait y avoir quelque matière contraire à l'hygiène. PVCVSH 6-8-1906.

<sup>149</sup> PVCVSH 3-6-1917, règlement numéro 58.

accumulations de déchets une part de la population. Malgré les différences de modalités entre les deux localités, l'une et l'autre s'ajustèrent graduellement aux normes définies par le CHPQ. A partir de 1910 environ, celui-ci n'intervint d'ailleurs plus à ce sujet auprès des municipalités trifluvienne et shawiniganaise par la voie officielle, sinon pour donner des informations<sup>150</sup>. Dans le cas trifluvien, ce n'était manifestement pas nécessaire, les élus municipaux subissant de plus en plus de pressions locales favorables au nettoyage du milieu urbain.

### 3.2.2 *Marginalisation des fosses d'aisance*

L'assainissement des sols urbains nécessitait également que l'on expédie hors du périmètre habité les excréta humains et animaux ainsi que les eaux ménagères. Plusieurs municipalités québécoises, à l'instar de Trois-Rivières, possédaient déjà un réseau d'égouts au moment de la création du CHPQ<sup>151</sup>. Les fosses d'aisance n'en demeuraient pas moins un spectacle familier dans les villes québécoises au début du siècle<sup>152</sup>, soit que les propriétaires ne connectaient pas leurs bâtiments aux égouts, soit que ces derniers ne s'y rendaient pas. Vingt ans plus tard, à Trois-Rivières et à

---

<sup>150</sup> Peut-être la présence d'un inspecteur régional à partir de 1913 aida-t-elle à ce qu'une surveillance soit maintenue aux deux endroits, mais à aucun moment il ne rencontra d'opposition l'obligeant à aviser le CHPQ du non-respect de ses règlements concernant l'évacuation des vidanges.

<sup>151</sup> Trente ans plus tard, 98 d'entre elles en étaient dotées, d'après l'estimé de la Commission de la Conservation du Canada établi par Léo G. Denis, dans *Services d'eau et systèmes d'égouts du Canada*, Ottawa, The Mortimer Co., 1916, p. 206.

<sup>152</sup> D'après le *Bulletin sanitaire* (1, 3, p. 30), le nombre de fosses d'aisance fixes à Québec était passé de 2 881 en 1893 à 1 797 en 1900, et celui des «water-closets» de 6 290 à 11 370. Terry Copp mentionne que plus de 5 000 toilettes extérieures existaient à Montréal en 1896 d'après H. B. Ames. *Op. cit.* p. 14. Elles y disparurent rapidement puisqu'en 1914, il n'en subsistait qu'une centaine. Voir Martin Tétreault, *L'état de santé des Montréalais, 1880-1914*. Regroupement des chercheurs-chercheuses en histoire des travailleurs et travailleuses du Québec, 1991, p. 122.

Shawinigan, elles étaient sinon disparues, du moins marginales. Il semble que la généralisation du tout-à-l'égout, l'un des credo du modernisme, rallia graduellement tous les suffrages.

Au début des années 1890, la plupart des Trifluviens usaient de fosses d'aisance. D'après l'inspecteur du CHPQ en 1891, le réseau d'égouts se développait sans plan d'ensemble «en suivant plus ou moins l'accroissement de la ville», et n'était utilisé constamment que par une portion limitée de la population. Il estima qu'une habitation sur quatre était munie de «water-closets» du modèle accepté (350 de ce modèle et 50 «pan-closets»<sup>153</sup>), et que de 700 à 800 fosses d'aisance fixes existaient<sup>154</sup>. La chambre de commerce et le Bureau de santé, inquiets de la progression du choléra en Europe, demandèrent en 1892 que les propriétaires de maisons situées sur des rues équipées d'un égout soient tenus d'établir une connexion avec celui-ci et de faire disparaître les latrines. Toute municipalité était en effet autorisée depuis 1890 par la loi concernant la santé publique à prohiber celles-ci. Mais il faut attendre 1907, après que le Bureau d'hygiène ait réitéré l'ancienne demande, pour que le Conseil de ville rende obligatoire le branchement à l'égout dans les rues qui en étaient dotées. Le «casier sanitaire» établi en 1908 par le CHPQ après enquête écrite auprès des municipalités indique que les 9/10 de la population trifluvienne étaient maintenant desservis par

---

<sup>153</sup> Nous empruntons cette description du «pan-closet» au *Bulletin sanitaire*, vol. 5 no. 3, mars 1905, p. 22: «Le principe du water-closet à soucoupe (pan-closet) est très mauvais; il consiste en un bassin conique, en faïence, où l'eau est retenue, à la partie inférieure ou point de sortie, par une soucoupe en métal qu'on peut abaisser à l'aide d'une poignée, et qui laisse alors tomber les excréments et l'eau dans un second bassin en fonte ou réceptacle.»

<sup>154</sup> L'année suivante, dans un rapport destiné à démontrer au consulat américain que Trois-Rivières progressait rapidement sur la voie de l'hygiène, il établit à 650 logements sur les 1 800 répartis dans les 1 425 maisons que comptait la ville, ceux connectés à l'égout public et jouissant de «water-closets» perfectionnés à chasse d'eau. Rapports de l'inspecteur du CHPQ, PCTR juillet 1892 et octobre 1892.

l'égout et que seulement le 1/10 restant usait de fosses d'aisance. D'après cet estimé, il y avait eu une nette progression depuis 1891<sup>155</sup>.

A Shawinigan, où le réseau d'égouts initial fut achevé en 1903<sup>156</sup>, l'élimination des fosses d'aisance fut plus lente: le casier sanitaire de 1908 établit à un quart la proportion de la population shawiniganaise n'ayant pas de toilettes à chasse d'eau reliées à l'égout municipal. Contrairement au centre régional depuis 1907, aucun règlement ne força les propriétaires à connecter leurs habitations aux égouts, sinon dans les rues devant être pavées à partir de 1916<sup>157</sup>. Mais le principal problème retardant l'élimination des toilettes extérieures fut l'absence (totale d'abord, puis partielle) d'égouts dans un quartier ouvrier, le village Saint-Onge. Les conduites n'atteignirent cette partie de la ville qu'en 1908, lorsque le réseau y fut prolongé le long des deux rues principales<sup>158</sup>. La croissance explosive du quartier durant la guerre (d'après les recensements du curé de la paroisse couvrant le même territoire, sa population passa de 1 202 en 1915 à 2 048 en 1917) laissa à nouveau un grand nombre de familles sans égout, la municipalité tardant à déployer son réseau malgré les revendications des propriétaires et locataires, qui obtinrent l'appui du CHPQ. Pendant plusieurs années, les conditions d'hygiène dans ce secteur ouvrier demeurèrent inquiétantes:

---

<sup>155</sup> PCTR août 1892, résolution de la chambre de commerce du 30-8-1892; PCTR octobre 1892, rapport du Bureau local de santé du 17-9-1892; PCTR février 1907, rapport du 25-2-1907 du Bureau local d'hygiène; PVCVTR 23-9-1907, règlement chapitre 159; RACH 1907-1908, p. 64

<sup>156</sup> Voir notamment PVCVSH 18-5-1903; rapport d'inspection du 7-11-1902 approuvant le déversement d'égouts dans la Saint-Maurice, ANQQRICH, 7-1-1902.

<sup>157</sup> PVCVSH 20-9-1916.

<sup>158</sup> Les plans de cette extension du réseau d'égouts furent préparés par un ingénieur fourni par SWP, selon une entente passée avec la municipalité. PVCVSH 27-4-1908, 29-6-1908, 25-7-1908 et 17-8-1908; ANQQRICH 22-6-1908 et 14-7-1908.

Le quartier No 3, ou quartier St-Onge, est pourvu d'un égout (système unitaire), mais il y a encore un grand nombre d'habitations qui n'en bénéficient aucunement. Ces habitations, au nombre de deux cents environ, (...) se servent, pour disposer des matières usées:

1o De puisards non étanches.

2o De rigoles qui déversent, soit dans les cours voisines, soit dans la rue.

3o De fosses fixes (trou non étanche creusé dans la terre).

En arrière des habitations, il y a des étables, et entre celles-ci et la maison, on voit des tas de fumier déposés sur un sol non étanche, d'où s'échappe le purin pour former dans la cour une mare stagnante ou un cloaque infect.

Les habitations qui ne disposent pas de puisards jettent les eaux sales sur le sol, soit en arrière, soit en avant des habitations, ou encore dans le fossé de la rue, même dans la rue.<sup>159</sup>

Entre la publicité de SWP au tout début du siècle vantant les mérites de sa ville modèle «bâtie d'après les données les plus récentes de la science de l'hygiène»<sup>160</sup> et pareille situation quinze ans plus tard, le contraste est brutal. Au tout début des années 1920 cependant, la population des zones récemment bâties bénéficia finalement des services d'égout, après une série de démêlés entre le Conseil de ville et le CHPQ, qui en vinrent à collaborer pour hâter les travaux<sup>161</sup>.

Les réticences des autorités municipales face aux changements préconisés par le CHPQ furent plus tenaces pour ce qui concerne la surveillance des systèmes de drainage des habitations, dont l'installation allait de pair avec l'élimination des fosses d'aisance. Le CHPQ avait dès 1891 défini différentes normes: matériaux, essences de sûreté, élévation

<sup>159</sup> ANQQRICH. rapport du 2-8-1919 de l'inspecteur régional du CHPQ.

<sup>160</sup> *Le Trifluvien*. 29-3-1901. Aussi *Le Trifluvien*. 1-6-1900.

<sup>161</sup> Ces péripéties ont déjà été relatées dans la partie du texte concernant la correction de l'eau.

du tuyau de chute au dessus du faite de la maison, étanchéité des joints, interdiction des «pan-closet» dans les constructions nouvelles. Très tôt, il déplora que ces prescriptions soient peu suivies dans la province<sup>162</sup>. A Trois-Rivières, à plus d'une reprise, le CHPQ invita sans succès le Conseil de ville à faire respecter ses règlements<sup>163</sup>, en 1907 notamment après un avis du Bureau de santé, lorsqu'il menaçait la corporation de poursuites. A Shawinigan, parmi les interventions ponctuelles de l'administration municipale, en général motivées par des plaintes, certaines eurent lieu après que des particuliers aient adressé leurs récriminations au CHPQ, lequel émit dans ces cas des injonctions auxquelles la corporation se soumit<sup>164</sup>.

La surveillance des installations de drainage des habitations débuta dans les deux municipalités durant les années 1910. L'initiative provint à Trois-Rivières de l'administration du maire conservateur L.-P. Normand par l'adoption en 1909 d'un règlement détaillé concernant la plomberie, le drainage et la ventilation des bâtiments<sup>165</sup>. L'année suivante, l'inspecteur sanitaire joignit à l'inspection des cours

---

<sup>162</sup> «Le drainage privé est encore plus défectueux que le drainage municipal, et le fait peut facilement s'expliquer. Dans très peu de municipalités, en effet, les Bureaux d'hygiène s'occupent de ce drainage et, même là où ils s'en occupent, ils ne le contrôlent qu'à demi.» RACH 1894-1895 p. 49.

<sup>163</sup> PCTR mai 1893, lettre du 10-5-1893 du secrétaire du CHPQ au médecin municipal; PCTR juin 1907, lettre du 8-6-1907 du secrétaire du CHPQ à la corporation municipale; PCTR septembre 1907, lettre du président du CHPQ à Georges Bourgeois.

<sup>164</sup> Le Conseil de ville ordonna en 1911 à la compagnie du Canadien Pacifique de remplacer les cabinets d'aisance situés près de la gare par des «water closets» (PVCVSH 18-4-1911). Le CHPQ enjoignit en 1903 la municipalité de vérifier la plainte d'un particulier concernant la plomberie d'un bâtiment, et d'ordonner des travaux si nécessaire (ANQQCCH, lettre du 14-7-1903 du secrétaire du CHPQ). De même, en 1910, le CHPQ força la municipalité à exiger de la commission scolaire qu'elle modifie les plans de plomberie d'une nouvelle école (ANQQCCH 24-1-1910). Ayant constaté une nuisance en 1914, l'inspecteur régional recommanda, avec l'accord du maire, que la municipalité soit mise en demeure de rendre le tuyau d'égout jusqu'à un immeuble à logements, ce qui fut aussitôt fait (ANQQRICH, rapport du 19-6-1914 de l'inspecteur du CHPQ, et ANQQCCH, lettre du 13-7-1914 du secrétaire du CHPQ à la corporation municipale).

<sup>165</sup> PVCVTR 5-4-1909, règlement chapitre 180; ANQQCH, lettre du 7-1-1909 du secrétaire du CHPQ au médecin de santé; ANQQCCH, lettre du 16-1-1896 du secrétaire-trésorier du CHPQ à plusieurs municipalités dont Trois-Rivières, après une résolution du 9 janvier du CHPQ.

celle des systèmes de drainage. Il constitua en 1914-1915 un casier sanitaire des logements et, la plomberie de la plupart des maisons ayant été trouvée défectueuse (selon le médecin officier de santé), ordonna aux propriétaires d'effectuer les réparations<sup>166</sup>. Pareille surveillance ne débuta pas avant 1916 à Shawinigan, lorsqu'une refonte du règlement de construction précisa que l'inspecteur des constructions pouvait exiger des réparations aux bâtisses non hygiéniques, et devait s'enquérir au CHPQ des précautions à prendre pour être en règle. Il en reçut une copie des règlements d'hygiène et une offre de l'inspecteur régional de faire des inspections communes. Aucune information ne nous est parvenue sur son travail, si ce n'est qu'un casier sanitaire fut constitué comme à Trois-Rivières, ce dont se félicita l'inspecteur régional<sup>167</sup>.

A Trois-Rivières et Shawinigan, la surveillance municipale du drainage des habitations ne débuta donc minimalement que durant les années 1910, les élus ayant d'abord fait la sourde oreille aux exigences de l'organisme central. Les fosses d'aisance cédaient tout de même graduellement la place aux toilettes à chasse d'eau connectées à l'égout, permettant d'évacuer les excréta humains hors des limites des deux villes, et ce bien que Shawinigan ait tardé à doter de conduites d'égout la population d'un quartier ouvrier, laissée temporairement pour compte.

---

<sup>166</sup> PCTR septembre 1910, rapport du comité de santé du 5-9-1910; PCTR, rapports de l'inspecteur sanitaire des 23-10-1910, 5-12-1910, 12-1-1911, 27-3-1911 et 15-8-1911; PCTR mars 1916, rapport annuel du médecin de santé pour 1915.

<sup>167</sup> PVCVSH 20-9-1916, règlement 134; PVCVSH 2-8-1916; ANQQCCH, lettre du 30-9-1916 du secrétaire du CHPQ à J.-A. Guertin, inspecteur des bâtisses; RACH, rapport de l'inspecteur du district sanitaire de Trois-Rivières pour 1916-1917.

En somme, l'évacuation des déchets organiques et inorganiques hors de la ville fut graduellement prise en mains par les municipalités trifluvienne et shawiniganaise entre le début du XX<sup>e</sup> siècle et l'après-guerre, particulièrement à partir des années 1910. Les deux villes sont par conséquent devenues plus salubres. Bien que le CHPQ ait joué un rôle important, cela doit être attribué surtout à la montée d'une sensibilité plus fine d'une partie ou de l'ensemble des populations à certains impératifs de l'hygiène, tout au moins à la formation d'un relatif consensus chez les groupes dirigeants locaux quant à la nécessité d'évacuer les déchets.

### **3.3 Les aliments: aménagement de filières d'approvisionnement à risques variables**

Différentes denrées peuvent véhiculer des agents pathogènes. La reconnaissance de cette voie de propagation inspira aux hygiénistes de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle un volet d'activités préventives plus diversifiées que celles antérieurement dérivées de la théorie des miasmes. Il s'agissait ni plus ni moins que de transformer les conditions sanitaires dans lesquelles avaient lieu la production, l'échange et la consommation des aliments, particulièrement du lait et des viandes, dont il sera question ici. Pareilles transformations, croyons-nous, bousculaient l'organisation du travail de nombreux petits producteurs et les habitudes des consommateurs, notamment par une réorganisation des circuits d'échange désavantageuse pour plusieurs. Aussi ne s'étonnera-t-on pas que le programme du CHPQ concernant les viandes et le lait rencontre plus de résistances dans les populations shawiniganaise et trifluvienne que ceux de l'épuration de l'eau et de l'évacuation des déchets. Ces résistances ont-elles considérablement infléchi la mise en oeuvre du programme hygiéniste? Nous

montrons qu'elles ont entraîné la formation de filières d'approvisionnement à sécurité variable: des filières à haut risque mais à bas prix demeurèrent relativement inchangées, cependant que d'autres à moindre risque furent aménagées auxquelles pouvaient recourir surtout les plus aisés. Nous attirerons également l'attention sur un phénomène de récupération des idées des hygiénistes à des fins autres que sanitaires: certaines recommandations du CHPQ furent relayées à Trois-Rivières par un groupe de commerçants dont elles facilitaient les visées expansionnistes au détriment de fournisseurs extérieurs, cultivateurs ou autres.

### *3.3.1 Redéfinition des circuits commerciaux des viandes*

Le marché urbain étant en partie alimenté en viandes directement par de petits producteurs dispersés, un contrôle de qualité effectif d'une proportion significative de celles-ci nécessitait qu'elles fussent canalisées vers un nombre limité d'endroits où aurait lieu l'inspection. Le CHPQ suggéra à cette fin la concentration de l'abattage des animaux dans des abattoirs publics<sup>168</sup>. L'on verra que si Trois-Rivières et Shawinigan dotèrent chacune leur population d'un abattoir unique au début du XX<sup>e</sup> siècle, des débats très vifs concernant ces établissements allaient opposer les bouchers trifluviens aux fournisseurs des campagnes environnantes, les premiers cherchant à prendre le contrôle du marché urbain des viandes et utilisant à ces fins des éléments du discours hygiéniste.

---

<sup>168</sup> D'après le secrétaire du CHPQ, l'inspection des viandes était «presque impossible dans une grande ville sans l'établissement d'abattoirs publics, car il faudrait, alors, presque autant d'inspecteurs qu'il y a de bouchers». RACH, 1896-1897, p. 35.

Jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle, les autorités trifluviennes n'exercèrent pratiquement aucune surveillance sur la qualité des viandes. L'inspecteur du CHPQ dénonça en 1892 l'abattage dans des «tueries» particulières entourées d'habitations et ayant des planchers perméables. Une compréhension de la transmission des maladies encore tributaire de la théorie des miasmes explique en partie que le comité de santé suggéra alors la construction d'un abattoir unique hors des secteurs habités<sup>169</sup>: la santé de la population, dit-il, était menacée par les tueries particulières en raison de «l'exhalaison constante de miasme, de gaz putride, et de vapeurs délétères»<sup>170</sup>. Après une intervention de la chambre de commerce, une discussion avec les bouchers trifluviens et des pressions du Bureau de santé, le Conseil de ville consentit à la construction d'un abattoir public, accorda en 1895 un bonus à un entrepreneur qui fit faillite, puis consulta les médecins locaux, favorables au projet. En 1900 finalement, après une autre intervention de la Chambre de commerce et la formation d'un comité spécial, une entente fut négociée avec un nouvel entrepreneur<sup>171</sup>. Le CHPQ ordonna que les plans et devis du bâtiment lui soient soumis afin de vérifier s'ils étaient conformes aux normes provinciales, puis approuva le projet en exigeant des modifications<sup>172</sup>.

---

<sup>169</sup> L'installation des abattoirs à la périphérie des villes n'était pas revendication nouvelle, dû à la crainte d'émanations jugées dangereuses pour la santé publique.

<sup>170</sup> PVCVTR, rapport du comité de santé du 15-8-1892; aussi PCTR, juillet 1892, rapport d'inspection sanitaire générale des 21, 22 et 23 septembre 1891.

<sup>171</sup> PCTR, août 1892, lettre du 30-8-1892 de la Chambre de commerce; PVCVTR, 3-9-1892; PCTR, octobre 1892, lettre du Bureau de santé au Conseil de ville; PVCVTR, règlement chapitre 69, 1-4-1895; PVCVTR, 25-11-1895; PCTR, mars 1896, lettres de médecins; PCTR, août 1899, lettre de la Chambre de commerce du 17-8-1899; PCTR, octobre 1899, rapport du comité spécial formé le 5-10-1899 pour étudier la question des abattoirs et de l'inspection des viandes; PVCVTR, 4-1-1900.

<sup>172</sup> D'après les règlements provinciaux de 1891, l'établissement devait avoir un plancher imperméable, un service d'eau suffisant et un branchement vers les égouts. PVCVTR, 23-10-1899. PCTR, lettres des 16-10-1899 et 7-12-1899 du secrétaire du CHPQ.

La même année que la construction de l'abattoir, en 1900, le Conseil de ville créa le tout premier poste salarié permanent destiné exclusivement à la protection de la santé publique à Trois-Rivières: celui d'inspecteur sanitaire et surveillant des marchés<sup>173</sup>. Auparavant, le chef de police avait dû voir au respect des règlements concernant la qualité des aliments en s'attachant au besoin les services d'un vétérinaire<sup>174</sup>. Le poste (parfois non comblé) d'inspecteur fut les années suivantes confié à des personnes sans qualifications précises ou à un vétérinaire. Les devoirs et pouvoirs de tel inspecteur, jusqu'alors laissés à la discrétion de la municipalité par la législation provinciale, furent précisés dans la refonte de la Loi d'hygiène de 1901: celle-ci permit aux officiers municipaux d'inspecter les aliments destinés à la consommation humaine ayant été ou devant être vendus, et de les confisquer. Ils devaient de plus visiter les établissements préparant des aliments destinés à la vente (boucheries, abattoirs, beurreries, fromageries...) et, si les règlements provinciaux n'y étaient pas respectés, ordonner de suspendre les opérations. Ces règlements ne précisaient toutefois pas les conditions d'hygiène devant entourer la production des aliments, pas plus que la nature exacte des défauts et altérations justifiant leur condamnation, aussi la tâche des officiers municipaux demeura assez floue jusqu'à ce que le CHPQ émette, en 1906, des règlements beaucoup plus détaillés, suivant le modèle de la réglementation en vigueur dans certains pays européens<sup>175</sup>.

---

<sup>173</sup> Aucun inspecteur sanitaire n'avait été mandaté auparavant, sauf quelques mois en 1892 après que l'inspecteur du CHPQ ait représenté «qu'aucune viande ne devrait être exposée en vente ou livrée à la consommation, dans une ville, sans avoir subi l'inspection et le contrôle des autorités de cette ville». ANQQCCH, lettre du 29-8-1892 de J.-A. Beaudry à G.-A. Bourgeois. Aussi PCTR, 1-9-1892, et PVCVTR, 18-6-1900, nomination d'un inspecteur.

<sup>174</sup> Ce qu'il fit à au moins quelques reprises. Voir par exemple PVCVTR, 25-4-1898.

L'engagement par la municipalité de Trois-Rivières d'un inspecteur sanitaire en 1900 constituait donc un pas dans la voie tracée par les hygiénistes en vue de limiter la propagation des maladies contagieuses par les aliments, tout en s'inscrivant dans la lignée des mesures recommandées avant la rupture étiologique miasmes/microbes. Contrairement à ce qu'a pu laisser entendre Terry Copp<sup>176</sup>, l'existence à Montréal d'un fort contingent d'inspecteurs sanitaires trois ans plus tôt ne témoignait par conséquent pas d'une attitude rétrograde des autorités sanitaires locales: le déclin de l'importance accordée par les hygiénistes à l'inspection, entre autres, des aliments, surviendrait en fait plus tard. Certes, le mode d'inspection traditionnel, essentiellement visuel et olfactif, convenait mieux à la recherche des miasmes qu'à celle des microbes. Mais les aliments en voie de putréfaction ou de fermentation étaient précisément considérés comme favorables à la conservation des germes. De plus, l'inspection visuelle permettait de repérer des bêtes atteintes de maladies transmissibles à l'homme, ainsi que des morceaux de viande suspects d'en provenir. Du reste, les quantités de viandes confisquées à Trois-Rivières en général parce que provenant d'animaux tuberculeux en

---

175. Amendements aux règlements du CHPQ publiés dans la *Gazette officielle du Québec* du 13-10-1906. La même année, le gouvernement fédéral adoptait une loi pourvoyant à l'inspection des viandes et conserves destinées à l'exportation ou au commerce interprovincial. Des villes comme Trois-Rivières et Shawinigan ne furent pas directement affectées par cette législation, en l'absence d'entreprises exportatrices de tels produits alimentaires. Voir RACH, 1905-1906, p. 10.

176. Copp, Terry, *op. cit.*, p.100. L'auteur dénigre que «...le directeur du service de santé de Montréal, le docteur Louis Laberge, décrivant les fonctions de son service, parlait encore d'inspection sanitaire des maisons et des rues, d'inspection de la viande et du lait et de désinfection des édifices contaminés.» On en parla longtemps encore, même si à partir des années 1910 et surtout de la fin du premier conflit mondial certaines de ces mesures avaient effectivement perdu la faveur des leaders hygiénistes, ayant été supplantées par d'autres types d'intervention, dans le cadre de ce qui fut appelé la New Public Health. Le principal apôtre de ce mouvement fut dès le début du siècle l'américain C.V. Chapin, dont les publications (notamment *The sources and modes of infection*, 1910), d'abord jugées radicales, gagnèrent rapidement en influence. Ce changement d'orientation de la santé publique sera discuté dans la prochaine partie de la thèse.

1915, 1916 et 1917, soit 17 648, 34 341 et 22 419 livres<sup>177</sup>, suggèrent que l'inspection avait son utilité.

La création d'un abattoir unique et la surveillance de la qualité des viandes entraînaient en ce début de siècle un bouleversement d'activités d'échanges implantées de longue date entre la ville et la campagne environnante. A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les consommateurs trifluviens achetaient principalement leurs viandes soit de cultivateurs écoulant les produits de leur ferme au marché, soit de commerçants des villages voisins locataires d'étaux au dit marché, soit des bouchers trifluviens. Ces derniers, regroupés en association, allaient devenir les plus actifs soutiens d'une réglementation interdisant la vente de viandes d'animaux abattus ailleurs qu'à l'abattoir: leurs concurrents se trouvaient singulièrement désavantagés par une telle interdiction, du fait de leur éloignement du lieu d'abattage (surcroît de dépenses, attentes à Trois-Rivières, etc). Aussi la définition et l'application des règlements locaux concernant les viandes et l'abattoir allaient susciter nombre de conflits, et donner lieu à une valse-hésitation des élus municipaux: adoption de clauses bientôt amendées, abrogées, reprises, remplacées ou non appliquées.

Les bouchers et commerçants «étrangers», à partir de 1900, furent les premiers à voir leurs opérations compliquées par l'obligation de faire abattre leurs bêtes à l'abattoir. Toute une série de plaintes des bouchers trifluviens et des propriétaires de l'abattoir témoignent cependant du peu de conviction des autorités municipales à mettre en

---

<sup>177</sup> Rapports annuels du médecin de santé.

application le règlement<sup>178</sup>. L'entreprise d'abattage accusa le Conseil de ville de nuire à ses intérêts, celui-ci menaça de poursuivre les propriétaires de l'établissement pour dérogations aux règlements d'hygiène de la province (plancher perméable, pas de connexion avec les égouts, nettoyages pas assez fréquents). La municipalité acquit finalement les bâtiments et l'outillage en 1906 pour les louer désormais à des particuliers<sup>179</sup>.

Les cultivateurs ensuite virent leur commerce menacé lorsque le Bureau de santé local, au nom de l'hygiène, réclama une réglementation plus sévère en 1907:

Une stricte surveillance devrait être exercée concernant la vente des viandes sur nos marchés en été, surtout celles qui viennent de la campagne. Ces viandes sont généralement empilées et entassées dans des boites ou coffres peu de temps après l'abattage, avant même qu'elles soient refroidies, elles y fermentent et subissent en très peu de temps le procédé de décomposition (...) Des mesures devraient être prises pour empêcher la vente de ces viandes.<sup>180</sup>

---

<sup>178</sup> Plusieurs amendements aux règlements des marchés et de l'abattoir furent adoptés durant ces années. Bien que quelques bouchers locaux aient fait l'objet de plaintes dès 1900, celles-ci concernèrent surtout les commerçants extérieurs à la ville, qui défièrent ouvertement le règlement dans les mois suivant son adoption. L'association des bouchers se plaignit en septembre 1901 que les employés de la ville refusaient d'appliquer le règlement, prétendant ne pas le connaître. Au mois d'octobre, une lettre indique que les officiers de la cité auraient reçu l'ordre du maire de se tenir tranquilles (i.e. de ne pas appliquer le règlement). Le 30-12-1901, la municipalité autorisait les propriétaires de l'abattoir à poursuivre des bouchers ne respectant pas le règlement. Et ainsi de suite...Voir PCTR et PVCTR.

<sup>179</sup> Une mise en demeure de faire respecter le règlement fut envoyée à la municipalité par les propriétaires de l'abattoir dès le 8-7-1901. Plusieurs rapports de l'inspecteur sanitaire durant les années suivantes dénoncèrent l'insuffisance des précautions d'hygiène à l'abattoir, et des avis furent envoyés par le Conseil de ville. Le 30-7-1906, celui-ci avisa l'avocat de la corporation de voir si l'entreprise pouvait être poursuivie, et l'avocat livra le 10 septembre un avis positif en vertu des règlements du CHPQ. Le 26-11-1906, le Conseil vota l'achat de l'établissement et régla par la même occasion une réclamation des propriétaires. PVCVTR et PCTR.

<sup>180</sup> PCTR, rapport du Bureau de santé du 25-2-1907. Une requête avait déjà été adressée en 1900 au Conseil de ville par des bouchers et commerçants de viande extérieurs à la ville, demandant que tous ceux détaillant de la viande à Trois-Rivières soient soumis à la même obligation. PCTR, 8-10-1900.

Le Bureau tenta de convaincre les élus municipaux de modifier le règlement de sorte que tout animal dont la viande était destinée à la consommation dans la ville soit abattu à l'abattoir public sous la surveillance de l'inspecteur sanitaire, cette mesure devant s'appliquer aux cultivateurs pour les mois d'été<sup>181</sup>. Il reçut l'appui du CHPQ qui enjoignit la corporation de mettre à exécution les règlements provinciaux, et recommanda que la municipalité dote la ville d'un abattoir «moderne» répondant aux exigences de l'hygiène. Mais en 1910, en dépit de ces pressions, sous l'administration du maire L.-P. Normand, les commerçants de viande extérieurs furent à nouveau exemptés de l'obligation de faire abattre leurs bêtes à l'abattoir public, après s'être vus exiger en 1909 une licence de \$50<sup>182</sup>. Aux yeux des bouchers locaux qui adressèrent une requête au Conseil de ville en 1911, le but du règlement ordonnant l'inspection des viandes n'était pas atteint «vu qu'une grande partie des citoyens se procur[ai]ent leurs viandes de ces cultivateurs ou de ces commerçants.» Leur requête, faite au nom de l'hygiène, à l'effet que toutes les bêtes soient acheminées vers un abattoir licencié —à l'exception pour les cultivateurs de la viande en quartier et du maigre de porc— fut renouvelée les années suivantes et soutenue par le médecin officier de santé<sup>183</sup>.

Si le Bureau de santé avait l'appui des bouchers locaux, les cultivateurs avaient celui d'une partie de la population, les nouvelles exigences risquant de se traduire par une hausse des prix à la consommation. A la fin de 1916, alors qu'une inflation galopante

---

<sup>181</sup> PCTR, rapport du Bureau de santé du 29-4-1907.

<sup>182</sup> PCTR juin 1907, lettre du 8-6-1907 du secrétaire du CHPQ à la corporation municipale; PCTR, janvier 1908, rapport d'inspection de la visite du 24-9-1907; PVCVTR, 14-2-1910.

<sup>183</sup> PCTR, 12-10-1911; PVCVTR, 13-12-11; rapport du 20-12-1911 du médecin de santé J.-M. Badeaux dans PVCVTR 20-12-1911; rapport du chef du Bureau de santé du 21-4-1913, qui recommanda notamment que les cultivateurs ne soient autorisés à vendre de la viande que par quartiers. Renouvellements de la requête par les bouchers: PVCVTR 19-2-1912, 10-12-1912, 19-5-1913.

frappait précisément les aliments, le débat atteignit son point culminant. Bien qu'ayant l'année précédente, à l'instigation du patron d'une manufacture de textiles C.R. Whitehead, attiré l'attention du Conseil de ville sur les manquements aux lois d'hygiène concernant les aliments, la Chambre de commerce, dont les membres avaient perçu les signes d'une tension grandissante dans la population, recommanda de ne pas imposer aux cultivateurs des obligations qui pourraient les éloigner du marché, et nuire ainsi à la «classe ouvrière»: la viande des cultivateurs demeurerait la moins chère. Les inspecteurs municipaux, convaincus de sa qualité inférieure, insistèrent par contre pour que les animaux des cultivateurs soient abattus dans des abattoirs licenciés<sup>184</sup>. L'adoption par le Conseil de ville libéral d'un règlement obligeant à réfrigérer les viandes sur les lieux de vente en mai, juin et juillet créa tout un émoi, la population ayant cru que les cultivateurs ne pourraient abattre leurs bêtes et déserteraient le marché. En fait, le règlement érigeait devant les cultivateurs un obstacle gênant pour les mois d'été. La crainte d'une hausse des prix nourrit une forte opposition chez les travailleurs, et plus de 500 individus signèrent en vain une pétition demandant le retrait du règlement<sup>185</sup>. Dans ce contexte, il ne faut pas s'étonner si les électeurs-propriétaires défirent un règlement attribuant une subvention pour la construction d'un abattoir et d'un entrepôt frigorifique. La ville conserva donc son abattoir dont la tenue laissait à désirer (glacière fréquemment dépourvue de glace et même, en 1911, infestée de rats)<sup>186</sup>.

---

<sup>184</sup> Lettre du 16-2-1916 de la Chambre de commerce, PCTR février 1916; CPTR, rapport du 8-6-1916 des inspecteurs sanitaires.

<sup>185</sup> Règlement chap. 320 adopté le 26-12-1916; PCTR, décembre 1916, pétition.

<sup>186</sup> Le projet visait notamment à empêcher qu'une partie des viandes quittent le district des Trois-Rivières en direction de Montréal et de Québec durant l'été et l'automne, pour y revenir à l'hiver et au printemps. PVCVTR 8-8-1911 et 1-9-1911.

Shawinigan n'a pas connu, avec la même intensité à tout le moins, les luttes commerciales qui ont opposé les bouchers de Trois-Rivières aux fournisseurs de la campagne proche. Ceci est peut-être attribuable à une moindre participation des cultivateurs à ce commerce: Shawinigan, à l'encontre de Trois-Rivières située dans les basses terres fertiles de la vallée fluviale du Saint-Laurent, n'était pas entourée d'une ceinture de villages agricoles prospères. L'avantage que pouvaient avoir, en termes de marché et d'approvisionnement, les bouchers locaux à promouvoir une surveillance étroite de la qualité des viandes paraissait par conséquent moins évident. Dès 1901, le Conseil de ville accorda un privilège de cinq ans pour l'établissement d'un abattoir, et un règlement précisa en 1902 que personne ne tuerait ni préparerait dans la ville ailleurs que dans un abattoir licencié par la municipalité aucun animal devant y être vendu<sup>187</sup>, ce qui n'interdisait toutefois pas la vente de viandes abattues hors de la ville. L'année suivante, un marché fut construit et la vente des viandes de boucherie prohibée hors des étaux du marché, les cultivateurs étant cependant autorisés à y vendre, «par occasion seulement», la viande d'animaux élevés sur leurs fermes<sup>188</sup>. Les termes choisis ici laissent entendre que les cultivateurs ne devaient vendre qu'exceptionnellement des viandes au marché. En 1917 enfin, il fut décidé que ceux n'ayant pas un établissement dans la ville et désirant faire le commerce de viandes de boucherie devaient payer une licence de \$40<sup>189</sup>, somme qui a pu dissuader les cultivateurs de faire occasionnellement un tel commerce.

---

<sup>187</sup> PVCVSH 11-10-1901; règlement no. 18. PVCVSH 17-5-1902.

<sup>188</sup> PVCVSH 5-8-1903.

<sup>189</sup> PVCVSH 11-6-1917.

Les denrées offertes en vente à Shawinigan échappèrent à tout contrôle municipal effectif avant 1913 lorsque fut créée la position d'inspecteur des viandes et autres denrées, l'examen des aliments mis en vente ayant été antérieurement confié au clerc du marché, assermenté comme constable. Le poste ne fut comblé en permanence qu'à partir de 1917, par un vétérinaire<sup>190</sup>. Ajoutons que l'existence d'un abattoir unique dans la municipalité depuis le début du siècle n'avait garanti en rien une qualité des viandes acceptable. En effet, l'abattoir, d'après l'inspecteur régional du CHPQ en 1915, opérait dans des conditions d'hygiène atroces:

Il n'y a pas de service d'eau suffisant. Aussi le plancher, les murs, les ustensiles (chaudières, etc) qui servent à l'abattage, sont dans un état de malpropreté dégoûtant. (...) Tout indique qu'on nettoie l'abattoir le moins souvent possible. (...) Le plancher de l'abattoir est recouvert de débris d'animaux. J'ai compté 15 têtes de bêtes à corne, des pattes et autres débris en voie de putréfaction, indiquant que le plancher n'avait pas été nettoyé depuis longtemps.

Le voisinage immédiat de l'abattoir est aussi malpropre. On y voit partout des débris d'animaux étendus sur le sol en voie de pourriture.

(...) En voilà, je crois, plus qu'il n'en faut pour condamner cet abattoir. Il pèche contre la plupart des règlements sanitaires concernant ces établissements, et je ne comprends pas comment l'autorité municipale ait pu toléré (sic) cet abattoir aussi longtemps dans un tel état de malpropreté.<sup>191</sup>

Le CHPQ enjoignit aussitôt la municipalité de faire assainir l'abattoir sous peine d'être mise à l'amende. Le Conseil de ville notifia alors le propriétaire de se conformer aux

---

<sup>190</sup> PVCVSH, 8-1-1913, règlement no. 102A; PVCVSH, 5-8-1903, règlement no. 29; PVCVSH 2-3-1914 et 7-5-1917.

<sup>191</sup> ANQQRICH, rapports du 5-5-1915 et du 16-6-1915.

exigences du CHPQ, sans quoi la corporation municipale ferait exécuter les travaux à ses frais<sup>192</sup>.

Une proportion des viandes consommées difficile à évaluer, mais sans doute considérable, échappa à tout examen sérieux dans les deux municipalités, avant l'engagement des premiers inspecteurs des aliments. Ces engagements aidèrent sans doute à corriger les abus les plus criants, un examen même superficiel des viandes mises en vente revêtant à l'époque une certaine importance. A Trois-Rivières, devant les pressions d'intervenants locaux, des travailleurs entre autres, le Conseil de ville renonça avant la Première Guerre mondiale à instaurer une surveillance systématique des viandes avant l'abattage, et ménagea plutôt des filières d'approvisionnement distinctes à niveaux de risque variables: les viandes vendues par les cultivateurs comportèrent un plus haut risque et demeurèrent moins coûteuses que celles tuées à l'abattoir. Le Conseil de ville de Shawinigan, peut-être en raison d'une faible participation des cultivateurs au commerce des viandes de boucherie, ne fut pas comme à Trois-Rivières soumis aux pressions contradictoires de nombreux intervenants, et la question de l'hygiène des viandes demeura à peu près absente des débats des élus.

### *3.3.2 Surveillance de la qualité du lait: le laisser-aller*

La consommation de lait malsain ayant été identifiée comme une cause majeure de mortalité en bas âge, le CHPQ adopta durant la première décennie du siècle une série de

---

<sup>192</sup> ANQQCCH, lettre du 28-4-1915 du secrétaire du CHPQ de la province: PVCVSH 7-7-1915. mention de la notification du 21-6-1915.

règlements provinciaux assez détaillés visant à assurer une surveillance de la qualité du lait produit et vendu. L'examen de l'application de cette réglementation par les deux municipalités montrera qu'elles demeurèrent à cet égard particulièrement laxistes, mais veillèrent tout de même à aménager des filières d'approvisionnement relativement sécuritaires auxquelles des revenus supérieurs facilitaient l'accès, non sans mécontenter les petits producteurs et distributeurs.

Trois-Rivières et Shawinigan n'exercèrent aucun contrôle sérieux de la qualité hygiénique du lait jusqu'à la fin du premier conflit mondial. Certes, les employés chargés de l'inspection des viandes à partir de 1901 à Trois-Rivières devaient vérifier aussi le lait, et un poste d'inspecteur du lait fut créé en 1912 à Shawinigan<sup>193</sup>. Ce dernier devait visiter les laiteries et endroits où se vendait du lait et pouvait inspecter les voitures servant à son transport, de même que prélever des échantillons aux fins d'analyse. Mais à l'un et l'autre endroit, l'examen se limita à une évaluation des taux de matières grasses et solides, indications précieuses pour dépister les falsifications mais ne garantissant en rien l'absence d'agents infectieux.

Les deux municipalités ne prirent pas non plus les moyens de faire respecter les règlements provinciaux concernant l'hygiène de la production laitière. La refonte de la Loi d'hygiène de 1901 précisait que les officiers sanitaires municipaux pouvaient inspecter les laiteries, étables et vacheries d'où provenait le lait vendu localement ainsi

---

<sup>193</sup> Règlement no. 100 adopté le 23-9-1912. Un tel poste avait été créé à Québec en 1894, d'après Réjean Lemoine. «La santé publique: de l'inertie municipale à l'offensive hygiéniste». La société historique de Québec. *La ville de Québec. Histoire municipale IV, de la Confédération à la crise*. Québec, 1983. p. 169.

que les lieux de vente, et devaient donner l'ordre de discontinuer la distribution et la vente du lait advenant que ces établissements ne seraient pas tenus dans les conditions voulues par les règlements du CHPQ. Ces règlements, d'abord très vagues, gagnèrent nettement en précision et en détail en 1906<sup>194</sup> lorsque des contraintes furent imposées à la construction des vacheries et des laiteries, et que tout un ensemble de précautions d'hygiène à suivre lors du travail précédant la mise en marché furent définies. Pas plus à Trois-Rivières qu'à Shawinigan ils ne furent appliqués, bien que l'inspecteur shawiniganais dut d'après le règlement municipal les faire observer.

Une mesure préventive consistait à faire passer aux vaches laitières le test de la tuberculine afin de repérer les bêtes porteuses du bacille de la tuberculose. Les vaches approvisionnant Trois-Rivières furent tout à fait exceptionnellement soumises à la «tuberculation», et à Shawinigan pas du tout. En 1911, vingt-trois établissements laitiers furent visités par l'inspecteur-vétérinaire trifluvien et jugés presque tous en bonne condition, et une partie des animaux fournissant les consommateurs triflubiens passèrent le test. Le médecin officier de santé proposa en vain deux ans plus tard que les licences des laitiers soient accordées par la municipalité seulement à ceux dont les vaches avaient subi le test avec succès<sup>195</sup>. Pareille proposition paraissait pourtant fort

---

<sup>194</sup> Les règlements de 1891 avaient interdit de vendre du lait falsifié ou provenant de vaches malades. Tout laitier (ou autre commerçant de lait à partir de 1896) dans la maison duquel existaient certaines maladies contagieuses devait interrompre son commerce tant que la municipalité n'aurait pas fait surveiller les opérations de sa vacherie ou laiterie afin d'interdire toute communication avec les habitants de la dite maison. Règlements publiés le 13-6-1891 dans la *Gazette officielle du Québec* et amendements publiés les 7-11-1896 et 13-10-1906.

<sup>195</sup> Un tel règlement existait déjà dans la ville de Québec. PCTR, rapport de l'inspecteur-vétérinaire du 30-1-1911, lettre du 24-2-1911 de J.G. Rutherford, directeur général vétérinaire à Ottawa, adressée au sec.-trés. et accusant réception d'une lettre du 20-1 dans laquelle on demandait que 50 doses de tuberculine soient envoyées; PCTR, rapport de l'officier de santé de la ville du 21-4-1913.

pertinente, dans la mesure où on estimait en 1899 qu'à peu près 10% du cheptel canadien était atteint de la tuberculose<sup>196</sup>.

Il ressort donc qu'avant 1920, les populations trifluvienne et shawiniganaise achetaient un lait échappant à toute surveillance effective. Or, les conditions de production et d'échange de cet aliment ne garantissaient en rien qu'il soit sain, notamment parce que les cultivateurs n'avaient pas encore eu de contacts réguliers avec le discours hygiéniste, si bien que probablement, des précautions qui paraîtraient élémentaires aujourd'hui n'étaient souvent pas respectées (lavage des mains avant la traite, nettoyage des divers récipients utilisés par exemple). Les municipalités urbaines se dérobaient à l'obligation qui leur était faite de veiller au respect des règlements provinciaux concernant l'hygiène laitière, les producteurs, en toute impunité et en toute bonne foi, amassaient le lait sans sacrifier aux précautions souhaitables, le vidaient dans des bidons et se rendaient en ville soit pour le distribuer au détail, soit pour le vendre à des commerçants.

Du producteur au consommateur, le lait pouvait emprunter différentes filières comportant chacune leur part de risques. La plus sécuritaire aux yeux des hygiénistes faisait intervenir un intermédiaire effectuant la pasteurisation. Les Trifluviens informés de ces avantages et en mesure de dépenser plus pour obtenir un lait moins suspect purent acheter à partir de 1910 celui pasteurisé dans un établissement local. Il est impossible d'évaluer la proportion de la population qui se procura de ce lait, dont la

---

<sup>196</sup> RACH 1898-1899, p. 52.

qualité hygiénique reste également à déterminer —signalons que les analyses du médecin officier de santé au début des années 1920 montrèrent que fréquemment, le lait des usines de pasteurisation trifluviennes ne rencontrait pas les normes de sécurité admises—. Quoi qu'il en soit, une exemption de taxes fut accordée en 1919 à des entrepreneurs désireux de construire une «crèmerie» moderne dotée d'appareils de pasteurisation, de même qu'à Shawinigan jusqu'alors démunie de ce genre d'établissement<sup>197</sup>.

Les autres filières d'approvisionnement présentaient des niveaux de risque distincts. La meilleure protection contre une multiplication microbienne excessive dans le lait, particulièrement en l'absence de réfrigération, consiste à écourter le délai séparant la traite de la consommation. Or, ce délai variait selon les filières: cultivateurs/laitiers distribuant le lait à domicile (délai court), laitiers achetant le lait pour le distribuer chez les particuliers (délai plus long), commerçants achetant pour vendre dans leurs boutiques et restaurants (délais les plus longs). Le CHPQ estima en 1915 que la majorité du lait distribué dans les villes du Québec l'était au moins 48 heures après la traite, délai trop long<sup>198</sup>. L'on sait qu'à Montréal au début du siècle, il en coûtait plus cher de s'approvisionner auprès d'un laitier régulier passant de porte à porte que dans les boutiques des épiciers, et qu'une portion impossible à déterminer de la population, la moins aisée, achetait donc un lait déjà moins frais<sup>199</sup>. A Trois-Rivières, il existait en

---

<sup>197</sup> PVCVTR 6-10-1919, exemption de taxes accordée à la Crèmerie des Trois-Rivières. PVCVSH 19-11-1919, exemption de taxes accordée à Laiterie de Shawinigan pour une «laiterie moderne» capable de fournir 500 gallons de lait par jour.

<sup>198</sup> RACH, 1913-1914, p. 31.

<sup>199</sup> Après un examen du lait vendu à Montréal, le bactériologiste du CHPQ fit en 1899 le constat suivant: «The milk sold in groceries to the poor is almost always in the fourth class [i.e. condemnable] and is quite unfit for children's food». RACH 1900-1901, p. 50. Dans les débits urbains, la situation était aggravée du

1925 plus de 40 petits commerces débitant ainsi du lait, et à en croire les signataires d'une pétition en 1916, plusieurs laitiers distribuaient le lait à domicile après l'avoir acheté des cultivateurs<sup>200</sup>. Mais quelles que soient les filières, le risque de consommer un lait dangereux pour la santé paraissait élevé. Ainsi, pour le centre régional, les enquêtes du médecin officier de santé en 1923 et 1924 démontrèrent que le lait de *toutes* provenances dépassait fréquemment la norme de 200 000 bactéries par cc. au moment de la vente, le lait distribué directement par les cultivateurs s'avérant tout de même de qualité supérieure à celui passant par les autres filières<sup>201</sup>.

Parmi les différents modes de distribution, les Conseils de ville trifluvien et shawiniganais réglementèrent ceux qui, hors la pasteurisation, offraient les meilleures garanties en termes de délai de livraison mais coûtaient le plus cher au consommateur. Ainsi, plus d'un an après une recommandation du médecin officier de santé des Trois-Rivières et sous l'administration du politicien libéral J.-A. Tessier, le Conseil de ville exigea en 1915 que les laitiers livrent le lait dans des bocaux ou des bouteilles hermétiquement fermés en vue de garantir une meilleure propreté du produit. Une requête signée par une cinquantaine de personnes fut aussitôt envoyée recommandant

---

fait que le lait frais se trouvait souvent mélangé à son arrivée à celui non vendu des jours précédents, ce qui avait pour effet d'accélérer le processus de fermentation. Ayant décrit ce problème, le secrétaire du CHPQ écrivit: «Comme c'est à ces débits que le pauvre, qui n'a pas de laitier attitré, va s'approvisionner, il arrive, par conséquent, qu'à moins que le débit soit bien tenu, il nourrit d'un bout de l'année à l'autre sa famille sur du lait avarié.» RACH 1898-1899, p. 53. Ajoutons que les restaurants montréalais de toutes catégories débitaient un lait suspect, comme le démontra une enquête menée par les laboratoires du CHPQ en 1913: plus de la moitié des échantillons soumis à l'analyse contenaient un nombre exagéré de bactéries. RACH 1912-1913, rapport d'investigation sur le lait des restaurants de Montréal, p. 41s

<sup>200</sup> PCTR, 17-1-1916, requête de R.-S. Cooke *et al.* Il faudrait tenir compte également du lait des vaches élevées par des résidents dans la ville même, phénomène cependant en déclin à Trois-Rivières où le ratio vache-habitant passa d'environ 0,04 en 1894 à 0,01 en 1918.

<sup>201</sup> Rapports annuels du médecin de santé pour 1923, 1924 et 1925, et divers rapports sur la situation du lait durant ces années. PCTR et CPTR.

une surveillance serrée des récipients, des vaches, des étables, etc., plutôt que d'imposer aux laitiers une dépense jugée inutile<sup>202</sup>. A Shawinigan également, après qu'une laiterie d'une municipalité voisine approvisionnant Shawinigan ait été visitée en 1916 par l'inspecteur régional du CHPQ et que l'analyse d'échantillons ait révélé des taux élevés de bactéries, les laitiers furent tenus à partir de 1918 de distribuer le lait dans des contenants hermétiquement fermés, ce à quoi ils s'objectèrent. Le règlement ne fut pas suivi, et, après que des citoyens se soient adressés au Conseil de ville en 1919, les laitiers furent notifiés de s'y conformer.

Pour le lait comme pour les viandes, il est apparu que les municipalités trifluvienne et shawiniganaise n'ont pas fait respecter les normes provinciales d'hygiène concernant la production et la vente. S'agissant des viandes, la première se montra cependant plus active, ce qui peut être attribué en partie aux menées de commerçants locaux invoquant des éléments du discours hygiéniste en renfort à leur recherche d'un meilleur contrôle du marché. Les cultivateurs et leur clientèle, composée pour une bonne part de travailleurs, se trouvèrent de ce fait adversaires des mesures préconisées. A Shawinigan, où semble-t-il les bouchers ne rencontraient pas une concurrence aussi vive des cultivateurs, ils n'eurent pas les mêmes revendications hygiénistes. Il peut être intéressant de relever qu'à Trois-Rivières, contrairement à ce qui a été observé pour les questions de l'eau et des déchets, les politiciens libéraux se montrèrent plus favorables que leurs adversaires conservateurs à l'exercice d'un contrôle hygiénique. Il est vrai que pareil contrôle favorisait une redéfinition des circuits d'échange

---

<sup>202</sup> PCTR avril 1914, rapport du médecin de santé; règlement chap. 297 adopté le 20-12-1915; CPTR 7-1-1916, requête de l'honorable R.-S. Cooke *et al.*

désavantageuse pour les cultivateurs des villages avoisinants, redéfinition de prime abord difficile à concilier avec le fort courant ruraliste présent chez la fraction cléricalo-nationaliste de la petite bourgeoisie, alliée des conservateurs. Il se peut que le Parti conservateur, à une époque où les deux grands partis présents sur la scène municipale étaient les mêmes qu'aux autres niveaux de gouvernement, ait préféré ne pas s'aliéner l'électorat rural.

Des signes annonciateurs d'un contrôle plus suivi des activités de production et d'échange furent, pour le lait comme pour les viandes, perceptibles durant la décennie 1910. L'idée faisait son chemin dans une partie de la population que ces activités devaient être soumises à des règles assurant un minimum de sécurité. Nous croyons que durant cette première période allant de 1887 à l'après-guerre, l'imposition d'un contrôle serré eût été plus féroce si les groupes les plus aisés ne s'étaient cru en bonne partie à l'abri des contaminations d'origine alimentaire. Et de fait, il semble bien qu'ils disposaient d'aliments à risques diminués. Les mesures adoptées, assez significativement, créaient ou concernaient des filières d'approvisionnement à bas risque et à haut prix, cependant que demeuraient relativement intouchées des filières à haut risque et à bas prix.

### **3.4 Le contrôle de la contagion directe, un échec**

La bactériologie identifia durant les dernières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle un moyen de propagation des maladies contagieuses dont le contrôle allait, bien plus que pour l'eau, les déchets et les aliments, s'avérer ardu: les individus hôtes d'agents pathogènes. Avoir à rendre inoffensive l'eau ou à retirer de l'environnement urbain les déchets et les

aliments malsains, passait encore. Mais devoir faire de même avec un individu et ses proches, cela choquait et incommodait. Plus d'un groupe était donc susceptible d'opposer une résistance aux actions des pouvoirs publics visant à limiter la contagion par *voie directe* (d'un individu à l'autre): les malades et leurs proches, rebutés par des mesures désagréables, les médecins dont le territoire d'intervention se trouvait menacé... Aussi ne s'étonnera-t-on pas si les mesures préconisées par le CHPQ, à savoir la triade déclaration-isolement-désinfection, ne furent pas appliquées rigoureusement, sinon peut-être lors des épidémies les plus menaçantes.

#### *3.4.1 Déclaration, isolement et désinfection: la routine absente*

La lutte à la contagion directe qu'entendait mener le CHPQ s'articulait autour de trois étapes-clés, à savoir: la déclaration obligatoire, permettant la prise de connaissance par les autorités sanitaires; l'isolement du malade et éventuellement de ses proches, effectuant le retrait des porteurs de germes de la circulation; la désinfection terminale, prélude au retour à la vie normale visant à éliminer tout microbe qui aurait survécu hors du malade<sup>203</sup>. Nous examinerons ci-dessous comment les municipalités de Trois-Rivières et de Shawinigan s'acquittèrent de ces trois tâches. Il apparaîtra que le refus des médecins de se conformer à l'obligation de déclarer, en contravention avec les lois conçues par l'élite médicale à la tête du CHPQ, compromit l'ensemble du programme de prévention des maladies à contagion directe. Quant aux autorités municipales, elles

---

<sup>203</sup> Les règlements de 1891 détaillaient les mesures à prendre lors de ces trois moments, qui furent en partie inscrites dans la Loi d'hygiène publique de 1901. A l'exception d'importants ajouts concernant des maladies spécifiques (maladies vénériennes, tuberculose), les amendements subséquents aux dispositions de la loi relatives à la contagion directe avant 1945 n'en modifièrent ni l'esprit, ni même la lettre, sinon pour la rendre plus contraignante. Une refonte des règlements survint cependant en 1928.

demeurèrent réticentes à appliquer les mesures subséquentes: non seulement suscitaient-elles un vif mécontentement chez les travailleurs, mais encore les groupes les plus aisés entendaient s'y soustraire.

*Refus des médecins de se soumettre à la déclaration obligatoire*

La déclaration obligatoire, sans laquelle les autorités sanitaires ne pouvaient mettre à exécution les phases d'isolement et de désinfection, fut largement ignorée dans les deux villes de 1887 à l'après-guerre<sup>204</sup>. Y étaient tenus les chefs de famille (ou d'un établissement quelconque à partir de 1901) chez qui se déclarait un cas d'une des maladies spécifiées par la loi<sup>205</sup>, ainsi que les médecins appelés au chevet de tels cas. Les autorités sanitaires des deux villes devaient recevoir ces déclarations et en notifier le CHPQ. Mais le nombre de cas notifiés demeura très en-deça de ce qu'il aurait dû être, comme en témoignent les tableaux mensuels de déclaration des maladies contagieuses publiés par municipalités dans les rapports annuels du CHPQ à partir de 1896. En fait,

---

<sup>204</sup> Il en allait de même à Québec d'après Réjean Lemoine, «La santé publique: de l'inertie municipale à l'offensive hygiéniste», La société historique de Québec, *La ville de Québec. Histoire municipale IV, de la Confédération à la crise*, Québec, 1983, p. 166.

<sup>205</sup> Il s'agit, d'après les règlements adoptés en 1889, des choléra, variole, diphtérie, typhoïde, scarlatine et «aucune autre maladie dangereuse pour la santé publique». Un amendement du 30 décembre 1890 à la loi ajoute la morve. Les règlements sanctionnés le 13 juin 1891 mentionnent les maladies suivantes en éliminant la clause relative à d'autres maladies dangereuses: variole, choléra asiatique, typhus, diphtérie, croup, scarlatine, typhoïde, rougeole, auxquelles se grefferont dans la refonte de la Loi d'hygiène du 26 mars 1901 la peste, la lèpre et la tuberculose ouverte. Les règlements sanctionnés le 8 septembre 1906 ajoutent la méningite cérébro-spinale, et un amendement à la loi du 29 mai 1909 la varioloïde tout en retranchant le mot «ouverte» après tuberculose. Des règlements datant de 1912-1913 mentionnent également la coqueluche, la rubéole, l'ophtalmie purulente des nouveaux-nés et la paralysie infantile. Un amendement à la loi sanctionné le 5 mars 1915 y intègre ces dernières maladies ainsi que la varicelle. S'ajouteront également le 17 mars 1919 la grippe et les fièvres paratyphoïdes. Mentionnons également que les règlements de 1912-1913 font obligation au chef de famille ou de maison de déclarer à l'autorité sanitaire municipale, lorsqu'aucun médecin n'a été appelé, tout cas de fièvre durant plus de 8 jours ou d'un mal de gorge atteignant un second membre de la maison.

de 1900 à 1910, à deux exceptions près, les deux villes ne figurent tout bonnement pas aux tableaux.

La municipalité de Trois-Rivières ne fit pas respecter la déclaration obligatoire par les médecins et chefs de famille. Sur recommandation du Bureau de santé, un règlement municipal fut tout de même adopté en 1893 qui forçait les uns et les autres à déclarer les cas de maladies contagieuses. Mais il ne fut pas appliqué: en 1907, le secrétaire du CHPQ considérait que la majorité des médecins trifluviens ne déclaraient pas; le chef du Bureau de santé reconnut en 1912 que le règlement provincial était très mal observé; le comité spécial de santé formé en 1918 pour enrayer l'épidémie d'influenza souligna que les médecins ayant déclaré leurs cas comme l'exigeait une loi spéciale avaient été l'exception<sup>206</sup>. Les chefs d'établissements trifluviens pouvaient aussi être tentés de celer leurs cas de maladies contagieuses. Ainsi, en mars 1902, les Soeurs de la Providence de l'hôpital St-Joseph cachèrent l'existence de deux cas de variole parmi leurs orphelines, et un cadavre fut même enterré la nuit dans leur cimetière privé, à la faveur de l'obscurité et en silence. Une autre éclosion de variole en 1913 dans un orphelinat, le jardin de l'enfance des Filles de Jésus, ne fut pas signalée par les autorités de l'établissement<sup>207</sup>. Ces deux exemples suggèrent que les communautés religieuses trifluviennes, à l'instar de la majorité de la population, entendaient se soustraire à la déclaration obligatoire imposée par le CHPQ.

---

<sup>206</sup> Rapports du 7-9-1892 et du 27-4-1893 du Bureau local de santé, PCTR novembre 1892 et mai 1893; rapport du 18-5-1893 du comité permanent de santé, PCTR mai 1893; règlement chapitre 54 du 5-6-1893; ANQQCCH, lettre du 17-7-1897 du secrétaire du CHPQ au médecin de santé; PCTR, rapport du chef du Bureau de santé, s.d., 4-3-1912; rapport du comité suivant l'épidémie de grippe, PCTR décembre 1918.

<sup>207</sup> Chroniques des Soeurs de la Providence de l'Hôpital Saint-Joseph; lettre du 18-1-1913 du secrétaire du CHPQ au médecin de santé. ANQQCCH.

La déclaration obligatoire ne fut pas plus respectée à Shawinigan, mais la situation y était quelque peu différente, une grande entreprise ayant occasionnellement suppléé à l'inactivité des autorités sanitaires locales: les dirigeants de SWP se firent les alliés du CHPQ en l'avisant à plusieurs reprises de l'apparition d'épidémies, ce qui mécontenta les dirigeants municipaux et les médecins fautifs, réprimandés par le CHPQ qui envoyait à chaque fois un inspecteur enquêter. Ainsi en août 1911, le docteur C. E. Cross, médecin de l'hôpital appartenant à SWP, avisa le CHPQ d'une reprise de la typhoïde à Shawinigan, et tous les médecins furent interrogés. L'inspecteur du CHPQ avait pourtant, quelques mois auparavant, pris entente avec les autorités municipales pour que la déclaration —jusqu'alors totalement ignorée— soit faite par les médecins et lui parvienne. Plus tard en 1911, le trésorier de SWP Howard Murray, informé par le docteur C.E. Cross, signala au CHPQ des cas suspects de variole. L'inspecteur constata qu'aucun des 24 cas dont il eut connaissance n'avait été déclaré par les médecins, et la municipalité fut avisée qu'elle devenait passible d'une amende lorsqu'elle ne notifiait pas. Quelques années plus tard, en 1914 et en 1916, le vice-président de SWP J. C. Smith avertit à son tour que des cas de typhoïde avaient été relevés<sup>208</sup>.

Pour justifier le peu de déclarations notifiées, comme ailleurs dans la province, les autorités municipales se retranchèrent derrière le non-respect de la loi par les médecins

---

<sup>208</sup> ANQQRICH, rapport du 15-4-1911 de l'ingénieur sanitaire du CHPQ; ANQQCCH, lettre du 20-10-1911 du secrétaire du CHPQ au sec.-trés. de la municipalité; ANQQCCH, lettre du 7-7-1914 de l'ingénieur sanitaire du CHPQ à J. C. Smith suivant lettre du 6-7-1914 de celui-ci; lettre du 16-8-1916 du secrétaire du CHPQ à J. C. Smith suivant lettre de celui-ci.

et chefs de famille<sup>209</sup>, ce qui ne convainquait guère les dirigeants du CHPQ: «...si les médecins et les familles négligent de faire cette déclaration, c'est la preuve que les municipalités négligent de voir à l'exécution de la loi, et voilà tout»<sup>210</sup>. Le CHPQ, outre des avertissements lancés directement aux médecins, encouragea les municipalités à poursuivre les praticiens pris en faute, et menaça régulièrement de poursuites celles qui n'auraient pas fait respecter la loi par leurs citoyens<sup>211</sup>. Mais les municipalités trifluvienne et shawiniganaise ne poursuivirent pas les contrevenants et les démarches qu'elles entreprirent auprès des médecins —à l'instigation du CH— manquèrent, pour le moins, de conviction<sup>212</sup>. Il est vraisemblable que bien des responsables municipaux préféreraient ignorer la présence de certaines maladies pour ne pas avoir à mettre en application les règlements d'isolement et de désinfection. On laissait ainsi aux médecins le soin de s'occuper des malades<sup>213</sup>.

---

<sup>209</sup> Par exemple, voir PVCVSH, 6-4-1915.

<sup>210</sup> RACH 1895-1896, p. 11.

<sup>211</sup> Donnons quelques exemples. En 1910, le secrétaire du CHPQ rappela par circulaire aux médecins de la province qu'une amende pouvait être imposée à ceux qui ne faisaient pas la déclaration (ANQQCIR, septembre 1910). Dans une allocution prononcée à la convention annuelle des services sanitaires de la province en 1908, il invita les officiers municipaux à entamer des procédures judiciaires contre tout médecin pris en flagrant délit et niant qu'il avait traité une maladie contagieuse. Enfin, de nombreux documents attestent des pressions effectuées auprès des municipalités, dont: circulaires du CHPQ les avisant de son intention de poursuivre celles trouvées fautives, ANQQCIR 18-11-1901 et 3-6-1907; circulaires de l'inspecteur régional du district des Trois-Rivières rappelant aux municipalités qu'elles étaient passibles d'une amende si elles ne faisaient pas respecter la déclaration, RACH 1914-1915, rapport de l'inspecteur régional, p. 36; circulaire du 24-3-1916 du même dans CPTR avril 1916.

<sup>212</sup> Par exemple, le CHPQ avisa en 1916 le Conseil municipal de Shawinigan de faire observer le règlement; le Conseil avisa les médecins de faire la déclaration, et l'on n'entendit plus parler de la chose. PVCVSH, lettre de l'inspecteur du CHPQ du 24-3-1916 et résolution du 5-4-1916 du Conseil de ville de Shawinigan.

<sup>213</sup> Conscients de ces réticences et en vue de convaincre les autorités sanitaires locales de se montrer plus actives, des hygiénistes inversèrent l'argument selon lequel les médecins ne déclaraient pas de peur de voir leurs clients importunés, en imputant plutôt cette négligence à la fréquente absence de mesures suivant la déclaration: à quoi bon déclarer si la déclaration ne sert à rien? L'assistant inspecteur général du CHPQ adopta ce point de vue dans un texte publié dans les actes de la huitième convention annuelle des services sanitaires de la province de 1919, et cita une autorité américaine de tout premier plan, le docteur C. V. Chapin.

La création par le CHPQ du service d'inspection régionale en 1913 allait permettre d'effectuer des pressions plus suivies sur les médecins et les municipalités. En 1918, le CHPQ annonça des mesures draconiennes:

La déclaration des maladies contagieuses est omise par un grand nombre de médecins, souvent même par des médecins dont la réputation n'a pas d'autres taches. Depuis que nous avons des inspecteurs régionaux, nous pouvons dire que, par eux, nous avons épuisé auprès de ces médecins négligents tous les moyens de persuasion. Il ne nous reste plus qu'à faire quelques exemples, et certainement que deux à quatre poursuites, dans chaque district sanitaire, auraient un effet sensible sur la profession.<sup>214</sup>

Des inspecteurs régionaux entreprirent des procédures judiciaires contre des médecins<sup>215</sup>, notamment dans le district de Trois-Rivières en 1920. L'inspecteur constata alors que s'il y avait un progrès sensible depuis quelques années, une «grande lacune» existait encore. Comme ses confrères, il intervenait fréquemment auprès des médecins à ce sujet<sup>216</sup>.

De 1887 à 1918, la non-déclaration fréquente dans les deux villes ne les plaçait pas dans une catégorie à part au Québec. Ainsi, J.-A. Baudouin, assistant du chef de l'inspection régionale, évalua la proportion des cas déclarés au Québec de 1907 à 1917

---

<sup>214</sup> RACH 1917-1918, p. 4.

<sup>215</sup> ANQQ, procès-verbaux des délibérations du CHPQ de la province, 25-6-1919. Notons que ce n'était pas la première fois que le CHPQ entreprenait une poursuite contre un médecin n'ayant pas déclaré. Voir à ce sujet le *Bulletin sanitaire*, 2, 6, juin 1902, 41.

<sup>216</sup> RACH 1919-1920, p. 72 et rapports annuels de l'inspecteur de district. Pour la province, l'inspecteur général du CHPQ constata dans le RACH de 1921-1922 (p. 32) une amélioration au début des années 1920. Mais les RASPH pour 1923-1924 (p. 6) et pour 1926-1927 (p. 22) mentionnent encore ce problème. Celui de 1932-1933 (p. 20) précise que s'il y a lieu de croire que la déclaration est négligée pour les maladies les moins dangereuses, il n'en est pas ainsi des plus graves.

comme suit: tuberculose, 5.8 %; poliomyélite, 6.7 %; coqueluche et rougeole environ 12 %; variole, 15.2 %; diphtérie, 18 %; typhoïde, 20.7 %; scarlatine, 31.1 %; méningite cérébro-spinale, 32.5 %<sup>217</sup>. Précisons que la non-déclaration n'était pas propre au Québec, les autres organismes nationaux ou provinciaux d'hygiène rencontrant également cette difficulté.

A la négligence ou au refus de déclarer, nous proposons deux explications: les résistances à l'intrusion du CHPQ dans la sphère d'activité des médecins, et la rigueur des mesures sanitaires qui suivaient l'acte de la déclaration. L'obligation de déclarer contribuait à l'instauration de rapports tendus entre la profession médicale et l'Etat, celui-ci tentant de s'insérer dans la relation privilégiée qu'entendait entretenir le médecin avec son patient. Il importe cependant de souligner que la profession médicale même était divisée à ce sujet, les membres de l'élite médicale québécoise qui dirigeaient le CHPQ défendant vigoureusement la déclaration obligatoire à laquelle la majorité de praticiens se soustrayaient. Des conceptions divergentes des intérêts de la profession médicale sont perceptibles ici. Les membres du CHPQ, ayant fait d'un organisme étatique leur plate-forme, se devaient de parler au nom des collectivités. Aux intérêts de celles-ci, ils soudèrent ceux de la profession médicale, et firent appel à la solidarité des médecins. Mais plusieurs médecins affirmaient que la déclaration obligatoire, loin de contribuer au contrôle de la propagation des maladies contagieuses, éloignerait la population du cabinet médical, ce qui aurait pour effet de laisser sans traitement adéquat des individus semant la contagion. Surtout, la déclaration obligatoire constituait une

---

<sup>217</sup> Communication de J.-A. Baudouin présentée en 1919 à la huitième convention annuelle des services sanitaires de la province, publiée dans le compte rendu de la convention.

violation du secret professionnel cher à la médecine libérale, violation d'autant plus grave que l'autorité sanitaire municipale devait aussitôt, pour plusieurs maladies, placarder le bâtiment<sup>218</sup>: déclarer un cas équivalait à en claironner l'existence! De là à donner envie au client de recourir par la suite à un médecin plus conciliant, prêt à user de différents subterfuges pour éviter la déclaration...

Certains praticiens, c'est regrettable de le dire, pour des intérêts particuliers, pour des considérations personnelles, parfois même pour mousser leur clientèle au détriment d'un confrère consciencieux, se soustraient trop facilement à ce devoir envers la société.

D'autres font mieux. Pour éluder la loi, et contrairement à leurs habitudes dans la pratique, ils ne font jamais de diagnostics lorsqu'ils sont en présence d'une maladie qu'ils savent contagieuse. D'autres enfin, toujours dans le même but, adoptent parfois un vocabulaire spécial, épicé à leur manière. Pour eux la variole s'appelle pleurésie ou échauffaison; la diphtérie mal de gorge compliqué; la fièvre typhoïde fièvre adynamique ou lente, etc.<sup>219</sup>

Certains disaient le médecin «abaissé au rang d'un délateur»<sup>220</sup>. De plus, l'imposition de la déclaration obligatoire présupposait que la médecine libérale ne suffisait pas à lutter contre les maladies contagieuses: cela pouvait, en quelque sorte, être perçu comme un désaveu du travail du médecin par les hygiénistes et l'Etat<sup>221</sup>. Le médecin

<sup>218</sup> D'après les règlements de 1891, l'autorité municipale devait appliquer sur la façade de la maison une affiche indiquant la nature de la maladie pour les cas de variole, choléra asiatique, typhus, diphtérie, croup et scarlatine. La méningite cérébro-spinale fut ajoutée en 1906.

<sup>219</sup> Extrait d'une communication présentée en 1919 à la huitième convention annuelle des services sanitaires de la province par Léon Houde, inspecteur sanitaire du district de Matapédia, «Obstacles que rencontre l'inspecteur». Voir compte rendu de la convention.

<sup>220</sup> *L'Union médicale du Canada*, février 1904, p. 110, article signé «un abonné». L'article recommandait l'élimination de l'obligation faite au médecin de déclarer.

<sup>221</sup> Certains hygiénistes ne s'en cachaient pas: parmi les raisons évoquées en 1896 par le secrétaire du CHPQ en faveur de cette procédure, figuraient le manque de confiance envers certains membres de la profession ne comprenant pas l'importance de l'isolement et de la désinfection, la crainte qu'ils n'insistent pas afin de conserver leur clientèle, la certitude que la désinfection, le plus souvent, «ne sera pas faite ou sera

conservait son patient et le traitait, mais les opérations cruciales d'isolement et de désinfection, assurées par les officiers municipaux, lui échappaient. Entre le patient et le médecin, à l'instigation d'une élite médicale, s'interposait donc une tierce partie, l'Etat, désirée ni par le premier ni par le second.

La difficulté de convaincre médecins et Conseils de ville trifluviens et shawiniganais de respecter les dispositions de la loi concernant la déclaration obligatoire s'explique également par la rigueur des mesures d'isolement et de désinfection auxquelles menait la déclaration. Ainsi, les praticiens pouvaient craindre de perdre le patronage de leur clientèle payante en la mécontentant par une déclaration aux conséquences désagréables. Ceci était source d'inégalité sociale, les clients payants étant moins susceptibles que les autres de subir les rigueurs de la loi. Leur refus de s'y soumettre ressort clairement d'une envolée du docteur Arthur Simard en 1913 —président du Collège des médecins et chirurgiens de la province de 1914 à 1918 et futur président du CH— à la convention annuelle des services sanitaires de la province:

Voyez ce qui se passe pour les maladies contagieuses. Je ne veux pas faire d'application à une ville en particulier. Combien y a-t-il de médecins qui déclarent leurs cas de maladies contagieuses? Ils en déclarent quelques-uns. Ça paraît très bien, ils sont au tableau! Quand c'est un malade un peu riche, si la maladie est déclarée, il va changer de médecin; on le sait, on trouve alors des compromissions, je ne dirai pas honorables, on trouve des compromissions pour ne pas mettre de placards et cela s'est présenté partout.<sup>222</sup>

---

mal faite» par ceux dont la clientèle considérable interdisait de donner le temps nécessaire à cette exigeante série d'opérations. RACH 1895-1896, p. 15; 1907-1908, p. 14-15.

<sup>222</sup> *Bulletin sanitaire*, 13, 7 à 12, juillet-décembre 1913, 107.

Il paraît difficile d'apprécier dans quelle mesure les clients aisés des médecins trifluviens et shawiniganais risquaient moins que les autres de voir déclarer leurs maladies contagieuses et par conséquent de subir l'intervention des employés municipaux. Les mésaventures d'un médecin de santé zélé à Trois-Rivières y confirment cependant l'existence d'une pareille inégalité:

Le vrai, c'est que la clientèle l'a déserté, et justement parce que l'officier de santé est resté officier de santé vis-à-vis même sa clientèle personnelle. L'on s'est fait, à tort si l'on veut, l'on s'est fait un épouvantail de le voir soigner les variolés et tous les cas de maladies contagieuses. On ne lui a pas pardonné de ne pas considérer sa clientèle personnelle comme exempte de certaines lois du département d'hygiène; en un mot, de ne pas faire de cette clientèle une sorte de privilégiée. Les représailles ont été rapides, et définitives.<sup>223</sup>

*Application minimale des mesures d'isolement et de désinfection*

Mais quelles conséquences avait donc la déclaration pour que l'on s'y dérobat aussi fréquemment? Avant d'examiner comment les municipalités trifluviennne et shawiniganaise s'acquittèrent des mesures d'isolement et de désinfection devant suivre la déclaration, nous en préciserons les inconvénients tout en faisant ressortir l'inégalité des groupes sociaux devant ces mesures. Bien que ce fût au nom du bien collectif qu'elles limitaient les libertés individuelles, elles avaient en effet bien souvent une connotation répressive, notamment en raison d'un clivage très net existant entre les groupes sociaux quant aux modalités d'application de la loi: les mesures d'isolement et

---

<sup>223</sup> «Le renvoi du médecin de santé et l'hygiène publique», *Le Bien Public*, 31-12-1913, p. 1.

de désinfection s'avéraient souvent plus contraignantes pour les groupes à revenus modestes, qui de surcroît pouvaient moins aisément en surmonter les inconvénients.

Selon les cas, les autorités sanitaires pouvaient recourir à trois modes d'isolement: le confinement du malade et de la personne qui s'en occupait dans des chambres, la quarantaine de la maison ou de l'établissement, l'envoi du malade dans un «hôpital civique». La municipalité devait faire isoler les individus atteints de certaines maladies dans une chambre particulière ou, à défaut, mettre en quarantaine la maison entière ou l'établissement, cette dernière mesure étant requise sans exception pour quelques affections graves<sup>224</sup>. Or, l'isolement dans un espace de l'habitation s'avérait souvent pour les groupes à revenu modeste difficilement réalisable: il fallait que, dans des logements souvent surpeuplés en milieu urbain, la disposition et le nombre de pièces le permettent<sup>225</sup>. Dans bien des cas, et c'était là source d'inégalité sociale dans l'application de la loi, l'isolement de la maison entière devenait obligatoire non seulement pour les maladies où il était toujours exigé, mais également pour d'autres, à moins que le malade soit envoyé dans un hôpital civique.

La quarantaine d'une maison, avec gardien à la porte, comportait pour ses habitants des inconvénients bien plus considérables que l'isolement d'une ou deux pièces. Approvisionnés par un tiers ou par l'autorité sanitaire, tout contact leur était interdit

---

<sup>224</sup> Selon les règlements de 1891, l'isolement dans une chambre était obligatoire pour les diphtérie, croup, scarlatine, ainsi que méningite cérébro-spinale suite à un amendement des règlements du 13 octobre 1906. La quarantaine de la maison était toujours obligatoire pour la variole, le choléra asiatique et le typhus.

<sup>225</sup> Le secrétaire du CHPQ considérait quant à lui que ces circonstances ne se rencontraient que chez les pauvres, pour lesquels la municipalité était tenue de défrayer les dépenses liées à l'isolement et à la désinfection (RACH 1895-1896 p. 13). Sur la situation économique des familles montréalaises à l'époque, sur le logement, consulter notamment Copp, Terry, *op. cit.*; Jean de Bonville, *op. cit.*

avec le reste de la population (médecins et membres du clergé exceptés). Le chômage forcé d'un ou de quelques membres de la maisonnée durant une période (variable selon les maladies) pouvant atteindre plus de deux semaines, à une époque où une portion importante des ménages en milieu urbain parvenaient difficilement à se constituer des réserves monétaires, pouvait avoir des conséquences très dures. Les biens-portants pouvaient cependant changer de domicile dans les six heures suivant le début de la quarantaine, ou y être autorisés par la municipalité ultérieurement en autant qu'ils soient désinfectés. Encore fallait-il qu'ils trouvent où loger, ce qui introduisait un surcroît possible de dépenses et supposait que la présence d'un porteur potentiel de germes soit acceptée ailleurs malgré la crainte de la contagion et la peur subséquente d'avoir à subir aussi l'isolement et la désinfection. Dans l'ensemble, l'isolement représentait pour le ménage une perte de revenus et menaçait un équilibre budgétaire souvent précaire. Vues sous cet angle, les résistances des groupes à revenus modestes paraissent fort compréhensibles et il n'y a rien d'étonnant à ce que plusieurs considéraient cette mesure comme une «disposition vexatoire»<sup>226</sup>.

Un troisième mode d'isolement pouvait aider à assurer le respect des règles émises par le CHPQ dans le cas de ceux dont la modicité des revenus rendait problématiques les deux premiers modes: *l'hôpital civique*. Souvent une maison possédée ou louée par la municipalité, celui-ci hébergeait les contagieux, permettant de ne pas isoler les habitations. A en croire le secrétaire du CHPQ en 1896, les hôpitaux civiques n'avaient pas non plus la faveur de la population:

---

<sup>226</sup> RACH, 1895-1896, p. 12.

Il y a des municipalités où le Conseil municipal et le bureau d'hygiène comprennent l'avantage d'une telle création, mais où, à cause des préjugés de la population, le projet d'un local municipal d'isolement a échoué. Ceci vient d'un manque d'éducation chez nos populations. On semble craindre l'hôpital: proposer à certaines familles d'y envoyer leur enfant, c'est leur proposer une cruauté.<sup>227</sup>

Soulignons que les enfants des groupes aisés ne risquaient pas de connaître ce dernier mode d'isolement, qui symbolise mieux que tout autre l'inégalité sociale en ce qui a trait à la prévention des maladies transmissibles par voie directe.

La désinfection, elle aussi mal acceptée, mettait un terme à l'isolement. La procédure recommandée par le CHPQ en 1903 débutait par la désinfection des habitants qui devaient se nettoyer avec une solution spéciale et quitter l'habitation avec des vêtements également désinfectés. L'officier municipal restait seul pour préparer les pièces avant la fumigation selon l'un des procédés germicides alors en usage<sup>228</sup>: dispersion partielle du contenu des armoires, penderies, tiroirs et coffres, accrochage des vêtements et de la literie, immersion des effets utilisés par le patient dans une solution désinfectante également utilisée pour imbiber son matelas et son oreiller dans les cas où la famille refusait de les brûler. La désinfection fut généralement peu prisée<sup>229</sup>: la perspective

---

<sup>227</sup> RACH, 1895-1896, p. 14. Invoquant les avantages que retirerait le malade pauvre d'être traité sans frais dans un établissement hygiénique par un personnel compétent, le secrétaire du CHPQ ajouta que la cruauté consistait plutôt à en priver le malade.

<sup>228</sup> La fumigation au gaz formaldéhyde supplantait alors celle au gaz d'acide sulfureux (dite fumigation au soufre). Dans les municipalités possédant une étuve à vapeur, procédé jugé le plus efficace mais le plus coûteux, les différents effets pouvaient être soumis à l'action germicide de la vapeur. Autrement, pour les vêtements, la fumigation au gaz formaldéhyde ou au gaz d'acide sulfureux, ou l'aspersion avec de la formaline étaient recommandés. Pour les individus, diverses solutions avaient l'approbation du CHPQ, dont un mélange d'eau et de bichlorure de mercure. Voir circulaire envoyée aux municipalités, RACH 1902-1903, p. 31-39, version anglaise. Les règlements du CHPQ précisent les modes de désinfection approuvés.

<sup>229</sup> Voir par exemple RACH 1895-1896, p. 15.

d'ouvrir la maison désertée à un officier municipal autorisé à manipuler les biens des habitants n'était certainement pas pour plaire à ces derniers<sup>230</sup>.

Enfin, la rigueur des mesures imposées par le CHPQ en ce qui a trait aux défunts de certaines maladies mécontenta probablement et la population laïque, et le clergé qui y perdait des prérogatives. Ne pouvaient assister aux funérailles que quelques personnes indispensables<sup>231</sup>, à moins que le cadavre soit dans un cercueil métallique ou doublé de métal hermétiquement clos, ce qui introduisait des dépenses supplémentaires. De plus, les ministres du culte perdirent en 1895 le droit de présider pour tous les défunts une cérémonie dans l'église, lorsque le CHPQ obtint de la législature que les trépassés de quelques maladies soient obligatoirement conduits directement du domicile au cimetière<sup>232</sup>. Le CHPQ étendait ainsi son autorité à une petite portion de la sphère d'activité du clergé.

Comment furent appliquées à Shawinigan et à Trois-Rivières les mesures d'isolement et de désinfection pour la faible proportion des cas qui étaient déclarés? Des

---

<sup>230</sup> Les habitants pouvaient préparer eux-mêmes l'habitation, auquel cas l'officier devait vérifier si ses instructions avaient été suivies. Il n'en restait pas moins seul dans l'habitation.

<sup>231</sup> Le ministre du culte, l'officier public ou témoin nécessaire et les personnes indispensables pour le transport et l'inhumation. Ceci ne s'appliquait pas à la typhoïde. Les règlements de 1891 précisait que le cadavre de toute personne décédée de variole, de choléra asiatique, de typhus, de diphtérie, de croup, de scarlatine ou de typhoïde devait être désinfecté. D'autres maladies s'ajouteront par la suite, comme la méningite cérébro-spinale en 1906.

<sup>232</sup> La loi des inhumations et exhumations datait de 1875 et avait déjà subi quelques modifications relatives à l'hygiène en 1888. Les maladies concernées en 1895 furent: le choléra asiatique, le typhus, la variole, la diphtérie, la scarlatine, la rougeole, la typhoïde et la morve. D'autres s'ajouteront par la suite. Avant l'adoption de l'amendement en 1895, le CHPQ avait fait circuler 4 000 copies d'une résolution dont voici un extrait: «Que le Conseil d'hygiène de la province de Québec exprime publiquement l'opinion que cet article de la loi qui laisse au clergé la *liberté* de prohiber ou non l'entrée des cadavres dans les églises *ne doit pas être interprété comme admettant que cette entrée peut avoir lieu sans danger pour la santé publique*, mais seulement comme une déférence au clergé en laissant à lui seul le droit de décréter la fermeture des églises, même quand la santé publique l'exige». RACH 1894-1895, p. 20, et ANQQCIR.

informations relativement éparses permettent d'affirmer qu'avant les années 1910 à Trois-Rivières, et les années 1920 à Shawinigan, l'isolement et la désinfection ne furent appliqués qu'exceptionnellement, sauf durant les épidémies de variole et celle de grippe en 1918. Rappelons ainsi qu'à Shawinigan, le poste de médecin de santé fut créé en 1916 et ne devint salarié qu'à partir de 1920, et qu'aucun inspecteur sanitaire ne reçut pour tâche de voir au respect des mesures d'isolement et de désinfection. Les seules quarantaines venues à notre connaissance y furent imposées pour des cas de variole.

A Trois-Rivières, l'application de l'isolement et de la désinfection fut dans un premier temps plutôt rare. En mai 1893, les autorités municipales trifluviennes ne possédaient d'ailleurs pas l'équipement pour désinfecter<sup>233</sup>. Un règlement municipal adopté alors que l'on craignait l'arrivée du choléra en 1893 et ordonnant la quarantaine dans les cas de maladies contagieuses fut parfois appliqué les années suivantes: une quarantaine pour un cas de scarlatine est signalée en 1894; par contre, informé la même année que la municipalité n'avait pas procédé à la désinfection de la demeure d'un «scarlatineux» décédé pour lequel la déclaration avait été faite, le CHPQ avertit la municipalité qu'elle pouvait être citée en justice. En 1898, après une plainte d'un citoyen contre l'officier de santé à l'effet qu'il aurait usé de procédés trop rigoureux en interdisant l'entrée d'un cadavre dans l'église, le comité de santé constata que l'officier de santé avait négligé

---

<sup>233</sup> Les médecins de la province n'avaient généralement pas non plus ce genre d'équipement en 1897 à en croire le secrétaire du CHPQ, et à Trois-Rivières au début des années 1920 d'après le médecin de santé. ANQQCCH, lettre du 12-05-1893 du secrétaire du CHPQ aux édiles municipaux; RACH 1896-1897, p. 7; lettre de l'officier de santé au Conseil de ville, sans date, CPTR juillet 1922.

d'ordonner la désinfection des lieux<sup>234</sup>. Le plaignant s'offusquait que plusieurs décédés du même mal n'avaient pas eu droit à ce traitement. D'autres plaintes<sup>235</sup> furent déposées contre les médecins de santé trifluviens et shawiniganais concernant les modalités d'isolement ou de désinfection, témoignant de la difficulté d'appliquer ces mesures, auxquelles certains refusaient d'ailleurs de se soumettre.

En l'absence d'hôpital civique, les officiers de santé pouvaient parfois hésiter à mettre en vigueur les règlements provinciaux. Ainsi, celui de Trois-Rivières déclara en 1902 qu'il n'avait pas fait la désinfection de deux familles vu qu'il n'avait aucune maison à sa disposition, soulignant que «très souvent (...) le besoin d'un tel établissement se fait sentir»<sup>236</sup>. Vingt ans plus tard, un autre médecin officier de santé réclama un hôpital civique, notamment parce que des individus malades pouvaient être jetés sur le pavé:

M. Germain a subi le sort qui est réservé à une notable partie de la population, je veux parler de ces gens, des deux sexes, qui vivent en pension. Adviene une maladie contagieuse, on les prie de sortir et dès ce moment ils n'ont plus de lieu de refuge.<sup>237</sup>

<sup>234</sup> PVCVTR, règlement chapitre 54, 5-6-1893; PVCVTR, 23-4-1894; PCTR mars 1894, lettre du 24-3-1894 du secrétaire du CHPQ; PVCVTR 9-5-1898, rapport du comité de santé. En 1893, le transport des cadavres avait aussi retenu l'attention, en raison de «la pratique assez généralement suivie en cette ville de transporter à l'Eglise et au cimetière, des cadavres d'enfants, dans des voitures qui servent en outre aux baptêmes, aux mariages et en général au transport des citoyens bien portants», et le Bureau de santé avait fait adopter un règlement interdisant l'usage de voitures autres que celles réservées à cet effet.

<sup>235</sup> A Shawinigan, voir en particulier PVCVSH, 18-6-1919, 2-7-1919, 16-7-1919. A Trois-Rivières, un homme déposa plainte en 1903 parce que la corporation avait imposé un isolement dans un de ses logements. Il était allé loger ailleurs (PCTR, lettre d'avocat du 23-2-1903). Une plainte fut déposée en 1911 relativement à une quarantaine (PCTR, lettre d'avocat du 9-12-1911). Un journaliste trifluvien rapporta le cas d'une maison placardée dont les affiches auraient été arrachées et où l'on aurait refusé d'obéir aux ordres du médecin de santé revenu sur les lieux. *Le Bien Public*, 31-10-1912, p. 1.

<sup>236</sup> PCTR janvier 1902, rapport du 16-1-1902 de l'officier de santé.

<sup>237</sup> Rapport du 1 septembre 1922 du médecin de santé de Trois-Rivières.

A Trois-Rivières tout au moins, les hôpitaux civiques mis sur pied durant les épidémies de variole étaient craints de la population. Ainsi, plus de 100 pétitionnaires s'objectèrent en 1902 à l'installation d'un tel établissement dans leur quartier en invoquant les risques de contagion<sup>238</sup>. De plus, des variolés refusèrent de se rendre à l'hôpital civique entre 1911 et 1913, et la municipalité, plutôt que de recourir à la manière forte pour les y amener, dut «faire vivre des familles entières pour un individu»<sup>239</sup> selon le médecin de santé, c'est-à-dire isoler les familles de ces malades et payer pour leur alimentation. Destiné aux pauvres, d'après le médecin-maire L.-P. Normand en 1913, l'établissement ne disposait alors ni de gardes-malades diplômées ni de religieuses pour prendre soin des malades, ce qui eût pourtant aidé, selon les termes d'un journaliste, à ce que l'hôpital ne soit pas «redouté des pauvres gens»<sup>240</sup>.

Ajoutons que la crainte des rigueurs de l'isolement était partagée par certaines communautés religieuses à Trois-Rivières, suffisamment pour chercher à s'y soustraire, au besoin en faisant jouer l'autorité du haut clergé. Ainsi, en 1902, un «variolé» fut repéré à l'hôpital des Soeurs de la Providence. Les médecins décrétèrent la quarantaine, le personnel fut vacciné, et les soeurs entendirent «...le bruit du marteau d'un agent de police qui fix[ait] les clous du placard «variolé» sur la porte de la façade»<sup>241</sup>. Informé, l'évêque des Trois-Rivières envoya le curé de la cathédrale

---

<sup>238</sup> PCTR janvier 1902, lettre du 15-1-1902. Aussi PVCVTR 22-1-1902.

<sup>239</sup> Rapport du 13-4-1913 du médecin de santé. CPTR avril 1913.

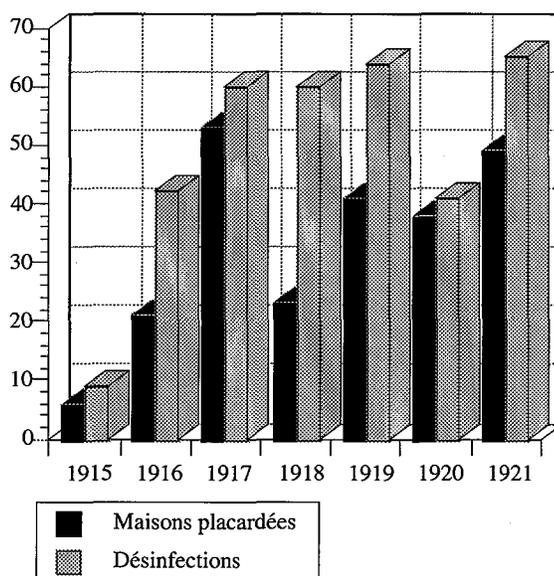
<sup>240</sup> *Le Bien Public*, 20-2-1913, p. 1. Aussi procès-verbal de la réunion du 20-2-1913 de l'Association médicale du district des Trois-Rivières.

<sup>241</sup> CSP 1901-1902.

négociier avec le Conseil de ville et obtint la levée de la quarantaine à la condition que le malade soit isolé.

La période de la Première Guerre mondiale vit une application plus fréquente des règlements à Trois-Rivières: la figure 3-2 montre que la quantité de maisons placardées et désinfectées de 1915 à 1921 grimpa alors soudainement. Mais ce fut durant les épidémies de variole et celle de grippe en 1918 que les autorités sanitaires municipales des deux villes appliquèrent avec le plus de rigueur certaines des mesures préconisées en tous temps par le CHPQ.

**FIGURE 3-2**  
**MAISONS PLACARDÉES ET DÉSINFECTIONS À TROIS-RIVIÈRES DE 1915 À 1921**



Source: rapports annuels du  
médecin de santé de Trois-Rivières

### 3.4.2 *Mesures d'exception en temps d'épidémies*

Aux moments de danger que représentaient les épidémies correspondirent des surcroûts d'activité dans les deux localités, dont l'examen permettra de prendre la mesure des réactions de différents intervenants aux menaces de la contagion. La succession des vagues varioliques et le raz de marée de l'influenza en 1918 serviront d'exemples. La variole, plus que toute autre maladie, a motivé régulièrement l'intervention du CHPQ et l'adoption de mesures exceptionnelles. Quant à l'invasion de l'influenza en 1918, elle donna lieu à un déploiement d'efforts sans précédent, notamment après que le CHPQ ait été investi de pouvoirs spéciaux.

#### *La lutte contre les épidémies de variole*

Après les ravages de l'épidémie de variole de 1885, les quelques éclosions parvenues à la connaissance du CHPQ jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle furent contenues assez rapidement. Une épidémie de cette maladie remonta cependant des Etats-Unis pour atteindre le Québec en 1901 et y demeura environ deux ans. D'une forme peu virulente diagnostiquée souvent comme de la varicelle<sup>242</sup>, la variole prit pied à Trois-Rivières et à Shawinigan à la fin de 1901. Ayant reflué sans disparaître en 1902-1903, elle redevint épidémique en 1911<sup>243</sup>, puis reflua à nouveau pour revenir en force en 1919. Lors des deux premières vagues étudiées ici, les municipalités de Trois-Rivières et de

---

<sup>242</sup> L'on sait qu'il existait deux souches de la variole, l'une maligne, l'autre bénigne.

<sup>243</sup> Voir dans RACH 1910-1911, p. 22s, description de la lutte contre la variole à l'échelle de la province.

Shawinigan adoptèrent des mesures relativement similaires, en partie en réaction aux pressions provenant du CHPQ et de grandes entreprises.

L'une et l'autre municipalités, à chaque apparition de la variole, mirent sur pied un hôpital civique, en général une maison louée pour le temps nécessaire ou achetée<sup>244</sup>. Les hôpitaux créés à Trois-Rivières bénéficièrent pour la plupart de la collaboration de membres du clergé. Ainsi, à la fin de 1901, une maison fut louée où deux religieuses des Soeurs de la Providence (propriétaires de l'hôpital) dispensèrent leurs soins aux «pestiférés»<sup>245</sup>. Des séculiers engagés par la municipalité d'abord, puis deux religieuses à nouveau en juin 1902, s'occupèrent des malades. Enfin, lorsqu'en 1911 la variole réapparut, une propriété fut gracieusement mise à la disposition du Conseil municipal par monseigneur Cloutier, évêque des Trois-Rivières<sup>246</sup>. Les malades internés n'y reçurent cependant les soins d'aucun personnel qualifié.

Les municipalités trifluvienne et shawiniganaise subirent différentes pressions en faveur de mesures rigoureuses. Ainsi, chaque fois où il fut avisé de l'apparition de la maladie dans les deux villes, le CHPQ ordonna que les dispositions légales concernant la variole soient mises en application et envoya de la documentation: copies de

---

<sup>244</sup> A la fin de 1901 par exemple, sur recommandation d'un comité spécial de santé, une maison fut louée pour deux malades, une personne engagée comme garde-malade et un homme chargé de voir aux besoins des isolés. Des maisons furent aussi louées en 1902 et 1911. Les dépenses occasionnées ayant suscité des critiques, l'on décida en mai 1902 de confiner les malades à leurs domiciles placardés et surveillés par les constables, et ce sans dédommagement. Cette décision fut renversée le mois suivant, après une élection municipale. Soulignons qu'à partir de 1901, les municipalités furent tenues de verser un dédommagement aux chefs de famille isolés en raison de la variole, ceux-ci devenant de ce fait des pauvres aux yeux de la loi. PVCVSH 22-11-1901, 25-11-1901, 7-4-1902, 5-5-1902, 29-1-1912.

<sup>245</sup> Selon l'expression de la responsable des chroniques de la communauté. CSP, 1901-1902.

<sup>246</sup> Rapports du chef du Bureau de santé, PVCVTR 13-12-11 et 15-1-1912.

règlements, affiches, etc<sup>247</sup>. Il pouvait arriver qu'en dépit de la menace d'épidémie, un Conseil municipal se montre d'abord peu pressé et que le CHPQ devienne plus insistant, comme le suggèrent ces mots adressés en 1911 par l'inspecteur du CHPQ au maire de Shawinigan:

If, under the circumstances your municipal council is not willing to act, you have then your local Board of Health and if it is not doing its duty, then you have the power to do whatever law requires to protect public health.<sup>248</sup>

Les pressions les plus fortes du CHPQ s'exercèrent pour inciter, ou contraindre, les corporations municipales à adopter un règlement de primovaccination et de revaccination obligatoires lors des éclosions de 1901 et de 1911<sup>249</sup>. Trois-Rivières et Shawinigan, comme la plupart des autres municipalités, adoptèrent ce règlement. Dans quelle mesure fut-il appliqué? Les données sont rares. Pour 1911, l'on sait que le règlement réactivé en juin à Trois-Rivières ne fut pas mis à exécution avant que les premiers cas aient été rapportés en décembre, et qu'à Shawinigan il fallut attendre une intervention du CHPQ. Les grandes manufactures des deux villes exigèrent de leurs employés des certificats de vaccination, comme probablement les directions des écoles pour les enfants. Enfin, les pauvres qui en firent la demande furent vaccinés gratuitement<sup>250</sup>. Mais il paraît impossible d'évaluer la proportion de la population

---

<sup>247</sup> ANQQCCH, lettre du 20-10-1911 du secrétaire du CHPQ au sec.-trés. de la municipalité; ANQQRICH, rapport du 27-10-1911 de l'inspecteur du CHPQ.

<sup>248</sup> ANQQCCH, lettre du 10-11-1911 de l'inspecteur du CHPQ au maire de Shawinigan.

<sup>249</sup> A partir de décembre 1901 et d'avril 1911. RACH 1901-1902, p. 22. Dans RACH 1910-1911, p. 22s, description de la lutte contre la variole à l'échelle de la province.

<sup>250</sup> Lettre sans date du médecin de santé trifluvien, PCTR 13-12-1911; PVCVSH 13-11-1911; procès-verbal de la réunion du 20-2-1913 de l'Association médicale du district des Trois-Rivières; ANQQCCH, lettre du 18-12-1911 du secrétaire du CHPQ au docteur C.E. Cross.

vaccinée (au moins 500 personnes à Shawinigan en 1911). Là comme ailleurs dans la province, plusieurs demeuraient réfractaires, ce que déplora un inspecteur régional en 1919:

Mais un des principaux obstacles que nous rencontrons auprès du public, sinon le principal, du moins le plus commun, c'est au sujet de la vaccine. Evidemment nous n'assistons pas à des émeutes comme autrefois; mais ce n'est qu'après avoir pris bien des détours, qu'après bien des hésitations que l'on se soumet à cette pratique. (...)

Cependant notre population, et c'est juste de le dire, après avoir reçu certaines explications, après avoir pris connaissance de certaines statistiques, se soumet généralement volontiers à la pratique de la vaccine.<sup>251</sup>

Ces réticences furent entretenues par une partie de la presse clérico-nationaliste. Aussi le CHPQ écrivit-il en 1911 aux évêques de la province, leur demandant de mettre en garde les ministres du culte contre la campagne anti-vaccionniste que menaient certains journaux circulant dans le clergé. Et de fait, le journal trifluvien *Le Bien Public*, reconnu comme l'organe de l'évêché, s'était opposé quelques mois plus tôt à la vaccination obligatoire, en rappelant des incidents ayant suivi en 1902 l'usage d'un vaccin de mauvaise qualité à Trois-Rivières. En 1913 et lors de l'épidémie de 1919, ce journal présenta par contre la vaccination comme le préventif tout indiqué<sup>252</sup>, opinion que partageaient les médecins trifluviens: en 1911, avant que le CHPQ n'ait exigé la passation du règlement, ils avaient résolu en association de sensibiliser la population aux avantages de la vaccination, à l'aide des journaux et des ministres du culte. Pour

---

<sup>251</sup> *Compte rendu de la huitième convention annuelle des services sanitaires de la province de Québec*, tenue les 10 et 11 septembre 1919, propos de Léon Houde.

<sup>252</sup> ANQQCCH, lettre circulaire du 18-10-1911 du secrétaire du CHPQ aux évêques; *Le Bien Public*, 22-6-1911, p. 1; 20-2-1913, p. 1; 15-5-1919, p. 1.

sa part, le CHPQ mit en valeur le fait que la majorité des médecins québécois s'étaient prononcés pour la vaccination lors d'une enquête effectuée en 1900<sup>253</sup>.

Sauf durant les épidémies de 1901 et 1911, la vaccination sur une grande échelle demeura ignorée, bien que le règlement soit toujours resté en vigueur<sup>254</sup>. L'expérience de pays européens démontrait pourtant que la vaccination obligatoire suffisait à éliminer la maladie du territoire national, et ce en l'absence des mesures tant décriées d'isolement et de quarantaine<sup>255</sup>. Le CHPQ insista auprès de la législature<sup>256</sup> et obtint finalement en 1918-1919 (période épidémique) l'approbation d'un règlement obligeant les maisons d'éducation à exiger un certificat de vaccination des enfants d'écoles<sup>257</sup>. Ce règlement explique probablement en partie qu'en 1919, Trois-Rivières engagea une

---

<sup>253</sup> Le libellé du questionnaire du CHPQ, contrevenant aux règles les plus élémentaires devant guider la rédaction de questions aux fins d'enquêtes, mine cependant la portée de ces résultats: «Le CHPQ croit, qu'après les découvertes assez nombreuses qui ont été faites, (...) il n'existe plus dans cette province de médecins qui se déclareront contre la pratique de la vaccination anti-variologique, et en conséquence il vous demande d'exprimer votre opinion sur le sujet. Le Conseil ne doit pas vous cacher qu'il se propose de publier, pour circulation dans la province et à l'étranger, le résultat de la présente démarche, et qu'ainsi, suivant la réponse que nous recevrons, votre nom y figurera sous un des entêtes suivants: favorables, opposés, absents, n'ont pas voulu donner leur opinion». ANQQCIR, circulaire du 25-8-1900.

<sup>254</sup> Ajoutons que depuis 1890, tout Conseil municipal pouvait rendre la vaccination anti-variologique obligatoire. Dans la Loi d'hygiène de 1901, une section fut consacrée à la vaccination. Les Conseils des municipalités de 3 000 habitants et plus furent requis de passer contrat avec un médecin chargé de vacciner au moins une fois par mois toutes les personnes venues à cette fin. Les honoraires, limités à 50 cents, étaient aux frais de la municipalité dans le cas des indigents. Les parents de tout enfant résidant dans ces municipalités devaient le faire vacciner dans les trois mois suivant la naissance. Voir amendement à la loi concernant la santé publique sanctionné le 30 décembre 1890 et refonte de 1901.

<sup>255</sup> Voir par exemple Pierre Darmon, *La longue traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive*, Paris, Librairie académique Perrin, 1986.

<sup>256</sup> RACH 1913-1914, p. 28, et 1914-1915 p. 25. Écoutons une partie de son réquisitoire: «L'expérience des vingt dernières années nous a amplement démontré qu'il est impossible de compter sur les municipalités pour faire généraliser la vaccination anti-variologique. Malgré que plus de la moitié des municipalités de la province ont, sur pression du Conseil Supérieur d'hygiène, édicté un règlement de vaccination obligatoire, ces règlements municipaux sont presque partout restés lettre morte. Même lorsqu'une municipalité est envahie par la variole, la vaccination généralisée est celle des mesures d'hygiène qu'elle hésite le plus à faire exécuter, malgré qu'elle mettrait sûrement fin aux possibilités de propagation et ménagerait, en définitive, les fonds de la municipalité.». RACH 1914-1915, p. 25.

<sup>257</sup> RACH 1918-1919, p. 8.

infirmière municipale: les municipalités devaient voir à la vaccination des enfants d'écoles considérés comme indigents. L'infirmière vaccina 1 900 enfants en 1919, plus de 500 en 1920 et 625 en 1921<sup>258</sup>. Débuta alors dans cette ville l'immunisation anti-variologique sur une assez grande échelle et sur une base permanente.

En plus des pressions des autorités du CHPQ, les Conseils municipaux trifluvien et Shawiniganais durent compter avec l'inquiétude manifestée par la direction de grandes entreprises devant les épidémies de variole. Ainsi, à Trois-Rivières en 1911, la direction de Wabasso Cotton, importante entreprise de textiles, demanda à la municipalité d'appliquer certaines mesures préventives:

On nous dit qu'il y a des cas de petite vérole à Trois-Rivières et que les personnes ainsi affectées et leurs demeures ne sont pas en quarantaine. Nous espérons que tel n'est pas le cas, mais c'est une question assez importante pour placer devant le conseil.

A Shawinigan Falls il nous a fallu rendre la vaccination obligatoire pour nos employés. La Northern Aluminum Co et la Shawinigan Water & Power Co ainsi que les autres compagnies ont dû en faire autant. Malgré toutes ces précautions la ville a été mise en quarantaine et personne ne peut quitter ou entrer en ville sans permission. Si cette épidémie se répandait dans Trois-Rivières les grandes manufactures comme la nôtre devront sans doute fermer leurs portes, et dans tous les cas leur causerait des dommages sérieux.

Nous avons notifié nos employés que nous exigerions des certificats de vaccination.<sup>259</sup>

---

<sup>258</sup> Rapports annuels de l'officier de santé.

<sup>259</sup> Lettre de Wabasso Cotton du 2-12-1911 demandant que le Conseil municipal prenne les mesures nécessaires pour empêcher la propagation de la maladie, PCTR 13-12-1911.

Outre qu'elle livre des informations sur les mesures prises à Shawinigan par les grandes entreprises et la municipalité (nous n'avons cependant vu aucune autre mention de pareille mise en quarantaine de la ville), cette citation montre à quel point la haute bourgeoisie d'affaires pouvait sentir ses intérêts menacés par les épidémies, et nous aide à comprendre les démarches faites à différents moments par des chefs d'entreprise. Parmi celles-ci, rappelons l'avertissement de SWP au CHPQ quant à la présence de la variole à Shawinigan en 1911<sup>260</sup>.

Les épidémies de variole survenues durant les deux premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle suscitèrent donc de nombreuses interventions des pouvoirs publics, et des mesures préventives généralement négligées furent en partie appliquées, parfois avec le support déclaré de grandes entreprises. Dû à la bénignité nouvelle de la maladie, ces interventions demeurèrent modérément énergiques. La dernière grande épidémie meurtrière que connurent les pays industrialisés, celle d'influenza en 1918, allait forcer le recours à des mesures d'urgence beaucoup plus contraignantes.

#### *Mobilisation générale contre la grippe en 1918*

Lors de l'invasion de l'influenza en 1918, maladie pour laquelle n'existait aucune réglementation, le gouvernement du Québec usa de pouvoirs spéciaux prévus dans la Loi d'hygiène publique<sup>261</sup>, qui concentraient entre les mains d'un conseil central toutes

<sup>260</sup> ANQQCCH, lettre du 20-10 de l'assistant-secrétaire du CHPQ au docteur Cross.

<sup>261</sup> En vertu d'une loi fédérale (chap. 38 des Statuts refondus de 1888) et de la Loi d'hygiène provinciale depuis 1888, le CHPQ pouvait être doté de pouvoirs spéciaux en périodes d'épidémie. La refonte de 1901 précisa les pouvoirs qui pouvaient être confiés par proclamation du lieutenant-gouverneur à un Conseil

décisions relatives aux mesures à prendre pour juguler l'épidémie. Les deux municipalités ainsi que le clergé respectèrent les ordres émanant de ce conseil, cependant que les ravages de la grippe suscitaient une mobilisation sans précédent d'intervenants divers, dont le clergé et, à Shawinigan, les grandes entreprises.

Aux premiers jours d'octobre, la grippe fit son apparition à Trois-Rivières. Aux dires d'un journaliste, les individus provenant d'endroits affectés furent mis sous surveillance et les premiers cas isolés. De plus, plusieurs citoyens s'étaient procuré un désinfectant à porter sur soi (du camphre). La maladie ne s'en répandit pas moins rapidement et le Conseil municipal nomma le sept octobre un comité spécial de santé comprenant notamment trois médecins<sup>262</sup>. Le comité adressa une circulaire (fournie par le CH) à la population expliquant les symptômes de la maladie et les façons de se protéger, et organisa dans l'école Saint-Philippe un hôpital d'urgence. Le dix octobre, une circulaire de l'évêque au clergé publiée dans *Le Bien Public* dispensa ceux ayant des cas déclarés dans leur famille d'assister aux offices religieux et recommanda de se conformer aux prescriptions du Bureau d'hygiène. Ce même jour, les pouvoirs spéciaux du CHPQ entrèrent en vigueur et une série de règlements pourvoyant à la déclaration obligatoire de la grippe, à la fermeture des écoles, des lieux de réunions

---

central d'hygiène (que devenait alors le CHPQ), pour la province ou pour des secteurs précis. Le Conseil pouvait notamment réglementer l'arrivée et le départ des bateaux et des wagons de chemin de fer ainsi que de leurs passagers et marchandises; pourvoir à l'évacuation des lieux infectés et à la surveillance des personnes en provenant, à l'inhumation immédiate des morts, à la suppression des nuisances, à la nomination d'une police sanitaire payée par les municipalités; définir les devoirs et pouvoirs des Conseils locaux; ordonner toute une série de mesures... Les règlements locaux concernant les maladies contagieuses étaient suspendus et remplacés par ceux du Conseil.

<sup>262</sup> Les informations concernant l'action de la municipalité et l'hôpital civique proviennent notamment du rapport du comité spécial dont copie peut être trouvée dans les PCTR de décembre, des PVCVTR ainsi que des CSP. Voir aussi *Le Bien Public*, 3-10-1918, p.1; «Précautions utiles contre la grippe actuelle», *Le Trifluvien*, 18-10-1918; *Le Bien Public*, 10-10-1918; RACH 1918-1919; ANQQCCH, 1918, circulaires aux évêques des 17, 24 et 30 octobre; ANQQCCH, circulaire du 9-11-1918 du CHPQ aux municipalités.

publiques, d'amusements et de rassemblements fut édictée, dont furent avisées les municipalités par une circulaire du 12 octobre. Le comité spécial trifluvien ordonna la fermeture de tous les endroits où pouvaient se réunir des groupes et obtint des autorités religieuses que les églises soient fermées à partir de la semaine du 15, mesure que le CHPQ recommanda aux évêques par trois circulaires (17, 24 et 30 octobre). Un climat de suspicion et de crainte s'installa:

Toute la ville paraissait en proie à un affolement général. Les voisins se surveillaient les uns les autres; chacun défendait âprement son foyer contre l'intrusion du terrible mal. Le père, la mère, faisaient volontairement le vide autour des chers petits; l'on créait une zone protectrice qu'il n'était permis à personne de violer.

Mais cet isolement (...) devenait justement une cause d'angoisse au sein de tous les foyers. Qui dira les terreurs de la mère à la pensée que si l'un des siens était frappé, il lui serait inutile d'attendre de qui que ce soit, même de ses amis les plus chers, l'aide dont on ne peut pourtant se passer en de semblables circonstances. A ses appels au secours toutes les portes resteraient closes. L'égoïste et brutal: «chacun pour soi» était appliqué dans toute sa rigueur...<sup>263</sup>

Autant la flambée épidémique fut brutale et engendra la peur, autant elle s'estompa rapidement. Une autre circulaire fut distribuée par la municipalité dans la semaine du vingt-huit demandant à la population de continuer à observer les mesures de prudence déjà indiquées, même si la maladie semblait contrôlée. A partir du 8 novembre enfin, selon un calendrier précisé par le CHPQ, les magasins, églises, théâtres, écoles purent réouvrir leurs portes.

---

<sup>263</sup> Le Bien public, 5-12-1918, p. 1.

La direction de l'hôpital civique avait été confiée aux Soeurs de la Providence. Y prodiguèrent leurs soins à titre d'infirmiers ou d'infirmières sept religieuses de cette communauté, dix frères des écoles chrétiennes, cinq ecclésiastiques, dix femmes laïques et deux étudiants en médecine. De plus, un médecin, durant la première semaine, et trois médecins par la suite furent chargés du service médical. L'hôpital, ouvert un mois, accueillit 94 hommes, 77 femmes et 32 enfants pour un total de 203 patients, dont 42 décédèrent. Le comité expliqua cette forte proportion de décès par le fait que les médecins n'envoyaient à l'hôpital que des cas graves. Les dépenses consenties pour l'hôpital se montèrent à \$4 514.

La lutte contre la grippe semble avoir été plus vigoureuse encore à Shawinigan, dû à l'aide apportée par les grandes entreprises. L'arrivée de la grippe fut suivie le neuf octobre d'une résolution de la municipalité intimant aux tenanciers d'établissements fréquentés par le public de les désinfecter tous les jours, et de la distribution d'une documentation semblable à celle répandue dans le public trifluvien. Un comité spécial fut formé le dix octobre comprenant le maire, trois échevins, les trois curés catholiques de la ville et neuf médecins, mais ce fut finalement au comité de police et de santé permanent que le Conseil municipal délégua le pouvoir d'exécuter les règlements provinciaux émis pour la grippe. Trois petits hôpitaux furent mis sur pied, respectivement dans le couvent Saint-Bernard des Soeurs Grises, dans un Collège et à l'Ecole technique<sup>264</sup>. Les dirigeants des grandes entreprises exercèrent un rôle normalement réservé au Conseil municipal en s'occupant de la création d'hôpitaux

---

<sup>264</sup> PVCVSH, 9-10-1918; l'*Echo du Saint-Maurice*, 10-10-1918 et 17-10-1918 p.1.

civiques<sup>265</sup> et, d'après l'historien de Shawinigan Fabien Larochelle, en faisant venir de Montréal des infirmières et des médecins de même qu'en organisant un service de transport des malades. Mr Larochelle indique que l'association des employeurs de Shawinigan (qui deviendra la *Shawinigan Welfare Association*) déboursa environ \$30 000 durant l'épidémie pour l'organisation des secours. Plus que la municipalité de Trois-Rivières dont les dépenses totales affectées à ces fins n'atteignirent pas 5 000 \$, pour une ville d'une toute autre taille.

Outre qu'elle perturba complètement les activités habituelles, l'influenza fut la cause de nombreux décès. Le comité spécial trifluvien dénombra 135 morts dues à cette maladie entre le 3 octobre et le 16 novembre, presque toutes en octobre. Le curé de la paroisse Saint-Pierre de Shawinigan parle de 90 décès dans la ville, et d'environ 1 800 malades<sup>266</sup>. L'historien de Shawinigan Fabien Larochelle a quant à lui dénombré dans les registres paroissiaux 97 mentions de décès dûs à la grippe. Mais le nombre de décès attribués à celle-ci en octobre et novembre 1918 dans les statistiques officielles de la province ne s'éleva qu'à 19 pour Trois-Rivières et à 24 pour Shawinigan. En fait, le nombre de décès total pour ces deux mois est largement inférieur dans les statistiques officielles à celui du nombre de décès par la grippe donné par les sources d'information locales. Les données expédiées à la division de la statistique furent manifestement incomplètes, et ce, vérification faite, pour le mois d'octobre durant lequel survint

---

<sup>265</sup> L'hôpital du couvent fut établi après une entente intervenue le 13 octobre entre le comité de santé et *The Emergency Hospital Committee* représentant certaines compagnies (PVCVSH, 16-10-1918). De plus, l'institut technique était organisé par les grandes entreprises. Voir à ce sujet F. Larochelle, *Shawinigan depuis 75 ans*, Shawinigan, Hôtel de ville, 1976.

<sup>266</sup> Cahiers de prône de la paroisse Saint-Pierre, dont copie a été fournie par l'historien René Hardy.

l'écrasante majorité des décès. Peut-être doit-on l'attribuer à la confusion générale en période de crise, à la désorganisation de services divers (postes notamment), à des envois de certificats non effectués par des curés surchargés de travail, etc<sup>267</sup>.

Pour la grippe plus que pour la variole, les instructions reçues du CHPQ furent suivies rapidement par les autorités municipales des deux villes et ce, sans que ne se manifestent des opposants. La gravité de la situation motiva une mobilisation immédiate de différents intervenants locaux dont celle, qui s'avéra essentielle, des religieux et religieuses. Shawinigan se distingua cependant par la place que prirent les grandes entreprises dans l'organisation des secours.

Au terme de cette revue de l'application des mesures préconisées par le CHPQ en ce qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses transmissibles par voie directe, force est de constater qu'elles furent généralement négligées. Les intervenants-clés du dispositif imposé par la loi, à savoir les médecins pour la déclaration et les municipalités pour les opérations suivantes, choisirent, sauf en partie pour certaines épidémies, de ne pas mettre à exécution des mesures jugées excessives. La volonté de l'Etat de protéger les collectivités en restreignant temporairement les libertés des individus venus en contact avec la maladie se heurtait à une opposition farouche. Sa prétention de régir au nom de la sécurité générale une partie du territoire qu'entendait se réserver la médecine libérale, et ce par une série d'interventions coercitives durant la période du traitement et de la guérison, fut rejetée non seulement par la plupart des

---

<sup>267</sup> Il est à craindre que non seulement dans les deux villes étudiées, mais à l'échelle de la province, les statistiques publiées ne donnent pas une idée juste des ravages de la maladie.

médecins, qui refusaient ainsi d'adopter les vues de l'élite médicale québécoise formant le CHPQ, mais également par la population dans son ensemble. A l'exception des dirigeants d'entreprises ainsi que de certains médecins et de leurs sympathisants, les principaux intervenants locaux dans le domaine sanitaire demeurèrent réfractaires à une imposition rigoureuse des lois et des règlements touchant la contagion directe, sinon en période de crise épidémique. Participant à ce consensus, hésitant à soulever le mécontentement populaire, craignant peut-être celui des médecins, les autorités municipales préférèrent donner le change au CHPQ par l'adoption de mesures minimales.

Le CHPQ avait confié aux dirigeants locaux la responsabilité de démontrer à l'ensemble de la population les avantages des mesures prescrites, et d'en presser l'exécution. Mais si les principes de l'hygiène moderne avaient fait leur chemin dans l'esprit de nombreux dirigeants et de leur entourage, il en allait tout autrement du droit de l'Etat à intervenir directement dans leurs vies, leurs demeures...<sup>268</sup> Les lois et règlements du CHPQ relatifs à la transmission directe avaient ceci de gênant qu'ils enfermaient dans le même moule de contraintes les individus de tous les groupes sociaux. Peut-être l'imposition rigoureuse de mesures aussi irritantes eût-elle exigé que l'on se donnât en exemple? Ainsi, l'effet uniformisateur de la réglementation hypothéquait la collaboration des autorités locales pour l'application des mesures les plus déplaisantes. Cette collaboration allait être plus facilement acquise durant la troisième décennie du

---

<sup>268</sup> Il est d'ailleurs à présumer que certaines mesures (l'isolement dans une chambre par exemple) étaient appliquées dans des familles aisées sous la gouverne du médecin sans que l'officier municipal, bien que cela soit contraire à la loi, ne juge nécessaire de s'interposer.

siècle, alors que l'organisme central d'hygiène redéfinirait ses principaux axes d'intervention de sorte qu'ils s'adressent plus spécifiquement aux strates les moins aisées de la population, sur un mode moins coercitif.

### **Conclusion**

L'implantation à Trois-Rivières et à Shawinigan des principales mesures d'hygiène préconisées par l'élite médicale dirigeant le CHPQ donna lieu à des débats au cours desquels différents acteurs locaux prirent position. Il est apparu que si l'indifférence fut dans un premier temps assez généralisée envers les prescriptions de l'organisme central, certaines de celles-ci passèrent au premier plan de la scène politique municipale à partir du début des années 1910. En général, de la purification de l'eau au contrôle de la contagion directe en passant par l'évacuation des déchets et la surveillance des aliments, les mesures de prévention primaire du programme d'hygiène provincial furent d'autant mieux acceptées et appliquées qu'elles ne paraissaient pas menacer les intérêts immédiats de groupes particuliers (certains commerçants et cultivateurs, consommateurs à faible revenu...), parfois par une ingérence de l'Etat dans leurs sphères d'activité (celle des médecins); et qu'elles ne limitaient pas les libertés individuelles (isolement).

Dans le centre régional, l'hygiène publique prit une coloration politique lorsque le Parti conservateur, allié des clérico-nationalistes dont il reçut de nombreux appuis particulièrement par l'intermédiaire de journaux locaux, se fit le champion de réformes concernant la purification de l'eau et la disposition des déchets. Ce même regroupement de forces se montra toutefois moins prompt à supporter les

recommandations des hygiénistes concernant les aliments. Celles-ci, il est vrai, favorisaient un resserrement de l'emprise des marchands urbains —qui surent les utiliser— sur le marché de l'alimentation au détriment des cultivateurs, ce qui cadrait mal avec la composante ruraliste de l'idéologie clérico-nationaliste. Concernant les aliments, le Parti libéral opéra quelques changements durant son long passage au pouvoir de 1913 à 1921. Mais il fut en général talonné par les conservateurs et clérico-nationalistes qui lui reprochaient son inertie en matière d'hygiène. Ainsi donc, la fraction clérico-nationaliste de la petite bourgeoisie, longtemps présentée par les historiens québécois comme réfractaire au changement, tournée vers le passé, responsable de retards divers, prit résolument le parti de réformes sanitaires à Trois-Rivières. Ceci pourrait apparaître comme conjoncturel ou particulier à cette ville: le chef local des conservateurs, ami reconnu du clergé, était aussi membre de l'élite médicale québécoise, éminemment favorable au changement en matière sanitaire. Il nous semble plutôt qu'il faille y voir les signes d'une intégration/appropriation par les clérico-nationalistes québécois d'éléments de réformes d'hygiène à leur projet de société, intégration qui deviendra évidente durant les années 1920. Du reste, la publication dès les années 1910 par l'Ecole Sociale Populaire (l'un des organes de propagande des idées clérico-nationalistes) de brochures concernant l'hygiène, dont deux rédigées par un hygiéniste influent au CHPQ, montre que ce phénomène n'était pas une exclusivité trifluvienne<sup>269</sup>.

---

<sup>269</sup> En plus de deux brochures concernant la lutte anti-alcoolique, ce sont: L'abbé E.-E.-M. Gouin, *Le logement de la famille ouvrière*, nos 9, 10 et 11; Joseph Gauvreau, *La goutte de lait*, no. 29; J.-A. Baudouin, *Hygiène du logement et casier sanitaire des maisons*, nos 69-70, et *Microbiologie et maladies contagieuses*, nos 79-80.

L'intensité des débats, la diversité des intervenants furent en général bien plus importantes à Trois-Rivières qu'à Shawinigan. Dans cette dernière, la compagnie fondatrice de la ville intervint fréquemment dans les affaires publiques relatives à la santé de la population, se faisant l'alliée du CHPQ et suppléant pour certains points à l'inactivité de la municipalité. La compagnie comblait ainsi un certain vide: cette ville, de taille fort modeste, était dépourvue des organismes et associations les plus susceptibles d'opérer des pressions favorables à l'hygiène auprès des élus municipaux comme ce fut le cas à Trois-Rivières. Non pas que la petite bourgeoisie locale ait été peu dynamique. Mais étant numériquement moins lourde, probablement moins diversifiée en raison du rôle de centre régional de Trois-Rivières, elle n'avait pas encore mis en place pareils outils d'intervention (Chambre de Commerce, associations socio-professionnelles). Quant aux Conseils de ville, ils étaient composés principalement de membres des milieux d'affaires<sup>270</sup> peut-être comparables à ceux d'allégeance politique libérale qui prirent les rênes de la municipalité trifluvienne en 1913 et promurent la croissance économique tout en délaissant les réformes d'hygiène.

---

<sup>270</sup> Ce fut le cas pour la période 1910-1930 selon Pierre Lanthier et Normand Brouillette, «De la campagne à la ville: formation de la petite bourgeoisie à Shawinigan de 1898 à 1930», p. 147, dans Gérard Bouchard et Gérard Goy, *Famille, économie et société rurale en contexte d'urbanisation (17e-20e siècle)*, Chicoutimi et Paris, Centre interuniversitaire SOREP et École des hautes études en sciences sociales, 1990.

## Chapitre 4

### **Les services hospitaliers: fin du monopole régional du clergé et décentralisation**

Pénétrant plus vigoureusement à partir de 1887 dans le champ de la santé sous l'étendard de la prévention des maladies contagieuses, le gouvernement provincial empiétait sur une aire d'activité antérieurement laissée en majeure part à l'initiative privée. Jusqu'à l'après-guerre, il s'abstint cependant d'intervenir en ce qui a trait aux services hospitaliers, laissant entièrement à d'autres —communautés religieuses, médecins et grandes entreprises surtout— la gestion de ces prestations. L'organisation, la disponibilité et, lorsque possible, la fréquentation des services offerts par les établissements hospitaliers à Trois-Rivières et à Shawinigan seront maintenant soumis à l'analyse. Trois établissements seront ainsi examinés: l'hospice/hôpital régional sis à Trois-Rivières et propriété d'une communauté de religieuses, un hôpital de compagnies à Shawinigan et un hôpital trifluvien appartenant à des médecins.

Nous entendons démontrer d'une part que les deux premières décennies du siècle virent l'émergence d'une pluralité des pouvoirs dans le secteur hospitalier, et que d'autre part le clergé, pour maintenir son emprise, dut et sut composer avec les pressions croissantes d'autres groupes sociaux. L'on verra ainsi que la centralisation initiale des soins dans un établissement unique, le monopole du clergé sur ces soins cessèrent au début des années 1910 avec la création de petits hôpitaux indépendants bénéficiant du soutien de grandes entreprises à Shawinigan et à Trois-Rivières. De notre point de

vue, l'existence de ces nouveaux lieux d'exercice de la médecine a renforcé la position des médecins devant un clergé d'abord peu enclin à partager son pouvoir sur le réseau hospitalier. Voyons comment les rapports parfois antagonistes entre médecins, clergé et grande entreprise ont joué sur l'organisation des services hospitaliers trifluviens et shawiniganais.

#### **4.1 L'hospice: stabilité des services d'aide aux plus démunis**

L'hospice des Soeurs de la Providence desservait l'ensemble du diocèse, contribuant au caractère de centre régional de Trois-Rivières. Les religieuses, animées par un idéal de charité, y régnaient sans partage. Les services de l'hospice ayant quelque effet sur la santé de groupes trifluviens ou shawiniganais peuvent être divisés en services internes ou externes, selon qu'ils comprennent ou non l'hébergement des bénéficiaires. Les services internes s'adressaient à la population régionale, les externes principalement à celle de Trois-Rivières.

Les services internes étaient l'hébergement de vieillards démunis, l'orphelinat et la crèche pour enfants en bas âge. L'hospice prenait donc en charge des individus qui n'avaient pas encore ou n'avaient plus les ressources et l'âge pour subvenir à leurs besoins. De 1891 à 1906, les salles des vieillards accueillirent en permanence entre 41 et 61 vieillards pauvres principalement de sexe féminin, nombre qui oscilla autour de 100 à partir de 1909. Quant à l'orphelinat, il abrita de 1891 à 1921 en général de 80 à

90 pupilles surtout féminines<sup>271</sup>. D'après un article de journal, la moitié des enfants de l'orphelinat et 58 % des vieillards provenaient en 1916 de Trois-Rivières même<sup>272</sup>, dont plus des trois quart hébergés gratuitement. Il ne fait pas de doute que l'hospice jouait à l'égard de l'état de santé de nombreux individus dans ces deux groupes —vieillards et enfants sans entourage ou auxquels leur entourage ne pouvait procurer des conditions de vie acceptables—, un rôle crucial. Il les extrayait d'une situation précaire pour les insérer dans un milieu plus propice au maintien de leur intégrité physique: nourris, vêtus, logés, soignés au besoin, ils bénéficiaient d'un régime de vie sans doute frugal, mais régulier et à l'abri des disettes.

Manifestement, ces avantages n'ont pas autant profité aux nourrissons de la crèche, malgré les soins des soeurs. La fréquentation de la crèche variait en fonction du nombre d'enfants trouvés abandonnés, du nombre d'enfants placés dans des familles et de la forte mortalité qui y sévissait régulièrement. S'agissant de la forte mortalité, qui nous intéresse particulièrement en tant qu'indicateur des conditions de santé, relevons par exemple que sur 18 enfants recueillis en 1891-1892, 11 décédèrent. Quelques années plus tard, les chroniques de la communauté commentent la forte mortalité à la crèche dans les termes suivants:

Notre crèche des enfants trouvés se remplit pour ainsi dire tous les six mois. Nous avons enregistré dans le cours de l'année 15 nouvelles entrées. Heureusement pour ces pauvres infortunés,

---

<sup>271</sup> Il s'agissait d'enfants ayant perdu leurs parents ou confiés par des adultes pour diverses raisons. Voir à ce sujet un article de Bettina Bradbury, «The fragmented family: family strategies in the face of death, illness and poverty, Montreal, 1860-1885», dans Joy Parr, éd., *Childhood and Family in Canadian History*, Toronto, McClelland & Stewart, 1982, 109-128.

<sup>272</sup> *Le Bien Public*, 26-10-1916, p.1.

l'ange de la mort vient généralement les chercher avant qu'ils puissent connaître l'horreur de leur condition sociale.<sup>273</sup>

Ces ravages étaient attribués à l'époque au piètre état de santé des nourrissons à leur arrivée. Certains souffraient de carences alimentaires, d'autres de maladies diverses, plusieurs étaient déposés la nuit par des mains inconnues à l'entrée de l'hospice. Les taux de mortalité paraissent toutefois exagérés, et invitent à trouver des compléments d'explication. Deux se présentent aussitôt à l'esprit: le milieu hospitalier est particulièrement favorable à l'éclosion d'épidémies, dans le cas présent notamment en raison de la promiscuité des nourrissons, et la qualité du lait, acheté crû par les soeurs jusqu'en 1937<sup>274</sup>.

La mortalité à la crèche alourdissait le bilan des décès trifluviens, et ce d'autant plus qu'une proportion inconnue des enfants provenaient de l'extérieur de Trois-Rivières, de Shawinigan entre autres. La chronique des soeurs expliquera d'ailleurs la hausse rapide du nombre d'enfants recueillis après la guerre par la croissance des populations de Trois-Rivières, du Cap-de-la-Madeleine, de Shawinigan et de Grand-Mère. Ajoutons que la récession consécutive à la guerre et la montée du chômage dans les villes mauriciennes expliquent probablement aussi qu'après avoir oscillé entre 10 et 20 par année de 1908 à 1918, la quantité de nourrissons recueillis s'éleva à 26, 31 et 28 les trois années suivantes.

---

<sup>273</sup> CSP 1896-1897, p. 92. Aussi CSP 1891-1892.

<sup>274</sup> Nous reviendrons sur ce point dans la dernière partie de la thèse.

Certaines oeuvres externes de l'hospice, dont ne bénéficiaient cependant pas les Shawiniganais, pouvaient aussi atténuer les effets de la pauvreté sur la santé de nombreux Trifluviens. Canalisant les dons et les redistribuant, l'hospice était devenu avec les années la plaque tournante de l'aide charitable aux démunis trifluviens. Ses revenus provenaient de sources diverses: pensions des vieillards et d'enfants de l'orphelinat<sup>275</sup>; la moitié des allocations annuelles du gouvernement provincial (2 500 \$ à partir de 1909, moins auparavant) puis de la municipalité à partir de 1914 (d'abord \$500 en 1914 puis 1 000 \$ à partir de 1916)<sup>276</sup>; enfin la charité privée par une quête annuelle dans le diocèse, l'oeuvre du pain de Saint-Antoine à partir de 1894-1895, le bazar annuel organisé par l'association des dames de charité jusqu'en 1915 et remplacé par une quête dans les foyers, un pèlerinage annuel, des soirées-bénéfice. Les soeurs collaboraient avec la société Saint-Vincent de Paul, visitaient les pauvres et les malades indigents, veillaient les mourants, ouvraient les portes de leur «dépôt» pour donner des repas ainsi que des vêtements et d'autres effets ... Arrêtons-nous aux deux «soeurs visitatrices» (trois à partir de 1919) qui, entre autres, visitaient et veillaient des malades pauvres. La figure 4-1 rend compte de cette activité de 1890-1891 à 1920-1921.

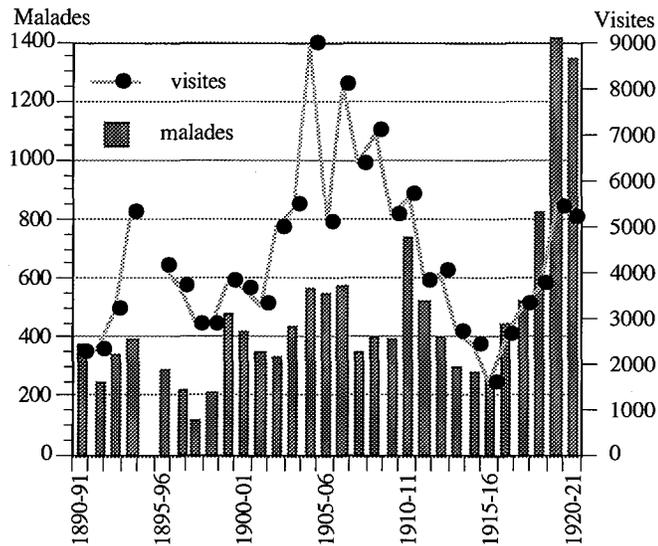
Les quantités de malades vus et de visites effectuées par année étonnent, bien qu'elles aient évolué généralement, comme il fallait s'y attendre, en raison inverse de la conjoncture économique: les religieuses aidaient les malades dans des situations de

---

<sup>275</sup> Dans le premier cas, complètes pour la clientèle aisée, partielles et fournies par la paroisse d'origine à partir de 1901 pour les autres; dans le second cas payées par un parent, le tuteur ou la paroisse d'origine.

<sup>276</sup> PVCVTR 16-11-1914, 20-11-1916, 24-10-1917 pour les premières années.

**FIGURE 4-1**  
**MALADES À DOMICILE ET VISITES PAR LES**  
**SOEURS DE L'HOSPICE SAINT-JOSEPH DE**  
**TROIS-RIVIÈRES DE 1891 À 1921**



Source: CSP, années concernées

détresse, en principe plus nombreux durant les périodes où sévissait fortement le chômage. Ainsi, durant la première décennie du siècle (marquée par deux petites crises en 1903-1904 et 1907-1908) et la récession de l'après-guerre, ce type d'aide atteignit des sommets

impressionnants: au-delà de 5 000 visites pendant plusieurs années, et jusqu'à plus de 1 200 assistés au début des années 1920. Par contre, vers le début de la guerre, le nombre de malades assistés et de visites avait déjà chuté avant que ne revienne la prospérité économique. Ce qu'il importe de souligner, c'est que ce travail aujourd'hui relativement méconnu des soeurs visitatrices —en quelque sorte les ancêtres des infirmières-visiteuses dont il sera question plus loin—, constituait un élément non négligeable de l'organisation des soins curatifs de l'époque: à ceux, manifestement nombreux, dont l'indigence rendait difficile le recours au médecin, l'engagement d'une garde-malade et l'achat de médicaments (et qui pour diverses raisons ne pouvaient ou ne voulaient aller à l'hôpital), en un mot interdisait d'obtenir un minimum de soins, les

soeurs offraient leur aide et probablement les médicaments préparés par la soeur pharmacienne<sup>277</sup>. L'on mesurera mieux l'importance de cette activité pour les pauvres de Trois-Rivières à la lumière des chiffres suivants: en 1895-1896 et 1896-1897, d'après les données des chroniques de la communauté, plus du tiers des décès survenus à Trois-Rivières auraient été ceux de malades bénéficiant des visites des soeurs, proportion abaissée à environ le quart en 1920-1921<sup>278</sup>. Leurs services étaient donc requis fréquemment dans les cas graves, désespérés. S'il paraît impossible de jauger les effets exacts de la sollicitude des soeurs sur l'état de santé des malades externes, il ne fait pas de doute qu'elle en a soulagé plusieurs d'une situation de relatif abandon ou d'impuissance dans des moments difficiles.

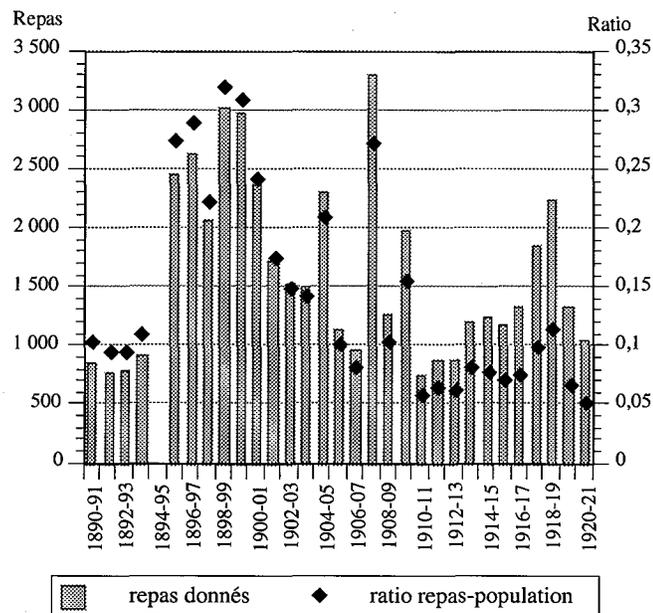
Un autre service dispensé par les soeurs mérite mention, non seulement en raison de ses conséquences possibles sur l'état de santé des plus démunis, mais également parce qu'il livre un indice de l'évolution des conditions de vie: les repas donnés aux pauvres quotidiennement. La quantité de repas ainsi donnés était l'expression directe du nombre de personnes s'étant présentées à cette fin au dépôt des soeurs. Comme l'illustre la figure 4-2, le ratio repas/population culmina durant la deuxième moitié des années 1890, puis diminua jusqu'au début des années 1910 pour remonter jusqu'en 1918-1919. L'inflation galopante des années de guerre en ce qui a trait aux aliments explique probablement que durant cette période où le chômage a régressé, le nombre de

---

<sup>277</sup> Au sujet des médicaments confectionnés par la soeur pharmacienne, bien peu d'informations nous sont parvenues. Nous savons cependant qu'ils firent l'objet de controverses avec les médecins, les soeurs faisant quelques pressions pour obtenir des prescriptions plus fréquentes de leurs préparations. Pour une période antérieure, la brochure suivante peut être consultée: *Medicines exclusively prepared by the sisters of Providence of Montreal*, Montréal, 1882.

<sup>278</sup> Le nombre de décès de malades à domicile pour ces années provient des CSP, et celui pour la ville durant l'année financière de l'hospice des rapports annuels de la division des statistiques du CHPQ.

**FIGURE 4-2**  
**REPAS DONNÉS AUX PAUVRES PAR LES SOEURS DE LA PROVIDENCE ET RATIO**  
**REPAS/POPULATION À TROIS-RIVIÈRES DE 1891 À 1921**



Source: CSP, années concernées

repas donnés ait augmenté<sup>279</sup>. Les chroniques de la communauté attribuent d'ailleurs cette affluence en 1916-1917 au coût élevé des provisions. Si une brusque hausse marque la crise de 1907-1908, la récession de l'après-guerre n'entraîne pas de mouvement comparable (contrairement à la grande crise), probablement en raison d'une halte dans la poussée des prix. Dans l'ensemble, la baisse du ratio repas/population de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à 1910 témoigne peut-être d'une amélioration de la diète alimentaire de la portion la moins aisée de la population trifluvienne. Bien que les

<sup>279</sup> D'après T. Copp, la prospérité des années de guerre ne s'est pas traduite par une amélioration du niveau de vie des travailleurs montréalais, en raison précisément de la hausse des coûts des biens et produits essentiels. Voir *op. cit.* p. 34-35.

conséquences de pareille amélioration sur l'état de santé de la population échappent à toute évaluation, elle ne pourrait qu'avoir exercé une influence bénéfique.

#### 4.2 Les soins médicaux en institution: émergence d'une pluralité des pouvoirs

Aux services de l'hospice régional s'ajoutèrent en 1889 ceux de l'hôpital, destinés à la population régionale<sup>280</sup>. Une même communauté, un même établissement cumulèrent donc les deux «œuvres», selon l'expression des soeurs. Contrairement à l'hospice, les soeurs durent y partager certains processus décisionnels avec les médecins, dans le cadre d'un marché satisfaisant à la fois les objectifs charitables des unes et les finalités professionnelles des autres: tenus de dispenser leurs soins gratuitement aux démunis, les médecins de l'établissement se voyaient fournir les locaux et principaux équipements nécessaires à l'exercice de leur profession selon les données modernes de la médecine. La communauté de soeurs se trouvait aussi de ce fait associée à un groupe porteur du prestige de la science. Les tensions allaient cependant grandir, l'administration de l'hôpital étant talonnée par des médecins désireux d'obtenir un renouvellement rapide des équipements et l'ouverture de nouveaux services.

---

<sup>280</sup> Dès 1886, les soeurs de la Providence avaient décidé de joindre un hôpital à l'hospice qu'elles tenaient depuis 1864, ceci après que les soeurs Ursulines aient annoncé la fermeture de l'unique hôpital trifluvien. Il existe deux monographies historiques concernant l'hôpital Saint-Joseph: Alain Gamelin, *1886-1986 le Centre hospitalier St-Joseph de Trois-Rivières. Un siècle de dévouement*, Trois-Rivières, Comité des fêtes du centenaire, 1987; Soeur Marie-Madeleine, *Centenaire. Hôpital Saint-Joseph, 1864-1964 Trois-Rivières*, s.é., 1965. Essentiellement, les informations concernant l'établissement des soeurs de la Providence proviennent des chroniques de la communauté et des procès-verbaux des délibérations du comité médical de l'établissement, auxquels l'actuelle directrice générale de l'hôpital et la direction des services professionnels ont eu l'amabilité de nous donner accès.

Dans un premier temps, le pouvoir des soeurs dans l'établissement demeura fort peu entamé. Dès 1890, un règlement fut adopté qui fixait les droits et devoirs des médecins et des patients, et qui constituait en quelque sorte un contrat entre l'administration et les médecins desservants<sup>281</sup>. La communauté propriétaire de l'hôpital en assurait la direction sous la haute autorité de l'évêque des Trois-Rivières. Un comité des médecins de l'établissement placé sous le patronage de ce dernier était créé, dont les réunions furent d'abord très espacées (moins d'une par année durant la première décennie). Malgré que les relations entre la communauté et les médecins desservants fussent généralement cordiales, les fréquentes demandes de ces derniers visant à faire agrandir l'hôpital ou à le doter des équipements les plus modernes les assombrèrent parfois. Témoin cette remarque en 1898 de la soeur responsable des chroniques:

Ce rapport est une série de plaintes dans lesquelles il y a du vrai, de l'exagéré et du faux. Nos médecins voudraient qu'on leur fournisse un établissement modèle avec toutes les améliorations du jour. Nous ne demanderions pas mieux de nous rendre à leurs demandes.<sup>282</sup>

Les gestionnaires de l'hôpital, qui devaient compter avec l'étroitesse de leurs revenus, disposaient cependant de l'appui de l'évêque qui, présidant les assemblées du comité médical, rappela les médecins à l'ordre à diverses occasions, notamment lorsque certains enfreignirent les règlements de l'hôpital en 1899 en admettant un aliéné<sup>283</sup>. De

---

<sup>281</sup> *Constitutions et règlements de l'hôpital Saint-Joseph des Trois-Rivières*, Trois-Rivières, Presses à vapeur du Trifluvien, 1891.

<sup>282</sup> CSP 1897-1898.

<sup>283</sup> CSP 1899-1900, p. 172-173 et 181-182.

même, il revint à l'Evêque en 1903 de répondre au nom des soeurs à la demande d'un agrandissement:

Cette assemblée a toujours pour but de régler les petites difficultés qui surviennent annuellement entre les médecins et le corps administratif de l'hôpital. Cette année, la demande de bâtir un hôpital séparé nous est faite et monseigneur le président répond, au nom de la communauté, qu'il ne paraît pas possible de donner une solution pratique avant une année. Les médecins se retirent satisfaits.<sup>284</sup>

Avec les années, l'hôpital diversifia ses services, en général en réponse aux demandes pressantes des médecins. Au départ, trois départements situés à des étages différents accueillait les malades, respectivement pour les membres du clergé, les hommes et les femmes, auxquels s'ajouta bientôt une salle d'isolement pour les malades contagieux. Une salle de chirurgie, discipline dont la popularité —l'efficacité aussi— allaient croissant, avait été aménagée où le docteur L.-P. Normand exercerait sa profession. L'année 1907, après diverses représentations des médecins, vit l'ouverture d'une école de gardes-malades et l'inauguration du premier service permanent d'ambulance à Trois-Rivières (non automobile). Le docteur Georges Bourgeois ayant fait don en 1909 d'instruments de laboratoire, une salle de bactériologie fut aménagée pour les recevoir. Enfin, on ouvrit en 1911 des dispensaires pour les malades pauvres externes (pour enfants d'abord, puis dispensaire général à partir de 1913) et les tuberculeux. L'initiative provenait de l'*Association médicale du district des Trois-Rivières* ainsi que de la *Ligue anti-tuberculeuse des Trois-Rivières* récemment formée sous l'impulsion de Georges Bourgeois —membre de la commission provinciale

---

<sup>284</sup> CSP 1903-1904, p. 246.

auteure d'un rapport en 1910 sur les mesures à prendre contre la tuberculose— et dont les principaux membres étaient nuls autres que F.-S. Tourigny, maire de 1906 à 1908 devenu juge de la cour supérieure, L.-P. Normand, maire conservateur, J.-A. Tessier, politicien libéral qui le deviendrait en 1913 et C.-R. Whitehead, patron d'une entreprise de textiles<sup>285</sup>.

La décennie 1910 allait marquer un tournant dans le développement des services internes de l'hôpital: les principaux changements obéiraient désormais en partie à une nouvelle rationalité, étant effectués sous la contrainte de pressions externes. En effet, outre les démarches ci-dessus mentionnées de la ligue anti-tuberculeuse, l'hôpital dut désormais compter avec la concurrence d'établissements indépendants du clergé bénéficiant du soutien de grandes entreprises<sup>286</sup>. En 1912, le docteur Georges Bourgeois, après quelques démêlés avec la direction de l'hôpital Saint-Joseph et ses collègues du comité médical, ouvrit à Trois-Rivières un petit hôpital comprenant au départ 13 lits, capacité qui serait doublée en 1918. N'ayant pu obtenir de l'évêque, «opposé à cet hôpital laïque»<sup>287</sup>, l'autorisation d'employer des religieuses, le docteur,

---

<sup>285</sup> CSP, vol. 3, 1911, p. 122; rapport de la commission royale de la tuberculose, province de Québec, 1909-1910; C. Pierre-Deschênes, *La tuberculose au Québec au début du XX<sup>e</sup> siècle: problème social et réponse réformiste*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1980; SDQ, 1 Geo. V, chap. 99, *Loi constituant en corporation la ligue anti-tuberculeuse des Trois-Rivières*, sanctionnée le 24-3-1911; ASTR, procès-verbaux des délibérations de l'Association médicale du district des Trois-Rivières des 5-5-1911 et 22-5-1911.

<sup>286</sup> Un autre établissement hospitalier appartenant au docteur C.-N DeBlois existait depuis 1896, dont il ne sera pas question ici. Cet établissement, créé en 1896, fut défini vingt ans plus tard dans un prospectus publicitaire (*Sanatorium Trois-Rivières. 1896-1916*) comme un lieu de villégiature médicale dédié au traitement des maladies du système nerveux et des affections chroniques. Les tuberculeux, contagieux ou aliénés n'étaient pas admis dans ce qui n'était en rien, d'après le prospectus, un hôpital, mais plutôt «un Sanatorium-Hôtel, où l'on trouv[ait] associés avec tous les traitements usités dans les Stations thermales et les Instituts de physiothérapie, le confort moderne des hôtels de premier ordre et tout le bien-être du chez-soi.» Il accueillait des patients aisés en partie de l'extérieur de Trois-Rivières et, depuis le grand incendie de 1908 qui avait détruit les autres grands hôtels, des touristes.

<sup>287</sup> CSP 1911-1912, p. 129.

reconnu comme ne pratiquant pas sa religion, embaucha du personnel séculier. Les projets d'agrandissement de l'hôpital Saint-Joseph que nourrissait depuis quelques années l'évêque furent hâtés par la crainte que n'échappe au clergé le contrôle du réseau hospitalier. Quelques mots puisés dans les chroniques de la communauté, parmi d'autres, illustreront ce propos: «L'hôpital et l'hospice ne peuvent plus se tenir dans le même établissement, et Mgr craint que les hôpitaux tombent entre les mains des séculiers»<sup>288</sup>. Les ressources manquant pour construire un bâtiment séparé, l'ajout d'un étage sur deux ailes de l'établissement fut décidé en 1912.

L'ouverture de l'hôpital Bourgeois conféra aux demandes de ses anciens collègues du comité médical un poids qu'elles n'avaient jamais eu auparavant. La direction de l'hôpital Saint-Joseph veilla en effet à harmoniser ses rapports avec les médecins desservants. L'évêque, qui présidait les séances du comité médical, ne manqua pas de s'assurer régulièrement auprès de ceux-ci que l'hôpital possédait les équipements souhaités, et plusieurs achats furent décidés. L'influence du chirurgien L.-P. Normand, chef de file des conservateurs locaux, contribua aussi largement à améliorer les rapports entre la direction et les médecins<sup>289</sup>. Sur une suggestion de celui-ci, on aménagea de coûteux cabinets d'électrothérapie et de radiologie, cette dernière installation existant déjà dans l'établissement concurrent. En 1917, encore à l'instigation du docteur Normand, un nouveau laboratoire médical fut installé, permettant de faire toutes les analyses à Trois-Rivières même et accroissant le

---

<sup>288</sup> CSP 1911-1912, p.140.

<sup>289</sup> Plusieurs remarques dans les chroniques de la communauté de ces années louent l'influence et le travail du docteur Normand, qui de plus payait parfois l'achat de certains équipements.

rayonnement de l'institution auprès des médecins de la région, qui devaient autrement envoyer leurs demandes d'analyses dans les plus grands centres. L'importance accordée par les religieuses à l'harmonisation des rapports est perceptible dans ce commentaire: les «autorités de la maison et MM. les médecins se félicitent de leur heureuse initiative comme aussi de leur parfaite entente au sujet de ce laboratoire.» Très peu de temps après l'ouverture de l'hôpital Bourgeois, quelques chambres furent aussi réservées à l'usage d'une maternité, service pour la création duquel les soeurs avaient été réticentes les années précédentes:

Ce département était demandé depuis longtemps par les dames et les médecins. Un nouveau délai aurait été la cause de l'ouverture d'une maternité par un médecin: ces petits hôpitaux privés font dommage aux nôtres en divisant les forces.<sup>290</sup>

Les craintes des religieuses étaient parfaitement justifiées: les hôpitaux indépendants drainaient une partie des malades payants dont les pensions constituaient la principale source de revenus de l'hôpital. Ceci devint rapidement manifeste, G. Bourgeois étant parvenu en quelques années à s'assurer le contrôle du marché lucratif et en expansion des ouvriers d'usines «sociétaires», c'est-à-dire bénéficiant d'une assurance collective pour les soins médicaux et hospitaliers. Il s'agissait d'ententes passées entre la direction des entreprises industrielles et les hôpitaux, accordant des tarifs préférentiels aux «sociétaires» sur le salaire desquels les compagnies retenaient certains montants. En retour, l'hôpital et les médecins se voyaient assurés d'une clientèle régulière dont une partie n'eût autrement pu payer les frais médicaux et d'hospitalisation. Ces

---

<sup>290</sup> CSP 1912-1913, p. 166.

ententes assuraient l'accès aux services médicaux à une portion de la population à la santé de laquelle la bourgeoisie montrait beaucoup d'intérêt: les travailleurs d'industries dont la force productive devait s'en trouver améliorée. Pareil intérêt avait gagné en intensité avec l'adoption en 1909 par le gouvernement provincial de la première Loi des accidents du travail au Québec<sup>291</sup>. Cette loi établissait la responsabilité de l'employeur sauf en cas d'accident provoqué intentionnellement par la victime, et fixait le mode de calcul des indemnités selon que l'incapacité résultant de l'accident était partielle ou absolue, permanente ou temporaire, de même qu'en cas de décès. Nul doute qu'un accès rapide à des services médico-hospitaliers de qualité, chirurgicaux notamment, était de nature à réduire la gravité des incapacités pour lesquelles les employeurs devaient payer des indemnités, et par conséquent les indemnités mêmes. De plus, l'établissement de fonds de secours mutuels par les employeurs pour leurs employés était avantageux pour les premiers, dans la mesure où la loi prévoyait que les «montants payés par une compagnie d'assurance ou une société de secours mutuels, [seraient] imputés en déduction des sommes et rentes payables (...) si le patron justifi[ait] qu'il avait pris à sa charge les cotisations ou primes exigées pour cet objet» (article 16).

Année après année, l'évêque et le curé de la cathédrale incitèrent en vain les religieuses et les membres du comité médical à trouver le moyen de briser le contrôle de G. Bourgeois sur le marché des «sociétaires». L'Hôpital Saint-Joseph n'avait pourtant

---

<sup>291</sup> SDQ, 9 Ed. VII, chap. 66, *Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, et la réparation des dommages qui en résultent*, sanctionnée le 29 mai 1909. Cette loi fut régulièrement amendée les années suivantes.

pas attendu son concurrent pour transiger avec les compagnies: dès 1901, le curé de la cathédrale et le président du comité médical avaient été délégués auprès de celles-ci afin de prendre des arrangements concernant les frais médicaux et les pensions de leurs employés, démarche reprise à la fin de 1907. En 1906, sur une suggestion de l'évêque, les médecins avaient approuvé un tarif annuel de 6 \$ par employé, comprenant l'hospitalisation dans les salles communes, les soins du médecin de service et les médicaments<sup>292</sup>. Le gérant de l'entreprise Union Bag avait accepté ces conditions en 1907. Mais l'hôpital Bourgeois rafla les contrats: son ambulance-automobile permettait d'aller chercher les blessés d'usines plus rapidement; les ouvriers ne voulaient pas être mis dans les salles communes de l'Hôpital Saint-Joseph, et ainsi recevoir les mêmes services que les indigents accueillis gratuitement, tel que prévu pour les «sociétaires»; ils demandaient de plus de pouvoir choisir leur médecin:

M. le Curé expose que la plupart des ouvriers des diverses compagnies ne sont guère satisfaits du traitement et des règlements de l'hôpital Bourgeois. Ils seraient bien aise d'être plutôt traités à l'hôpital Saint-Joseph, pourvu qu'on fasse droit à leurs demandes: 1 Avoir la liberté de choisir leur médecin; 2 Etre logés dans une chambre de deux à quatre lits, au plus.<sup>293</sup>

Outre la perte de revenus pour l'hôpital, le clergé voyait d'un mauvais oeil que les ouvriers échappent ainsi au réseau institutionnel d'encadrement que formaient ses établissements hospitaliers. A en croire l'évêque, les ouvriers n'avaient pas le choix de l'hôpital, cette décision revenant à la direction des grandes entreprises:

---

<sup>292</sup> HSJBM, 30-10-1901 et 19-12-1907; HSJBM, 28-11-1906.

<sup>293</sup> HSJBM, 30-3-1916, p. 60.

Nous déplorons (...) le sort de nos ouvriers qui sont forcément dirigés à un hôpital où on ne voit point le crucifix, et où les secours de la religion sont négligés. (...) Notons (...) que les sociétaires sont passifs et ne peuvent améliorer leur sort sans s'exposer à compromettre leurs intérêts financiers: toutes démarches en ce sens paraîtraient hostiles aux yeux des chefs des compagnies.<sup>294</sup>

Dans une lettre adressée au Conseil de ville en 1919, Bourgeois attribua son succès «au concours généreux des compagnies industrielles qui ont bien voulu patroniser (sic) mon établissement»<sup>295</sup>. A ce sujet, il peut être intéressant de mentionner qu'il s'associa en 1915 à un médecin anglophone ayant précisément des liens avec la grande entreprise en Mauricie, C.E. Cross, antérieurement médecin en chef de l'hôpital de SWP à Shawinigan. Ajoutons qu'il avait réussi également à obtenir en 1918 du Conseil de ville libéral, adversaire des conservateurs menés par le principal chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, que la municipalité fournisse garage et chauffeur pour son ambulance<sup>296</sup>. Ce fut pourtant le docteur Normand qui, suivant semble-t-il un souhait exprimé par l'évêque<sup>297</sup>, fit l'acquisition en 1919 de l'hôpital du docteur Bourgeois gravement malade. Normand devint ainsi l'associé du docteur C.E. Cross, et l'hôpital Bourgeois tomba, sinon dans le giron du clergé, du moins partiellement entre les mains de son plus influent allié trifluvien.

<sup>294</sup> HSJBM, 12-12-1916, 20e séance, p. 64.

<sup>295</sup> Lettre du 10-2-1919 de G. Bourgeois aux maire et échevins, CPTR février 1919.

<sup>296</sup> Echange de correspondance entre le docteur Bourgeois et le greffier de la municipalité. CPTR, mars 1918.

<sup>297</sup> D'après les chroniques des soeurs: «Monseigneur l'Evêque qui a constamment l'oeil ouvert sur les intérêts spirituels de ses ouailles et craignant que cet hôpital ne passe à des autorités protestantes et pis encore, suggère au Dr Normand d'acheter l'immeuble. Notre bon chirurgien se rend aux désirs de son Evêque». CSP 1919-1920, p. 450.

En plus de l'hôpital Bourgeois, d'autres petits hôpitaux surgirent en Mauricie sur le territoire de l'hôpital Saint-Joseph. Or, si l'évêque du diocèse admettait en 1913 que quelques salles pour les cas urgents étaient souhaitables dans des municipalités comme Shawinigan et Grand Mère, il demeurait d'avis «qu'un seul hôpital [était] suffisant pour le district des Trois-Rivières»<sup>298</sup>. Ces petits hôpitaux furent mis sur pied dans les villes de ressources: à La Tuque en 1912 par la communauté des soeurs Grises de Nicolet, à Grand-Mère en 1921 par une grande entreprise, Laurentide Corporation et, en premier lieu, en 1909 à Shawinigan, dont la population devait parcourir environ 40 kilomètres pour atteindre l'hôpital régional. Si l'on excepte l'éphémère «hôpital» tenu probablement de 1905 à 1909 par le docteur J.-H. Choquette dans un local de l'hôtel de ville loué uniquement à des fins chirurgicales<sup>299</sup>, le *Shawinigan Falls General Hospital*, créé par la compagnie d'électricité SWP, fut le premier établissement de soins hospitaliers local. Comme ce fut le cas pour quelques mesures d'hygiène publique, SWP comblait ainsi un certain vide. L'hôpital logea d'abord dans une aile du luxueux hôtel *Cascade Inn* qu'elle avait fait construire, puis déménagea en 1916 dans l'ancienne résidence de l'ex-maire Vivian Burrill. Durant cette période initiale, il comprenait entre dix et vingt lits, capacité augmentée en 1918 après que d'autres compagnies industrielles décidèrent de participer au financement et à l'administration de l'hôpital. Son personnel était entièrement laïc. De 1911-1912 à 1916-1917, ses revenus se composèrent en moyenne à 55 % de dons privés provenant surtout de SWP, à 25 % des pensions de malades admis dans les chambres et à 20 % des paiements effectués par des patients externes. Les déficits étaient régulièrement couverts par SWP<sup>300</sup>.

---

<sup>298</sup> HSJBM, 23-12-1913.

<sup>299</sup> PVCVSH 5-7-1905 et 17-6-1912.

Bien que l'hôpital ait été destiné aux employés des entreprises concernées, il accueillait également d'autres patients.

Un bref examen de l'évolution de la clientèle des hôpitaux trifluviens et shawiniganais éclairera sur leur rôle dans le milieu régional et fera ressortir une fréquentation relativement faible qui, dans le cas de l'hôpital Saint-Joseph, eut des incidences sur les rapports entre l'administration et les médecins. A Shawinigan, le volume d'activité de l'hôpital fut dans un premier temps très réduit: ainsi, pour les années 1912, 1913 et 1914, l'hôpital accueillit-il seulement 18, 19 et 20 patients dans ses chambres pour un total annuel moyen de 399 jours d'hospitalisation, et le service de soins externes 116, 156 et 80 employés de SWP ou de ses filiales<sup>301</sup>. Nous ignorons cependant l'évolution de la clientèle pour les années suivantes, de même que celle de l'hôpital Bourgeois.

A l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, le taux de fréquentation demeura aussi relativement modeste. Soulignons d'abord que tous les malades n'y étaient pas admis. Les règlements (les premiers furent adoptés en 1890) interdisaient l'accès aux «épileptiques», infirmes, incurables, à celles «dont le soin fait le but spécial des maternités» jusque vers 1912, aux enfants de moins de cinq ans (sauf exception), ainsi qu'aux alcooliques à partir de 1899. Deux catégories de patients étaient définies: les pensionnaires payants ayant chambre privée, dont l'entrée était contrôlée par la

---

<sup>300</sup> Etats financiers du Shawinigan Falls General Hospital pour les années 1911-1912 à 1916-1917, AHQM.

<sup>301</sup> *Report of Dr. Cross in Connection with Report for Year 1914 for Shaw. Falls General Hospital*, AHQM.

Supérieure de la maison et que les médecins non desservants étaient admis à soigner, et les malades de la salle commune dont l'admission (gratuite bien que l'on demandât de déboursier 25 cents par jour autant que possible) était laissée à la discrétion des médecins qui devaient leur dispenser leurs services gratuitement.

Le nombre de malades hospitalisés annuellement à l'Hôpital Saint-Joseph progressa régulièrement du début du siècle à 1921, passant d'un peu plus de 200 à près de 1 300. En moyenne, de 1916 à 1921, 69 % de ceux-ci payèrent entièrement leurs coûts d'hospitalisation, ce qui laissait place à 31 % de personnes assistées<sup>302</sup>. Mais nous savons, pour 1906-1907, que chaque lit ne fut en moyenne occupé que 121 jours par année, et que ce ratio varia entre 150 et 188 jours de 1916 à 1920. L'hôpital était donc en général plus qu'à moitié vide. Quant à la fréquentation des dispensaires (pour pauvres exclusivement), elle oscilla de 1912-1913 à 1920-1921 entre un minimum de 130 patients et un maximum de 210, soit bien moins de un nouveau patient par jour, ce qui était fort peu<sup>303</sup>. A vrai dire, c'était durant certaines épidémies, de typhoïde par exemple (plus de la moitié des jours d'hospitalisation sans chirurgie en 1906-1907), que l'hôpital se remplissait. Ainsi, en 1912, les membres du bureau médical constatèrent qu'en dehors des temps d'épidémies, nombre de lits restaient inoccupés<sup>304</sup>. L'hôpital demeura donc relativement peu fréquenté, et ce bien qu'il desservît l'ensemble du diocèse de Trois-Rivières: la proportion de non-Trifluviens

---

<sup>302</sup> Ces données proviennent des CSP ou sont extraites des statistiques des institutions d'assistance publiées par le gouvernement du Québec de 1915 à 1928.

<sup>303</sup> Le docteur Bourgeois ayant mentionné en 1919 que son hôpital offrait un service de dispensaire, il se peut cependant que les deux établissements se soient partagé cette clientèle.

<sup>304</sup> Les lits en surplus pourraient par conséquent être considérés comme des équipements permettant de satisfaire aux demandes de pointe, les variations brusques de la demande étant très amples à l'époque en raison des flux et reflux des maladies contagieuses.

admis s'établissait pour l'année 1906-1907 à 46 %, ce qui démontre le caractère régional des services internes. Ce maintien d'une faible fréquentation de l'établissement est-il signe que les habitants du district en général, et les Trifluviens en particulier, ne recouraient pas plus fréquemment aux services hospitaliers en 1921 qu'au début du siècle? Le rapport mathématique entre le nombre d'hospitalisés et la population trifluvienne demeure sensiblement le même en 1901, 1911 et 1921. A moins que la proportion d'hospitalisés trifluviens à Saint-Joseph ait changé substantiellement entre 1901 et 1921, le petit hôpital Bourgeois aurait donc suffi à canaliser un surcroît de clientèle lié à un usage un peu plus fréquent de l'hôpital dans le traitement des maladies.

Comment expliquer la sous-utilisation des services et équipements? Reconnaissons d'abord qu'elle entraînait une certaine dépendance de la communauté de soeurs envers les médecins, pourvoyeurs de patients. Une offre en services plus forte que la demande à la même époque aux Etats-Unis a d'ailleurs été évoquée par des chercheurs pour expliquer une transformation du rapport de forces entre les administrations des hôpitaux et les médecins, transformation favorable à ces derniers<sup>305</sup>. Concernant l'évolution de la demande, quelques indices suggèrent, dans le cas trifluvien, qu'une partie de la population demeurait réticente à franchir les portes des établissements hospitaliers, il y a peu encore antichambres de la mort des misérables. C'est dans cette perspective que nous interprétons les appels répétés au cours des années pour la

---

<sup>305</sup> Voir par exemple Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, New York, Basic Books, 1982, la partie «The triumph of the Professional Community» dans le chapitre 4 de la première partie.

construction d'un hôpital détaché de l'hospice, et ce malgré le faible taux de fréquentation de l'établissement. Médecins et évêque désiraient séparer hospice et hôpital physiquement et dans la perception qu'en avait la population. N'avait-il pas été question en 1909 «d'habituer peu à peu la population à faire une distinction entre l'hôpital et l'hospice»<sup>306</sup>? S'agissait-il d'atténuer les craintes de ceux qui différenciaient peu les anciens hôpitaux et l'hôpital moderne dispensateur de traitements salvateurs? Et ainsi, de stimuler une demande en soins hospitaliers encore faible? Comme le remarquait un journaliste trifluvien en 1917, un changement était perceptible «dans la mentalité populaire qui se familiaris[ait] avec l'idée de l'hôpital»<sup>307</sup>, signifiant également que tel changement demeurerait incomplet. Du point de vue des médecins, peut-être ne pouvait-il aboutir sans l'édification d'établissements «modernes», ce que n'était pas à leurs yeux celui dont ils arpentaient les salles, et par conséquent sans une nette distanciation d'avec l'hospice, dépositaire de fonctions traditionnelles des établissements hospitaliers.

Si une perception négative de l'hôpital a pu jouer, il se peut cependant que le principal frein à une hausse de la fréquentation était plutôt la difficulté d'accéder aux soins pour les catégories de revenus les plus basses, qui regroupaient une portion considérable des populations urbaines au Québec. Certes, une partie des ouvriers d'usines étaient désormais couverts par des assurances collectives, mais pas leurs familles. De plus,

---

<sup>306</sup> HSJBM, 6-12-1909, p. 33. Discussion entre l'évêque et les membres du comité médical qui avaient demandé qu'une partie des sommes amassées par le bazar des dames de charité soit affectée à l'hôpital, les gens donnant pour l'ensemble de l'établissement. Le désir de bâtir un hôpital séparé reviendrait souvent les années suivantes dans les propos des médecins et de l'évêque.

<sup>307</sup> «L'Hôpital Saint-Joseph des Trois-Rivières», *Le Bien Public*, 22-2-1917, p. 1.

bien d'autres travailleurs ne disposaient pas de telles assurances. Enfin, seuls ceux considérés comme indigents, c'est-à-dire totalement dépourvus de ressources, bénéficiaient de prestations gratuites. L'on peut émettre l'hypothèse qu'une large portion de la population, ni aisée, ni assurée, ni indigente, ne fréquentait pas encore l'hôpital.

\* \* \* \* \*

L'hospice et l'hôpital régionaux constituaient des éléments-clés du dispositif de services touchant la santé publique à Trois-Rivières et dans une moindre mesure à Shawinigan. L'aide sociale apportée à différentes classes d'indigents par le premier, l'hospitalisation offerte gratuitement par le second aux patients sans ressources et les soins médicaux donnés dans les dispensaires ont à n'en pas douter contribué à améliorer le bilan de santé des plus démunis. Toutefois, bien qu'elle fût en hausse et qu'elle se diversifiât, la fréquentation des services hospitaliers médicaux dans les établissements pour lesquels nous disposons de données demeura peu élevée, ce qui était peut-être dû au fait que les revenus d'une large couche de la population non indigente auraient difficilement permis de payer les coûts de l'hospitalisation.

Une analyse attentive de l'évolution des services disponibles à Trois-Rivières et à Shawinigan a permis de mettre en lumière l'émergence d'une pluralité des pouvoirs dans le réseau hospitalier régional. Au sein même du principal établissement, propriété d'une communauté de soeurs, les médecins, porteurs du prestige de la science, acquièrent de plus en plus de poids. Mais le principal facteur aidant à expliquer que le clergé dut se montrer plus favorable aux demandes des médecins desservants

concernant l'achat d'équipements modernes et l'ouverture de nouveaux services, fut l'entrée en scène de la grande entreprise. Le soutien donné à l'hôpital Bourgeois à Trois-Rivières par le biais des contrats d'assurances collectives des «sociétaires» ouvriers, la création d'hôpitaux de compagnies à Shawinigan et Grand-Mère modifiaient considérablement les règles du jeu: le contrôle des infrastructures hospitalières échappait en partie au clergé, et les velléités d'autonomisation des médecins trouvaient des lieux où s'affirmer. Le bris de son monopole régional, la décentralisation des soins, invitèrent donc le clergé à réviser ses positions, ce qu'il sut faire rapidement en harmonisant jusqu'à l'après-guerre ses rapports avec les médecins de son hôpital régional.

## Chapitre 5

### **Les effets des services de santé publique sur l'état sanitaire des populations.**

Depuis les années 1960, l'historiographie de la médecine a été marquée par de vifs débats concernant les causes de l'amélioration de l'état de santé des populations occidentales au XX<sup>e</sup> siècle. Lequel facteur, des progrès de la médecine, de l'amélioration des conditions de vie, des mesures d'hygiène publique ou des changements de comportements, a le plus contribué à l'affaissement des taux de mortalité? Répondre à pareille question nécessiterait des données bien plus variées et précises que celles étayant notre étude: l'étiologie contemporaine a mis en lumière une causalité multi-factorielle des maladies, où interagissent, par exemple dans le cas des maladies contagieuses, les caractéristiques de l'agent pathogène (contagiosité, pathogénicité, virulence<sup>308</sup>), celles de l'hôte récepteur (potentiel génétique et développement du dit potentiel, état nutritionnel, faculté d'adaptation aux influences externes), et l'environnement physique, biologique, social, culturel<sup>309</sup> ... Nous tenterons plutôt, en confrontant l'évolution des indicateurs de santé disponibles avec celle des services sanitaires privés ou publics s'adressant aux collectivités trifluvienne et shawiniganaise, d'évaluer les effets de ces services sur la santé des dites collectivités. Dans quelle mesure les décalages ou similitudes dans leur mise en place

---

<sup>308</sup> La contagiosité est la faculté de voyager d'un hôte à l'autre, la pathogénicité celle de provoquer la maladie, et la virulence concerne la gravité possible de l'atteinte.

<sup>309</sup> Voir par exemple à ce sujet M. Jenicek et R. Cléroux, *Epidémiologie. Principes. Techniques. Applications*, St-Hyacinthe et Paris, Edisem et Maloine S.A., 1987. Aussi Jacques Monnier *et al.*, *Santé publique. Santé de la communauté*, Villeurbanne, SIMEP, 1980.

peuvent-ils être corrélés avec des décalages ou similitudes dans la progression des indicateurs statistiques? Les améliorations de l'état de santé des populations étaient-elles dues à l'efficacité des réformes, à des facteurs étrangers à celles-ci, ou à un amalgame des unes et des autres?

Répondre à ces questions jettera un éclairage complémentaire sur l'évolution des rapports de pouvoir dans le domaine sanitaire. En effet, les améliorations révélées par les statistiques du CHPQ pouvaient être revendiquées par les réformateurs: cet outil scientifique ne mesurait-il pas les résultats de leurs efforts? Par exemple, le compilateur des statistiques du CHPQ affirmait indistinctement en 1919, tableau à l'appui, que c'était «grâce aux mesures préventives» que s'amenuisaient les ravages de maladies aussi variées que la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, et la tuberculose<sup>310</sup>. De manière plus générale, chaque groupe ayant participé à des réformes pouvait trouver avantage à associer son action aux baisses de mortalité.

### **5.1 Baisse de la mortalité et convergence de l'état sanitaire des deux populations**

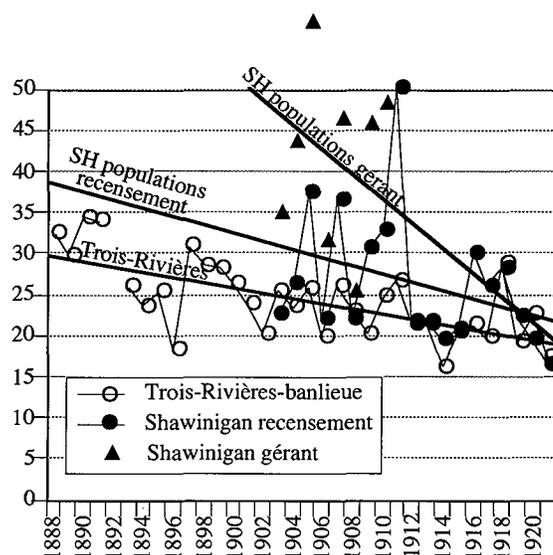
Dans l'une et l'autre villes, les taux de mortalité baissent rapidement durant la période considérée, traduisant une amélioration sensible de l'état sanitaire global des populations. Il apparaîtra, d'après les indicateurs de mortalité, que si la situation

---

<sup>310</sup> RACH 1918-1919, p. 160.

sanitaire de Shawinigan à la fin des années 1910 s'avérait comparable à celle de Trois-Rivières, il n'en était rien durant la première décennie du siècle.

**FIGURE 5-1**  
**TAUX BRUTS DE MORTALITÉ GÉNÉRALE À**  
**TROIS-RIVIÈRES ET À SHAWINIGAN DE 1888**  
**À 1921, ET DROITES DE RÉGRESSION**



La figure 5-1 fait ressortir une tendance (voir droites de régression) à la baisse des taux bruts de mortalité générale dans les deux villes du début du siècle à 1921. Il semble se dégager également ici un «rattrapage» de Shawinigan durant les années 1910, les taux annuels s'y avérant auparavant étonnamment élevés certaines années. Gardons-nous cependant d'une interprétation hâtive concernant les situations sanitaires

respectives de Trois-Rivières et de Shawinigan. D'abord, les taux shawiniganais demeurent très incertains avant 1911, comme en témoignent les deux séries illustrées dans la figure. Les données de population livrées dans les rapports du gérant municipal pour ces années sont probablement inférieures à la population réelle, ce qui aurait pour effet d'y hausser les taux: peut-être ne comprennent-elles pas nombre de travailleurs habitant dans des campements temporaires<sup>311</sup>. Mais les populations calculées à partir des recensements du Canada paraissent au contraire exagérément élevées (voir annexe à

<sup>311</sup> Ce problème est discuté plus en détail dans une annexe consacrée aux sources dont proviennent nos données de mortalité, aux problèmes rencontrés dans leur usage et aux choix méthodologiques.

ce sujet), ce qui aurait pour résultat d'abaisser les taux. De plus, ne disposant pas de données sur la répartition des groupes d'âges dans la population shawiniganaise avant 1921, nous n'avons pu standardiser les taux globaux des deux villes sur la base de la structure d'âges d'une population-témoin, ce qui aurait permis d'éviter certaines distorsions. Ainsi, à population et à taux de mortalité infantile<sup>312</sup> égaux, le nombre de décès en bas âge s'avère le plus considérable dans la population aux taux de natalité les plus élevés<sup>313</sup>, augmentant les taux bruts de mortalité générale. Les variations dans la structure d'âges d'une population donnée peuvent aussi infléchir l'évolution des taux de mortalité générale, sans que cela n'indique un quelconque changement de l'état sanitaire de la population. Or ces distorsions sont ici vraisemblablement majeures: alors même que la mortalité du début du siècle frappait très durement dans les classes d'âges les plus basses, les villes de ressources étaient généralement composées dans un premier temps d'une population jeune à taux de natalité élevés, comme l'illustrent ces propos du compilateur des statistiques en 1919:

(...) nous voyons que le taux de la natalité de certaines villes est très élevé, comme Chicoutimi, Fraserville, Grand'Mère, La Tuque, Shawinigan Falls et Thetford Mines, nouveaux centres industriels pour la plupart où la population des jeunes adultes est très considérable.<sup>314</sup>

En 1921, Shawinigan avait une population encore bien plus jeune que celle de Trois-Rivières (figure 5-2): la base de sa pyramide des âges s'avère de loin la plus évasée.

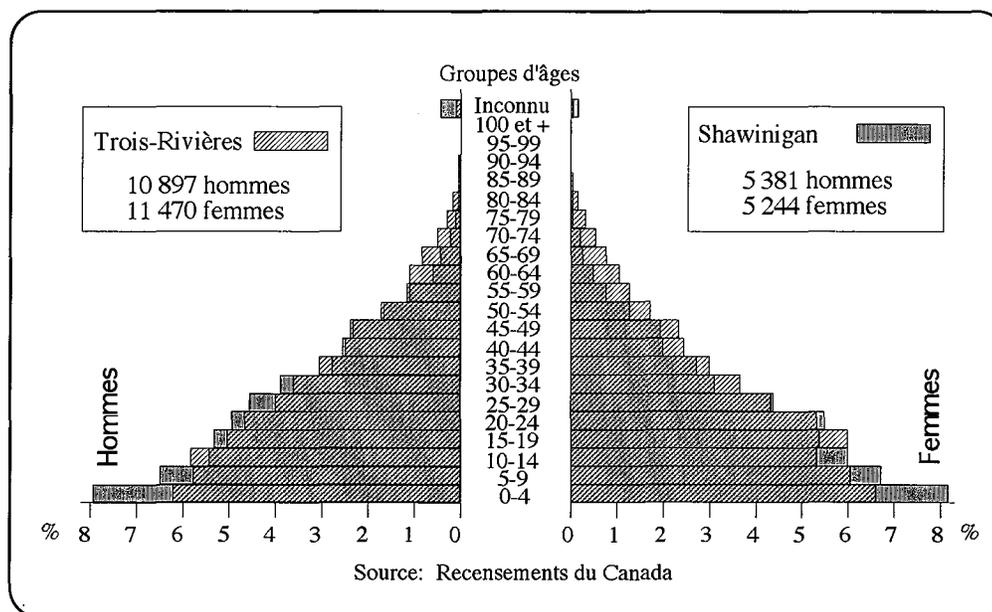
---

<sup>312</sup> Rapport du nombre de décès survenus avant un an au nombre de naissances.

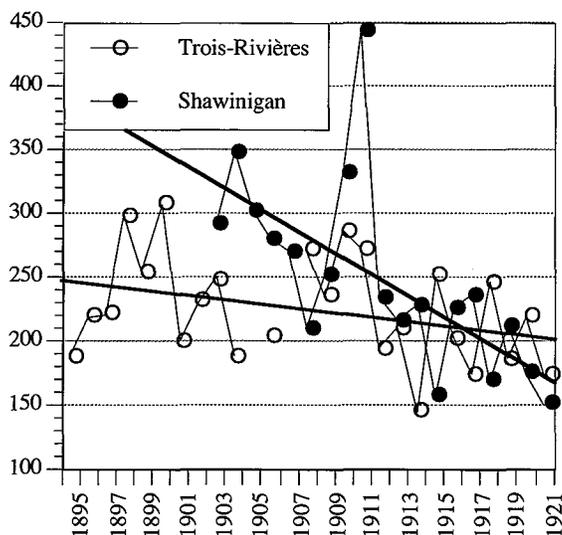
<sup>313</sup> Rapport du nombre de naissances à la population.

<sup>314</sup> RACH 1918-1919, p. 142.

**FIGURE 5-2**  
**PYRAMIDE DES ÂGES À TROIS-RIVIÈRES ET À SHAWINIGAN EN 1921**



**FIGURE 5-3**  
**TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE À TROIS-RIVIÈRES ET À SHAWINIGAN DE 1895 À 1921 ET DROITES DE RÉGRESSION**

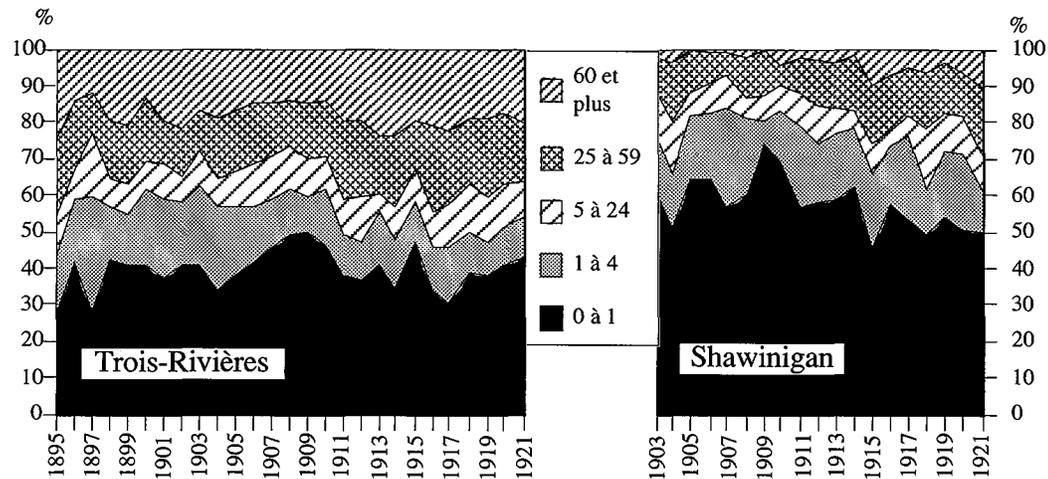


Sources: Trois-Rivières, RACH; Shawinigan, REC 1903-1916 et RACH 1903-1921

Les taux bruts de mortalité générale s'avérant ici un indice trompeur, l'usage de taux spécifiés par groupes d'âges paraît préférable en vue de comparer la situation sanitaire des deux villes. Seuls les taux de mortalité infantile ont pu être calculés avant le début des années 1920. Ces taux sont cependant considérés comme l'un des meilleurs indices sensibles aux

conditions de vie et à la disponibilité des équipements sanitaires essentiels. Les courbes de mortalité infantile à Trois-Rivières et à Shawinigan confirment l'impression qui se dégageait de l'examen de la mortalité générale (figure 5-3): le risque de décéder, tout au moins pour les enfants de moins d'un an, était généralement plus élevé à Shawinigan qu'à Trois-Rivières durant la première décennie du siècle. Les droites de régression font également ressortir une convergence des taux durant les années 1910.

**FIGURE 5-4**  
**RÉPARTITION DES DÉCÈS PAR GROUPES D'ÂGES**  
**À TROIS-RIVIÈRES ET À SHAWINIGAN DE 1895 À 1921**

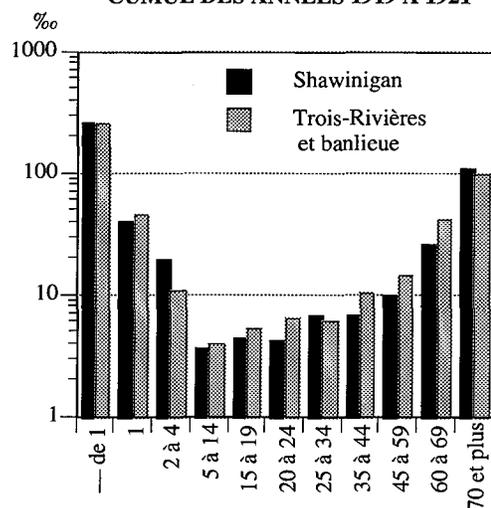


Sources: Shawinigan, REC 1903-1916 et RACH 1917-1921; Trois-Rivières, RACH 1895-1925

A Shawinigan, dû à une mortalité infantile d'abord supérieure et à une sur-représentation de jeunes enfants, la proportion de décès en bas âge atteint des sommets impressionnants, bien qu'elle diminuât légèrement: sauf exception, plus de la moitié des décès y survenaient avant l'âge d'un an et plus de 70% avant cinq ans (figure 5-4). A Trois-Rivières, ces proportions variaient généralement de 30 à 40% avant un an et de 50 à 60% avant cinq ans. Remarquons également que les décès de vieillards pèsent

bien plus lourd à Trois-Rivières qu'à Shawinigan durant toute la période, particulièrement dans la première décennie du siècle. La mortalité chez les 60 ans et plus s'avérant plus difficilement «compressible» que celle des autres groupes d'âges, ceci montre bien que les structures d'âges des deux villes différaient encore bien plus durant la première décennie du siècle qu'en 1921, c'est-à-dire au moment où nous avons pu les reconstituer.

**FIGURE 5-5**  
**TAUX DE MORTALITÉ PAR GROUPES**  
**D'ÂGES À TROIS-RIVIÈRES ET À SHAWINIGAN,**  
**CUMUL DES ANNÉES 1919 À 1921**

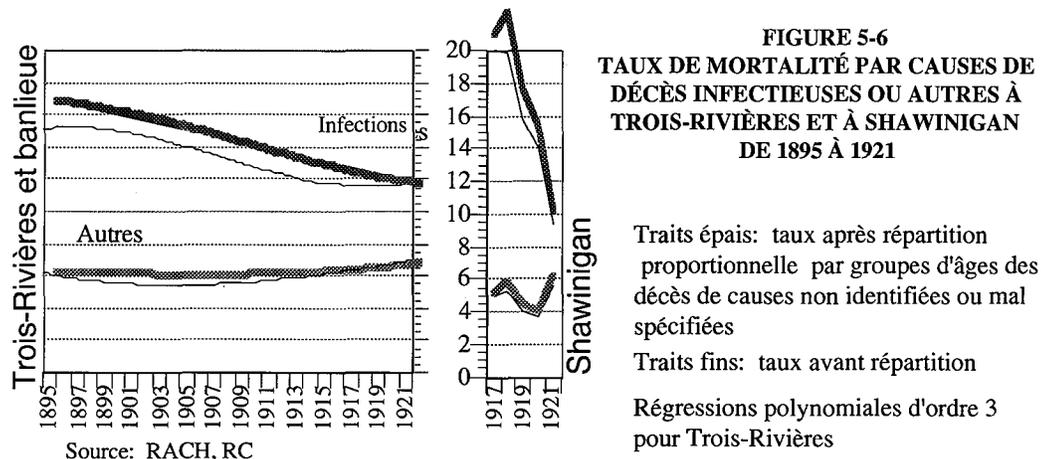


Source: RC et RACH

Dans l'ensemble, il apparaît que si des écarts existaient entre les deux villes non seulement quant à la composition de leurs populations mais aussi quant à leur état sanitaire, une tendance à l'uniformisation des taux de mortalité se manifeste durant la deuxième décennie du siècle. L'examen de la mortalité spécifiée par groupes d'âges à la fin de la guerre étaiera cette affirmation (figure 5-5). Ont été utilisés à cette

fin un cumul des décès de 1919, 1920 et 1921, et la répartition par groupes d'âges de 1921. Il apparaît qu'à la fin des années 1910, les taux de mortalité trifluviens et shawiniganais étaient dans l'ensemble relativement semblables, bien qu'un peu meilleurs à Shawinigan, traduisant des situations sanitaires rapprochées.

Les situations sanitaires et structures des âges distinctes des deux villes avaient également des répercussions sur la répartition des causes de décès. Certes, à l'un et l'autre endroit, une majorité de décès étaient dûs à des maladies infectieuses, et le recul de ces maladies explique les baisses des taux de mortalité générale, le poids des autres causes réunies demeurant relativement stable (figure 5-6). Mais la proportion de décès attribuables à des affections infectieuses fut, dans un premier temps, bien plus importante à Shawinigan qu'à Trois-Rivières. Cette différence résultait en partie de ce qu'une écrasante majorité de décès de nourrissons étaient liés, dans les deux villes, à des maladies infectieuses, et que la proportion de décès de maladies infectieuses s'avérait nettement moins importante dans les classes d'âges les plus élevées: à Shawinigan, la sur-représentation de la population en bas âge et la sous-représentation de personnes âgées creusaient cet écart. A la fin des années 1910, Shawinigan tendait à «s'ajuster» à Trois-Rivières à ce chapitre, en un mouvement comparable à celui des taux de mortalité générale. Aussi avons-nous choisi de pénétrer plus avant dans l'analyse des causes de décès infectieuses. Elles ont été regroupées selon leurs modes de propagation privilégiés en maladies dites *entérogènes*, *aérogènes* et *autres*, ce qui facilitera l'évaluation de l'effet des mesures de prévention primaires adoptées. Cette distinction paraît d'autant s'imposer que la réduction de l'incidence des maladies infectieuses constitua le principal objectif du CHPQ.

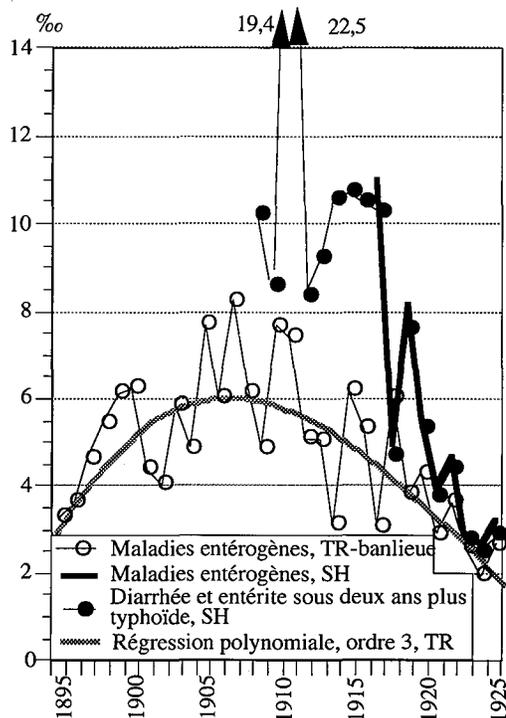


## 5.2 Recul des maladies entérogènes et hygiène publique

L'eau, les déchets organiques, les aliments et certains vecteurs peuvent véhiculer les agents pathogènes de maladies infectieuses (bactériennes ou virales) ou parasitaires entérogènes<sup>315</sup>. Les manifestations cliniques les plus communes de la plupart des maladies graves associées à ces micro-organismes comportent des troubles digestifs, en particulier des diarrhées aiguës. Celles-ci sont d'ailleurs symptomatiques de maladies le plus souvent infectieuses et d'origine alimentaire. Or, une imposante proportion de 21% des décès survenus à Shawinigan (1917-1925) et à Trois-Rivières (1895-1925) ont précisément été

315 Salmonelles (dont celles des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes), shigelles (dont celles des dysenteries bacillaires), Escherichia coli, vibrions cholériques, leptospires, entérovirus (dont celui de la poliomyélite), adénovirus, virus de l'hépatite A, parasite de la dysenterie amibienne notamment.

FIGURE 5-7  
TAUX DE MORTALITÉ PAR MALADIES  
ENTÉROGÈNES À TROIS-RIVIÈRES ET À  
SHAWINIGAN DE 1895 À 1925



Sources: RACH, années concernées

classés par le compilateur des statistiques sous les intitulés «diarrhée et entérite» ou «gastro-entérite». Ceci témoigne éloquentement de l'imprécision de la certification des décès à l'époque, imprécision qui interdit une analyse fine de la mortalité par maladies entérogènes. Aussi seront-elles traitées en bloc, ce qui a pour avantage de limiter les effets du problème des transferts entre maladies aux symptômes proches dans le classement des causes de décès.

Avant le début des années 1910, les taux de mortalité par maladies entérogènes demeurent très élevés dans les deux municipalités (figure 5-7). Ils atteignent même des sommets proprement sinistres à Shawinigan en 1910 et 1911, alors qu'à Trois-Rivières ils culminent entre 1905 et 1911 après avoir subi une hausse inégalement répartie depuis 1895. Dans l'ensemble, la décennie 1910 marque par contre dans l'une et l'autre municipalités une chute très rapide de la mortalité par maladies entérogènes, que nous attribuons en majeure partie au contrôle grandissant de la qualité de l'eau, et possiblement à des facteurs complémentaires qui sont l'évacuation croissante des déchets organiques du milieu urbain et la surveillance de la qualité d'une partie des aliments. Il se peut également qu'une hypothétique amélioration de la diète

alimentaire ait joué, de même que des changements dans les habitudes d'hygiène personnelle.

Qualité de l'eau et mortalité par maladies entérogènes sont étroitement corrélées dans les deux municipalités. A Trois-Rivières, la tendance à la hausse jusqu'en 1905 est peut-être due aux déversements croissants d'effluents urbains dans la rivière Saint-Maurice<sup>316</sup>. L'installation des puits tubulaires en 1912 y est suivie d'une baisse de 4.3 points répartie sur trois ans, puis la réintroduction de l'eau non traitée de la rivière Saint-Maurice dans les conduites de l'aqueduc est accompagnée de taux plus élevés en 1915, 1916 et 1918. Enfin, l'imposition de la chloration par le CHPQ au début de 1919 précède une baisse accentuée des taux étalée sur cinq ans. A Shawinigan, au démarrage de l'usine de filtration en 1912 correspond une chute de 14 points sur mille (de 22,5 à 8,4) en un an, suivie d'une remontée d'un peu plus de 2 points en quelques années. Une autre chute de huit points en deux ans survient après que l'on ait débuté le captage de l'eau souterraine à partir de 1916, et les taux tendent à descendre les années suivantes alors que la surveillance de l'eau devient plus serrée.

Les mesures d'hygiène relatives à l'eau, ayant donné lieu à nombre de débats dans les deux municipalités, et entraînant des baisses de mortalité par maladies entérogènes parfois abruptes, paraissent constituer l'exemple idéal pour illustrer le phénomène de revendication de la responsabilité des améliorations à l'état de santé des populations. Considérons l'entrée en opération des puits tubulaires en 1912 à Trois-Rivières. La

---

<sup>316</sup> T. McKeown observe aussi en Angleterre une hausse de la mortalité par maladies diarrhéiques de 1901 à 1911, suivie d'une baisse rapide. *The Role of Medicine. Dream, Mirage, or Nemesis?* p. 53.

religieuse responsable des chroniques de l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières releva avec fierté que le chanoine Moreau avait été «l'instigateur des puits artésiens»<sup>317</sup>, auxquels elle imputa le recul de la fièvre typhoïde. Celui-ci, exigeant une rémunération pour ses services d'expert, écrivit au Conseil de ville une longue lettre dans laquelle il faisait ressortir son rôle déterminant tant dans le choix de ce mode d'approvisionnement que dans la direction des travaux, ainsi que le peu d'initiative de l'ingénieur de la municipalité qui lui avait demandé régulièrement conseil. Un comité spécial fut même formé afin de préciser les «mérites respectifs des personnes qui ont pris une part active concernant la nouvelle prise d'eau de l'aqueduc»<sup>318</sup>. Quant au Parti conservateur sous l'administration duquel ce mode d'approvisionnement d'eau avait été adopté, et à la presse clérico-nationaliste, ils rappelèrent fréquemment à qui en revenait le mérite. Quelques années plus tard, l'insuffisance des puits ayant été démontrée, les conservateurs se feraient par contre reprocher pareille adoption. La responsabilité de mauvaises décisions pouvait en effet être également chaudement débattue. Conservateurs et libéraux s'attribuèrent ainsi mutuellement la décision de l'achat des filtres en 1909 qui ne convenaient pas aux eaux de la Saint-Maurice: la commission ayant recommandé l'achat était formée surtout de «rouges», mais dirigée par un «bleu» alors maire. Chacun cherchait donc à mettre de l'avant son rôle dans les changements au traitement de l'eau liés aux baisses de mortalité.

---

<sup>317</sup> CSP 1912-1913, p. 166.

<sup>318</sup> PVCVTR, 3-3-1913, 17-3-1913; lettre du 6-4-1914 du chanoine J.-A. Moreau dans CPTR no. 33, 19-3-1914.

D'autres facteurs que l'amélioration de la qualité de l'eau ont pu contribuer à la tendance à la baisse des taux de mortalité par maladies entérogènes à partir de 1911-1912, dont la surveillance des viandes et du lait et l'évacuation des déchets organiques. Mais aucune amélioration significative de la qualité hygiénique des produits laitiers n'est perceptible avant les années 1920. De plus, l'inspection visuelle pratiquée à l'époque sur une partie des viandes consommées ne pouvait détecter la présence de micro-organismes pathogènes, sinon dans le cas de viandes provenant manifestement d'animaux malades. Même en admettant une amélioration de la qualité des viandes, ses effets sur la mortalité demeureraient relativement modestes. En effet, une forte majorité des décès dus aux maladies entérogènes surviennent avant l'âge d'un an (72.6% à Trois-Rivières de 1895 à 1925 et 80.5% à Shawinigan de 1917 à 1925), à une période de la vie donc où la consommation de viande demeure assez limitée. Nous avons observé, par contre, que les deux premières décennies du siècle ont vu une élimination partielle des déchets organiques du paysage urbain, autres véhicules des agents des maladies entérogènes, ce qui diminuait les risques de contamination des aliments par vecteurs. Il peut s'agir là, à notre avis, d'un facteur adjuvant contribuant légèrement à l'affaiblissement des taux durant les années 1910, sans plus.

Une hausse du niveau de vie de la population, en particulier une bonification de la diète alimentaire, pourrait avoir infléchi l'évolution des taux de mortalité par maladies entérogènes: la pauvreté constitue un terrain pour le moins favorable à l'expansion de ces affections, comme l'illustre la situation contemporaine des pays du tiers-monde. Mais nous ne croyons pas que cela fut le cas à Trois-Rivières et à Shawinigan durant la période examinée. Certes, on sait qu'un état nutritionnel déficient abaisse les défenses de l'organisme humain contre les infections et compromet les processus de

rétablissement<sup>319</sup>. Son influence s'avère d'ailleurs très marquée pour les diarrhées d'enfants, lesquelles en retour aggravent les insuffisances alimentaires, les unes et les autres agissant en synergie. Mais il ne semble pas que les années 1910 aient été le moment d'une amélioration notable des conditions d'alimentation dans les villes du Québec, la période de la guerre ayant vu une hausse rapide du prix des denrées (en 1916, 1917 et 1918). Dans le cas montréalais, Terry Copp a conclu que le niveau de vie des travailleurs de la métropole demeura durant cette période relativement stable, ou même empira, en raison de l'inflation<sup>320</sup>. Dans le cas trifluvien, un indicateur suggère que s'il y eut amélioration de la diète alimentaire, ce serait plutôt durant la première décennie du siècle, alors que les taux de mortalité par maladies entérogènes demeuraient élevés, que durant la deuxième: le nombre de pauvres ayant quêté repas aux soeurs de la Providence à Trois-Rivières diminue radicalement de 1900 à 1910, pour remonter ensuite jusque 1918<sup>321</sup>.

Un changement d'habitudes hygiéniques chez les populations trifluvienne et shawiniganaise pourrait également avoir contribué au recul des maladies entérogènes: d'une part, ces maladies sont facilement transmises par voie manuportée, d'où leur surnom de «maladies des mains sales», d'autre part, l'état nutritionnel ne se trouve pas lié qu'à la disponibilité des denrées et au niveau de vie; il dépend également des choix

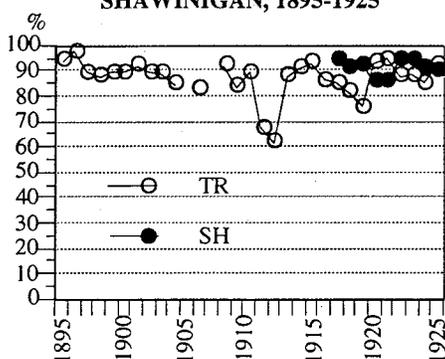
---

<sup>319</sup> Voir notamment N.S. Scrimshaw, C.F. Taylor et J.E. Gordon, *Interactions entre l'état nutritionnel et les infections*, Série de monographies, no 57, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1971; R.K. Chandra, *Immunology of Nutritional Disorders*, Arnold London, 1980.

<sup>320</sup> Copp, Terry, *op. cit.*, p. 34-35. Pour une analyse contemporaine du rythme et des causes de cette inflation, voir Georges Pelletier, *Tout est cher... Pourquoi? (1910-1917)*, Montréal, Éditions du Devoir, 1917.

<sup>321</sup> Voir à ce sujet la partie du texte consacrée aux institutions privées.

FIGURE 5-8  
PROPORTION DES DÉCÈS DE  
MALADIES ENTÉROGÈNES  
SURVENUS AVANT 5 ANS À  
TROIS-RIVIÈRES ET À  
SHAWINIGAN, 1895-1925



Source: RACH, années concernées

alimentaires. Or, ayant placé la mortalité infantile par maladies entérogènes en tête de liste de ses préoccupations — cela s'imposait dans la mesure où environ 90 % des décès par maladies entérogènes survenaient avant l'âge de 5 ans (figure 5-8)— le CHPQ tenta de modifier certains de ces choix ainsi que les habitudes d'hygiène alimentaire touchant les enfants en bas âge, en recourant notamment à la collaboration du clergé: à partir de 1913,

les ministres du culte de la province distribuèrent, à l'occasion des baptêmes, une brochure adressée au public-cible des mères: *Sauvons nos petits enfants*<sup>322</sup>. Consacrée principalement à l'alimentation du nourrisson, la brochure préconisait l'allaitement naturel («*La mère doit son lait à son enfant*») et donnait nombre de précautions à suivre pour l'allaitement au biberon. Mentionnons que des études récentes dans les pays sous-développés font ressortir une mortalité infantile généralement plus basse chez les enfants nourris au sein, et plus élevée là où le sevrage est effectué très tôt<sup>323</sup>: dans un environnement biologique riche en risques d'infections

<sup>322</sup> RACH 1910-1911, p. 35s, transcription de l'opuscule.

<sup>323</sup> Voir à ce sujet Serge Hercberg *et al*, *Nutrition et santé publique. Approche épidémiologique et politiques de prévention*, Paris, Technique et documentation—Lavoisier, 1985, p. 110.

entériques, les enfants non sevrés se trouvent avantagés<sup>324</sup>, et les précautions hygiéniques entourant l'allaitement de l'enfant sevré sont cruciales. Nous ignorons si la diffusion de la brochure du CHPQ a incité de nombreuses mères trifluviennes et shawiniganaises à modifier l'alimentation de leurs nourrissons, et dans quelle mesure elle a contribué à infléchir vers le bas la courbe des taux de mortalité par maladies entérogènes.

A l'exception de cette distribution de brochures, aucune campagne d'éducation populaire ne fut entreprise durant cette période, susceptible d'entraîner un tel changement. L'hygiène avait bien été introduite, depuis le début du siècle surtout, dans le corpus des matières enseignées dans les écoles de la province —des négociations parfois ardues avaient pris place entre le CHPQ et le Conseil de l'Instruction publique dominé par le clergé—, mais il ne semble pas que pareille introduction, lente et confiée à des maîtres dont la formation ne comportait pas cette discipline, avait eu le temps d'entraîner une modification des habitudes hygiéniques lorsque les taux s'affaissèrent brutalement dans les deux villes<sup>325</sup>. Ajoutons que des études récentes dans les pays

---

<sup>324</sup> Il est dommage que cet argument ait été utilisé pour dénoncer le travail des mères et encourager leur retour au foyer, s'insérant de ce fait dans un discours répressif envers les femmes.

<sup>325</sup> Dès sa création, le CHPQ manifesta la conviction qu'il valait mieux former que réformer: «Comprenant que l'éducation hygiénique scolaire ferait plus pour la santé publique que les ordonnances qu'il pourrait émaner et les lois sévères qu'il pourrait tenter de faire exécuter, le Conseil a décidé de faire tout en son pouvoir, pour que l'Hygiène fasse partie du programme d'enseignement de toute Maison d'Education.» (ANQQCIR 1-9-1888, circulaire du secrétaire du CHPQ aux directeurs de journaux, présentant le *Manuel d'hygiène à l'usage des écoles et des familles* préparé par Séverin Lachapelle, recommandé par le CHPQ et adopté le 24-9-1889 par le Conseil de l'instruction publique. Voir aussi ANQQCIR 11-11-1889). Les autorités du CHPQ négocièrent avec le Conseil de l'instruction publique qui seul décidait des contenus éducationnels dans les écoles placées sous sa juridiction. Elles en obtinrent en 1892 la décision que l'hygiène serait enseignée au moins une heure par semaine (ANQQCIR 22-6-1892, circulaire du 22-6-1892 du président et du secrétaire du CHPQ aux municipalités scolaires). Quelques années plus tard le CHPQ constatait que l'enseignement de l'hygiène ne s'était pas généralisé et réclamait du Conseil de l'instruction publique qu'il l'impose dans les écoles subventionnées. Il demanda au gouvernement en 1904-1905 que l'enseignement des premiers éléments de l'hygiène soit rendu obligatoire dans toutes les écoles ( RACH 1904-1905 p. 8), pareil enseignement étant

sous-développés ont démontré que le niveau général d'instruction des mères constitue aujourd'hui un facteur-clé dans la réduction de la mortalité infantile<sup>326</sup>. Il est malheureux que l'état actuel des recherches en histoire de l'éducation au Québec permette difficilement d'évaluer l'évolution de ce paramètre. Ceux qui cherchent des explications au décalage qu'affiche le Québec quant à la baisse des taux de mortalité infantile, par rapport à l'Ontario par exemple, trouveraient peut-être là un élément d'explication: il faut attendre 1943 avant que le gouvernement québécois rende l'école obligatoire, et bien des indices laissent penser qu'une proportion significative de la population d'âge scolaire n'assistait que sporadiquement aux classes.

En somme, il existe bien des inconnues quant aux changements survenus au Québec durant le premier quart de siècle dans les comportements relatifs à l'hygiène personnelle. Il est donc possible que les Trifluviens et Shawiniganais aient adopté des habitudes de propreté plus grande, contribuant, sur le long terme, à la baisse des taux de mortalité par maladies contagieuses entérogènes. Mais ceci ne peut vraisemblablement pas expliquer les brusques baisses des taux de mortalité par maladies entérogènes observées durant les années 1910 à Shawinigan et à Trois-

---

considéré comme le meilleur moyen de faire pénétrer les notions d'hygiène «dans toutes les classes de la société» (RACH 1895 p. 70). D'autres conflits de juridiction surgirent entre les deux organismes gouvernementaux, concernant en particulier l'état sanitaire des écoles au début du XX<sup>e</sup> siècle (RACH 1896-1897 p. 38; RACH 1898-1899 p. 25s; 1899-1900 p. 34s; RACH 1905-1906 p. 11-20), puis la formation des maîtres en hygiène et l'inspection médicale des écoles à partir des années 1910 (les comptes rendus des conventions des services sanitaires de la province contiennent des exposés relatifs à ces sujets. Voir «Rapport du comité sur l'inspection médicale des écoles» et l'intéressante discussion qui suit, *Bulletin sanitaire*, 1913, Vol. 13 nos. 7 à 12, p. 98s. Une bonne partie de cette livraison de la revue est consacrée à l'enseignement de l'hygiène dans les écoles et à l'inspection). Bien qu'il ne rejoignît jamais les attentes des hygiénistes durant cette période, l'enseignement de l'hygiène dans les écoles s'améliora graduellement.

<sup>326</sup> On peut consulter à ce sujet notamment W. H. Mosley, «Les soins de santé primaires peuvent-ils réduire la mortalité infantile? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques», dans J. Vallin et Alan Lopez éd., *La lutte contre la mort. Influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*, 101-136.

Rivières. Pour toutes ces raisons, et la médecine de l'époque demeurant relativement démunie face à la plupart des affections bactériennes et virales entérogènes, nous sommes d'avis que l'amélioration des taux observée doit être imputée d'abord à la purification de l'eau, et, secondairement seulement, aux autres facteurs évoqués. Du reste, l'immédiateté de la «réponse» de l'indicateur utilisé aux transformations des approvisionnements en eau aussi bien à Trois-Rivières qu'à Shawinigan paraît concluante à cet égard.

Bien que les taux de mortalité par maladies entérogènes se soient affaiblis dans les deux villes sensiblement durant la même période, les deux municipalités différaient en ce qu'une proportion supérieure de Shawiniganais que de Trifluviens mouraient de maladies entérogènes. Comme l'écrasante majorité des décès dus à ces maladies survenaient en bas âge, une partie de cet écart s'explique par les répartitions des âges distinctes des deux populations. Nous avons calculé le nombre de décès qui seraient survenus à Shawinigan (moyenne des années 1919, 1920 et 1921) si la population de cette ville avait été distribuée selon la structure d'âges de Trois-Rivières en 1921<sup>327</sup>. Cette correction effectuée, Trois-Rivières et Shawinigan se retrouvent presque nez-à-nez. Par contre, pour la période antérieure, la distance entre les taux des deux villes est telle qu'elle ne saurait être comblée par un ajustement de la mortalité tenant compte de la structure d'âges. En somme, il faut attendre la fin des années 1910 pour que les

---

<sup>327</sup> Ce calcul effectué à l'aide des taux de mortalité spécifiée par groupes d'âges ne peut malheureusement être fait pour la période antérieure, aucune source n'ayant livré la structure des âges dans la ville de Shawinigan avant 1921, ce qui interdit de calculer les taux de mortalité spécifiés par groupes d'âges.

habitants des deux villes soient exposés à un risque équivalent de décéder de maladies entérogènes.

### **5.3 Recul des maladies contagieuses aérogènes indépendant des mesures d'hygiène publique**

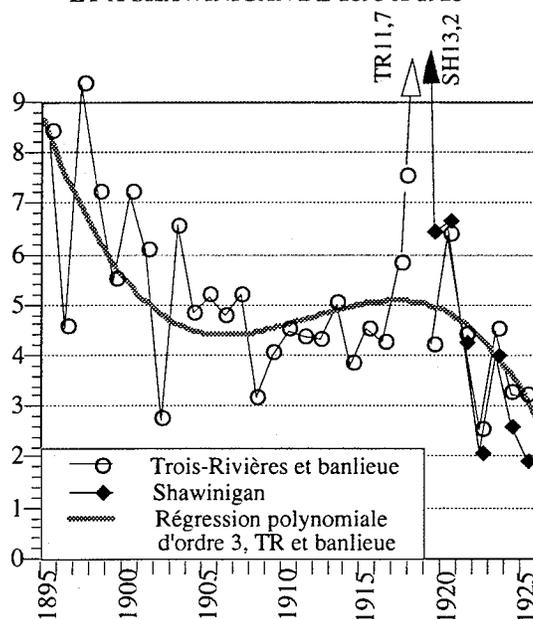
Les maladies à transmission aéroportée étaient cause, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, d'une portion importante des décès. A l'exception de la vaccination anti-variologique et du sérum anti-diphtérique, médecins et autorités municipales ne disposaient pas de moyens de lutte spécifiques contre ces maladies, et devaient, pour limiter la contagion, recourir à l'isolement et à la désinfection. Or, il est apparu que ces dernières mesures, comme la vaccination antivariologique d'ailleurs, furent en général négligées et qu'à tout le moins, sinon en temps d'épidémies, elles ne furent pas appliquées sur une large échelle.

Les Trifluviens de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle étaient de loin plus susceptibles de décéder de maladies aérogènes que ceux de 1925 (figure 5-9). A l'encontre des maladies entérogènes dont les taux ne s'abaissèrent que durant la décennie 1910, ces maladies cédèrent du terrain jusqu'au début de cette décennie pour se stabiliser avant de reculer à nouveau à partir de la décennie 1920. Les quelques données disponibles pour Shawinigan montrent un affaissement soudain des taux entre 1917 et 1925.

Aux deux endroits, aucune des mesures prises par les pouvoirs publics afin de limiter la contagion par voie directe ne peut être cause du recul des maladies contagieuses aérogènes avant 1920: la baisse des taux précède l'organisation d'un Bureau de santé

actif à Trois-Rivières au début des années 1910 et à Shawinigan au début des années 1920. La médecine également demeurait impuissante face à la plupart des maladies

**FIGURE 5-9**  
**TAUX DE MORTALITÉ PAR MALADIES**  
**INFECTIEUSES AÉROGÈNES À TROIS-RIVIÈRES**  
**ET À SHAWINIGAN DE 1895 À 1925**



Source: RACH, années concernées

aérogènes, et particulièrement face à celles les plus fréquemment mentionnées dans les causes de décès à Trois-Rivières et à Shawinigan, c'est-à-dire aux différentes affections des poumons et des bronches sévissant à l'état endémique, dont la tuberculose pulmonaire. Contre la variole (transmissible principalement par contact avec des excréments des voies respiratoires, des lésions ou des objets contaminés), la

vaccination constituait un préventif efficace, mais cette maladie ne tuait presque plus dans les deux villes bien avant que la vaccination ne soit appliquée sur une grande échelle: la souche du virus présente au Québec au début du XX<sup>e</sup> siècle était peu virulente.

La seule maladie aérologène pour laquelle existait, depuis le début des années 1890, un traitement spécifique efficace était la diphtérie, qui occupait une place marginale dans les statistiques de décès de Trois-Rivières et de Shawinigan, sauf durant quelques années d'épidémie avant 1910 dans le centre régional. A en croire le secrétaire du

CHPQ, l'usage de l'antitoxine diphtérique par les médecins se généralisa dans la province vers le début du XX<sup>e</sup> siècle, mais, vu son coût élevé, elle ne fut pas administrée aux pauvres<sup>328</sup>. La sérothérapie a certainement contribué à la baisse des taux de mortalité par maladies aérogènes dans les deux villes, mais modestement: le recul de la diphtérie ne compte que pour une faible part de cette baisse.

A vrai dire, la baisse paraît difficile à expliquer, à moins de considérer une transformation de facteurs de risques environnementaux sur lesquels ni les pouvoirs publics ni la médecine n'exercèrent de contrôle avant les années 1920, en particulier une bonification des conditions d'habitation et d'alimentation. Ne disposant pas de données suffisantes pour soutenir la démonstration, nous nous limiterons à quelques hypothèses. L'on sait que des changements à la ventilation et à la densité de peuplement des logements peuvent influencer sur l'incidence des maladies aérogènes. Il en va de même pour les conditions d'alimentation, qui jouent également sur la gravité et les conséquences de l'infection<sup>329</sup>. Or, un lien peut être établi entre ces conditions et la mortalité imputable aux maladies infectieuses aérogènes à Trois-Rivières: nous avons déjà évoqué la diminution du ratio repas/population au dépôt des soeurs de la Providence durant la décennie 1900, témoignant peut-être d'une moins grande difficulté à se procurer un apport nutritionnel minimal, alors que, précisément, les maladies

---

<sup>328</sup> Le traitement de la diphtérie par sérothérapie (inoculation du sérum, appelé antitoxine, obtenu d'un animal préalablement immunisé par injection de la maladie) a été expérimenté au tout début des années 1890 en Allemagne et en France. En 1895, le CHPQ affirmait qu'il avait été le premier dans la province à importer du sérum pour les médecins. L'antitoxine pouvait être administrée aussi comme préventif durant les épidémies, puisque conférant une immunité de courte durée. Voir RACH 1894-1895, p. 29-31; 1896-1897, p. 29; 1897-1898, p. 36-37; 1898-1899, p. 7; 1904-1905, p. 46; 1912-1913 p. 27.

<sup>329</sup> Plusieurs travaux se sont succédés sur ce sujet depuis l'étude classique de N. S. Scrimshaw, C. E. Taylor et J. E. Gordon, *loc. cit.*.

aérogènes reculaient rapidement. Il est des plus suggestif que ce ratio remonte durant les années 1910, et plus particulièrement à la faveur de la poussée inflationniste des aliments durant la guerre, alors même que la mortalité par maladies aérogènes se stabilise et tend à s'élever. Cette décennie a vu également une croissance rapide de la population trifluvienne (passée de 13 691 à 22 367 de 1911 à 1921). Une densification de la population dans les espaces habités pourrait avoir favorisé la multiplication des contacts entre personnes. La baisse des taux de mortalité par maladies infectieuses aérogènes dans les deux villes avant les années 1920 ne peut donc s'expliquer par les actions préventives des pouvoirs publics ou par les soins curatifs dispensés à l'hôpital ou en cabinet privé, et il faut recourir à d'autres facteurs pour les comprendre, comme d'hypothétiques modifications des conditions d'habitation ou d'alimentation. Ceci nécessiterait une étude à part.

Enfin, la baisse des taux de mortalité par maladies infectieuses à Trois-Rivières était due également de 1895 à 1915 environ à une baisse de la mortalité par des maladies ne pouvant être classées comme aérogènes ou entérogènes, ici regroupées sous l'intitulé «autres infections». Les tuberculoses non respiratoires et surtout les méningites (tuberculeuses notamment), maladies devant lesquelles la médecine était impuissante, forment la très grande part de ce groupe dans les données que nous avons utilisées. Il est possible, par contre, que les mesures préventives en vigueur aient contribué à abaisser ces taux de mortalité, particulièrement pour les méningites: celles-ci sont des infections résultant fréquemment d'autres infections. La porte d'entrée de l'agent pathogène dans l'organisme humain étant le plus souvent ici non identifiée, il paraît difficile de départager ce que la baisse des taux de mortalité par ce groupe de maladies doit aux mesures de santé publique ou à d'autres facteurs.

#### 5.4 Stabilité des maladies non infectieuses

Les mesures sanitaires appliquées dans les deux villes par les pouvoirs publics se limitaient à la prévention des maladies infectieuses et n'exerçaient par conséquent aucune influence directe sur l'évolution des autres causes de décès. Le développement des services hospitaliers a par contre probablement infléchi le risque de décéder de ces autres causes, notamment grâce aux progrès de la chirurgie. Les données de mortalité n'indiquant toutefois aucune transformation marquante, il semble qu'en raison d'une fréquentation encore assez faible, les hôpitaux n'exerçaient pas encore d'effets aisément perceptibles sur la mortalité de l'ensemble de la population.

A peu près aucune amélioration du risque global de décéder de causes non infectieuses dans les deux villes jusqu'à l'après-guerre n'est perceptible à l'analyse des données disponibles (figure 5-6). Il est possible cependant que des mouvements d'ampleur limitée se soient produits dont ne rendent pas compte nos représentations graphiques, soit à Shawinigan avant 1917, soit à Trois-Rivières, où la place occupée par la catégorie des décès de causes mal définies ou non spécifiées est par moments assez élevée (11 % en moyenne entre 1917 et 1921, plutôt que 8,5% à Shawinigan, mais plus de 20% certaines années entre 1900 et 1910 avant que la loi ne rende obligatoire la certification par le médecin). Cette catégorie de décès a été reclassée à l'aide d'une répartition proportionnelle selon les groupes d'âges, et peut fort bien se ventiler autrement<sup>330</sup>. Nous sommes cependant convaincu que les maladies infectieuses sont

---

<sup>330</sup> Sur ces problèmes, voir l'annexe concernant les statistiques de mortalité.

aussi prédominantes dans la catégorie des causes mal définies que pour l'ensemble des autres décès, ne serait-ce qu'en raison du fait que les maladies que l'on hésitait à identifier clairement pour ne pas nuire à la famille étaient contagieuses (la tuberculose, par exemple, est probablement sous-certifiée, et encore plus nettement l'ensemble des maladies vénériennes, quasiment absentes de nos données). Dans l'ensemble, la plus grande disponibilité d'équipements hospitaliers à Trois-Rivières ne paraît pas avoir avantage cette ville quant au risque de décéder de maladies non infectieuses. Il est vrai toutefois que ses hôpitaux attiraient aussi une clientèle extérieure à la ville, dont une partie pouvait décéder à l'hôpital, contribuant ainsi à gonfler les taux de mortalité trifluviens.

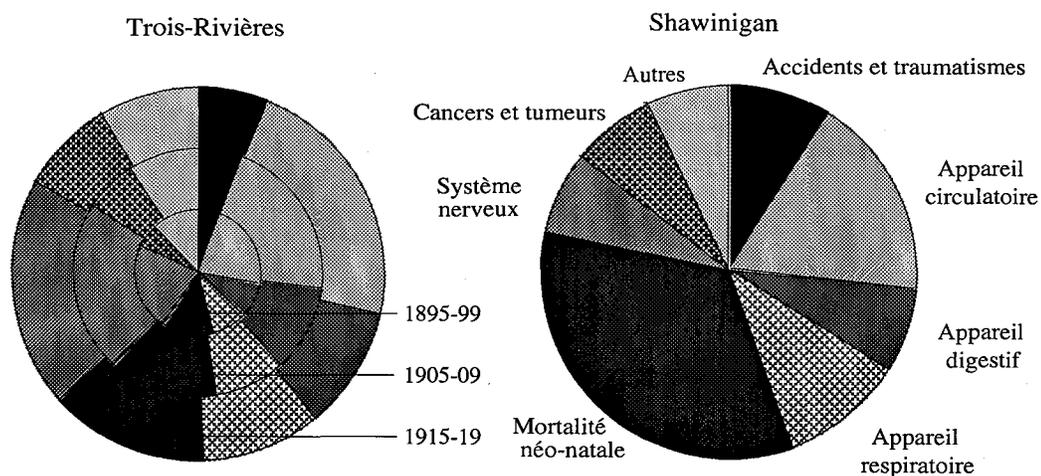
Mais la stabilité de l'ensemble des causes de décès non infectieuses cache peut-être des progressions divergentes de certaines causes, aussi avons-nous subdivisé cette catégorie à l'aide de la Classification Internationale des maladies (CIM, 8e version)<sup>331</sup>. Il en ressort que les poids respectifs des différentes classes de causes de décès non infectieuses à Trois-Rivières de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à l'après-guerre demeurent remarquablement stables, les variations observées demeurant peu significatives (figure 5-10). De prime abord, Trois-Rivières et Shawinigan paraissent différer grandement sur ce plan. Mais les différences s'expliquent ici en majeure partie par les structures

---

<sup>331</sup> La CIM regroupe les maladies, dans certains cas, selon des caractéristiques étiologiques (classes des maladies infectieuses et parasitaires, ou des cancers et tumeurs), ou selon la localisation (appareil circulatoire par exemple). Nous avons choisi, pour nos besoins, de séparer des classes organisées par localisation les maladies infectieuses qui s'y trouvent parfois malgré l'existence d'une classe consacrée aux infections. Aussi nos regroupements ne recourent-ils pas exactement ceux de la CIM. Pour une discussion détaillée sur la CIM et ses compromis entre diverses dimensions de classement, voir en particulier J. Vallin et F. Meslé, *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*, Institut national d'études démographiques et Presses universitaires de France, 1988.

d'âges distinctes des deux villes: sous-représentation de vieillards et sur-représentation d'enfants en bas âge dans la ville de ressources. Deux cohortes de décédés tout à fait dissemblables sont représentées dans ce graphique: 36 % des décès trifluviens de causes non-infectieuses de 1915 à 1919 surviennent après l'âge de 60 ans, contre 13% seulement à Shawinigan de 1917 à 1919. Or, les décès dus aux maladies regroupées sous l'intitulé *système nerveux* touchent le plus souvent des personnes âgées et demeurent par conséquent peu fréquents à Shawinigan. Ceci joue également, quoique dans une moindre mesure, pour des classes comme *appareil circulatoire* ou *appareil digestif*. Ceci a pour effet de gonfler considérablement la part des décès non infectieux réservée à la classe de la *mortalité néo-natale*, (en fait ici les décès certifiés sous la désignation de «débilites congénitales», dont on peut se demander si certains n'auraient pas plus justement figuré à la mortinatalité).

**FIGURE 5-10**  
**RÉPARTITION DES CAUSES DE DÉCÈS NON INFECTIEUSES CUMULÉES À TROIS-RIVIÈRES POUR 1895-1899, 1905-1909 ET 1915-1919 ET À SHAWINIGAN POUR 1917**



Source: RACH, années concernées

Non seulement la mortalité par causes de décès non infectieuses demeure-t-elle stable dans l'ensemble à Trois-Rivières, mais encore la répartition de ces causes par classes de maladies ne révèle aucun changement marquant. Le développement des services hospitaliers a-t-il affecté notablement la mortalité due aux maladies non infectieuses, par exemple en limitant une hausse des taux? Aucun lien direct ne paraît pouvoir être établi. Il est vrai que pour que les hôpitaux exercent sur la santé des populations des effets aisément perceptibles dans les statistiques globales, il eût fallu que leur fréquentation soit plus généralisée. L'absence de données sur la morbidité interdit ici de prendre une mesure exacte de l'influence des services hospitaliers sur la santé des populations trifluvienne et shawiniganaise. Rappelons à ce sujet que les statistiques des hôpitaux pour cette période de mise en place renseignent avant tout sur l'usage de l'hôpital (cette étude reste à faire au Québec): la morbidité de l'ensemble de la population pour des maladies particulières ne peut en être extrapolée.

La stabilité des causes de décès non infectieuses renseigne par contre sur l'évolution des modes de vie. Ainsi, les maladies de l'appareil circulatoire n'ont pas encore amorcé le mouvement par lequel elles deviendraient les principales causes de décès plus tard dans le siècle. Or, ce mouvement est associé à une modification du régime alimentaire, à la hausse du tabagisme et à une baisse d'activité physique, phénomènes qui toucheraient donc encore peu la masse des populations trifluvienne et shawiniganaise. La classe des tumeurs et cancers n'a pas non plus l'ampleur qu'on lui connaît: sous-certification, exposition moindre à des substances cancérigènes, notamment par un tabagisme peu fréquent, proportion plus élevée de décès à un âge avancé, plusieurs explications pourraient être évoquées. Quant aux accidents et traumatismes responsables de décès, ils étaient probablement le plus souvent liés au

travail, les parcs automobiles trifluvien et shawiniganais demeurant encore de modestes dimensions.

\* \* \* \* \*

Les situations sanitaires de Trois-Rivières et de Shawinigan, telles que perçues à travers les statistiques de mortalité, s'améliorent durant la période considérée. Si le risque de décéder paraît nettement plus élevé dans la ville de ressources durant la première décennie du siècle, il s'y amenuise plus rapidement que dans le centre régional, si bien qu'à la fin des années 1910, les deux villes se retrouvent nez-à-nez à ce chapitre. Dû à des structures d'âges nettement distinctes, les caractéristiques respectives des mortalités trifluvienne et shawiniganaise diffèrent profondément. Essentiellement toutefois, les baisses des taux de mortalité sont liées, à l'un et l'autre endroit, au recul des maladies infectieuses. Or, nous estimons que les réformes d'hygiène publique ont exercé un rôle majeur dans la baisse de la mortalité par maladies contagieuses entérogènes, en conjonction toutefois avec d'autres facteurs plus ou moins déterminants, dont peut-être une modification des habitudes d'hygiène. Ces réformes n'ont pas influencé, par contre, la baisse aussi marquée de la mortalité par maladies aérogènes, possiblement liée à des changements dans les conditions d'alimentation ou de logement.

Une partie importante mais difficilement quantifiable des baisses des taux de mortalité était donc due à des facteurs autres que les transformations aux services de santé publique, que nous qualifierons d'externes. La responsabilité de ces baisses, telles que révélées par les statistiques de mortalité, pouvait être revendiquée par les réformateurs

et contribuer à renforcer leur prestige, de même que celui des groupes qui participèrent aux transformations des services sanitaires. Ainsi, les rapports annuels du CHPQ jugeaient constamment les succès ou insuccès du programme d'hygiène à la lumière des statistiques «vital», dans le premier cas pour mettre en relief les résultats positifs des réformes en cours, dans le second la nécessité d'accélérer les dites réformes. Les réformateurs bénéficièrent donc à ce chapitre de la conjonction de facteurs externes sur lesquels ils avaient peu de prise, ou dont ils ne mesuraient pas toute l'importance. Les groupes, en particulier celui des médecins, dont l'action fut associée aux transformations de l'hygiène publique ou des services hospitaliers, disposèrent de la sorte d'un puissant moyen de persuasion: les outils scientifiques de mesure de l'état de santé des populations, amalgamant les effets des transformations des services sanitaires et d'autres facteurs agissant en synergie, étaient pour eux porteurs de légitimité et d'autorité.

## Conclusion

Des changements appréciables survinrent entre 1887 et 1919: établissement d'un nouveau partage des pouvoirs entre les paliers de gouvernement provincial et municipal, organisation d'un service central d'hygiène doté de pouvoirs juridiques assez larges, constitution d'un corps de spécialistes en hygiène publique à l'influence grandissante, mise sur pied d'organisations sanitaires locales minimales, modification en cours des mentalités en ce qui touche l'hygiène publique et probablement l'hôpital, assainissement partiel du milieu urbain dont nous estimons qu'il fut responsable en partie de la remarquable baisse des taux de mortalité, transformations des services médico-hospitaliers, nouveau partage des pouvoirs dans ce secteur, le clergé devant composer avec l'autorité grandissante des médecins.

Les années 1910 virent une brusque accélération de la mise en place de prestations, d'équipements et de ressources. Auparavant, les propositions de réformes, les appels à la modernisation n'avaient reçu que des appuis épars à Trois-Rivières et à Shawinigan. Certaines revendications étaient cependant graduellement passées au premier plan des préoccupations de divers intervenants locaux. Si bien qu'à la fin de la guerre, tout paraissait en place pour que le mouvement de réformes sanitaires connaisse de nouveaux succès. Et de fait, ce fut dans l'après-guerre que d'importantes mesures d'assainissement du milieu urbain, jusqu'alors chaudement débattues, furent finalement adoptées dans les deux villes. Mais alors même que certains des anciens projets des hygiénistes étaient ainsi réalisés, le mouvement hygiéniste québécois privilégiait de nouveaux axes de développement, et le gouvernement de la province réalignait ses

politiques dans le domaine socio-sanitaire: une autre phase de l'évolution de la santé publique au Québec débutait.